

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 Psiquiatria

Elaborado por:

Maria Leonor Gonçalves Ribas

Lisboa, Maio de 2010



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

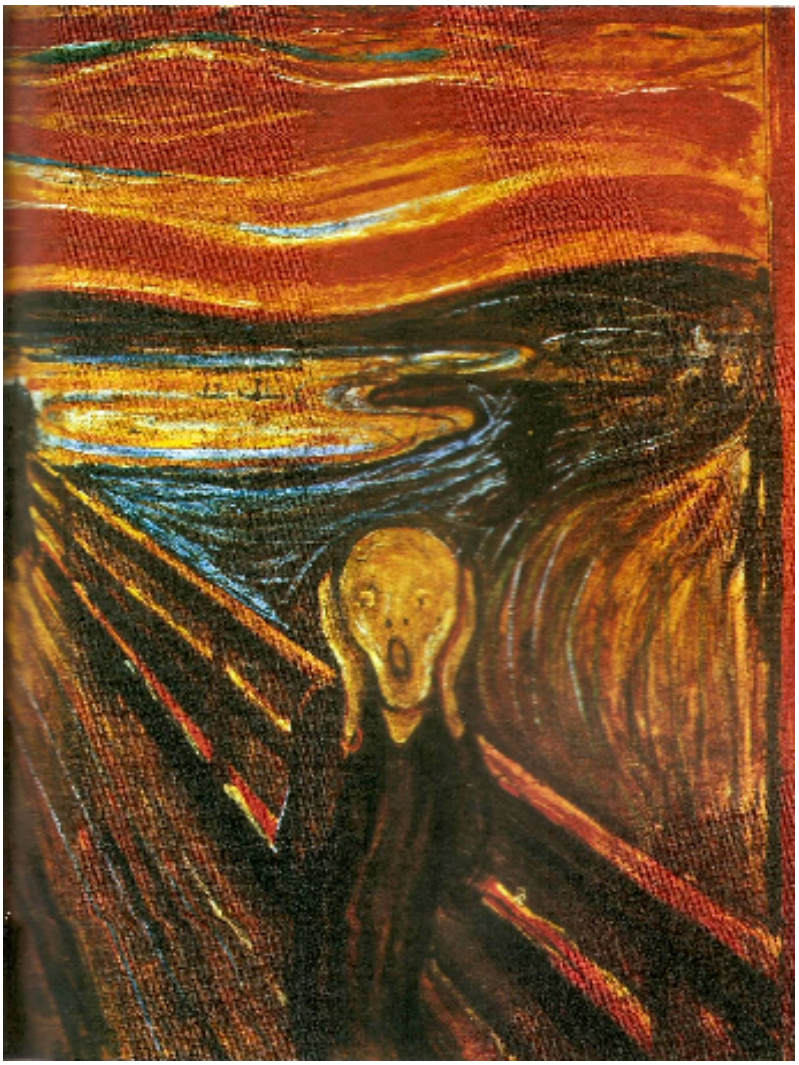
Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Maria Leonor Gonçalves Ribas

Sob Orientação da Professora: Olga Sousa Valentim

Lisboa , Maio de 2010

“O GRITO” – Edvard Munch



“Quando a humanidade boceja,
O abismo dentro dela
Abre-se completamente”

Theodor W. Adorno

ILUSÕES DA VIDA

"Quem passa pela vida
Em branco,
Nunca e em plácido repouso adormeceu;
Quem não sentiu o frio da desgraça;
Quem passou pela vida e não sofreu:
Foi espectro de Homem,
Não foi Homem,
Só passou pela vida,
Não viveu!”

Francisco Otariano

AGRADECIMENTOS:

Dedico este trabalho:

Ao MEU FUTURO BÉBE,
Que já vem a caminho! Será sempre a luz da minha vida!

Aos meus pais,
Apesar do meu pai já não se encontrar entre nós, continua a servir-me como fonte inspiradora e orientadora e permite que eu não me perca no MEU CAMINHO!

Ao Francisco,
Que apesar de tudo, espero que esteja perto, em todos os momentos!

À minha colega e AMIGA, Lara Silva,
Pessoa com quem aprendi muitíssimo. É uma fonte inesgotável de conhecimento!

E por fim,
Á minha Orientadora, Professora Olga Sousa Valentim, é uma pessoa muito exigente mas também está sempre disponível para o esclarecimento de dúvidas e resolução de problemas, quando eles existem!

RESUMO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional em Saúde Mental e Psiquiatria, foi-me proposta a realização de um Relatório referente à Unidade Curricular Estágio. Para a elaboração deste Relatório foi utilizada a metodologia descritiva e analítica relativa ao meu desempenho e utilizei como recursos a reflexão diária escrita e a análise do Projecto de Estágio. O presente Relatório refere-se a Três Módulos distintos que constam do Plano de Estudos do Mestrado. O **Módulo I** visa a promoção de estilos de vida, o Diagnóstico Precoce e a Prevenção na Comunidade e em Centros de Saúde. Decorreu no Centro de Saúde de Rio de Mouro – ACES IX- Agrupamento Dos Centros de Saúde IX: Algueirão - Rio de Mouro. Fui dispensada do **Módulo II**, dada a minha longa experiência em unidade de intervenção na crise, com utentes adultos. O **Módulo III**, visa o desenvolvimento de competências em campo de subespecializaçao da saúde mental e psiquiatria, á escolha do formando e como tal, seleccionei a área de promoção de estilos de vida saudáveis e como campo de estágio, a **A**ssistência **M**édica **I**nternacional, no departamento de Acção Social, mais concretamente na Equipa de Rua, com abordagem directa aos Sem-Abrigo.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Cuidados de Saúde de Proximidade; Equipa de Rua; Sem-Abrigo.

ABSTRACT

Under the scope of the Master, of professional nature, in Psychiatric and Mental Health Nursing, I was proposed to deliver an Internship Report. To prepare this report I used a descriptive and analytical methodology using daily analysis and reflection of my performance on the Internship Project. The present report refers to three distinct modules from the Master's plan of studies. The first one concerns the promotion of life styles, the Early Diagnosis and the Prevention in the Community and in Health Centers. The activity took place at Rio de Mouro Health Center- ACES IX- "Agrupamento Dos Centros de Saúde: Algueirão - Mem Martins". I was excused from the second Module because of my extensive experience in crisis intervention unit whith adults. Finally, the third Module promotes the development of specialized skills in Mental Health and Psychiatry. I selected the healthy life styles program. The selected institution to develop my internship study was **I**nternational **M**edical **A**ssistant, where I got field experience with homeless people.

KEY WORDS: Mental Health and Psychiatric Nursering; Proximity of Cares; Street of Equips; Homeless.

SIGLAS

AMI- Assistência Medica Internacional

ACES IX – Agrupamentos dos Centros de Saúde da Grande Lisboa IX

CID-9 – Classificação Internacional das Doenças Versão 9

CID-10 - Classificação Internacional das Doenças Versão 10

CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

CINTRA – Centro Integrado de Tratamento e Reabilitação em Ambulatório

CP-VI – Clínica Psiquiátrica VI

CSRM- Centro de Saúde de Rio de Mouro

Dr.ª – Doutora

Enf.ª – Enfermeira

FEANTSA- European Federation of National Organizations Working with the Homeless

H – Homens

HM – Homens e Mulheres

HCC- Hospital Curry Cabral

HFF – Hospital Fernando da Fonseca

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

M – Mulheres

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG- Organização Não Governamental

WONCA – World Organization of Family Doctors

ÍNDICE

0 - INTRODUÇÃO ……...…11

1- MÓDULO I: Promoção de estilos de vida, Diagnóstico e Prevenção - Na Comunidade e nos Centros de Saúde ……...…….……15

1.1- OBJECTIVO 1 ……...……... 18

1.1.1- Justificação ……..18

1.1.2- Reflexão das Actividades Desenvolvidas ……...……...……..19

1.2- OBJECTIVO 2 ……...……...….23

1.2.1- Justificação ……..23

1.2.2-Reflexão das Actividades Desenvolvidas ……..23

1.3- OBJECTIVO 3 ……...……26

1.3.1- Justificação ……..….26

1.3.2- Reflexão das Actividades desenvolvidas ….……..……27

1.4- ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS PROPOSTOS E COMPETÊNCIAS AQUIRIDAS ……..……29

2- MÓDULO II : Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do Adulto ……...……..32

2.1- PAPEL DO ENFERMEIRO DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA …….36

2.2- CONTRIBUTOS NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS AQUIRIDAS ……..37

3- MÓDULO III : Reabilitação e Reinserção de pessoas em situação de sem- abrigo ...……..…...…...…..….39

3.1- BREVE HISTÓRIA SOBRE OS SEM-ABRIGO …….…….42

3.2- CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE SEM ABRIGO……44

3.3- ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS PROPOSTOS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS …….……..…….47

4- CONSIDERAÇÕES FINAS ……55

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ……..59

ANEXOS …..……..…….……..66

ANEXO I- Cronograma Geral do Estágio ……68

ANEXO II- Cronograma de Actividades: Módulo I ……..72

ANEXO III- Sintra e a Sua Gente ……...76

ANEXO IV- Documentos de Referência ……...…120

ANEXO V- Sintra e os Recursos Comunitários ……...124

ANEXO VI- Sintra e os Programas ……...……214

ANEXO VII- Posters ……...……238

ANEXO VIII- Estudo de Caso ……...….244

ANEXO IX- Esclarecimento de Dúvidas ……...…318

ANEXO X- Algumas Respostas Para As Famílias: O Internamento Compulsivo …334

ANEXO XI- Plano da Sessão de Formação ……...…424

ANEXO XII- Sintra e a Saúde Mental ……...…430

ANEXO XIII- Acção de Formação: "O Enfermeiro nos Cuidados de Saúde na Área das Toxicodependências" ……480

ANEXO XIV - Cronograma de Actividades: Módulo III ……484

ANEXO XV- I Encontro de Saúde Mental Comunitária "Desafios Actuais" ……...488

ANEXO XVI- O Meu Diário ……...…492

ANEXO XVII- Recensão Crítica "Sem-Amor/Sem-Abrigo ……524

0- INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional em Saúde Mental e Psiquiatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, foi-me proposta a realização de um Relatório, referente à Unidade Curricular Estágio.

A forte componente prática deste momento de aprendizagem exige a elaboração de um Relatório, uma vez que é fundamental reflectir de forma crítica sobre as experiências vividas e sobre as competências adquiridas. Este curso de Pós- Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, visa o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada á Pessoa, principalmente com problemas de saúde mental e é dirigido para a promoção da saúde e prevenção da doença em qualquer fase do ciclo de vida em que se encontre.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007), o Enfermeiro Especialista é o Enfermeiro com conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializada.

A propósito de Saúde Mental, o **Comité de Peritos** da **OMS** (2001), define-a como sendo a capacidade de estabelecer relações harmoniosas com os demais e a contribuição construtiva nas modificações do ambiente físico e social. Eu acrescentaria também o ambiente emocional e espiritual, se considerar-mos que espiritualidade contém os princípios religiosos, morais e éticos que guiam a existência, ajudando a pessoa a reconhecer a sua verdadeira natureza e o que é bom para si. Desta forma*, "a dimensão espiritual exprime-se, de modo mais ou menos consciente, ao longo da vida (...). Manifesta-se nas escolhas que faz, no seu modo de satisfazer as suas necessidades e no seu modo de estar e de se relacionar com o ambiente*" (CHALIFOUR, 2008,p.70).

A Unidade Curricular Estágio enquadra-se precisamente, neste contexto de desenvolvimento de competências especializadas adequadas á pratica clínica. Por conseguinte, propus-me desenvolver competências especializadas na área de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental.

O presente Relatório refere-se a três Módulos distintos que constam do Plano de Estudos do Mestrado e que decorreram no período de 28 de Abril de 2009 a 20 de Novembro de 2009.

De referir que não fiz o **Módulo II**, por me ter sido creditado, uma vez que tenho longa experiência (quinze anos) em unidade de intervenção na crise, com utentes adultos.

O **Módulo I** visa a Promoção de Estilos de Vida, o Diagnóstico Precoce e a Prevenção da Doença Mental na Comunidade e em Centros de Saúde. Decorreu no Centro de Saúde de Rio de Mouro – ACES IX- Agrupamento Dos Centros de Saúde IX: Algueirão - Rio de Mouro. O local escolhido para a execução deste módulo, prendeu-se sobretudo com questões de proximidade com a área de residência e por me parecer poder vir a desenvolver bons projectos escolares assim como bons projectos de desenvolvimento na área de intervenção e ajuda aos utentes/ famílias da área de abrangência. Por fim, por considerar que os profissionais que ali se encontram, me poderiam ajudar/colaborar com a minha aprendizagem, com os quais eu poderia adquirir competências especificas nesta área de prestação de cuidados.

O período total de estágio foi de 8 semanas, tendo início a 28 de Setembro e com término a 20 de Novembro do corrente ano.

O **Módulo III**, visa o desenvolvimento de competências em campo de subespecializaçao da saúde mental e psiquiatria, á escolha do formando e como tal, seleccionei a área da reabilitação psicossocial, com abordagem directa aos Sem-Abrigo e como campo de estágio, a AMI, no departamento de Acção Social, mais concretamente na Equipa de Rua. Foi realizado de 20 de Abril de 2009 a 20 de Junho de 2009. O meu interesse por este programa está relacionado com o tipo de apoio prestado à população Sem-Abrigo na área da Grande Lisboa. O objectivo deste programa é corresponder às necessidades de saúde, sociais e psicológicas desta população e combater a exclusão social, através do estabelecimento de uma relação de ajuda. Esta Equipa pretende melhorar a qualidade de

vida dos Sem-Abrigo, promovendo respostas integradas de várias áreas às suas situações e prestar apoio psico-social contínuo de forma a evitar regressões.

A exclusão e o isolamento social são actualmente alguns dos factores preponderantes para o aumento das doenças mentais bem como muitas destas conduzem à própria exclusão social extrema. É neste âmbito que surgem comportamentos desviantes, como a delinquência, a criminalidade, os Sem-Abrigo, estando sempre presente de forma mais discreta ou mais anunciada a Doença Mental.

Torna-se urgente uma intervenção rápida, através de atitudes de compreensão, tratamento, suporte, disponibilidade afectiva e incursão de valores. Através desta postura pretende-se promover a reabilitação psicossocial daqueles que se encontram já a ser "castigados" pelos seus comportamentos desviantes mas também daqueles que se encontram numa situação de extrema miséria em risco de ingressar por vidas desesperantes.

Assim sendo, proponho os seguintes objectivos gerais para a realização deste Relatório:

- Desenvolver a minha capacidade de auto-avaliação, auto-análise e autocrítica;
- Demonstrar um auto-desenvolvimento pessoal e profissional ao nível cognitivo, técnico, cultural, emocional, ético e comunicacional, na intervenção ao doente mental em qualquer fase que se encontre da sua vida/doença.

Como objectivos específicos:

- Descrever e analisar os objectivos propostos para cada Módulo, as actividades desenvolvidas, os recursos utilizados e as competências adquiridas;
- Analisar de forma crítica os três Módulos, numa perspectiva global;
- Descrever propostas e sugestões, dificuldades e limitações.

Este Relatório encontra-se organizado em quatro Capítulos. Nos três primeiros Capítulos, estão descritos por sequência cronológica aos locais de estágio onde estive presente. Cada um analisa criticamente os objectivos propostos para cada local de estágio, a pertinência das actividades desenvolvidas e os recursos utilizados. Pretendo também em cada capítulo, apresentar e justificar cada objectivo relacionado com as competências a desenvolver e as actividades por mim desenvolvidas, para a operacionalização de cada um deles.

No quarto capítulo, Considerações Finais, será realçado o carácter evolutivo, dinâmico e flexível do meu percurso visto ser um processo inacabado, estando sujeito a novas informações e alterações mediante as experiências que fui adquirindo ao longo do meu processo evolutivo profissional. Faço uma pequena reflexão sobre todo e trabalho por mim desenvolvido ao longo deste tempo formativo.

Para a elaboração deste Relatório foi utilizada a metodologia descritiva e analítica relativa ao meu desempenho e utilizei como recursos a reflexão diária escrita e a análise do Projecto e Portefólios dos Módulos de Estágio, assim como pesquisa bibliográfica.

Por fim, seguem-se os capítulos de Referências Bibliográficas e Anexos. Nas Referências, descrevo apenas aqueles documentos que considerei mais pertinentes e fundamentais para o desenvolvimento do meu trabalho. Nos Anexos, estão guardados todos os documentos e instrumento que fui construindo ao longo deste estágio, estando por isso disponibilizados para futuras consultas e novas abordagens temáticas.

Utilizei como Orientação para a estruturação escrita deste Relatório as sugestões de Liliana Braguez com base no seu livro, Guia de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos.

1-MÓDULO I

"A Saúde Mental é essencial para conseguir Cuidados de Saúde Primários holísticos e centrados na Pessoa"

Drª Margaret Chan

(Directora Geral da OMS)

O Centro de Saúde continua a ser o ponto de contacto privilegiado do cidadão e da sua família com o sistema de cuidados de saúde primários (Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007). Num futuro próximo, os Centros de Saúde, serão identificados com uma prestação integrada em Cuidados de Saúde Primários, tanto na vertente personalizada (individual e familiar), através das Unidades de Saúde Familiares (USF) ou das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), assim como na vertente comunitária, através da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Já a OMS (1978) na **DECLARAÇÃO DE ALMA-ACTA**, reconheceu que a chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, entre e dentro dos países, é inaceitável e identificou os Cuidados de Saúde Primários como a solução para concretizar a meta "***SAUDE PARA TODOS***". A Declaração mostrou a necessidade de promover e proteger a saúde nos países em desenvolvimento e que o espírito de desenvolvimento deve basear-se na Justiça Social tendo em vista a Paz Mundial.

Este módulo visa a Promoção de Estilos de Vida, o Diagnóstico Precoce e a Prevenção da Doença Mental na Comunidade e em Centros de Saúde. Os Cuidados de Saúde Primários, baseiam-se em métodos, tecnologias e práticas cientificas socialmente aceites.

A escolha deste local de estágio, ficou a dever-se além de razões de proximidade geográfica com o local de residência, também por ser um campo onde existe o enfoque relacionado com a promoção da saúde e prevenção da doença.

Agrupamento dos Centros de Saúde de Rio de Mouro e Algueirão/ Mem Martins, em Sintra (ACES IX).

Este Módulo decorreu de 28 de Setembro a 20 de Novembro de 2009 (**AnexoI**), tendo como orientadora pedagógica a Sr.ª Professora Olga Valentim e sob supervisão clínica da Sr.ª Enf.ª Chefe Ana Raínho.

Optei como campo de estágio, pelo Centro de Saúde de Rio de Mouro e Algueirão/ Mem Martins, actualmente designado de Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) (Decreto-Lei 28/2008 de 22 de Fevereiro). Este Centro de Saúde, tem como objectivo principal, prestar cuidados de saúde nas áreas da prevenção, tratamento e reabilitação de utentes do Conselho de Sintra e nas áreas de Rio de Mouro e Algueirão/ Mem Martins. Tem em curso vários programas, de entre os quais, Cuidados de Enfermagem na Comunidade, em Cuidados Continuados Integrados com visitas domiciliarias, Saúde Familiar e Saúde Pública. Doentes do foro psiquiátrico, são seguidos no **CINTRA** (Centro Integrado de Tratamento e Reabilitação em Ambulatório), embora pertença á área de abrangência do ACES de Rio de Mouro.

Presta ainda serviços assistenciais e não assistenciais aos cidadãos, às famílias, aos grupos sociais e à comunidade, através das suas unidades funcionais, sendo também a estrutura que deverá assegurar os serviços de apoio técnico e logístico a essas mesmas unidades. Através das suas unidades funcionais, o ACES presta também serviços de promoção da saúde, de prevenção da doença e de prestação de cuidados na doença, a reabilitação e a reinserção social. Entre as suas principais actividades, o ACES deverá promover a ligação a outras entidades com vista a assegurar a continuidade dos cuidados de saúde, a vigilância epidemiológica, a formação profissional (desenvolvimento profissional contínuo e formação pré e pós graduada), a investigação, a monitorização e a avaliação dos resultados. Deverá, também, assegurar as actividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida.

De acordo com a OMS (2009), a saúde mental é fundamental em relação aos valores e princípios da Declaração Alma-Ata. A Organização Mundial de Medicos de Familia (WONCA) considera que cuidados holísticos de saúde, nunca serão atingidos até a saúde mental ser integrada nos cuidados de saúde primários (OMS-WONCA, 2008). Por conseguinte, muitas pessoas sofrem tanto de problemas de saúde física como mental, neste caso, serviços de Cuidados de Saúde Primários Integrados, irão ajudar a assegurar que as pessoas sejam tratadas de uma maneira holística.

Está definido que quando a saúde mental é integrada nos Cuidados de Saúde Primários, as pessoas podem ter acesso a serviços da área da saúde mental, mais perto de suas casas, conservando-se assim próximos de suas famílias o que possibilita a manutenção das suas actividades quotidianas.

Outro factor importante relacionado com os cuidados primários para a saúde mental, prende-se com o facto de permitir uma maior monitorização de doentes crónicos assim como a minimização do estigma, da discriminação e diminui o risco de violações de direitos humanos que podem ocorrer nos hospitais psiquiátricos (OMS, 2009).

De acordo com a OMS (2009) e o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, é prioridade extrema, a articulação e integração dos serviços de saúde mental com os Cuidados de Saúde Primários, dado que este será o modo mais eficaz de garantir que as pessoas tenham os cuidados de saúde mental que mais necessitam.

Para que estas mudanças aconteçam, é obrigatório que haja pessoal técnico preparado. Tem que haver novas formas de actuação e novas estratégias terão que ser abordadas. Como tal, a Enfermagem vai ter que dar um grande contributo nesta área.
Assim sendo, PEPLAU (1990) defende o papel único dos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria pois são aqueles que são capazes de conseguir integrar de forma apropriada a abordagem das necessidades físicas e psíquicas num mesmo plano terapêutico, fornecendo educação para a saúde, coordenando os cuidados, supervisionando outras ajudas

domiciliárias de saúde e integrando a família e outros elementos significativos nos sistemas de apoio á pessoa.

Seguidamente, irei explicitar os objectivos e respectivas actividades, por mim propostas e realizadas, ao longo deste período de estágio (**Anexo II**).
Importa ainda referir que estes objectivos foram traçados de acordo com o previsto curricularmente, em termos de plano de estudos. Neles estão implícitas as várias áreas de abrangência tais como: a prática dos cuidados, a área da formação, da investigação assim como da supervisão clínica.

1.1 – OBJECTIVO 1

Melhorar o atendimento aos utentes no âmbito da problemática da Saúde Mental e Psiquiatria, no contexto da intervenção comunitária.

1.1.1 – <u>Justificação</u>

A psiquiatria comunitária centra a sua atenção não só nos doentes, mas também na prevenção da doença mental da população em geral. A **Prevenção Primária** envolve a promoção da saúde e a prevenção da doença. Uma dieta equilibrada, exercício físico regular e adequado, manter um peso saudável, entre outros, são medidas, que promovem um bem-estar físico e psíquico e que poderão evitar muitas doenças. CAPLAN, em 1984 disse que cada família, futura mãe, criança, emigrante ou inválido deveria contar com programas que cobrissem as suas necessidades de educação, orientação, lazer e bem-estar. A prevenção primária deve actuar sobre os recursos da comunidade, reduzindo os factores que possam ser considerados prejudiciais, a partir da concepção global da saúde. Portugal, assim como em toda a Europa, tendem a substituir o modelo biomédico, centrado no hospital, por um modelo holístico de abordagem integral, multidisciplinar e de base comunitária, privilegiando particularmente os Cuidados de Saúde Primários (BUTT e SILVA, 2008). Neste contexto, a Enfermagem de Saúde Mental terá que dar um importante contributo. Assim, como já referido anteriormente, PEPLAU (1990), define que

cabe aos enfermeiros da saúde mental e psiquiatria, fazer a mudança, dado que são eles que têm a capacidade de saber conjugar as abordagens física e psíquica, num mesmo plano terapêutico.

1.1.2- Reflexão das Actividades Desenvolvidas

Sob uma perspectiva holística, ao longo do seu período de integração realizei a avaliação das necessidades e promovi a sua integração nas actividades semanais estruturadas, que permitissem o desenvolvimento de competências necessárias a uma vida independente e a uma melhor gestão da doença, enfatizando os seus recursos, as suas necessidades e interesses.

Este período foi fundamental uma vez que ao observar toda a estrutura física, valências e programas e área geográfica de abrangência desta Unidade de Saúde, assim como a observação e interacção da dinâmica da equipa multidisciplinar pude reflectir sobre a dinâmica e metodologia da prestação de cuidados adoptada e adaptar-me de forma a prestar assistência com qualidade ao utente, na área da minha formação especializada, a problemática da saúde mental e psiquiatria, com enfoque na comunidade. Essencial a esta fase foi também, a gestão e interpretação adequada da informação proveniente da minha formação pessoal e de base profissional, que me permitiu adequar a minha postura as experiências vividas.

À chegada à Unidade de Dia, senti-me imediatamente em casa, a simpatia com que fui recebida pela Sr.ª Enf.ª. Ana Raínho, fez-me sentir bem-vinda. Posteriormente, apresentou-me à restante equipa multidisciplinar, vários enfermeiros que se encontravam de serviço, Psicóloga, Terapeuta Ocupacional, Delegado de Saúde e Administrativa. Seguidamente fez-me a visita guiada às instalações.

Com a colaboração da Enf.ª Coordenadora e Professora Tutora, decidi realizar algumas alterações no meu Projecto de Estágio, pois foi realizado numa fase em que desconhecia por completo a metodologia de trabalho desta instituição. As alterações são relativas, uma vez que foram maioritariamente relacionadas com as actividades que poderia realizar para

atingir os objectivos. Foi-me facultado o Manual de Integração da Unidade, que fui consultando ao longo da semana. Assim tomei conhecimento dos principais objectivos da Unidade

A saúde mental e a saúde física são dois elementos da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. As comunidades, as famílias e os utentes deveriam ser incluídos na formulação e na tomada de decisões sobre políticas, programas e serviços. Segundo o **Relatório Mundial de Saúde** (OMS, 2002), vários estudos feitos pelas neurociências e ciências comportamentais, já mostraram que, como muitas doenças físicas, as perturbações mentais e comportamentais resultam de uma complexa interacção de factores biológicos, psicológicos e sociais.

Considero que este objectivo foi totalmente cumprido apesar de aceitar a ideia de que qualquer objectivo não deve ser considerado como uma "obra inacabada", mas sim como um processo dinâmico uma vez que existe uma necessidade premente de constante actualização.

Ao longo deste estágio, construí um dossier, em parceria com uma colega da especialidade, designado de "***CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL DE PROXIMIDADE***", tendo como objectivo principal, contribuir para um sistema comunitário de informação sobre a saúde mental e a doença mental da população de Sintra que é seguida no CHPL. Em anexo, encontra-se um documento por mim elaborado e intitulado de "**Sintra e a Sua Gente**" (**Anexo III**), onde se encontra descrita em pormenor, toda a densidade populacional assim como a sua história, ecologia, território, saúde, educação e por último a economia. Para tal, consultei dados dos Censos de 1991 a 2001, bem como elementos estatísticos de referência disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE). Considero importante este documento, uma vez que quando se faz o levantamento historial de uma comunidade, é interessante perceber a sua história natural, caracterizando para isso as suas gentes, como está a sua saúde, a área de abrangência e a própria economia.

Neste dossier, ficam também anexados, "**Documentos de Referência**" (**Anexo IV**) muito importantes em termos de Política de Saúde Mental e Psiquiatria, a nível nacional.

Temos como exemplo o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental, bem como a Lei de Saúde Mental, Lei nº 36/98 de 24 de Julho. Estes documentos, apesar de não fazerem parte integrante específica deste estágio, considero ser importante a sua referência, uma vez que fazem parte integrante do sistema de políticas de saúde, na área da Saúde Mental e Psiquiatria. Daí a minha decisão em mencioná-los, ficando colocados em anexo.

Organizei ainda outro capítulo designado de " **Sintra e os Recursos Comunitários**" (**Anexo V**), onde fica descrito um inventário de respostas locais nos domínios do apoio social e da saúde (com enfoque para a área da saúde mental), existentes no Concelho de Sintra. Aqui, foram contempladas as entidades públicas assim como as entidades privadas de solidariedade social. Para tal, tive algumas reuniões informais na Câmara Municipal de Sintra, o que possibilitou fazer um levantamento dos recursos e estruturas comunitárias existentes, dando especial ênfase á saúde mental.

A estrutura escolhida como apresentação, consistiu na enumeração dos recursos existentes na comunidade e organizados por várias áreas de actuação. Para cada entidade, foi identificada morada, contactos, valências, actividades desenvolvidas assim como condições de admissão.

Segundo o relatório sobre a integração da saúde mental nos Cuidados Saúde Primários, elaborado pela OMS e WONCA (2008), existe a justificação de que cuidados primários para a saúde mental integrados funcionam da melhor forma quando são apoiados por outros níveis de cuidados, incluindo serviços baseados na comunidade.

Elaborei ainda outro módulo do dossier intitulado de "**Sintra e os Programas**" (**Anexo VI**), tendo como principal objectivo, fazer um levantamento e análise de alguns programas e projectos ainda em curso no concelho de Sintra, no âmbito da saúde mental. Assim, foram privilegiadas áreas como a formação de competências parentais, a prevenção de comportamentos aditivos e redução de riscos assim como o apoio aos idosos e mobilidade da pessoa com deficiência. Para cada um destes itens, foram enumerados os respectivos objectivos, grupos alvos, entidade responsável e parceiros, bem como as metodologias utilizadas.

Embora a promoção da saúde mental positiva para todos os membros da sociedade, seja considerada uma meta muito importante, ainda há muito que aprender sobre como atingir esse objectivo. Existe ainda hoje um forte **estigma** relacionado com as perturbações

mentais e comportamentais. Muitos utentes nunca receberam tratamento para as suas patologias e ainda são considerados como "um fardo" pela sociedade. De acordo com o Relatório Mundial de Saúde (2002), considera que ainda há muito que aprender, sendo que a evidencia cientifica é clara: temos á nossa disposição o conhecimento e a capacidade necessária para reduzir significativamente a carga das perturbações mentais e comportamentais em todo o mundo.

Como meio de sensibilização da população que recorre ao Centro de Saúde, assim como da equipa multidisciplinar, elaborei dois posters relacionados com o tema da saúde mental, "**Como Cuidar Da Saúde Mental**" e "**10 Factos Sobre A Saúde Mental**" (**Anexo VII**), sendo que foram adaptados do *10 Factson Mental Health. Geneva: WorldHealthOrganization,* 2009.

Segundo a OMS (2002) de todas as barreiras a superar na comunidade, a mais importante é a estigmatização e a discriminação com ela associada para com pessoas que sofrem transtornos mentais e comportamentais. Existe hoje larga evidência de que em todo o mundo estes dois factores impedem doentes e famílias de procurarem, obterem e manterem os cuidados de saúde mental que necessitam. Em simultâneo o estigma e a discriminação fortalecem padrões destrutivos de baixa auto-estima, isolamento, social, desespero, incapacidade para o trabalho, abuso de álcool e drogas, falta de abrigo ou institucionalização excessiva. Neste sentido, potenciam um círculo vicioso de alienação e descriminação, diminuindo as possibilidades de recuperação e vida normal (OMS, 2002). Por conseguinte é necessário educar e informar sobre a natureza, o grau, o impacto e o tratamento das perturbações mentais a fim de combater mitos comuns e promover atitudes mais positivas em relação à doença mental.

Considero que a consequente incapacidade de obter tratamento vai favorecer padrões destrutivos e baixa da auto-estima o que implica o isolamento e o desespero. O estigma, priva as pessoas da sua dignidade e interfere na plena participação em sociedade. Pois, o estigma sobre as perturbações mentais e a discriminação contra os doentes e famílias com esta perturbação, impede as pessoas de procurarem os cuidados de saúde mental de que tanto necessitam.

1.2 – OBJECTIV0 2

Prestar cuidados de enfermagem especializados no âmbito da Promoção da Saúde e Prevenção da Doença Mental, na Comunidade.

1.2.1- Justificação

Segundo a **OMS** uma opinião pública bem informada e uma cooperação activa por parte do público são de uma importância capital para a melhoria da saúde de um povo.
Já HILDEGARD PEPLAU citado por ESPINOSA (1998,p.14) refere que "*o profissional de enfermagem pode, através do relacionamento com o utente, contribuir para o desenvolvimento da personalidade deste*". Neste sentido, as relações interpessoais constituem uma capacidade que podem desenvolver a ligação da equipa de enfermagem com o utente.
A OMS, no seu relatório 363 de 1978, definia o papel da "*enfermagem em Saúde Mental como sendo um processo interpessoal pelo qual o enfermeiro presta assistência ao individuo, para promover a saúde mental, prevenir a doença mental, ajudando-os a se readaptarem e encontrarem significado nestas experiencias*" (OMS citado por ESPINOSA, 1998, p.15).

1.2.2- Reflexão das Actividades Desenvolvidas

Os CSP oferecem oportunidades incomparáveis para a prevenção das perturbações mentais e a promoção da saúde mental, para a educação da família e da comunidade e para a colaboração com outros sectores (OMS, 2009). Neste sentido, incluem também a identificação precoce de perturbações mentais, o tratamento dessas perturbações, a gestão de pessoas com doença psiquiátrica, referenciação para outros níveis quando necessário e a atenção às necessidades de saúde mental com problemas físicos associados. Neste sentido,

e no cumprimento do objectivo geral por mim proposto, desenvolvi um conjunto de estratégias das quais destaco:

O acompanhamento de caso no contexto da comunidade e da intervenção familiar, caso este seleccionado pela Sr.ª Enf.ª Coordenadora do ACES. Após feito o diagnóstico da situação de enfermagem, na área da saúde mental na comunidade, fiz um "**Estudo de Caso**" (**Anexo VIII**) ao utente com história de Depressão associada a doença física (Linfoma de Hodgkin). Trata-se de um utente seguido já neste Centro de Saúde mas o qual terá abandonado as consultas. Foram realizadas várias visitas domiciliárias e feito triangulação com outras instituições de saúde, nomeadamente o HFF (serviço de Oncologia), assim como a Associação Juvenil - A PONTE, onde fazem apoio escolar, ocupação dos tempos livres, tem centro de interesses e competências, Mediateca e novas tecnologias. O doente acabou por recusar. Por conseguinte, isto fez-me pensar se todo este trabalho não teria sido feito ao contrário. No entanto, houve várias tentativas iniciais para a abordagem directa ao utente para perceber quais seriam as suas angústias e expectativas para um futuro próximo mas este, nunca se mostrou interessado. Como tal, e por pensar que não se pode estar de braços cruzados á espera que as situações se resolvam por si só, implica sermos cidadãos motivados, tendo como sentido pessoal um "fazer parte e por a mão na massa", tentei dar então alguma respostas, que senão para o utente, pelo menos para a sua família.

Na relação de ajuda, espera-se que o ajudante promova um ambiente favorável, onde o indivíduo sinta tranquilidade e confiança para expressar-se, pois segundo Lazure (1994), o objectivo da relação de ajuda é dar ao indivíduo a possibilidade de identificar, sentir, saber, escolher e decidir se deve mudar. Neste sentido, realizei várias intervenções de enfermagem, das quais destaco o domínio da relação de ajuda de natureza formal, após visitação domiciliária, por meio de entrevistas e aconselhamento estruturado assim como entrevistas de natureza informal. Considero que as segundas tiveram preponderância perante as primeiras, uma vez que os utentes procuravam uma abordagem directa, com aproximação aos técnicos, sem qualquer tipo de marcação.

No sentido da promoção da saúde, podemos retirar três ideias chave: a saúde mental é parte integrante da saúde física, pelo que não há saúde sem saúde mental; a saúde mental é mais do que a ausência de doença; e há uma profunda e interdependente relação entre saúde

mental, física e social. Concluímos então, que saúde e a doença mental são determinadas por múltiplos e interdependentes factores psicológicos, biológicos e sociais, tal como a doença e a saúde em geral. Esta concepção é importante pois permite a integração da saúde mental pelo prisma da saúde pública, na qual a promoção da saúde e a prevenção da doença têm de agir sobre as determinantes individuais e ambientais, no sentido de reforçar os factores de protecção (resiliência) e diminuir os factores de risco (OMS, 2002).

Fazem parte integrante da política geral do país, as chamadas politicas de saúde, definidas como um conjunto de decisões/compromissos políticos em que são estabelecidos os objectivos a atingir e as actividades a realizar pelos serviços de saúde, apresentando como características majores, a Universalidade, Acessibilidade, Integração, Articulação, Criatividade entre outras (WONCA, 2008)

Acima de tudo, devem garantir a todos os cidadãos, o direito á saúde e ao incentivo na cooperação da sua segurança social. Por conseguinte, a população cria expectativas, relativamente aos serviços de saúde. Estão subjacentes, um conjunto de valores tais como: Respeito, Dignidade pelas pessoas, o direito á Confidencialidade, Informação e Autonomia.

A procura continuada da qualidade, passa a ser um padrão, tendo como fim, a obtenção de um acesso eficaz a redes de apoio social. Muitas vezes, esta procura incessante pelo bom, ideal ou óptimo, faz com que se perca o rumo para o qual estávamos verdadeiramente destinados.

Ao longo deste estágio, a Sr.ª Enf.ª Ana Raínho foi-me pedindo a colaboração para a abordagem a casos clínicos na vertente da área da enfermagem, seguidos naquela unidade de saúde, no que concerne a questões complexas, relacionadas com o utente e família, na área da minha especialização. Assim sendo, e sem descurar a responsabilidade social e ética ao qual o meu trabalho esta implícito, dei respostas e esclarecimentos, para as duvidas existentes (**Anexo IX**). Neste sentido, fiz visitas domiciliárias, colaboração com a Sr.ª Enf.ª Adelaide que exerce cuidados domiciliários; articulação com outras unidades de saúde nomeadamente, o CINTRA nas pessoas do Dr. Paulo Ferreira, as Enf.ª Fernanda Gonçalves e Isabel Fazenda; a Clínica da Juventude; o serviço de urgência de psiquiatria do HCC, o serviço de Oncologia do HFF, entre outros. Assim, tive oportunidade de partilhar com outros profissionais, os meus saberes adquiridos, na área da minha especialização.

Para o indicador de avaliação "Realização de uma acção de formação", também foi cumprido na totalidade visto que fiz uma acção subordinada ao tema "**Algumas Respostas para as Famílias: O Internamento Compulsivo**" (**Anexo X**). Este tema surgiu após uma entrevista informal com Sr.ª Enf.ª Coordenadora, em que verbalizou a necessidade premente de abordagem deste tema uma vez que tem existido naquela Unidade de Saúde, vários pedidos de ajuda da parte das famílias, com utentes com patologia psiquiátrica em fase de grande agressividade. Os próprios profissionais de saúde, verbalizaram algum desconhecimento e desconforto quando estas situações acontecem. Por tudo isso, pretendi sensibilizar os presentes para o papel do enfermeiro no apoio às famílias com pessoa portadora de perturbação psiquiátrica, assim como fornecer informação sobre o quadro normativo deste tipo de internamento nomeadamente, analisar as etapas de condução do internando (Fluxograma da Pessoa Sujeita a Internamento Compulsivo) na situação de Internamento Compulsivo. Fica também em anexo, o plano desta sessão de formação (**Anexo XI**).

1.3- OBJECTIVO 3

Definição do diagnóstico da população da área de abrangência do ACES de Rio de Mouro e Algueirão/ Mem Martins, relacionada com a Saúde Mental e a Doença Mental e assistidos no CINTRA.

1.3.1- <u>Justificação</u>

O **Relatório Mundial de Saúde** de 2001 (OMS, 2002) recomenda o desenvolvimento para a Saúde Mental nas comunidades e a sua inclusão nos sistemas de informação, que devem incluir tanto o número de indivíduos com perturbações mentais e atenção que recebem, como medidas gerais da Saúde Mental na Comunidade. Neste sentido, a Sr.ª Enf.ª chefe do Centro de Saúde de Rio de Mouro manifestou em entrevista, a necessidade desta informação. Assim sendo, foi-me proposto a colaboração na caracterização e análise de informação nos domínios da Saúde Mental e Doença Mental da população da área de abrangência do ACES de Rio de Mouro e Algueirão/ Mem Martins, que é assistida pelo CINTRA.

1.3.2- Reflexão das Actividades Desenvolvidas

A investigação em enfermagem surgiu na segunda metade do século XIX, no seguimento das ideias e práticas veiculadas por Florence Nightingale, durante a guerra da Crimeia. A promoção da saúde, a prevenção da doença e os cuidados aos doentes, foram as ideias centrais da concepção de Nightingale. Esta, enfatizava que a colheita sistémica de dados é extremamente necessária para melhorar os cuidados prestados.

A investigação, em cuidados de enfermagem, oferece novos caminhos á profissão. Primeiro e antes que tudo, torna-se uma atitude de interrogação que passa pelo questionar sobre si próprio, como actuar socialmente, não pode tratar-se de um acto isolado. Por conseguinte, não pode contribuir para dar maior significado aos cuidados de enfermagem se não se mantiver próxima dos utilizadores dos cuidados e dos que os prestam.

No âmbito deste estágio, foi-me proposto a caracterização e análise de informação na área da saúde mental e doença mental, na população pertencente ao ACS de Rio de Mouro e Algueirão/ Mem Martins, assistida no CINTRA. Assim sendo, fica descrito em anexo, o trabalho designado de "**Sintra e a Saúde Mental**" (**Anexo XII**), tendo como principal objectivo, a caracterização da população do concelho assistida pelo Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), tanto no que concerne ao internamento como à equipa comunitária (CINTRA). Deste modo, procedi à caracterização dos internamentos por doentes entrados e saídos, sexo, grupos etários, diagnósticos, freguesias de residência, demora média e dias de internamento. Do mesmo modo, também procedi à caracterização dos utentes do CINTRA, no que concerne à distribuição por concelho e freguesias de residência, género, grupos etários, diagnósticos e terapêutica neuroléptica depôt.

No que diz respeito ao sistema de classificação dos diagnósticos utilizado foi o CID-9 (Classificação Internacional das Doenças – Versão 9) da OMS. Embora esteja há muito disponibilizado uma versão mais recente e actualizada (CID-10), esta contínua a ser o sistema de classificação dos diagnósticos utilizado para efeitos estatísticos pelo CHPL.

Esta informação por mim trabalhada e reunida pretendeu contribuir para um diagnóstico de situação e consequente instrumento para o planeamento de programas e intervenções devidamente fundamentadas.

O período definido para a recolha e análise da informação de âmbito epidemiológico, foi de 1/Setembro/2008 a 31/Agosto/2009, foi uma escolha aleatória por mim definida. As várias categorias de diagnóstico, foram divididas por género, idade e área de residência. Os dados fornecidos no CHPL, permitiram a caracterização dos internamentos na CP-IV por doentes entrados e saídos, género, grupos etários, diagnósticos, freguesias de residência, demora média e dias de internamento. Do mesmo modo, também procedi à caracterização dos utentes do CINTRA, no que concerne à distribuição por concelho e freguesias de residência, género, grupos etários e diagnósticos.
Através dos registos da equipa de enfermagem do CINTRA, foi-me possível fazer a caracterização dos utentes em terapêutica neuroléptica depôt, em relação ao género, grupos etários, tipo de fármaco, intervalos de administração e freguesias de residência.
Em relação ao sistema de classificação de diagnósticos utilizado, foi o CID-9 da OMS, visto ser este o sistema de classificação utilizado no CHPL, apesar de já existir uma versão mais recente (CID-10).

Como já foi referido anteriormente, a construção deste Dossier visou aumentar o conhecimento sobre a saúde e a doença mental da população da área de abrangência do Agrupamento dos Centros de Saúde de Algueirão/Mem Martins - Rio de Mouro, assistida pelo CINTRA.
Neste sentido, esta informação reunida (e que se encontra em anexo), pretendeu contribuir para um diagnóstico de situação e consequente instrumento para o planeamento de programas e intervenções devidamente fundamentadas. Assim, os dados foram discutidos e apresentados à Sr.ª Enf.ª Ana Raínho, Enf.ª Coordenadora do Centro de Saúde de Rio de Mouro e também membro do conselho clínico do ACES IX Algueirão/Mem Martins – Rio de Mouro. Contudo, por limitações de tempo não foi possível alargar esta etapa tão importante à restante equipa. No entanto, a Sr.ª Enf.ª Ana Raínho ficou de agendar, quando possível, uma sessão de formação formal para apresentação e discussão dos resultados.

Por último, quero ainda acrescentar que este documento foi também partilhado com a equipa de enfermagem do CINTRA, na pessoa da Enf.ª Coordenadora Fernanda

Gonçalves, e com o Enf.º Chefe Luís Rocha, Enf.º Chefe da Clínica Psiquiátrica IV (sector de Sintra) do CHPL, tendo-lhes sido cedido um exemplar do dossier "**Sintra e a Saúde Mental**" (**Anexo XII**).

Para finalizar quero apenas acrescentar que no término desta experiência dou os objectivos propostos como atingidos com a noção de que realizei as actividades adequadas e utilizei os recursos disponíveis. O atingir desta meta na minha formação prática, implicou o desenvolvimento de novas competências e o aprofundamento de outras anteriormente já adquiridas mas que precisavam de ser sedimentadas.

É ainda importante ressalvar aqui uma informação especial: este Módulo I, decorreu em conjunto com a minha colega e amiga, Enf.ª Lara Santos e Silva, sendo que a maioria das intervenções e projectos realizados, foram realizados em conjunto. Por esse motivo, em anexo, irão aparecer trabalhos identificados com ambos os nomes.

1.4 – ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS PROPOSTOS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Sob uma perspectiva holística, ao longo do meu período de integração realizei a avaliação das necessidades e promovi a sua integração nas actividades semanais estruturadas, que permitissem o desenvolvimento de competências necessárias a uma vida independente e a uma melhor gestão da doença, enfatizando os seus recursos, as suas necessidades e interesses.

Este período foi fundamental uma vez que ao observar todo o contexto da Unidade de Saúde, pude reflectir sobre a dinâmica e metodologia da prestação de cuidados adoptada e adaptar-me de forma a prestar assistência com qualidade ao utente. Essencial a esta fase foi também, a gestão e interpretação adequada da informação proveniente da minha formação pessoal e de base profissional, que me permitiu adequar a minha postura as experiências vividas.

De uma forma progressiva e autónoma realizei sempre que necessário entrevistas que envolviam uma nova gestão e reformulação de estratégias para a concretização dos

contratos terapêuticos estabelecidos com os utentes, através da identificação das suas áreas de dificuldades, zelando sempre pelos cuidados prestados ao utente/família, na área da minha especialização.

Estas estratégias envolviam uma grande capacidade de negociação, perseverança e flexibilidade, gestão do domicílio, gestão de conflitos familiares, sem esquecer as suas crenças e cultura de forma a promover o *empowerment* do utente a novas estratégias de adaptação.

Não posso deixar de referir que esta bem sucedida etapa se deve em parte a uma Equipa Multidisciplinar muito disponível que me permitiu uma abertura de expressão fundamental à partilha de experiências para que me sentisse segura e confiante a intervir com os utentes. Por outra parte foi primordial a boa vontade dos utentes em permitirem que me envolvesse nas suas actividades, partilhando vidas e experiências que nunca esquecerei. Formulei e analisei questões/ problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica, ao longo desta etapa formativa, tendo sempre por base, a fundamentação teórica sobre o meu discurso elaborado, com a abordagem às várias patologias psiquiátricas.

Para finalizar considero que as actividades propostas para a concretização dos meus objectivos foram pertinentes e que consegui utilizar adequadamente os recursos que foram disponibilizados, desenvolvendo as competências necessárias na sua plenitude.

O enfermeiro especialista, para além de aplicar níveis superiores de julgamento e discernimento na tomada de decisão, assume ainda o papel não só de prestador de cuidados diferenciados mas também de supervisor e consultor para os colegas e outros elementos da equipa de saúde (OE, 2007). Assim, procedi ao acompanhamento de práticas clínicas no sentido de potenciar o desenvolvimento das minhas próprias competências ao nível da supervisão de cuidados, mas também um maior desenvolvimento pessoal e profissional dos colegas mais directamente envolvidos nos casos em causa, bem como da própria melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Acresceu ainda, uma preocupação sempre presente no sentido de promover uma maior compreensão para as especificidades da saúde mental no contexto dos cuidados de saúde primários. Dentro de um programa de saúde mental coordenado e abrangente, os profissionais de enfermagem psiquiátrica apresentam-se como uma grande esperança para o futuro da saúde mental. Assim, os profissionais de saúde

mental podem ser uma fonte de apoio para as equipas de saúde familiar à medida que estas se ajustam aos seus novos papéis.

Para finalizar considero que as actividades propostas para a concretização dos meus objectivos foram pertinentes e que consegui utilizar adequadamente os recursos que foram disponibilizados, desenvolvendo as competências necessárias na sua plenitude.

Quero apenas acrescentar que no término desta experiência dou os objectivos propostos como atingidos com a noção de que realizei as actividades adequadas e utilizei os recursos disponíveis. O atingir desta meta na minha formação prática, implicou o desenvolvimento de novas competências e o aprofundamento de outras anteriormente já adquiridas mas que precisavam de ser sedimentadas, como por exemplo, o aspecto reflexivo na abordagem ao outro e o trabalho em equipa, sem ser em contexto hospitalar mas sim nesta área tão importante e necessária como são os Cuidados de Saúde Primários na vertente da Saúde Mental e Psiquiatria. Percepções erróneas em relação à natureza das perturbações mentais e ao seu tratamento têm contribuído para que estas tenham sido negligenciadas. Por exemplo, muitas pessoas pensam que as perturbações mentais afectam apenas um pequeno subgrupo da população, mas a realidade é que e segundo a OMS e WONCA (2008), 60% das pessoas que vão a consultas a nível dos cuidados primários têm uma perturbação mental diagnosticável.

Há pessoas que pensam que as perturbações mentais não podem ser tratadas, mas é sabido que existem tratamentos eficazes e que estes podem ser utilizados com sucesso a nível dos Cuidados Primários de Saúde. Ao longo da minha existência, tenho-me deparado com pessoas que acreditam que utentes com perturbações mentais são violentas ou instáveis, e portanto devem ser encarceradas, quando na verdade, e dada a minha longa experiencia profissional, a vasta maioria dos indivíduos afectados não são violentos e são capazes de viver produtivamente dentro das suas comunidades. Para os sistemas de saúde com Cuidados de Saúde Primários que funcionem bem, a integração da Saúde Mental implicam benefícios substanciais. De entre as muitas vantagens, a integração assegura que a população, no seu todo, tenha acesso aos cuidados de saúde mental de que necessita e a integração faz aumentar a possibilidade de resultados positivos para os problemas da saúde tanto mental como física.

2-MÓDULO II

"Só a sensibilidade ao outro e a mim me permitirá ser coerente entre o que digo e o que sinto, para que a confiança surja"

Margarida Vieira

O presente capítulo pretende descrever de forma resumida as competências adquiridas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria na área de intervenção na crise do adulto. Para tal, faço uma breve descrição do papel do enfermeiro de saúde mental e psiquiatria. Aponto alguns contributos do meu exercício profissional neste campo no desenvolvimento de competências em saúde mental e psiquiatria e termino com aspectos facilitadores ou constrangedores do processo de aprendizagem.

Caplan (1964) define crise como uma situação que produz desequilíbrio psicológico numa pessoa que enfrenta uma circunstância perigosa, que constitui para ele um problema importante do qual ele no momento não pode fugir e que ele não pode resolver com os seus recursos habituais de resolução de problemas (cit. por Townsend, 2002). Townsend (2002) considera que as crises ocasionam um desequilíbrio, do qual muitos indivíduos necessitam de auxílio para se recuperar. Contudo, dado o desequilíbrio, as competências necessárias e habitualmente utilizadas pelo indivíduo, poderão estar comprometidas pelo nível de ansiedade. Ao longo de toda a sua vida, o ser humano deve interagir eficazmente com o ambiente de forma a buscar nele os recursos indispensáveis á satisfação das suas necessidades.

Muitos doentes, dada a sua situação clínica, não conseguem viver a sua vida sem uma ajuda exterior. São relativamente intolerantes ao *stress* da vida e por esse motivo, não conseguem corresponder às suas exigências, estão em crise. Muitas vezes no entanto, sentem dificuldade em procurar ajuda exterior, quer de ordem profissional quer de outra

origem e quando tem essa ajuda, têm muita dificuldade em aceitar essa ajuda proposta. Os familiares e amigos que poderiam ser uma fonte de suporte, estão muitas vezes ausentes não se preocupando com a situação ou simplesmente, são incapazes de responder de forma satisfatória às necessidades do doente.

Área de Intervenção na Crise, no Adulto

Como já referido anteriormente, este Módulo foi-me creditado dada a minha longa experiência profissional de quinze anos, em unidade de intervenção na crise, no adulto, tendo decorrido no CHPL (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa) - Pólo Miguel Bombarda e recentemente no Pólo Júlio de Matos (após reestruturação hospitalar). Ao longo destes anos de exercício profissional, tenho usufruído de imensas oportunidades que me têm permitido desenvolver e mobilizar as competências essenciais para **SER ENFERMEIRO** no global e muito especificamente na área da especialização da Saúde Mental e Psiquiatria.

Uma das minhas principais ambições sempre foi o desenvolvimento da competência relacional, por considera-la uma condição ***sin quan non*** do cuidar. Neste sentido, assim me tenho mantido ao longo deste tempo, a exercer funções num hospital psiquiátrico, onde cada dia é um dia diferente.

Estes anos têm sido, de facto, extremamente enriquecedores e promotores de um conhecimento enquanto pessoa e profissional. Contudo, tenho sido confrontada com algumas situações problemáticas relativas ao internamento das pessoas com doença mental e principalmente o impacto que isso causa nas famílias.

Importa aqui relembrar alguns conceitos, tais como saúde mental /doença mental.
Segundo a OMS (2001), a **Saúde Mental** está submetida a dupla influencia dos factores biológicos/sociais. Não constitui um estado estático, mas sim um estado que pressupõe variações e flutuações de graus. Esta concepção supõe no indivíduo, a capacidade de

estabelecer relações harmoniosas com os outros e a participar ou a contribuir de forma construtiva às modificações do meio social ou físico.
Já ***Doença Mental***, segundo também a OMS (2001), trata-se de uma combinação de ideias, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com as outras pessoas.

A Doença Mental nunca foi, nem é ainda hoje, considerada como outra doença qualquer. Os sentimentos que a "loucura" desperta são bem diferentes dos que são despertados por uma doença somática. Este estigma veiculado á doença mental foi claramente estudado por **GOFFMAN** em 1963, no seu livro: **STIGMA**- ***Notes On The Management of Spoiled Identity,*** onde se realça o facto de a estigmatização provocar um " *efeito de descrédito muito grande*" (GOFFMAN, 1998, p.12). As doenças mentais e os transtornos emocionais, apesar da sua extensão, contam-se entre as patologias menos conhecidas e aceites pela sociedade. Essa não-aceitação, ou estigma, resulta, muitas vezes, da imagem muito negativa e incorrecta do doente mental transmitida pelos meios de comunicação social que lhes atribuem comportamentos violentos e crimes. Em 1999 a União Europeia, definiu que não há Saúde Pública sem Saúde Mental. O conceito de doença mental é difícil de entender pelo grande público. Muitas pessoas confundem-no com o conceito de deficiência ou com o atraso mental. A dificuldade em compreender o conceito está, talvez associado á dificuldade em "visualizar" a doença, em entender a doença e às alterações de comportamento que a doença provoca que parecem estranhas e "anormais". Segundo PEDRO AFONSO (2008) refere que a noção de "normalidade", tal como a concebemos, está actualmente, em risco, uma vez que as doenças mentais se encontram entre as doenças mais comuns a nível da população mundial. É assustador verificar que, a nível mundial, entre as dez principais patologias responsáveis pelos maiores graus de incapacidade, metade são da área de saúde mental, prevendo-se o agravamento desta situação até 2020. A saúde é em todas as sociedades, um valor estimado e desejado em que a OMS define como "*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*".

O impacto da doença mental é determinado pela forma como a família experiencia a manifestação do comportamento da pessoa com a doença, havendo nessa experiência um confronto com as dificuldades económicas e sociais, inerentes ao facto de viver com uma

pessoa com doença mental o que vai influenciar ao seu envolvimento no processo de estigmatização.

A partir do impacto directo com os sintomas ou com a notícia da existência de uma determinada alteração no estado de saúde pessoal, desenvolve-se um processo complexo de assimilação e aceitação da mesma, sendo que a primeira questão que se coloca ao indivíduo é o da "entrada na doença", isto é, reconhecer que está doente e que necessita de ajuda. Por outro lado, reconhecer que está doente e tomar a decisão de recorrer a ajuda profissional, nem sempre é fácil, uma vez que grande parte destes doentes não se sentem doentes e verbalizam não necessitarem de qualquer tratamento.

Os motivos do internamento, centram-se muitas vezes, nas dificuldades que a família sente em lidar com a pessoa com a doença mental, mas também na inexistência de estruturas de apoio que ajudem a si e á pessoa que está doente. Esta informação é muitas vezes corroborada pelas famílias que têm familiares doentes/internados. Exteriorizam as suas angústias face há escassez de ajudas existentes na comunidade.

É aqui que entra o importante papel do enfermeiro desta área tão específica, porque tem a possibilidade de utilizar as suas competências de perito e facilitador. Enquanto perito, coloca os seus conhecimentos profissionais ao serviço do utente/família. Muitas vezes e em certas situações, apela também aos seus próprios conhecimentos sobre a vida e o modo de viver em sociedade. Assim, deve comportar-se como um educador/protector no sentido em que se preocupa em respeitar a Unicidade e Autonomia das pessoas que ajuda. As intervenções são adaptadas á maior ou menor capacidade que os doentes têm para se auto-cuidarem. Como facilitador, favorece de várias formas, a emergência das capacidades que aquele doente ainda tem.

No âmbito da prestação de cuidados de saúde mental em situação de crise, as patologias são as mais variadas destacando-se: esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, perturbações do humor, da ansiedade, somatoformes, dissociativas, do comportamento alimentar, do sono, do controlo dos impulsos, da adaptação, da personalidade, perturbações relacionadas com consumos de substâncias, estados confusionais e demência.

2.1 - PAPEL DO ENFERMEIRO DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

No serviço, a prestação de cuidados de enfermagem directos e individuais, sempre tiveram como princípio a melhoria do estado geral de saúde dos utentes e respectivas famílias. Deste modo, o meu desempenho profissional teve por base as Normas de Actuação Profissional aprovados pelo Conselho de Administração do HMB, bem como o respectivo Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, ou seja, a Humanização e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, através da sua personalização, tendo em vista a sua especificidade.

No que concerne às intervenções de enfermagem, em situação de crise no adulto, cumpri as fases de avaliação inicial, planeamento, execução e avaliação de resultados, que correspondem às etapas do processo de enfermagem. A Avaliação Inicial corresponde á primeira fase do processo de enfermagem, e é através da colheita de dados que o enfermeiro é capaz de elaborar os diagnósticos de enfermagem e planear um conjunto de intervenções em função dos resultados esperados. Assim, procurei proporcionar um clima de segurança e protecção, mantendo uma atitude tranquila, disponível e de respeito, tentando proporcionar um acolhimento eficaz. Segue-se a fase de planeamento das intervenções identificadas, em respostas aos problemas levantados, o que permite um plano de cuidados personalizados. O planeamento dos cuidados implicou o estabelecimento de objectivos a curto e médio prazo, de forma a garantir uma maior participação nos cuidados quer por parte do utente quer da família, sempre que possível. Para isso, centrei as minhas intervenções na realidade e com a finalidade da resolução do problema, demonstrando aceitação incondicional, atendendo às suas necessidades imediatas, nunca descorando a ideia de quo o individuo é um Ser Único, com necessidades únicas. Colaborei com o indivíduo para que este possa caminhar no sentido da resolução dos seus problemas e tentei ajudar o doente/família no sentido de procurar outras formas de apoio às quais possa recorrer em situações de stress. Por fim, temos a avaliação final e o encaminhamento que corresponde ao balanço da situação. Enquanto enfermeira, procurei entender e avaliar junto do doente/família, se a crise foi ou não ultrapassada.

Ao longo desta experiência procurei reflectir diariamente não só na minha actuação mas também na daqueles que estão no meu círculo profissional dentro desta área. Os enfermeiros lidam diariamente, em qualquer contexto profissional e pessoal com situações de crise. As suas crises internas enquanto Pessoas, as crises daqueles que cuidam, as crises dos doentes, as crises no trabalho, as crises na família...provavelmente fazem de nós elementos experientes e mais capazes de actuar em situação de crise.

Por fim, tendo em linha de conta os enfermeiros que prestam cuidados num serviço de internamento de pessoas com doenças mentais, podemos assim apostar na qualidade de relação que é estabelecida, quer com estas pessoas, quer com as suas famílias. Segundo CHALIFOUR (1989), é na forma de fazer e de estar nessa relação que se situa o aspecto terapêutico do cuidar.

Ao assumir uma atitude crítica e construtiva, relativamente à minha intervenção nesta área, penso que pude desenvolver competências para o meu desenvolvimento pessoal e profissional como futura Enfermeira Especialista, nesta área tão abrangente da Saúde Mental e Psiquiatria.

2.2- CONTRIBUTOS NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS AQUIRIDAS

Para além dos aspectos já referidos anteriormente, quero ainda destacar um conjunto de actividades que também contribuírem positivamente para o meu desempenho e para o desenvolvimento de novas competências, tais como a participação nas várias actividades desenvolvidas pela equipa do serviço; participação em projectos de investigação; participação em congressos, seminários e jornadas enquanto formanda e formadora; participação em comissões e grupos de trabalho (participação na elaboração de manual de procedimentos quer para enfermeiros quer para auxiliares de acção medica); Colaborei na integração e supervisão de novos enfermeiros; Colaboração na orientação, supervisão e avaliação das actividades desenvolvidas pelos alunos de enfermagem em estágio na área de

Saúde Mental e Psiquiatria, em articulação com os respectivos departamentos das Escolas Superiores de Enfermagem e colaboração na gestão do serviço.

Por fim, quero referir alguns aspectos importantes que me permitiram seguir no meu processo de aprendizagem, e impulsionaram-me para o "gosto" e deslumbramento que ainda hoje sinto por esta área da saúde, área tão específica como é a saúde mental e psiquiatria. Dos aspectos facilitadores do meu processo de aprendizagem quero destacar a presença, numa fase inicial do serviço, enfermeiros com longa experiência de vários anos em psiquiatria. Quando integrei a equipa, não tinha qualquer tipo de experiência e formação nesta área (a não ser a adquirida em contexto escolar, durante o estágio do curso de base), os colegas, assumiram para mim o papel de âncora, a eles devo muitas das aprendizagens e crescimento profissional e pessoal. A coordenação de enfermagem do serviço, também estimulou a prática reflexiva e a participação em grupos de trabalho, acções de formação e formação complementar o que permitiu que eu fosse adquirindo competências enquanto profissional mas também como ser humano. Este também foi um período de grande investimento pessoal em termos de formação académica, que se reflectiu pela formação do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian.

Como aspectos menos positivos, destaco a mobilidade do pessoal de enfermagem, entre serviços o que de certa maneira, causa instabilidade entre os colegas e readaptações constantes a cada novo elemento que entra para o serviço. Mais recentemente (no ano de 2008), destaco como aspecto negativo, a mudança do serviço para o Hospital Júlio de Matos (após reestruturação destes hospitais confinando-se a Centro Hospitalar Psiquiátrico De Lisboa e consequente encerramento do Hospital Miguel Bombarda). O deslocamento dos enfermeiros para um outro hospital gera muitas vezes um sentimento de não pertença, dificultando a troca de experiências com os colegas e mesmo as relações interpessoais com os mesmos.

Uma das limitações também por mim sentidas foram o facto da CIPE/ SAPE se encontrar ainda numa fase inicial de implementação, o que pode influenciar os resultados obtidos. A continuidade deste projecto pressupõe a disponibilização dos instrumentos de avaliação e a formação contínua dos enfermeiros nas equipas.

3- MÓDULO III

"Em meio à parente confusão do nosso misterioso mundo, os indivíduos estão tão perfeitamente ajustados a um sistema, e os sistemas uns aos outros e a um todo, que ao ficar de fora por um momento, um homem expõe-se a um terrível risco de perder o seu lugar para sempre."

Nathaniel Hawthorne

O Módulo III, decorreu na AMI (sede), visando o desenvolvimento de competências no campo de subespecialização da saúde mental e psiquiatria, à escolha do formando e como tal, seleccionei a área da Reabilitação Psico-social das pessoas em situação de sem abrigo. Decorreu na AMI no departamento de Acção Social, mais concretamente na Equipa de Rua. Esta equipa foi criada em 2001, está integrada no departamento de Acção Social e tem como principal objectivo promover uma abordagem directa aos Sem-Abrigo, criando com eles uma relação interpessoal, fomentando o encaminhamento dos mesmos para serviços ou outras instituições que se ajustem às suas necessidades.
A escolha deste campo de estágio, prendeu-se fundamentalmente com o meu projecto pessoal no que concerne à ajuda ao outro tendo por base a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis e ainda pela convicção pessoal em considerar o voluntariado como sinónimo de cidadania activa e de inclusão. As pessoas aceitam os desafios e paradoxos da vida, actuando assim uns com os outros, assumindo responsabilidades pelos actos praticados. Afinal, " *(...) fomos expulsos do paraíso e condenados á solidariedade. Fizemos das fraquezas forças e, uns com os outros, construímos coisas admiráveis*" (PIO ABREU, 2007, p.156)

No sentido de diminuir a estigmatização a que este grupo está sujeito, há que promover a informação e sensibilização das comunidades e por outro lado, investir na mudança de atitudes dos técnicos de saúde face aos Sem - Abrigo, através de uma formação adequada e

de um despertar de consciências políticas. Este estágio decorreu de 20 de Abril a 20 de Junho de 2009 (**Anexo I**).

Assistência Médica Internacional (AMI) – Equipa de Rua

A AMI, foi fundada em 1984 pelo médico Fernando Nobre, tendo já desenvolvido acções em 68 países. Trata-se de uma **ONG** portuguesa que presta apoio na área da saúde, acção social, dependências de rua e educação. Em Portugal, a AMI possui onze Centros Sociais, nomeadamente dois espaços para Sem-Abrigo, em Lisboa e Porto e nove Centros Porta Amiga. Realiza também diversas campanhas na área da sensibilização dos Direitos Humanos e do ambiente.
Desde a sua fundação, em Lisboa, a 5 de Dezembro de 1984, que a **AMI** (2008) está onde ninguém quer estar, a construir uma História feita de futuros, porque cada Homem é um ser único, insubstituível, digno de atenção e cuidado.

Apesar de Portugal ter sido um dos primeiros países Europeus a declarar na sua Constituição o Direito à Habitação e Urbanismo em 1976 (art.º 65 da Constituição da Republica Portuguesa), apresenta políticas rudimentares de habitação social, não correspondendo às necessidades dos mais pobres. Apenas em 1990 surgiu um programa de realojamento que permitiu enfrentar mais adequadamente (mas não totalmente) os problemas de milhares de famílias que viviam há décadas em barracas. Desta realidade surgem Pessoas confrontadas com o dormir na rua, nas viaturas abandonadas, nas estações de metro ou comboio, abrigos ou barracas, vivendo abaixo do limiar da pobreza e em situação de exclusão social. Surgem então os grupos sem alojamento e sem acompanhamento social, os **Sem-Abrigo** – Os Doentes Sociais.

Segundo a própria AMI (2008), a intolerância e a indiferença, as duas "doenças" mais graves do mundo actual, estão para a AMI na origem de todos os conflitos, injustiças, discriminações, ódios, que fazem com que três quartos da população mundial viva de forma indigna.

A AMI percorreu durante vinte anos, mais de cinquenta países para levar uma acção concreta para a dignificação da pessoa humana tornando possível o direito a uma vida digna.

Na sua acção, a AMI depende maioritariamente dos fundos que angaria junto da opinião pública. O seu trabalho assenta fundamentalmente sobre três pilares:

1- Acção Internacional em favor das vítimas de guerras, catástrofes naturais, pobreza extrema.

2- Acção Nacional em favor dos excluídos socialmente.

3-Acção de alertar consciências, sensibilizando a opinião publica para uma indignação activa.

Como já referido anteriormente, o meu estágio decorreu conjuntamente com a Equipa de Rua. 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 permite responder às suas necessidades e prevenir formas de exclusão social definitivas.

Tem como principais objectivos:

- Melhorar a qualidade de vida das pessoas Sem-Abrigo promovendo respostas integradas de várias áreas à sua situação/problemas.
- Complementar a intervenção realizada aos utentes dos Centros Porta Amiga;
- Prestar apoio psico-social contínuo de forma a evitar regressões.

Esta equipa é constituída por: um Assistente Social, um Psicólogo e um Investigador Social.

Deslocam-se uma unidade móvel devidamente equipada, prestando, de forma digna e personalizada, apoio social, psicológico e de saúde respeitando ao máximo a privacidade do utente.

As saídas são efectuadas de segunda a sexta-feira com o horário das 9-13h e das 14-18h. Deslocam-se directamente á área de intervenção à procura de potenciais utentes e tentam criar uma relação interpessoal com eles. Fornecem informação e procedem ao encaminhamento para serviços dos Centros Porta Amiga e /ou outras instituições.

Este projecto surgiu de uma necessidade sentida nos Centros Porta Amiga, em haver uma ligação mais próxima com os seus utentes que procuram aí algumas respostas sociais. Surgiu também para entender as histórias de vida e possibilitar o melhor acompanhamento dos mesmos.

Penso ser muito importante e necessária esta intervenção, que permita enfrentar o problema no local de origem, isto é, nos seus locais de permanência, de forma a combater os casos de Sem-Abrigo existentes e prevenir que futuros aconteçam. É muito importante saber escuta-los. Segundo XAVIER EMMANUELLI, fundador dos **Médicos Sem Fronteiras**, propõem uma " orelha amiga" que saiba ouvir a dor da depressão dos excluídos: *" a reinserção não é em nenhum caso um procedimento automático. Ela passa, pelo tempo que se dá ao outro para lhe mostrar que ele é uma pessoa importante a amar"* e termina: " *(...) porque a única força, no fundo, que é capaz de estruturar o Homem e a sua sociedade, esta única força tem um nome (...)* ***AMOR****!"* (EMMANUELLI**,** 2000).

Gostaria de acrescentar ainda que será de veras importante, a existência futura de um elemento na área de saúde (enfermeiro/médico) no sentido de tornar a equipa ainda mais multidisciplinar, " *(.) para que os utentes avaliados na rua, e posteriormente no abrigo, sejam servidos por programas que contemplem as suas múltiplas necessidades (...)"* (BENTO, 2002, p.206), e assim se permitiria maiores ganhos em saúde.

Depois de estabelecida uma relação de confiança, é possível enfrentar cada caso de acordo com as necessidades que este apresenta e fazer o respectivo encaminhamento para Centros Porta Amiga e /ou outras instituições que trabalhem com este tipo de população.

Os seus principais locais de intervenção por freguesias são: Alcântara, Alto do Pina, Beato, Graça, Marvila, Santa Maria dos Olivais, Santa Engrácia, São João, São João de Brito e Santa Apolónia. A equipa recebe também pedidos de sinalização por parte de instituições e particulares. Muitos destes utentes, pernoitam nos albergues, nas ruas e na Estação da Gare do Oriente.

3.1- BREVE HISTÓRIA SOBRE OS SEM - ABRIGO

Convém debruçarmo-nos um pouco, sobre o que se considera um Sem-Abrigo e como é feita a sua história ao longo dos anos. Após uma pesquisa bibliográfica intensa muitos foram os conceitos de Sem-Abrigo que encontrei. A dificuldade de definir o fenómeno afecta a capacidade dos governos o avaliarem de forma adequada, pelo que foi criada pela MPHASIS (2008), com base na definição da **FEANTSA** (Federação Europeia de

Organizações que Trabalham com pessoas Sem-Abrigo), e por ela foi considerada que a pessoa Sem-Abrigo é aquela que, independentemente da sua nacionalidade, idade, sexo, condição socioeconómica e condição de saúde física e mental, se encontra 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.

Se recuarmos aos primórdios de **Séc. XX**, com a emergência do **Estado Novo**, as políticas de repressão de mendicidade e vadiagem, foram-se intensificando tendo ficado a PSP com o papel preponderante no que concerne às mediações entre os "vádios" e a sociedade civil, acumulando funções de assistência e reeducação social. Houve a criação de albergues de polícia por exemplo, Casa dos Pobres no Porto (1928) e a Fundação Mitra em Lisboa em 1933, tendo ficado legalmente instituídas apenas em 1940. Estes albergues foram concebidos como estabelecimento de "*simples detenção e internamento provisório*" com função de triagem e encaminhamento.

Em 1942, as instalações do albergue da Mitra, são ampliadas com a criação de uma colónia agrícola na Quinta do Pisão, na zona de Sintra. Nestes albergues encontravam-se situações bastante heterogéneas (idosas, menores, doentes mentais, alcoólicos, tuberculosos, prostitutas, homossexuais, delinquentes reincidentes), que invocavam a instituição pré-psiquiátrica descrita por M. FOUCAULT (1972).

No pós 25 de Abril, em 1976, com a criação do Decreto – Lei 365, de 15 de Maio, é abolida a repressão à mendicidade, sendo este ainda o quadro legal actualmente vigente. Este decreto introduz uma nova compreensão do fenómeno, segundo o qual, ele resultará de problemas sociais pelo que, uma vez resolvidos tenderão a desaparecer.
Assim sendo, na situação presente não encontramos nenhuma legislação específica para os Sem-Abrigo. No entanto, a **Lei da Saúde Mental** (Lei nº36/98, de 24 de Julho), não mencionando os Sem-Abrigo, poderá ter algum impacto nestes pois é o suporte legal para o tratamento e internamento compulsivo de casos muito graves de doença mental. Permite o acesso dos doentes mentais incapazes de decidir acerca de si próprios aos cuidados de saúde. Também a medida criada pelo rendimento mínimo garantido, veio tratar repercussões importantes para o apoio a esta população.

3.2 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇAO EM SITUAÇÃO DE SEM ABRIGO

No sentido de compreender melhor as necessidades da população Sem-Abrigo à qual a Equipa de Rua da AMI presta cuidados, realizei uma síntese com base no seu Relatório Crítico Anual (2008) e de acordo com o Relatório Português da FEANTSA (2006) de forma a reflectir na realidade nacional.

De acordo com os dados recolhidos, relativamente ao ano de 2008, a equipa segue presentemente, 12 pessoas em situação de Sem-Abrigo. Quanto ao perfil demográfico, a média de idades da população seguida ronda os 44 anos, são na sua maioria do sexo masculino e com uma média de cinco anos de permanência na situação de sem abrigo. A maioria é solteira, havendo no entanto uma pequena percentagem de divorciados e separados, o que permite uma visão da existência de relacionamentos disruptivos não só entre os cônjuges mas também entre o resto dos familiares.
Apresentam um nível de escolaridade baixa e ausência de formação profissional, o grau de ensino varia entre a 4ºclasse e o 12ºano, sendo que os indivíduos do Leste Europeu, são maioritariamente licenciados. O desemprego é um dos factores preponderantes para a sua condição de exclusão social e pobreza.

A grande parte dos utentes é natural de Lisboa e de bairros periféricos, mas também vêm do interior do país, procurando melhores condições de vida, acabando por cair em situação de exclusão social. Existem também Utentes oriundos de países de Leste da Europa (sendo cada vez em maior número) e de países africanos.
Há a referir que os utentes de nacionalidade estrangeira, a maioria encontram-se em situação ilegal não apresentando qualquer documento de identificação válido.
A rua é para estes indivíduos o principal local de pernoita seguido pelos Albergues Nocturnos e prédios abandonados. Ao questionar a população sobre o contacto com Instituições, a Reclusão (Prisão) surge como o contacto mais frequente, de seguida o Hospital e as Comunidades Terapêuticas, devido aos poli-consumos.

Grande parte desta população subsiste através dos Apoios de Instituições, da mendicidade e alguns apesar do isolamento e autismo social mantêm os amigos e a família como pilar

de suporte, quando eles existem ou estão disponíveis para ajudar. No entanto existe uma percentagem significativa de utentes que não têm qualquer tipo de relacionamento com amigos ou família. Apresentam como principais necessidades básicas a alimentação, o abrigo e as roupas como forma de se manterem quentes e protegidos.

Relativamente às necessidades de inserção ou reinserção social foram identificados o trabalho, o alojamento próprio e a falta de documentação, sendo esta última uma questão muito delicada, uma vez que a não identificação comprovada por documento não os permite recorrer ao Sistema Nacional de Saúde. Esta questão é o primeiro obstáculo burocrático no acesso aos cuidados de saúde, o que contraria a Lei 48/90 de 24 de Agosto (**Lei de Bases da Saúde - Base XXV**) que nos diz que todos os cidadãos (mesmo estrangeiros) têm direito à prestação de cuidados globais de saúde e por essa razão todos os meios de saúde existentes devem ser disponibilizados na exacta medida das necessidades de cada um e independentemente das suas condições económicas, sociais e culturais. Outros obstáculos que prejudicam o acesso ao Sistema Nacional de Saúde são a ausência de domicílio fixo e ainda a prenúncio de pagamento de taxas moderadoras.

A consulta médica e de enfermagem, é considerada a principal necessidade de cuidados de saúde, uma vez que a população Sem - Abrigo apresenta vários problemas de saúde física e mental. A estes problemas estão associados um elevado número de comportamentos de risco pelo que as doenças infecto-contagiosas (Hepatite B, HIV e Tuberculose) podem ser uma verdadeira ameaça para a saúde pública, pela sua rápida propagação. O consumo de substâncias aditivas também está presente em elevada escala nesta população, sendo o Alcoolismo e a Toxicodependência as problemáticas mais evidentes.

De acordo com os dados fornecidos pelo Relatório Critico Anual da Equipa de Rua, os principais problemas de saúde são as patologias crónicas (Diabetes; Doenças Cardiovasculares; Hipertensão Arterial; etc.), a Saúde Dentária e a Saúde Mental.

Ao reflectir sobre que tipos de cuidados podem ser prestados a um doente mental Sem - Abrigo, surgem muito poucas hipóteses de manobra. O tratamento psicofarmacológico é fundamental mas só se a ele for associado uma abordagem psico-educacional, onde seja fortalecida a relação terapêutica, a psico-educação e a aquisição de competências. Estes utentes, na sua maioria não aderem a qualquer tipo de tratamento.

Relativamente aos padrões de consumos de substâncias, esta população apresenta grande dependência de álcool desconhecendo-se se bebem para tentar esquecer a situação em que se encontram ou se terá sido essa dependência que implicou o rompimento completo com as famílias e consequentemente ficaram em situação de sem abrigo.

Há ainda a referir casos de poli - consumos (álcool e metadona ou heroína e álcool), tendo estes indivíduos já sido internados em comunidades terapêuticas, mas com recaídas à posteriori. Aqui se reflecte a grande dificuldade que existe no tratamento das dependências. Foi neste contexto que resolvi enriquecer a minha formação académica, adquirindo competências formativas nesta área. Para isso, frequentei a Acção de Formação Profissional com o tema "***O Enfermeiro nos Cuidados de Saúde Na Área Das Toxicodependências***", organizada e promovida pela **Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.** (**Anexo XIII**). Um aspecto muito importante desta formação foram as visitas feitas á Comunidade Terapêutica do Restelo, Centro de Dia, Serviço de Terapias Medicamentosas e Unidade de Desabituação. Assim pude observar como vivem os utentes no pós-tratamento, quando aderem a projectos terapêuticos para a sua reinserção na comunidade.

Desta realidade emerge a necessidade de apoios humanitários e sociais, como a Equipa de Rua da AMI, que pretende através de uma abordagem multidisciplinar chegar ao maior número possível de Pessoas. O papel da Enfermeira Especialista em Saúde Mental foi, através da minha experiência, mais do que fundamentado.

3.3 – ANÁLISE CRITICA DOS OBJECTIVOS PROPOSTOS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Tendo como base, uma boa estrutura de estágio na fundação AMI, criei alguns objectivos e as respectivas actividades a desenvolver, neste local (**Anexo XIV**).

Como **Objectivo Geral**, proponho-me a ***melhorar a qualidade de vida dos Sem-Abrigo, promovendo respostas integradas nas várias áreas de actuação e visando o empowerment e reabilitação psico-social.***

Defini então como **Objectivo Específico**:

1- Integração na equipa multidisciplinar, e estrutura física e orgânico-funcional do projecto Equipa de Rua;

2- Promoção de estilos de vida saudáveis:

3-Prestar cuidados de enfermagem especializados em pessoas em situação de Sem-Abrigo.

Estes objectivos são atingidos através de um conjunto de actividades que incluem os atendimentos na Unidade Móvel através da abordagem à população alvo durante o dia e o contacto com pessoas carenciadas que permanecem na rua, de forma a prevenir situações de exclusão social limite e com o devido acompanhamento dos casos.

A Equipa desloca-se a pé e por meio da Unidade Móvel sempre que os locais a visitar permitam o seu estacionamento. De forma a planear as intervenções de enfermagem necessárias fiz um levantamento do material existente na carrinha e a equipa providenciou o material que faltava. Tomei conhecimento das parcerias estabelecidas com outras instituições, redes de articulação e do suporte comunitário disponível e também o planeamento semanal de locais a intervir, sempre sujeito a alterações mediante a observação realizada da concentração de Sem - Abrigo na cidade de Lisboa. A grande concentração destes utentes, verificava-se na zona ribeirinha, mas neste momento está alargada a vários pontos da cidade, até porque os Sem - Abrigo frequentam os locais de forma flutuante.

Após analisar a complexidade da realidade dos Sem - Abrigo de forma metódica, concluo que grande parte desta população vive nesta condição por ter apresentado estratégias de adaptação (*coping*) ineficazes face a acontecimentos stressantes (perda do emprego; morte de um familiar; divórcio; doença; pobreza; etc.) promovendo a fragilidade da saúde física e mental do indivíduo e conduzindo a situações de ansiedade, depressão, perturbações do sono, comportamento compulsivo, desorganização da rotina diária, perturbações dos hábitos alimentares, abuso de drogas, álcool ou tabaco e solidão.
Ao ser apresentada pela equipa como Enfermeira, automaticamente se abriram caminhos para a relação, uma vez que a protecção da saúde deixa de ser de fácil acesso para quem é Sem- Abrigo. Quando a oportunidade de ser avaliado surge, grande parte dos utentes se mostraram interessados. Comentários como "...vai ficar fixa na equipa?" e "vem todos os dias?" e "...agora a equipa está completa..." reflectem a necessidade sentida pelos utentes.

A avaliação que remeti ao Departamento de Acção Social onde a Equipa de Rua se enquadra foi essencialmente sobre a necessidade de uma Enfermeira de forma contínua nesta Equipa, uma vez que a relação com estes utentes é um processo moroso que exige confiança para adesão à promoção de acções de saúde

Ao explorar as suas vivências, ao mostrar preocupação, ao escutar as suas experiências criei um espaço de partilha e privacidade e demonstrei respeito pelas suas crenças culturais. O simples facto de tratar aquela pessoa pelo seu nome, o estender a mão diariamente para cumprimentar, são formas essenciais para que estas Pessoas não negligenciem por completo o comportamento social e se sintam respeitadas como Seres Humanos que são.

De acordo com PEPLAU citada por TOWNSEND refere que a relação interpessoal acontece "*...somente quando cada indivíduo na interacção percebe o outro como um ser humano*." (TOWSEND, 2002, p.74). Um dos Sem-Abrigo apesar da nossa presença semanal ao seu lado, não recorria a nós. Esta situação conduziu-me a uma análise de tentativa de adequação de métodos. Então o que será que me faltava para que ele permitisse essa aproximação e favorecesse a relação terapêutica? Consegui apenas uma troca de palavras, mas estava no bom caminho. Na semana seguinte regressei e já houve mais empatia, da parte do utente, o que permitiu melhor aproximação.

Ao intervir com esta população é impossível não pensar em cuidados de enfermagem individualizados na área da saúde mental, pois o reconhecimento e a identificação de problemas e/ou necessidades da população são constantes e só através da perseverança, se torna possível planear intervenções realistas e direccionadas aos mesmos.

Já Aristóteles dizia que o trabalho é o grande organizador social, a partir do qual o indivíduo afirma a sua pertença a uma comunidade e garante a sua subsistência e alojamento. O ócio é visto como fonte de vícios e um acto anti-social mas, citando ARISTÓTELES, " *O ócio parece conter em si mesmo prazer, ventura e felicidade. Os que trabalham não podem fruir disto."* (**ARISTÓTELES in Política**).

Ao trabalhar com os Sem-Abrigo sobre as suas capacidades adaptativas face à situação que vivem no momento, questionei objectivos de vida, alterações significativas que queriam realizar e que fossem possíveis. Respostas como voltar a trabalhar, ter a documentação legal para trabalhar, ir para um Centro Porta Amiga, ir para uma Instituição de Reinserção Social, etc., foram alguns aspectos que com a colaboração da Equipa se foram tornando possíveis, ou pelo menos ficaram encaminhados.

Ao explorar os sentimentos dos utentes, através das avaliações do estado mental, explorei também recursos internos, provoquei tomadas de consciência sobre aspectos de si próprios que desconheciam ou que já não estavam recordados, isto contribuiu para o processo de identificação pessoal e para a promoção de um conceito positivo de si próprio. A exploração de sentimentos e emoções traz consigo uma reflexão sobre as respostas não adaptativas que a pessoa experimentou relativamente aos factores que o impeliram para esta situação, acabando por desenvolver mecanismos de defesa como a negação, recalcamento, transferência e isolamento. Foi neste sentido que a minha intervenção caminhou, através de uma escuta activa explorei o que cada um pensava relativamente aos factores de *stress* e por outro lado dava-lhes um *feedback* positivo sobre as suas intenções de mudança de estilo de vida, reforçando positivamente o seu esforço pela mudança. Senti que verdadeiras relações terapêuticas foram estabelecidas senão na totalidade dos utentes, pelo menos em grande parte (**ANEXO XVI**)

A harmonia criada naquele espaço, com toda a colaboração da equipa, permitiu-me sentir confiança para realizar acções de promoção para a saúde, com um discurso previamente fundamentado, consegui comunicar aspectos complexos de forma clara. A OMS (2002)

define a Promoção da Saúde como sendo o aumento da capacidade dos indivíduos para controlarem a sua saúde, assim, estas pessoas devem tornar-se mais "poderosas" para adquirirem capacidades de melhor sobrevivência, visa tornar a pessoa apta a assumir o controlo e responsabilidade da sua saúde. Neste sentido, a promoção da saúde visa melhorar a vida e a saúde das pessoas. Assim sendo, abordei questões como alcoolismo, tabaco, drogas, e baixa auto-estima. Por outro lado, tenho consciência que estas acções só foram possíveis quando eu e eles (Sem-Abrigo) atingimos um grau de entendimento baseado no respeito, autenticidade e empatia. Apenas quando conseguimos proporcionar nos outros sentimentos positivos de que estão a ser compreendidos conseguimos relacionarmos com qualidade. Reconheço no entanto que os comportamentos e estilos de vida dos indivíduos, influenciam directamente a sua saúde.

Por outro lado, a OMS (2002) defende que de forma a promover uma integração sustentada da pessoa portadora de perturbação mental na comunidade é necessário a reabilitação psicossocial, pois esta permite aos indivíduos recuperar ou adquirir as aptidões práticas necessárias para viver e conviver na comunidade, de forma a "ensinar-lhes" a maneira de fazer face às suas incapacidades. È aqui fundamental o empowerment, visto ser *"(...) um processo através do qual as pessoas desfavorecidas trabalham em conjunto para terem mais controlo dos acontecimentos que determinam as suas vidas*." (LAVERACK, 2008,p.59). Ainda segundo este autor, o *empowerment* comunitário implica o *empowerment* de cada um e o *empowerment* organizativo assim como grandes transformações sociais e políticas. Neste processo o enfermeiro é fundamental, pois para além de procurar a satisfação das necessidades humanas básicas, procura também promover a saúde, os processos de readaptação e a máxima independência na realização das actividades de vida diária, bem como a adaptação funcional aos défices (OE, 2001).

Por conseguinte, o desafio da enfermagem na reabilitação psicossocial em Saúde Mental será portanto o de apoiar os indivíduos com doença mental a participarem nos seus próprios objectivos de recuperação, aceitando a unicidade de cada pessoa neste processo. Ao invés de focalizar as acções no alívio dos sinais e sintomas da doença, o foco centra-se antes na tentativa de recuperação da sua auto-estima, do auto-conceito, na descoberta de algumas capacidades que não ficaram perdidas e no assumir de novos papéis sociais. Este é necessariamente um processo gradativo, que se constrói por etapas, com avanços e recuos, em que são valorizadas as escolhas dos utentes. Neste contexto, participei no **I Encontro**

de Saúde Mental Comunitário – "Desafios Actuais" (Anexo XV), organizado pelo Grupo De Acção Comunitária em parceria com o Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de S. Maria. Este Grupo, é uma IPSS criada pelo Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. Maria com os objectivos de garantir a continuidade de cuidados a pessoas com doença mental, contribuir para a sua melhor integração social e prestar apoio ás sua famílias, através da mobilização de estruturas e meios na comunidade.

A minha intervenção não se limitou aos cuidados da mente, também sempre desperta para os cuidados de saúde física, detectei situações de grave hipoperfusão periférico do membro inferior esquerdo (após consumo de heroína injectável na região inguinal). Ao avaliar esta situação tratava-se de uma urgência, pois a falta de higiene do Sem-Abrigo e o facto de ele dormir ao lado dos caixotes de lixo, deixaram-me muito preocupada. A não existência de um Enfermeiro na Equipa, permitiu que a gestão dos cuidados de enfermagem ficasse sob minha responsabilidade. Tendo por base a minha experiência profissional procurei intervir de forma a dar continuidade aos cuidados a este homem. Fiz o penso no local e seguidamente fiz a triangulação dos cuidados através do contacto com os Enfermeiros do Centro de Saúde da Graça. Providenciei tratamentos semanais que o utente aderiu. Entretanto, fiz o encaminhamento do caso para o Hospital dos Capuchos pois o doente já lá tinha estado internado numa situação anterior. Mas muito mais era necessário fazer.

Noutras situações, e após observação dos utentes, e de acordo com estes, fiz encaminhamento para as consultas de alcoologia do Hospital Júlio Matos, ao cuidado da Dr.ª. T.M.

Estas abordagens estão referidas no meu diário (**Anexo XVI**), onde cada semana descrevia as visitas por nós efectuadas assim como os diagnósticos de enfermagem por mim levantados associados aos respectivos sinais/sintomas, as intervenções de enfermagem e consequente avaliação das mesmas. Por fim, termino com a respectiva reflexão semanal.

A presença de um Enfermeiro é essencial não só para a prestação de cuidados, como para a instituição de um programa de reabilitação que vise todas as necessidades reais dos utentes. A perspectiva holística da formação de um Enfermeiro confere à equipa uma visão

complementar e multidisciplinar da abordagem ao Indivíduo, pois o fenómeno tem de ser encarado como multidimensional.

A Enfermeira de Saúde Mental e Psiquiatria tem um leque de intervenções inesgotável no âmbito da prestação de cuidados a esta população. Marginalizados e estigmatizados pela sociedade, é impossível que os Sem-Abrigo por si só, sem qualquer estrutura de apoio consigam delinear o seu plano de reabilitação. Para estas Pessoas o conceito de tempo e espaço deixou de ter importância, a desafiliação total é sentida por um imenso vazio que só pode ser preenchido com a intervenção de profissionais altamente especializados e com novas mentalidades. O Enfermeiro Especialista através de uma aliança terapêutica pode ajudar estas Pessoas a reconstruírem os seus projectos de vida.

Esta experiência levou-me a assumir uma atitude crítica e construtiva, relativamente à intervenção do Enfermeiro Especialista, tendo contribuído decisivamente para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Este estágio comportou um desenvolvimento pessoal e humano incomparável na minha Pessoa, experiências únicas, vidas únicas marcaram a minha formação e a minha forma de encarar a vida. Talvez aqueles Sem- Abrigo não façam ideia da forma como todos somos capazes de nos revermos uns nos outros. É aí que está o segredo da Ajuda, é transportar as sensações do Outro para Nós, implica sermos empáticos. Este procedimento não é fácil, nem muitas vezes esperado mas temos que nos deixar "tocar" pela nossa consciência para conseguirmos escutar e actuar de forma autónoma em contextos tão inesperados e tão vastos que fazem parte da Saúde Mental de todos nós.

É muito difícil ver e sentir o sofrimento humano e, pouco poder fazer para atenuar esse sofrimento. Segundo VIEIRA, " *(...) para ajudar, a enfermeira tem de tomar a iniciativa ou facilitar o primeiro contacto relacional. Neste primeiro contacto, a enfermeira orienta-se para a experiencia de outrem; abre-se e observa: escuta, olha, toma conhecimento, escolhe dados, toma consciência das expectativas e das necessidades da pessoa" (*VIEIRA citando PHANEUF, 2008,p.115). Neste seguimento, "*só a sensibilidade ao outro e a mim, me permitirá ser coerente entre o que digo e o que sinto, para que a confiança surja"*

(VIEIRA, 2008,p.116). Por outro lado, acredito que para alguns utentes, é fácil arranjar uma boa desculpa para as "asneiras" que fazem, esquecem-se os problemas reais da vida e desaparece a difícil tarefa de os tentarem resolver. Neste seguimento e de uma forma reflexiva, fiz uma Recensão Critica sobre os Sem-Abrigo, no contexto de uma notícia de um jornal semanal (**Anexo XVII**).

Após esta intervenção, considero-me uma aprendiz pois por muito que saiba sobre o assunto, nunca consigo ter a noção completa da sua dimensão. Penso também ser fundamental o ensino individual para a promoção de hábitos saudáveis. No entanto, há que ter em atenção que "*As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação de preservar a dignidade e liberdade da pessoa humana"* (CÓDIGO DEONTOLÓGICO ENFERMEIROS, Artigo 78º).

Em jeito de conclusão, acredito que os objectivos por mim definidos no início do estágio foram totalmente alcançados. No entanto, creio que este trabalho deveria ser continuado: trata-se de um trabalho longe do contexto hospitalar, o que por si só me parece muito motivador tendo em consideração os utentes que são abrangidos e sabendo á priori que muito destes utentes irão parar ao internamento, quer por problemas físicos mas a maior parte das vezes por alterações comportamentais. A nível da Saúde Mental, torna-se de veras importante, a alteração de estilos de vida praticados pelos Sem-Abrigo, o apoio dado ao nível da auto-estima, promoção de interacção social e orientação/encaminhamento destes utentes com problemas de abuso/dependências para os respectivos locais de tratamento. De salientar ainda, o importantíssimo trabalho desenvolvido pela Equipa de Rua da Fundação AMI, no sentido de proporcionar uma melhor qualidade de vida a estas pessoas. Estes profissionais de saúde, inicialmente tentam conhecer o terreno da sua intervenção sendo claros, precisos e convictos quando promovem actividades de promoção de saúde de um indivíduo, respeitando no entanto, a sua individualidade. Considero que as intervenções estabelecidas entre todos os participantes, qualquer que seja a actividade, devem privilegiar uma relação de confiança mútua sobretudo em torno da aceitação das características de cada um e da certeza de que todos podem e são capazes de progredir, se a isso estiverem dispostos. Não esquecer que devemos respeitar sempre a unicidade de cada ser humano, tendo em consideração os seus valores éticos e culturais e considerando-o

como ser único e com características pessoais, munidas de vontades que implicam consequências variadas.

Quanto mais ética for a nossa postura pessoal e profissional, mais sucessos terapêuticos serão conseguidos. No entanto, acredito convictamente que, o abandono das ruas e a cura/tratamento de dependências, só existe, dependendo da vontade do próprio: nada se poderá fazer se o próprio utente não estiver motivado a mudar o seu estilo de vida.

Por tudo isto, às vezes apetece-nos desistir pois torna-se muito angustiante que após tanto esforço dispendido pelos técnicos, e depois de conseguirmos resultados positivos por exemplo, após se ter conseguido vaga para o utente na Comunidade Terapêutica, o próprio utente abandona o apoio recebido. Temos que ser muito persistentes e acreditar que vamos conseguir.

Acredito ainda, que existe muito trabalho para desenvolver nesta área, no sentido em que a promoção da saúde tem que ser trabalhada em estreita colaboração com profissionais de muitos outros sectores para desenvolverem estratégias para tratar a pobreza e as desigualdades sociais. Acredito que os enfermeiros em geral e os enfermeiros especialistas de Saúde Mental e Psiquiatria em particular, deverão dar o seu contributo pessoal.

"A vida é uma grande corrida de bicicleta, (...). Na largada, estamos todos juntos – partilhando camaradagem e entusiasmo. Mas, á medida que a corrida se desenvolve, a alegria inicial dá lugar aos verdadeiros desafios: o cansaço, a monotonia, as dúvidas quanto à própria capacidade. Reparamos que alguns amigos desistiram do desafio – ainda estão a correr, mas apenas não podem parar no meio de uma estrada. Eles são numerosos, pedalam ao lado do carro de apoio, conversam entre si e cumprem uma obrigação. Acabamos por nos distanciar deles; e, então, somos obrigados a enfrentar a solidão, as surpresas com as curvas desconhecidas, os problemas com a bicicleta.

Perguntamo-nos, por fim se vale a pena tanto esforço.

Sim, vale. È só não desistir."

(PAULO COELHO, 2000)

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente relatório, foi exposto o percurso de desenvolvimento de competências para a génese de uma Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria. Segundo BRAGUEZ, *"O relatório fundamenta-se no real, em factos. Assim não é uma pura elaboração intelectual, pois os factos não se imaginam, registam-se. Não obstante, dependerá da acção de quem os relata, do seu trabalho de pesquisador, de observador, de visitante. Nesta acção, estão implícitos vários predicados, entre outros, honestidade, objectividade e fidelidade."* (BRAGUEZ, 2007,p.11).

Esta trajectória foi centrada na área de intervenção e apoio ao Outro, temática de interesse pessoal/profissional e de grande pertinência na actual conjectura dos cuidados de saúde, em particular nos cuidados de enfermagem, como tentei demonstrar, pelos ganhos em saúde que podem advir das intervenções de enfermagem.

No final deste estágio, e após me ter sido dada a oportunidade de adquirir competências e vivenciar a realidade do desempenho de uma Enfermeira Especialista em Saúde Mental no contexto da Reabilitação Psicossocial, sinto necessidade de partilhar esta experiência mas também reflectir de uma forma geral sobre o meu percurso até este momento e sobre a própria Saúde Mental actual.

Através das reuniões formais e informais que tive com as Enfermeiras e com os restantes técnicos das várias Unidades, constato que será sempre necessário aprofundar, questionar, sensibilizar e sentir todas as dinâmicas relativas ao desenvolvimento desta área da Saúde a qual, tão distante tem estado da Saúde geral.

Ao elaborar o dossier de cuidados de saúde mental de proximidade, contribui para um sistema comunitário de informação sobre a saúde mental e a doença mental da população do Sector de Sintra do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Este diagnóstico de situação pretende constituir-se enquanto instrumento útil na sensibilização para a importância da problemática da saúde mental, numa perspectiva de cuidados de proximidade, bem como na definição de estratégias e intervenções que possam dar resposta de forma mais eficaz ao indivíduo, família e comunidade.

Do meu contacto próximo com o Hospital Geral, dei-me conta que a Saúde Mental, não tem sido valorizada e, ou até por vezes esquecida. Que razões haverá para que tal aconteça? Razões sociológicas, culturais, económicas, políticas? PEDRO AFONSO (2008), Psiquiatra, num artigo publicado no Jornal Público reforça *"O preconceito e o Estigma associados à Psiquiatria e às Doenças Mentais, são uma realidade em Portugal"..."A Saúde Mental continua fora das prioridades das políticas de Saúde..."* e refere a deficiente cobertura assistencial da psiquiatria no país. Diz-nos ainda que o preconceito e o Estigma influenciam alguns a verem os doentes mentais como a "*pobreza negativa*", aquela que representa a população inerte, improdutiva, incapaz, estranha, perigosa e privada de razão. Os doentes mentais não têm lobby político, não ocupam outdors com slogans e das poucas vezes que conseguem chamar a atenção para as suas dificuldades geram tão-somente um sentimento fugaz de comiseração, que rapidamente é esquecido. A indiferença também é uma forma de discriminação.

Ao longo do meu percurso profissional, tenho observado comportamentos de agressividade, passividade, manipulação, dependência, indiferença etc. Situações que originam conflitos geradores de grande sofrimento. Tudo isto para reflectir na importância de um Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e na sua necessária presença efectiva e polivalente em qualquer serviço.

O papel do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, torna-se de importância vital na prestação de cuidados às pessoas em situação de Sem-Abrigo, não só na realização de sessões psicoeducativas mas sobretudo, no treino de competências sócio-comportamentais tendo como objectivo primordial, o alcance de estilos de vida mais saudáveis. Qualquer que seja a concepção que cada um tenha das pessoas em situação de Sem-Abrigo, se efectivamente proporcionar uma melhoria na qualidade de vida destes utentes, depois de analisadas as várias valências pessoais, familiares, sociais, culturais, e todos aqueles que contribuam para a unicidade de cada ser humano; a nossa consciência ética deve impelir-nos ao cumprimento do dever que nos foi incumbido no seguimento da formação de que beneficiamos. Não podemos desistir quando aparecem obstáculos, estes, têm que ser contornados. No entanto, penso que é importantíssimo, tentarmos primeiro perceber até que ponto estas pessoas estão dispostas a mudar o seu estilo de vida. Mas, não podemos desistir, o que vai implicar estarmos atentos e sermos cidadãos motivados, preocupados em promover a cidadania tentando construir uma sociedade mais justa,

responsável e solidária com o intuito final que visa a transformação da comunidade tentando alcançar um mundo melhor. De facto o estudo da Saúde Mental obriga-nos a pôr em causa a sociedade e nós próprios. A nós Enfermeiros obriga-nos a fazer um movimento interior de auto-análise, que nem sempre é pacífico, pois mexe com os nossos sentimentos, fantasmas, medos, desejos, sonhos...mas que nos permite também compreender melhor o Outro, através da compreensão de nós mesmos.

Através de algumas ferramentas como a Relação de Ajuda ao Outro, os cuidados prestados, as relações que conseguimos estabelecer e os ganhos em saúde que daí advêm, nós Enfermeiros lidamos com as emoções dos utentes e fazemos desta um instrumento privilegiado e fundamental da nossa intervenção, que mais nenhum profissional de saúde tem conhecimento. Ao aprofundarmos conhecimentos na área da Saúde Mental e das Relações Interpessoais tornamo-nos capazes de nos envolvermos com doentes, familiares, elementos da nossa equipa e sociedade em geral através das variadíssimas interacções e transacções que diariamente caracterizam a nossa relação com os Outros.

Ao Enfermeiro é-lhe ainda exigido que seja capaz de desenvolver uma compreensão de si mesmo, como ser dinâmico, integrado em múltiplas dimensões do existir e em permanente relação com os outros. O nosso êxito ou fracasso depende do nosso modo de comunicar com os outros. Com os outros realizamo-nos e satisfazemos as nossas necessidades de afecto, estima, auto-realização, com eles avaliamos o nosso desempenho, e desejamos atingir metas cada vez mais elevadas, medimos o risco da nossa própria existência e aprendemos a admitir e aceitar pontos de vista e modos de ser diferentes.

O Enfermeiro de Saúde Mental compreende os fenómenos psicológicos que influenciam os comportamentos de cada Pessoa, num determinado momento e de acordo com o meio ambiente em que ela se insere, que são as sensações, sentimentos, percepções, emoções, afectos, humor, cognições. Assim, saúde mental existe quando somos capazes de consciencializar os impulsos, motivações e vivências patológicas que existem em todos nós sem excepção.

O desafio do Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria, será pois o de apoiar os indivíduos, sãos ou doentes, a participarem nos seus próprios objectivos de recuperação, aceitando a unicidade de cada pessoa, nesse processo.

Acredito que com esta experiencia diversificada, fiquei mais preparada para o exercício da especialidade que escolhi como " *aquela que olha para todos os lados*" e sinto convictamente que o crescimento não foi só profissional mas também pessoal.

Quanto mais ético for a nossa postura profissional, mais sucessos terapêuticos serão conseguidos e mais nos aproximamos da plenitude da vida:

O utente a caminho da sua realização plena e o profissional enriquecido pela aprendizagem <*sofrida*> em cada relação realmente estabelecida.

A Saúde mental é essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países, e deve ser universalmente encarada sob uma nova luz.

(OMS, 2001)

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Paulo; **ANTUNES**, Vera – **Cuidados de Saúde aos Sem-Abrigo— Que realidade?** Lisboa. 2005. Lusociência.

- ABREU, Pio – **Como tornar-se doente mental.** Lisboa. 2007. Publicações Dom Quixote. 5ª Edição. 164p.

-AFONSO, Pedro – **Depressão - Muitas perguntas algumas respostas. Lisboa: Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares. 2ª Edição, 2007.**

-ALBERGARIA, Pedro Soares – **A Lei de Saúde Mental**. Coimbra: Livraria Almedina, 2006.

- AMI -**Relatório da Equipa de Rua**. Lisboa.2007

-ANDRADE, José - **O Internamento Compulsivo de portadores de anomalia psíquica na perspectiva dos direitos fundamentais**. In CENTRO DE DIREITO BIOMÉDICO; INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE COIMBRA. Lei de Saúde Mental e Internamento Compulsivo. Coimbra: Coimbra Editora, 2000, p.71-91.

-BASTEIRO, S.; GIL, C.; MARÍN, R. – **Guia para Familiares de Doentes Mentais**. Lisboa: FNAFSAM, 2004.

-BENTO**,** A.; **BARRETO**, E.- **Sem-Amor/ Sem-Abrigo**. Confrontações. Lisboa. Climepsi Editores. 2002.

-BLAN, J.- **The Visible Poor. Homelessness in the United States, Oxford University Press**. Nova Iorque. 1992.

- BRAGUEZ, Liliana. (2007). **Guia de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos**. Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa.

- CHALIFOUR, Jacques – **A Intervenção Terapêutica. Os fundamentos existencial-humanistas da Relação de Ajuda.** Volume 1. Loures. 2002. Lusodidacta.

- COLLIÈRE**,** M. Françoise – **Promover a Vida. Da prática das mulheres de virtude aos Cuidados de Enfermagem.** Lisboa. 1999. Lidel - Edições Técnicas e Sindicatos dos Enfermeiros Portugueses. 3ª Edição.

-CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): versão 1.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.

-CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): versão beta 2**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.

-CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN) - **Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).** Ordem dos Enfermeiros: Lisboa, 2009.

-Constituição da Republica Portuguesa. Sétima Revisão Constitucional. Lei Constitucional n.º 1/2005 de 12 de Agosto. Diário da Republica I Série A. N.º 155 (05/08/12), p. 4642-4686.

-Convenção Europeia dos Direitos do Homem - Lei nº 65/78 de 13 de Outubro. Diário da República I Série A. N.º 236 (78/10/13), p. 2119-2145.

-Criação dos vários Agrupamentos dos Centros de Saúde integrados na ARS de Lisboa e Vale do Tejo - Portaria n.º 276/2009 de 18 de Março. Diário da Republica I Série A. N.º 54 (18/03/09), p. 1728-1737.

-DANTAS, A. Leonês – **O Processo de Internamento na Lei de Saúde Mental**. Revista de Psiquiatria Hospital Júlio de Matos, vol. 17, n.º 1 (2004), p. 15-24.

-Declaração Universal dos Direitos do Homem. Aviso n.º 57/78 de 9 de Março. Diário da República I Série A. N.º 57 (78/03/09), p. 488-493.

-DUARTE, Teresa – **Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental**. Análise Psicológica, vol. 1, XXV (2007), p. 127-133.

-ESPINOSA, A. Fernandez- **Guias Práticos de Enfermagem- Psiquiatria**. Rio de Janeiro. 1998. Editora McGraw. 358p. ISBN: 85-86804-08-8.

-GONÇALVES, Elsa; *et al.* – **Formação como estratégia de promover a reflexão na acção e a acção reflectida**. Pensar Enfermagem, vol. 1, n.º 2 (1998), p. 11-16.

- GOFFMAN, E.- **Estigma**. 4ª Edição . Rio de Janeiro: Editora Guanabara. 1998.

-HABER, Judith; BILLINGS, Carolyn - **Primary Mental Health Care: A Model for Psychiatric-Mental Health Nursing.** Journal of the American Psychiatric Nurses Association, vol. 1, n. º 5 (1995), p. 154-163.

-HARRISON, Paul; GEDDES, John; SHARPE, Michael – **Guia prático climepsi de psiquiatria**. Lisboa: Climepsi, 2006.

-HESBEEN, Walter – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar.** Loures: Lusociência, 2000.

-JARA, José Manuel – **Análise sobre a proposta de "Lei de Saúde Mental"**. Revista de Psiquiatria Hospital Júlio de Matos, vol. 2 (1997), p.93-102.

-JARA, José Manuel – **Proposta de lei sobre saúde mental e internamento compulsivo: exposição de motivos**. Revista de Psiquiatria Hospital Júlio de Matos, vol. 2 (1997), p.75-92.

-JORGE-MONTEIRO, Fátima; MATIAS, João – **Atitudes face ao recovery na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efectivas?** Análise Psicológica, vol. 1, XXV (2007), p. 111-125.

-KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamin; GREBB, Jack – **Compendio de Psiquiatria: ciências comportamentais e psiquiatria clínica**. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

-LAPAS, António João; VIEIRA, Fernando – Notas e Comentários à Lei de Saúde Mental. Coimbra: Coimbra Editora, 2004.

-LAVERACK, Glenn – **Promoção da Saúde. Poder e Empoderamento**.1ª Edição. Camarate: Lusodidacta. 2008.

-LAZURE, H. – **Viver a relação de ajuda: abordagem teórico prática de um critério de competência da enfermeira**. Lisboa: Lusodidacta, 1994.

-Lei de Bases da Saúde. Lei n.º 47/90 de 24 de Agosto. Diário da República I Série A. N.º 195 (90/08/24), p. 3452-3458.

-Lei de Saúde Mental. Lei n.º 36/98 de 24 de Julho. Diário da República I Série A. N.º 169 (98/07/24), p. 3544-3550.

-LOPES, M. - **A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica**. Lousã: FORMASAU. 2006

- MORAIS, Tiago dos Reis – **A Personalidade (perfil clínico) do Sem-Abrigo segundo o S. C. L.-** 90- R. Lisboa: ISPA. 2000.

-NÓVOA, António – **A formação tem que passar por aqui: As histórias de vida no Projecto Prosalus**. In António Nóvoa e M. Finger (Orgs.) – O método (auto)biográfico e a formação. Lisboa: Ministério da Saúde, DRHS, 1988, p. 109-130.

- NUNES, Lucília; [**et al]- CÒDIGO DEONTOLOGICO DO ENFERMEIRO: dos Comentários á Analise de Casos.** Ordem dos Enfermeiros, 2005. 456p. ISBN: 972-99646- 0- 2.

-ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Individualização das especialidades em Enfermagem. Fundamentos e proposta de sistema**. Lisboa: OE, 2007.

-ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem**. Lisboa: OE, 2001.

-ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Divulgar- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Dezembro. 2008.

-ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. Lisboa: Coordenação nacional para a saúde mental e Alto Comissariado da Saúde, 2009.

-ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Relatório Mundial de Saúde 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Climepsi, 2002.

-ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **ICD-9ª Revisão. Classificação das Perturbações Mentais**. Genebra: OMS, 1988.

-ORGANIZAÇÃO DAS NAÇOES UNIDAS- **Declaração Universal dos Direitos Humanos**: http: www.mg.gov.br.sedh/dpdh/ddh-bib-inter-universal.htm.

-PEPLAU, Hildegard – Relaciones interpersonales en enfermeria: un marco de referencia conceptual para la enfermeria psicodinâmica. Mallorca: Salvat Editoras, 1990.

-PHANEUF, Margot - **Planificação de Cuidados: Um Sistema Integrado e Personalizado**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.

-PHANEUF, Margot – **Comunicação, Entrevista; Relação de Ajuda e Validação.** Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Cientificas, Lda. 2005.

-PINTO PEDRO, Risoleta – **O pecado do vagabundo. Entre a prisão do conforto e a liberdade do desconforto.** Lisboa: Padrões Culturais Editora. 2009.

- PIO ABREU, J. L. – **Quem nos faz como somos.** Lisboa: Editora dom Quixote. 3ª Edição.

-PORTUGAL, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde - **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Ressumo Executivo**. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008.

-PORTUGAL, Direcção Geral da Saúde - **Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2004.

-PORTUGAL, Missão para os Cuidados de Saúde Primários – **Proposta de reconfiguração dos centros de saúde: criação dos Agrupamentos dos Centros de Saúde**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2007. Disponível em http://www.fnam.pt/images/ACS_MCSP.pdf (03/12/2009).

-Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho. Diário da República I Série A. N.º 109 (06/06/06), p. 3856-3865.

-Regime Jurídico das Unidades de Saúde Familiares - Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto. Diário da República I Série A. N.º 161 (22/08/07), p. 5587-5596.

-Regime Jurídico dos Agrupamento dos Centros de Saúde - Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro. Diário da República I Série A. N.º 38 (22/02/08), p. 1182-1189.

-RODRIGUES, Cunha – **Sobre o estatuto jurídico das pessoas afectadas com anomalia psíquica**. In CENTRO DE DIREITO BIOMÉDICO; INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE COIMBRA. Lei de Saúde Mental e Internamento Compulsivo. Coimbra: Coimbra Editora, 2000, p. 19-52.

-SADOCK, Benjamin; SADOCK, Virgínia – **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica.** 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

-SARACENO**,** Chiara **– Sociologia da Família**. 1ª edição, Lisboa: Editoral Estampa, 1988.

-SCHWARTZ, Robert – **The relationship between insight, ilness and treatment outcome in schizophrenia**. Psychiatric Quarterly, vol. 69, n.º 1 (1998), p. 1-22.

-SIMÕES, J.; FONSECA, M.; BELO, A. - **Relação de ajuda: horizontes de existência**. Revista Referência, IIª série, nº 3 (2006).

-STANHOPE; LANCASTER**. Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**, 4ª edição. Lisboa: Lusociência, 1999.

-TOWNSEND, Mary – **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados**. 3ª Edição. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

-UNIÃO EUROPEIA – Livro Verde. Melhorar a saúde mental da população: rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia. Bruxelas: UE, 2005.

-WORLD HEALTH ORGANIZATION - **HEALTH21: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region** (European Health for All Series; No. 5). Geneva: WHO, 1998. Disponível em http://www.euro.who.int/document/EHFA5-E.pdf (20/09/2009).

-WORLD HEALTH ORGANIZATION – **The ICD-10 Classification of Mental and Mental and Behavioral Disorders**. Geneva: WHO, 1996, p.24-41.

- VIEIRA, Margarida – **Ser Enfermeiro – da Compaixão á Proficiência.** Lisboa: Universidade Católica Editora. 2ª Edição.

ANEXOS

ANEXO I- Cronograma Geral do Estágio

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Ano	2009																							
Meses	Abril/Maio						Junho			Julho	Agosto	Setembro		Outubro					Novembro				Dezembro			
Semanas	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª				1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª					
Dias Semana	20-25	27-02	03-09	11-16	18-23	25-30	01-06	08-13	15-20	06-31	01-31	1-25	28-03	05-09	12-16	19-23	26-30	02-06	09-13	16-20	23-27	30-04	07-11	14-18	21-31
Estágio	**AMI** - EQUIPA DE RUA									EXAMES	FÉRIAS	**CENTRO DE SAÚDE RIO DE MOURO**									RELATÓRIO				FÉRIAS

MÓDULO III
MÓDULO I
EXAMES
FÉRIAS
RELATÓRIO

ANEXO II- Cronograma de Actividades: Módulo I

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESTÁGIO	**MÓDULO I-** CENTRO DE SAÚDE DE RIO DE MOURO

Ano	2009							
Meses	Setembro	Outubro				Novembro		
Semanas	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª
Dias Semanas	28-03	05-09	12-06	19-13	26-30	02-06	09-13	16-20
Objectivo 1- Melhorar o atendimento aos utentes no âmbito da problemática da Saúde Mental e Psiquiatria, no contexto da intervenção comunitária.								
Observação da estrutura física, valências e programas, área geográfica de abrangência.								
Apresentação do projecto de estágio à equipa, incentivando-a a participar nele								
Observação e análise de normas, actividades e rotinas do serviço								
Análise do papel do enfermeiro de Saúde Mental, nos diferentes programas								
Observação da dinâmica da equipa multidisciplinar								
Sensibilização dos profissionais da equipa multidisciplinar para a problemática da Saúde Mental da comunidade.								
Estabelecimento de relações construtivas de trabalho, com os vários elementos da equipa, tendo em consideração os papéis de cada um.								
Valorização dos papéis da equipa multidisciplinar.								
Pesquisa bibliográfica								
Objectivo 2- Prestar cuidados de enfermagem e especializados no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença mental na comunidade.								
Diagnóstico de enfermagem no contexto da saúde comunitária								
Acompanhamento de casos								
Colaboração na formação em serviço no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria								
Articulação com outras estruturas na comunidade								
Promoção da redução do estigma, associado à pessoa/família com doença mental								
Realização de visitação domiciliária								
Partilha de experiencias com os elementos da equipa								

Pesquisa bibliográfica								
Objectivo 3- Definição do diagnóstico da população da área de abrangência do ACES de Rio de Mouro e Algueirão/Mem Martins, relacionada com a saúde mental e a doença mental assistidos no CINTRA.								
Recolha e análise de informação de âmbito epidemiológico								
Caracterização da rede de suporte socio-comunitário que serve de apoio a estes utentes								
Análise e reflexão crítica dos dados recolhidos								
Laboração de um documento escrito								
Discussão dos dados obtidos, com a professora tutora e a supervisora tutora								
Apresentação e discussão dos resultados, à equipa								
Colaboração na discussão de propostas de intervenção com base nos resultados obtidos								
Promoção de intercâmbios esclarecedores entre os enfermeiros do ACES de Rio de Mouro e Algueirão/Mem Martins e do CINTRA, sobre os resultados obtidos								
Pesquisa bibliográfica								

ANEXO III- Sintra e a Sua Gente

Cuidados de Saúde Mental de Proximidade

Módulo I

Sintra e a Sua Gente

0 - INTRODUÇÃO

Sintra, concelho do distrito de Lisboa, faz parte dos concelhos da Área Metropolitana de Lisboa que registaram nas últimas décadas um acentuado crescimento urbanístico e demográfico. É uma das localidades mais solicitadas pelo turismo, quer nacional como internacional, devido à sua beleza e riqueza patrimonial arquitectónica.

Neste módulo, SINTRA E SUA GENTE, procedemos a uma caracterização do concelho em termos da sua história, ecologia, território, população, saúde, educação e por último economia. Sendo que estes items correspondem aos respectivos capítulos que seguidamente serão apresentados.

Para tal consultamos essencialmente dados do Censos de 1991 e 2001, bem como outros elementos estatísticos de referência disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE).

1 - HISTÓRIA

Sintra conta com uma história marcada desde há milénios por sucessivas civilizações e povos contendo referências da presença do Homem que remontam à Idade da Pedra e à Idade do Ferro.

Durante a Romanidade, a Serra de Sintra passou a ser conhecida por "Monte Sagrado" e, depois, "Serra da Lua", integrando-se no território da vizinha cidade de *Olipsio*, (Lisboa), à qual foi concedida por Octaviano, cerca de 30 A.C., o estatuto de Município de Direito Romano. Neste território a romanização foi particularmente feliz nos seus aspectos mais diferenciados, culturais, sociais, políticos ou económicos, que se traduziu numa intensa e rica ocupação demográfica.

Após a queda do império visigótica na Península, os árabes instalar-se-iam na região de Sintra, tendo desenvolvido importantes iniciativas no campo da agricultura, localizadas essencialmente na várzea de Colares.

Durante a época islâmica, Sintra também foi o principal apoio regional da variegada Lisboa, e assim se compreende que durante a reconquista – aqui iniciada durante as primeiras décadas do século XVI – a Vila e o seu Castelo tenham sido, por diversas vezes, assolados pelas hostes cristãs. Contudo, a integração definitiva de Sintra no território do então emergente Reino de Portugal só ocorreria em 1147.



Ao receber foral das mãos de D. Afonso Henriques, em Janeiro de 1154, e confirmado por D. Sancho I, em 1189, Sintra deixou a dependência jurídica e administrativa de Lisboa.

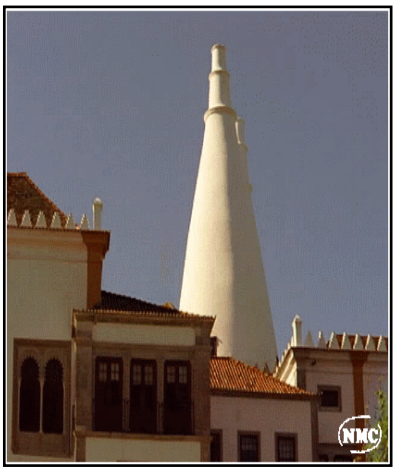
Nos inícios de quatrocentos D. João I fundou, na Vila de Sintra, aquele que se tornaria, pelo menos até finais do século XVI, um dos principais paços reais de Portugal, privilegiado local de veraneio da realeza e da corte. Foi aqui que o primeiro monarca de Avis decidiu, em 1415, a conquista de Ceuta, início da Expansão Portuguesa; aqui nasceu e morreu Afonso V, o "Africano"; e aqui foi aclamado rei D. João II, o "Príncipe Perfeito".

No segundo quartel de quinhentos, encontramos Sintra como verdadeiro cenário renascentista, construído por uma aristocracia em ascensão que aqui edificava os seus solares e quintas.

Aqui estanciaram poetas, como Gil Vicente e Luísa Sigeia, múltiplos artistas e uma vasta corte de humanistas. Terá sido também aqui que Camões evocou as grandezas pátrias lendo ao jovem rei *Os Lusíadas*. Foi também no Paço de Sintra que, em 1578, D. Sebastião tomou, na perseguição de um sonho feito de fé e loucura, a trágica decisão

que conduziu ao desastre de Alcácer Quibir e à morte do "rei menino" e dos seus exércitos.

Durante o domínio espanhol, a prolongada permanência da corte em Madrid foi desvanecendo o espírito cortesão que caracterizara os longos veraneios da época dos reinados de Avis. Esta lenta decadência de Sintra acentuar-se-ia após a Restauração de 1640. A realeza cada vez mais na capital encontrara outros locais de lazer, mais de acordo com a moda e o gosto de então.



A magia de Sintra só seria redescoberta no terceiro quartel do século XVIII. Os seus lugares, o seu clima e o exotismo da sua paisagem, voltam a encantar viajantes estrangeiros e a aristocracia portuguesa, fazendo construir seus palácios ou "chalets", povoando a Serra de pavilhões, fontanários e miradouros, articulando os troços construídos com elementos naturais.

Desenvolve-se assim, ao longo de todo o século XIX e nos inícios do século XX, primeiro fomentada pela nobreza cortesã e depois pelos grandes capitalistas da monarquia constitucional, uma arquitectura singular, sejam elas de cariz orientalizante, de inspiração centro-europeia, ou revivalista.

2 - ECOLOGIA

A posição geográfica do concelho, aliada às suas características físicas, faz prevalecer três influências fundamentais que determinam os ambientes ecológicos aqui existentes: a inserção da região no bioma Mediterrâneo, a proximidade do Oceano Atlântico e a existência de um relevo importante num contexto regional – a Serra.

Pequenas variações locais das condições climatéricas, orográficas e litológicas podem originar o domínio duma ou doutra destas influências ou, ainda, criar uma mistura de várias situações.

2.1 - Clima

O clima é o mais importante factor natural que contribui, de maneira sistemática, para a formação das paisagens. É o clima que modela vertentes, determina os comportamentos dos rios, constrói (juntamente com os solos) os mosaicos da vegetação e influência os tipos de agricultura. Mesmo em actividades económicas, como o turismo, desempenha um papel essencial.



Numa classificação geral de climas podemos dizer que a região de Sintra goza de um clima atlântico com fortes influências mediterrâneas.

Dois factores contribuem decisivamente para as condições climáticas que se fazem sentir nesta região: o primeiro tem a ver com a situação do concelho em relação ao

Oceano Atlântico e, o segundo, com a barreira de condensação que a Serra de Sintra constitui. Desta maneira podemos observar que os níveis de radiação solar diminuem de Sudeste para Noroeste, isto é, à medida que nos aproximamos da costa. A insolação apresenta o mesmo tipo de variação mas, na zona da Serra, registam-se valores tão baixos quanto aqueles que se verificam na Assafora e território adjacente, o que se deve à nebulosidade aí existente.

Quanto à temperatura, ela tem os seus valores mais baixos na zona da Serra e no extremo Nordeste do concelho; no primeiro caso devido à altitude e no segundo às condições de relativa continentalidade. Deste modo, as amplitudes térmicas, que se verificam na zona de Sintra ao longo do ano, são inferiores na zona da serra e vão aumentando á medida que nos aproximamos da planície. Durante a época estival, quando as temperaturas atingem valores bastante elevados nos arredores, Sintra, dadas as suas condições de temperatura e humidade, torna-se um "oásis de frescura", sendo por isso um local aprazível nesta época do ano.



A distribuição precipitação ao longo do ano é, na região de Sintra, bastante irregular, variando muito com a altitude. Contudo, apresenta uma distribuição com valores relativamente elevados ao longo do ano em relação às zonas circundantes, verificando-se, como é natural, uma diminuição nos meses de verão. Note-se que o Cabo da Roca, por exemplo, apesar de fronteiro ao mar, recebe uma precipitação de cerca de metade da que se verifica na Serra (onde a precipitação atinge o seu máximo). Daqui sobressai portanto, a influência da altitude e da vegetação. É, ainda, relevante a abundância de verões de pluviosidade quase nula, mas com elevados graus de humidade, nebulosidade e alguns nevoeiros.

Em Sintra o grau de humidade do ar é sempre bastante elevado (média anual de 79%), mesmo nos meses de verão, quando as regiões circunvizinhas sofrem a seca mediterrânea. Os meses mais húmidos são os de Dezembro e Janeiro e, os menos húmidos, os de Julho e Agosto. Observa-se ainda, que as médias anuais da humidade

relativa do ar em Sintra são bastantes superiores às de Queluz, explicáveis pelo maior afastamento do mar e pela menor exuberância vegetal desta freguesia.

O vento é um factor climático extremamente importante nesta zona, pois influência todos os restantes factores atrás referidos. A direcção, velocidade e frequência dos ventos varia bastante ao longo do ano, notando-se no entanto a predominância de ventos marítimos.

2.2 – Orografia



A Ocidente da área Metropolitana de Lisboa, o concelho de Sintra, situa-se no extremo da linha, com a direcção Nordeste-Sudoeste, formada pelas Serras de Aire, Candeiros, Montemuro, culminado pelo maciço de Sintra que nomeia o concelho.

A serra de Sintra, de declives pronunciados e altitude máxima de 529 metros, desenvolvendo-se na sua direcção Oeste-Leste, junto à costa, estabelecendo a sua aba Sul para o concelho de Cascais.

A Serra da Carregueira, esbate-se na continuidade da paisagem ondulada, situa-se a Sudoeste do concelho, acidentando as freguesias de Belas, Almargem do Bispo, com altitude máxima de 334 metros.

De salientar a diferenciação entre os dois maciços, a Serra de Sintra, elevando-se numa zona de baixas altitudes, a Norte envolvida pela várzea de Colares, a Poente, pelo mar e a Nascente pela baixa da Abrunheira, enquanto que a Serra da Carregueira se insere num panorama de ondulação suave.

Com as duas elevações claramente acima da cota dos 200 metros, e exceptuando alguns apontamentos dispersos, a maior superfície concelhia desenvolve-se abaixo da referida cota. Abaixo da plataforma até aos 100 metros, situa-se a quase totalidade da zona costeira do concelho, articulada com o interior através das linhas de água de maior destaque (Ribeira do Falcão, da Samarra, da Mata-Magoito e Colares).

Não excedendo os 200 metros, com leitura de paisagem Colina-Vale e onde é notada a existência de boas plataformas de vocação agrícola, revela-se a área territorial de maior expressão concelhia. Esta área territorial (plataforma central) é delimitada a Nascente e Poente por São João das Lampas, Odrinhas, Negrais, Montelavar, incorpora a Granja do Marquês e Campo Raso com extensões a Sul abrangendo áreas do Linhó, Albarraque, Rio de Mouro, Agualva, Belas e Queluz.

O quadro a baixo reproduzido traduz, de algum modo, as componentes orográficas mais significativa do concelho de Sintra:

Quadro N.º 1 – Características de componente orográfica do Concelho de Sintra.

Zonas Orográficas	Área aproximada (Ha.)	%	Altitudes (metros)		
			Máxima	Mínima	Média
Serra de Sintra	3 400	10,76	529	200	300,330
Zona ondulada, incluindo a Serra da Carregueira	28 000	89,24	334	0	150-170

2.3 – Geologia

A Serra de Sintra, que tomou corpo no cretáceo, há mais de noventa milhões de anos, é o acidente geomorfológico mais imponente de toda esta região. De origem eruptiva (granitos e rochas afins) atinge o seu ponto mais elevado na Cruz Alta (528 metros) e sobressai da paisagem circundante, mais ou menos plana e monótona com uma altitude

média que ronda os 150 metros, assente em calcários e arenitos do Jurássico e Cretácico. Nestes terrenos circundantes, predominam os calcários que se transformaram em mármores devido à acção metamorfizadora da intrusão magmática.

No Noroeste da autarquia encontramos pequenas bolsas de terrenos de aluvião (Pistocénio e Holocénio) e na zona do Bazão, dunas e areias eólicas do Holocénio. Existem ainda pequenas zonas de basaltos na área de Montelavar.

2.4 – Hidrografia



A intensa pluviosidade que se faz sentir nesta zona ao longo do ano, aliada à natureza do solo, vai influenciar as características hidrográficas deste concelho. A precipitação, em parte absorvida pela vegetação, é também absorvida pelos terrenos. Daí a existência de numerosas linhas de água e pequenas lagoas e cascatas que se formam devido ao acidentado terreno. Por todo o lado, na Serra, se encontram um grande número de nascentes, cujas águas brotam frescas e cristalinas entre abundante verdura, sendo esta a origem das numerosas fontes espalhadas pela serra, algumas bastante afamadas, como seja a Fonte da Sabuga.

Referente á hidrografia, e na sua relação estreita com a orografia, o concelho revela duas pendentes hidrográficas demarcadas pela linha de altitudes Sintra-Carregueira, nomeadamente a direccionada à Costa Atlântica (desenvolvida a Poente e Norte) e a do Tejo que corre a Sul e Sudeste.

Na bacia Atlântica com ligação directa à Costa e mencionando de Norte para Sul, refiram-se o Rio Falcão, as Ribeiras da Mata, Samarra-Bucelas, Açougue e Samouqueiro que drenam o planalto São João das Lampas, por vales muito apertadas e

com poucos regadios, as Ribeiras de Mata-Magoito e Camejijo 8áreas Fontanelas) permitindo, sobretudo a última rega de alguns hortejos.

Para sul, e ainda ao longo da Costa Atlântica, revela-se a Ribeira de Colares, de longe a mais importante linha de drenagem natural sob o ponto de vista agrícola. Acompanhando a falda Norte da Serra de Sintra, drenando uma larga Várzea, com origem no Lourel e foz na Praia das Maças, tem como afluentes na margem direita, as Ribeiras de Almargre, Morelinho, Mucifal e Janas e na margem esquerda, as Ribeiras da Mata e Valente além de numerosas torrentes que drenam da Serra.

A Sul ainda da Ribeira de Colares, ocorrem ainda as Ribeiras da Ursa, do Louriçal, da Mata e da Maceira, correndo em valas profundas com regimes torrenciais de interesse muito restrito para a rega.

A Norte do concelho, e como afluentes os Rios Cheleiros, é importante o conjunto formado pelas Ribeiras de Cabrelas-Fervença e Granja e das suas tributárias Godiagana, Adrião e Vale que drenam e constituem uma área de interesse manifesto para as actividades agro-pecuária; mais a Leste, as Ribeiras de Mourão e Mastrntas.

Das linhas de drenagem natural apontadas à bacia do Tejo, revela-se o Rio Jamor, de regime permanente, que atravessa os Jardins do Palácio de Queluz, e, de Leste para Oeste do concelho, são de notar a Ribeira de Carenque (afluente do Rio Jamor), a Ribeira dos Ossos, que atravessa Agualva-Cacém e se estende pela Ribeira das Jardas até ao Sabugo, a Ribeira da Estribeira e da Lage (drenam Algueirão-Mem Martins e parte de Rio de Mouro), a Ribeira de Manque, drenando Albarraque e Abrunheira, a Ribeira de Penha Longa (entre o Linhó e a Serra de Sintra) e, finalmente, a Ribeira da Mula.

A Nordeste do Concelho refira-se o conjunto das Ribeiras de Ablegas, da Várzea e da Ponte que, debutam as suas águas para a Ribeira de Loures.

2.5 – Flora

A variedade geológica, as condições topográficas e as características climáticas proporcionam uma abundância no manto vegetal.



A flora da zona de Sintra marca a transição entre a vegetação do Norte e a do Sul do país. Nesta região podemos fazer várias distinções quanto ao tipo de vegetação: *floresta*, *charneca*, *estepe cultivada*, *várzea* e, por último, *planalto árido*.

Na zona de *floresta* domina o pinheiro bravo. Aqui também aparecem, ao lado uma das outras, espécies indígenas e exóticas. A maioria das árvores existentes são árvores de grande porte, tornando-se a vegetação extremamente densa. Em tempos mais remotos as arvores dominantes eram os carvalhos. Estas condições alteram-se profundamente á medida que nos afastarmos da Serra, passando a haver uma predominância da vegetação arbustiva e herbácea.

Na zona da *charneca* a acção dos ventos faz-se sentir fortemente e a precipitação é fraca. Deste modo, as espécies arbóreas são raras, apresentando um aspecto vergado devido à influência dos ventos marítimos, que aí se fazem sentir com grande intensidade.

A *estepe* cultivada é das zonas mais férteis do concelho. Aqui são cultivados vários cereais, tais como o feijão.

A *várzea* é formada pelos terrenos ricos em matéria orgânica, que aparecem ao longo da Ribeira de Colares, e que permitem o cultivo de espécies mais exigentes.

O *planalto árido* é a zona mais pobre, não indo o solo arável além de 10-15 cm de profundidade.

2.6 – Fauna

No aspecto faunístico, Sintra tem sofrido um empobrecimento desde há alguns séculos. A acção do Homem, através da caça e da ocupação do solo, tem contribuído para o desaparecimento de várias espécies de animais selvagens que existiam nesta serra.

Até ao século XVII abundavam lobos, javalis e veados. Actualmente os mamíferos reduzem-se a pouco mais do que raposas, ginetas, lebres e coelhos bravos.

De especial referência é também a variedade de espécies de répteis existentes no Cabo da Roca (zona de paisagem protegida).

2.7 – Solo

Os diferentes tipos de solos estão intimamente relacionados com as características litológicas e geológicas já referidas.

O coelho foi motivo de complexa dinâmica na qual se revelaram massas eruptivas de estratos sedimentares mais antigos e nos quais se repartiram, em maior ou menor intensidade, fenómenos de metaforismos. A diversidade de ocorrência destes fenómenos condicionou o quadro característico dos solos do concelho de Sintra em relação à sua origem geológica, marcando os vales com solos fundos e férteis e delgados, nos cumes e encostas.

Podemos classifica-los em 3 grandes grupos: os *solos derivados das rochas eruptivas*, os *solos derivados das rochas sedimentares* e os que estão ligados às *formações arenosas*.

A ocupação do solo foi condicionada tanto pela sua génese como pelos factores de natureza orográfica e climática. Assim, os solos agricultados são fundamentalmente aqueles ligados aos calcários, em terrenos mais ou menos planos. Na serra

encontramos a área florestal por excelência, enquanto as areias são ocupadas pela única vegetação arbórea capaz de crescer em substratos pouco consolidados – as matas de pinheiros.

2.8 - Paisagem

O Património Natural de Sintra encontra-se dividido em três grandes zonas: a *Faixa Costeira*, a *Serra de Sintra* e a *Área Agrícola*. As duas primeiras integram-se na Área de Paisagem Protegida Sintra-Cascais.

A *Faixa Costeira* com uma largura média de 3 km faz a transição entre os dois meios completamente diferentes, o meio marinho e o meio terrestre, sofrendo, por isso, a influência de ambos. É de todas as zonas a menos humanizada, sendo um dos três pontos do país mais rico em plantas endémicas.

A orientação perpendicular da *Serra de Sintra* em relação à costa e as direcções predominantes dos ventos nesta região (Norte e Noroeste) levam a que se verifiquem alguns fenómenos interessantes que têm uma influência directa sobre as condições microclimáticas.

A *Área Agrícola*, abrangendo cerca de três quartos da superfície total do concelho, é a mais densamente povoada e aquela onde a paisagem foi mais afectada. Quando o desenvolvimento industrial e a explosão demográfica se verificaram, esta zona, bastante próximo da capital em rápido crescimento, apresentava todas as condições para que nela se viessem a implantar autênticas "cidade dormitório", como são hoje o Cacém, Queluz, Mem Martins e outras.

O Parque Natural Sintra-Cascais, área de paisagem protegida, criado pelo Decreto Regulamentar n.º 8 de 11 de Março de 1994, com uma área de cerca de 23275 ha dos concelhos de Sintra e Cascais, tem por objectivo a salvaguarda dos recursos

naturais e paisagísticos com especial incidência nos aspectos geológicos, geomorfológicos, florísticos e faunísticos. Abrange a Serra de Sintra, a faixa litoral entre a cidadela de Cascais e a Foz do Falcão, e a área agrícola que se estende para Norte da Várzea de Colares. Nesta área protegida, determinadas zonas assumem um carácter prioritário em termos de conservação da natureza, nomeadamente as praias, dunas e arribas na faixa litoral da Serra de Sintra.

Região de grande valor natural, paisagístico, histórico e cultural, constitui uma importante área de lazer, principalmente para os habitantes da região metropolitana de Lisboa e arredores, estando sujeita a intensas pressões urbanas e turísticas.

3 - TERRITÓRIO

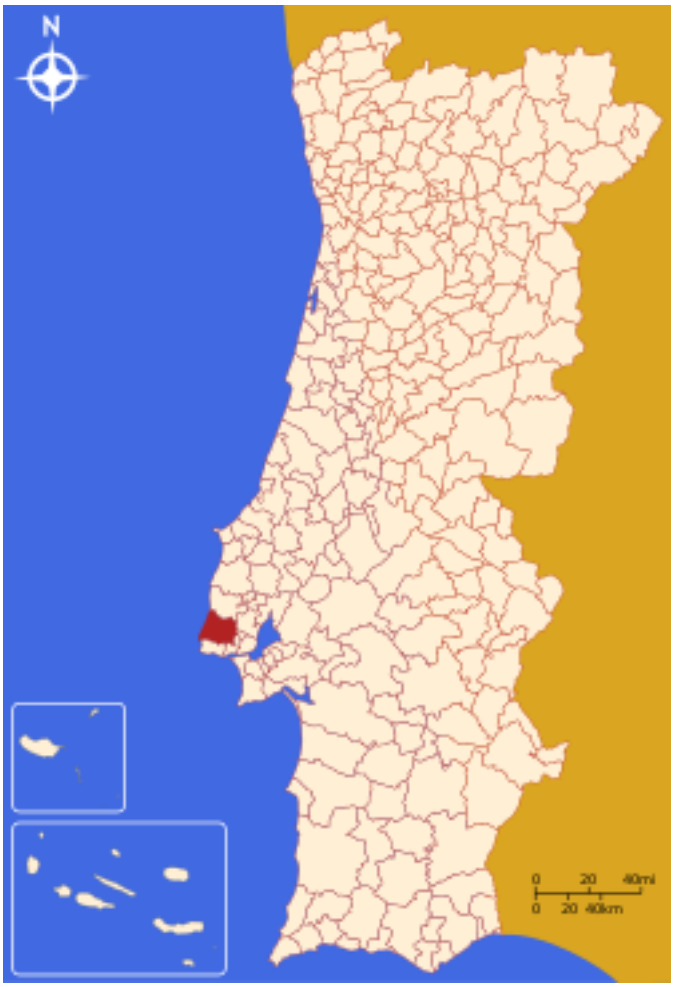
3.1 - Localização Geográfica

O Concelho de Sintra, com uma área de aproximadamente 33000 ha, fica situado no extremo sul mais ocidental da região metropolitana de Lisboa. É limitado a Oeste pelo Oceano Atlântico, a Sul pelo Concelho de Cascais, a Norte pelo concelho de Mafra, a Sudeste pelo concelho de Oeiras e a Este pelos concelhos de Loures e Amadora.

Exceptuando a linha costeira, o traçado dos seus limites não obedece a razões de ordem geológica ou geográfica e, da mesma forma, a configuração das suas 20 freguesias.

Sintra é um Concelho banhado pelo Oceano Atlântico (≅21 km), localizado 30 km a Oeste de Lisboa, com uma superfície de 319,2 km2 que representa 0,3 % da área de Portugal e 9,9 % da área da Grande Lisboa.

Figura N.º1 – Ilustração que representa a localização do Concelho de Sintra na Península Ibérica



3.2 – Área

O concelho de Sintra, com uma área total de 319,5 Km2 (2001)[1], possui uma área superior ao total de Lisboa, Oeiras, Cascais e Amadora, sendo o quarto maior do país.

O concelho de Sintra é constituído por 20 freguesias[2], com acentuado contraste entre

[1] Base Geográfica de Referenciação de Informação, versão preliminar de 1 de Março de 2001 (fonte: INE).

o espaço urbano (16 % do território, com 77 % da população residente) e o rural (84 % do território com 23 % da população residente), com uma elevada e contrastante densidade populacional (1 140 hab/km^2, dez vezes superior à média nacional com disparidade entre 168 hab/ km2 e 17 633 hab/ km^2) representando 3,5 % da população residente em Portugal, apesar de apenas representar 0,3 % do território nacional.

Ocupa uma área de 319,5 Km2, com uma população residente de 363 556 habitantes (Censo de 2001) e com 166 936 alojamentos, distribuídos por uma densidade populacional de 1 1138 habitantes/Km^2.

3.3 - Freguesias

Presentemente dividido em 20 freguesias sendo a freguesia com maior área do Concelho a de S. João das Lampas, com uma área de 57,6 km^2 e a menor a de Mira Sintra com 1,2 km^2.

São elas: Agualva, Cacém, Mira Sintra, São Marcos, Algueirão - Mem Martins, Almargem do Bispo, Belas, Colares, Montelavar, Queluz, Rio de Mouro, Santa Maria e São Miguel, São João das Lampas, São Martinho, São Pedro de Penaferrim, Terrugem, Pêro Pinheiro, Casal de Cambra, Massamá e Monte Abraão (Fig. N.º 2).

As freguesias de Casal de Cambra, Massamá e Monte Abraão, anteriormente agregadas a Queluz, foram criadas após Recenseamento Geral da População de 1991. As três freguesias criadas após 2001 foram derivadas do desmembramento da Freguesia de Agualva-Cacém que deu Mira Sintra, São Marcos, Agualva e Cacém.

[2] O Concelho de Sintra actualmente é composto por 20 Freguesias mas, uma vez que os dados utilizados para a realização deste estudo são os dados referentes aos CENSOS 2001, e à data da elaboração desse documento o número de freguesias era 17, vai ser esse o número de freguesias considerado. De notar que as três freguesias criadas após 2001 foram derivadas do desmembramento da Freguesia de Agualva-Cacém que deu Mira Sintra, S. Marcos, Agualva e Cacém.



Figura N.º 2 – Freguesias que compõem o Concelho de Sintra

Dois tipos de freguesias correspondem a situações distintas. Observa-se, por um lado, a existência de freguesias com uma densidade baixa e povoamento disperso e, por outro lado, as de densidade muito elevada e povoamento concentrado, além de algumas outras, menos fáceis de enquadrar, apresentarem características intermédias. São sobretudo três, as freguesias que apresentam uma densidade populacional mais elevada: Agualva-Cacém, com 81 366 habitantes, Algueirão-Mem Martins, com 63 373 habitantes, e Rio de Mouro, com 46 402 habitantes. Antes da criação das freguesias de Casal de Cambra, Massamá e Monte Abraão, Queluz encabeçava o grupo das freguesias mais povoadas.

Com um índice muito abaixo dos valores referidos, mas bastante superiores às restantes freguesias do concelho, estão Massamá com 28 187 habitantes, Queluz com 27937 habitantes, Monte Abraão com 22 187 e Belas com 20 380 habitantes.

Nas restantes 10 freguesias, os números da população residente oscilam entre Casal de Cambra com 10 909 e Montelavar com apenas 3 650 pessoas.

Quadro N.º2 – Freguesias do Concelho de Sintra por área, população residente e densidade populacional, 2001.

Freguesia	Área (Km^2)	População (Hab.)	Densidade Populacional (Hab/KM^2)
Agualva-Cacém	10,1	81 845	8 103,5
Algueirão-Mem Martins	15,9	62 557	3 931,9
Almargem do Bispo	39,7	8 417	212,2
Belas	23,2	21 172	912,2
Casal de Cambra	2,1	9 865	4 720,1
Colares	33,5	7 472	223,2
Massamá	1,8	28 176	15 653,3
Monte Abraão	1,3	22 041	17 632,8
Montelavar	8,7	3 645	419,4
Pêro Pinheiro	15,7	4 712	300,5
Queluz	3,6	27 913	7 753,6
Rio de Mouro	16,6	46 022	2 774,1
São João das Lampas	57,6	9 665	167,9
Santa Maria e São Miguel	12,5	9 274	741,9
São Martinho	24,4	5 907	242,4
São Pedro de Penaferrim	26,6	10 449	392,8
Terrugem	26,1	4 617	176,7
TOTAL	**319,2**	**363 749**	**1 139,5**

Fonte : Censos 2001, INE. Fonte : Censos 2001, INE.

Quanto à Freguesia de Montelavar, embora esta possua uma área bastante elevada (1747,4 hectares) mantém um dos índices populacionais mais baixos. Queluz, Massamá, Casal de Cambra e Monte Abraão, por seu lado, com maior densidade populacional, ocupam no conjunto uma área de apenas 670 hectares.

Com uma população que não se distribui uniformemente pelo território, as densidades das freguesias apresentam valores muito distintos que correspondem a níveis de urbanização bastante diferenciados.

4 - POPULAÇÃO

O presente capítulo terá por objectivo a descrição e análise da evolução sociodemográfica do nosso concelho nas últimas décadas, nos seus aspectos globais.

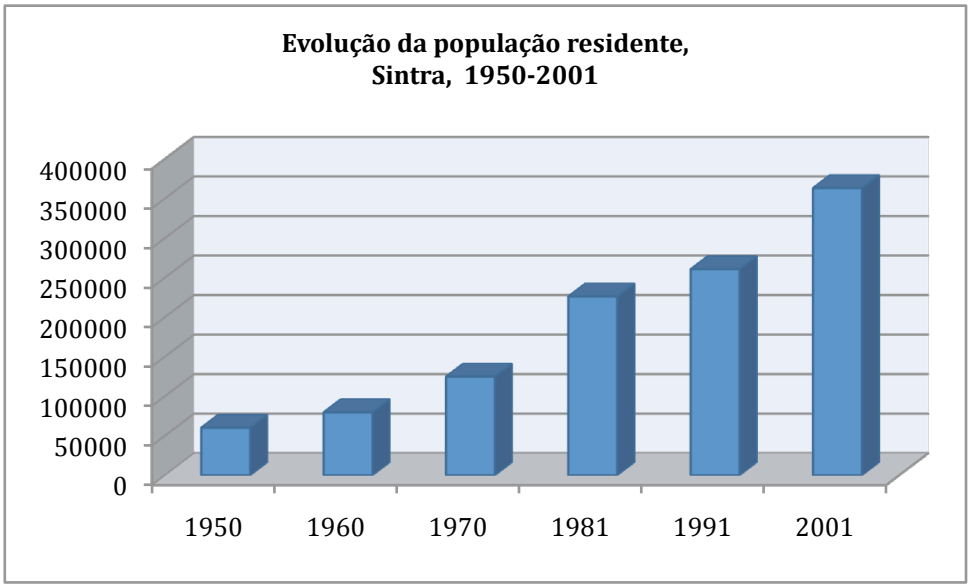
4.1 - Volumes e Ritmos de Crescimento

Ao longo das últimas décadas Sintra tem vindo a notar ganhos populacionais muito significativos. Se em 1950 este concelho contava apenas com 45082 indivíduos em 2001 este valor atingiu já os 363740, dos quais 127034 são homens e 133 916 são mulheres.

No último intervalo censitário (1991-2001) Sintra foi dos concelhos de Lisboa que sofreu maiores crescimentos populacionais, quer em termos absolutos (+ 102605) como em termos relativos (+ 39,3%). Por conseguinte, este concelho contínua a ser um dos mais populosos de toda a Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Em termos de densidade populacional esta tem acompanhado os significativos ganhos de população. Assim, passamos de 178 hab. /Km^2 em 1950, para 825,8 hab. /Km^2 em 1991, atingindo o ano 2001 já com cerca 1138,4 hab. /Km^2, o que revela bem o forte processo de urbanização que o concelho tem vindo a sofrer.

Figura N.º 3 - Evolução da população residente em Sintra, 1950-2001.



Fonte: Censo 2001, INE.

No período de 1970 a 1981 Sintra apresentou uma taxa de crescimento total anual médio de 5,96%, tendo aumentado o seu efectivo populacional em mais 101 535 habitantes (Quadro N.º3). Apresentou também a maior taxa de crescimento migratório das três ultimas décadas, com um saldo positivo de 100 982. Este impacto elevado dos movimentos migratórios sobre a sua estrutura está relacionado com a chegada de muitos retornados das ex-colónias portuguesas que passaram a viver no concelho. O baixo saldo natural, o mais baixo das últimas décadas, revelam os elevados níveis de mortalidade da altura.

O decénio de 1981-1991 caracterizou-se por um crescimento total médio de cerca de 1,42% ao ano (mais 34 523 indivíduos), valores mais baixos que os apresentados no período anterior. O desaceleramento da taxa de crescimento migratório (apenas 0,89% e um saldo positivo de 22 223 pessoas) contribui para um crescimento global inferior. O aumento da taxa de crescimento anual médio (0,535%) deve-se essencialmente a uma melhoria das condições de vida e dos níveis de saúde permitindo uma redução dos níveis de mortalidade.

Quadro N.º 3 – Evolução das Taxas de Crescimento Natural, Migratório e Total, Sintra, período de 1970-2001.

	1970-1981	1981-1991	1991-2001
Taxa de Crescimento Natural	0,04%	0,53%	0,99%
Crescimento Natural	553	12 300	26 716
Taxa de Crescimento Migratório	5,92%	0,89%	2,41%
Crescimento Migratório	100 982	22 223	80 537
Taxa de Crescimento Total	5,96%	1,42%	3,4%
Crescimento Total	101 535	34 523	102 789

Na última década podemos destacar o forte crescimento de Sintra, crescendo a um ritmo anual médio de 3,4% aumentando a sua população residente em mais 102789 habitantes. Verifica-se também que foi o crescimento migratório que teve maior impacto sobre este fenómeno evidenciando a forte metropolização do concelho. Em simultâneo o crescimento natural também aumentou, apresentando uma taxa de crescimento anual médio em cerca de 1%. Para tal muito contribuiu a entrada de efectivos femininos em idade fértil, tornando a estrutura da população mais favorável à ocorrência de nascimentos.

Em termos de crescimento populacional Sintra é um concelho que manteve durante as três ultimas décadas ganhas populacionais significativas. Dois factores explicam esta evolução: um crescimento natural sempre positivo e também crescente, e um forte crescimento migratório.

No que refere ao crescimento natural, apesar de apresentar saldos positivos, estes não são muito expressivos, apresentando valores, principalmente entre 1970-1991, na vizinhança do zero, o que significam dinâmicas naturais baixas. Se numa primeira

fase este fenómeno podia ser explicado por níveis de mortalidade elevadas, nos últimos anos está mais relacionado com o declínio da fecundidade.

Quanto ao crescimento migratório é importante referir o crescente papel das migrações face ao crescimento total da população. Deste modo, o período de 1970 a 2001, Sintra apresenta sempre saldos positivos, reflectindo o carácter atractivo da região.

Quadro N.º 4 – Indicadores de população em Portugal, Grande Lisboa e Sintra, 2007.

	Unidade	Portugal	Grande Lisboa	Sintra
Densidade populacional	Hab./Km^2	115,3	147	1370,4
Taxa de crescimento efectivo	%	0,17	0,30	2,08
Taxa de Crescimento natural	%	-0,01	0,22	0,53

Fonte: Anuário Estatístico da Região de Lisboa 2007, INE.
Nota: Estimativas provisórias da população residente.

O crescimento demográfico no período inter-censitário de 1991-2001, não foi homogéneo em todas as freguesias do concelho. Com um crescimento populacional total de 39,4%, são precisamente as freguesias já mais densamente povoadas, que registam os maiores ganhos populacionais. Do mesmo modo, são as freguesias já anteriormente menos povoadas que apresentam as taxas variação mais baixas. Como consequência, acentuam-se as assimetrias inter-concelhias, em termos de povoamento.

São Pedro de Penaferrim, Rio de Mouro, Algueirão-Mem Martins e Agualva-Cacém, são as freguesias que apresentam taxas de variação positivas mais elevadas, 61,8%, 55,1%, 54,2% e 44,1% respectivamente (Quadro N.º 5).

Almargem do Bispo e Queluz são as únicas freguesias que registam perda de habitantes, com -1,0% e -53,8% respectivamente. Contudo, em relação a Queluz esta

variação negativa tão significativa neste período inter-censitário deve-se ao facto que foi a partir desta freguesia que foram criadas as freguesias de Monte Abraão, Casal de Cambra e Massamá. Importa lembrar que em 1991 Queluz era a freguesia mais povoada de todo o concelho.

Das freguesias que registam taxas de crescimento inferiores ou iguais a 10%, fazem parte: Montelavar (0,3%), Terrugem (5,9%) e Pêro Pinheiro (6,4%), Belas (9,3%), Santa Maria e São Miguel (10,3%).

Quadro N.º 5 – Evolução da população residente, sexos reunidos e sexos separados, das freguesias de Sintra, 1991 e 2001 e respectiva taxa de variação (%).

Freguesias de Sintra	1991 (Dados definitivos)		2001 (Dados definitivos)		Taxa Var. %
	HM	H	HM	H	
Agualva-Cacém	56 779	27 751	81845	39 869	44,1%
Algueirão-Mem Martins	40 566	19 821	62557	30 818	54,2%
Almargem do Bispo	8 405	4 196	8417	4 090	-1,0%
Belas	18 645	9 205	21172	9 951	9,3%
Colares	6 439	3 103	7472	3 591	16,0%
Montelavar	3 633	1 842	3645	1 855	0,3%
Queluz	60 370	28 939	27913	13 257	-53,8%
Rio de Mouro	29 672	14 434	46022	22 833	55,1%
Santa Maria e São Miguel	8 405	3 975	9274	4 371	10,3%
São João das Lampas	7 690	3 804	9665	4 793	25,7%
São Martinho	5 102	2 449	5907	2 875	15,8%
São Pedro de Penaferrim	6 456	3 112	10449	4 775	61,8%
Terrugem	4 361	2 207	4617	2 338	5,9%
Pêro Pinheiro	4 428	2 196	4712	2 354	6,4%
Casal de Cambra*	-	-	9865	5 439	-
Massamá*	-	-	28176	13 724	-
Monte Abraão*	-	-	22041	10 704	-
Total	260 951	127 034	363 749	177 637	39,4%

(*) Freguesia criada após o censo de 1991.
Fonte: Censo 2001, INE.

No grupo de crescimento populacional intermédio encontram-se as freguesias de São Martinho (15,8%), Colares (16,0 %) e São João das Lampas (25,7%).

4.2 – Grupos Funcionais e Índices Resumo

Nos últimos 40 anos, tendo como referência os recenseamentos de 1981, 1991 e 2001, acentua-se, no concelho de Sintra, o processo de duplo envelhecimento demográfico, que se caracteriza pelo aumento do peso da população com mais de 65 anos (envelhecimento pelo topo) e pelo declínio do peso da população com menos de 14 anos (envelhecimento de base) (Quadro N.º 6).

Quadro N.º 6 – População residente segundo a estrutura etária, Sintra, 1981, 1991 e 2001.

	0-14 Anos		15-24 Anos		25-64 Anos		65 Ou + anos	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Recenseamento 1981	59 098	26,1	32 832	14,5	117 969	52,1	16 529	7,3
Recenseamento 1991	50 903	19,5	42 500	16,3	143 510	55,0	24 038	9,2
Recenseamento 2001	66 106	18,2	49 164	13,5	210 701	57,9	37 769	10,4

Fonte: Censo 1991 e Censo 2001, INE.

Quando analisamos o peso relativo de cada grupo etário, face ao total da população, então, o fenómeno do envelhecimento da população torna-se não só evidente, como se verifica que este mantém a tendência de agravamento.

Por conseguinte, a proporção de indivíduos com menos de 14 anos e dos indivíduos com 15-24 anos, tem vindo a registar uma diminuição progressiva. Em 1981 o primeiro grupo representava cerca de 26,1% e o segundo 14,5% da população, mas em 2001 estes grupos representam apenas 18,2% e 13,5%, respectivamente. Já a proporção de indivíduos com 65 ou mais anos, tem registado um aumento contínuo. Deste modo, se em 1981 este grupo tinha um peso de 7,3% face ao conjunto, em 1991 era de 9,2%, chegando aos 10,4% em 2001.

No grupo etário dos 15-24 anos verificaram-se fortes aumentos em termos absolutos, mas não em termos relativos. Assim, se em 1981 o peso deste grupo era de 14,5%, em 1991 cresceu para 16,3%, mas em 2001 sofreu uma quebra significativa passando a representar apenas 14,5%. Para os indivíduos com idades entre os 25 e os 26 anos o aumento deu-se tanto em termos absolutos como relativos, como pode ser observado no quadro acima reproduzido.

Analisando agora o próximo quadro, observamos que de 1981 a 2001 a percentagem dos jovens decresceu progressivamente de 26,1% para 18,2%.

Em relação à percentagem da população potencialmente activa esta passou de 66,6% para 71,3% de 1981 para 1991, mantendo-se praticamente constante entre 1991 e 2001 com cerca de 71%. Considerando ainda o grupo dos indivíduos potencialmente activos (15-64 anos), verificaram-se fortes aumentos, tanto em termos relativos como em termos absolutos. Em 1981 este grupo possuía 150801 efectivos, representando, no seu conjunto, 66,6%, e em 2001 possuía já 259865 com um peso de 71,4%.

Quadro N.º 7 – Grupos Funcionais e Índices Resumo, Sintra, 1981, 1991 e 2001.

	1981	1991	2001
% Jovens	26,1	19,5	18,2
% Activos	66,6	71,3	71,4
% Idosos	7,3	9,2	10,4
Índice de Juventude	357,5	211,8	175,0
Índice de Envelhecimento	28,0	47,2	57,1
Índice de Dependência dos Jovens	39,2	27,4	25,4
Índice de Dependência dos Idosos	32,5	12,9	14,5
Índice de Dependência Total	50,2	40,3	40,0

Fonte: Censo 1991 e Censo 2001, INE.

Para o período de tempo em análise foi na percentagem de idosos que se observaram os maiores crescimentos. Assim, no intervalo de 20 anos, a percentagem de indivíduos com 65 e mais anos aumentou de 7,3% para 10,4%, face ao restante da população.

O Índice de juventude aumentou de 357,5% em 1981, para 211,8% em 1991 e 175% em 2001. Tal significa, que se em 1981 por cada 100 indivíduos com mais de 65 anos tínhamos cerca de 356 jovens, em 2001 temos apenas 175. Do mesmo modo, se em 1981, para cada 100 pessoas com menos de 14 anos, tínhamos 28 idosos, em 2001, para os mesmos 100 com menos de 14 anos, passamos a ter 57 indivíduos com mais de 65 anos. O que na prática significa que em 2001 temos mais de 50 idosos por cada 100 jovens. Tal situação deve-se ao peso crescente dos idosos e à diminuição contínua da percentagem de jovens.

O índice de dependência total, que estabelece a relação entre os não activos (jovens e idosos) e os potencialmente activos, decresce entre 1981 e 1991 de 50 indivíduos para 40 indivíduos, situação que se deve sobretudo à forte diminuição do índice de dependência dos jovens, que passa de 39,2% para 27,4%. Contudo, entre 1991 e 2001 o indicador de dependência total mantém-se constante em cerca de 40%. Para

tal, contribuiu o aumento do índice de dependência dos idosos, que passa de 12,9% para 14,5%, e diminuição pouco acentuada do Índice de dependência dos jovens, que por sua vez passa de 27,4% para 25,4%.

Quadro N.º 8 – População residente em Portugal, Grande Lisboa e Sintra, segundo os grandes grupos etários e sexo, 31/12/2007.

	Total			0-14 anos			15-24 anos		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Portugal	10617575	5138807	5478768	1628852	835491	793361	1236004	630723	605281
Grande Lisboa	2025628	968111	1057517	319318	163568	155750	208100	105437	102663
Sintra	437471	215044	222427	79353	41057	38296	47348	24127	23221

	25-64 anos			65 e mais anos					
				Total			75 e mais anos		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Portugal	5902888	2900188	3002700	1849831	772405	1077426	845671	323160	522511
Grande Lisboa	1147258	556323	590935	350952	142783	208169	154883	55190	99693
Sintra	253107	124752	128355	57663	25108	32555	23778	9164	14614

Fonte: Anuário Estatístico da Região de Lisboa 2007, INE.
Nota: Estimativas provisórias da população residente.

Quadro N.º 9 – Indicadores de população em Portugal, Grande Lisboa e Sintra, 2007.

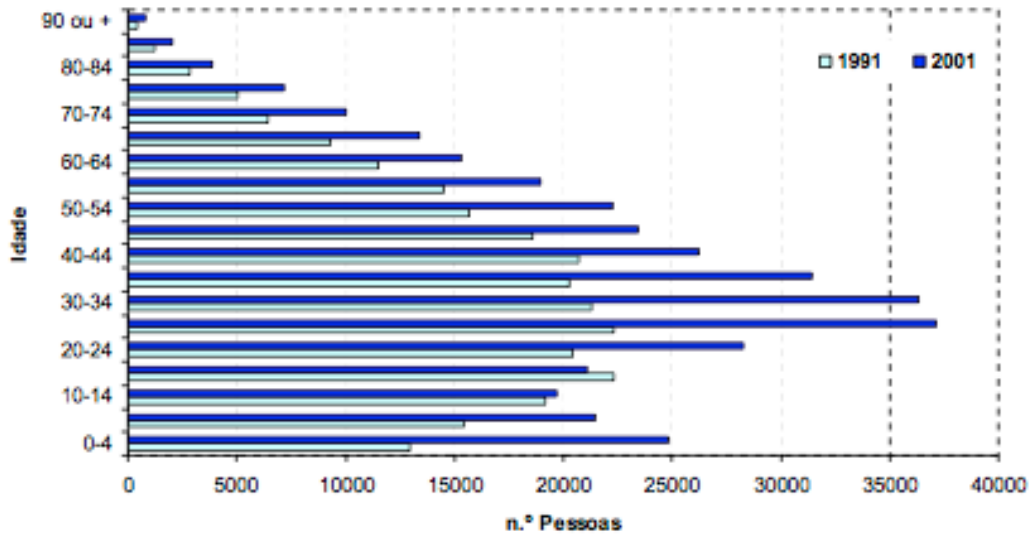
	Unidade	Portugal	Grande Lisboa	Sintra
Índice de envelhecimento	%	113,6	109,9	72,7
Índice de dependência de idosos	%	25,9	25,9	19,2
Índice de longevidade	%	45,7	44,1	41,2
Relação de masculinidade	%	93,8	91,5	96,7

Fonte: Anuário Estatístico da Região de Lisboa 2007, INE.
Nota: Estimativas provisórias da população residente.

4.3 – Pirâmide de Idades

A pirâmide de idades permite-nos uma visão de conjunto da repartição grupos de idades num dado momento do tempo e estabelecer comparações entre eles.

Figura N.º 4 – Pirâmide Etária em Sintra, 1991 e 2001.



Em 1991 Sintra apresentava uma pirâmide de idades em forma de urna com uma base estreita, apontando para a diminuição do peso dos jovens, com um empolamento nos grupos de idades que remetem para a população potencialmente activa, e com um topo também alargado, o que, por sua vez, significa o aumento da importância dos idosos. Este tipo de pirâmide corresponde a populações que apresentam níveis de fecundidade e de mortalidade baixos, como acontece nos países mais desenvolvidos.

Em 2001 observa-se um acréscimo dos efectivos nas idades mais jovens, o que significa a um rejuvenescimento da estrutura da população residente, embora este seja mais acentuado entre os 0 e os 4 anos. Contudo, também se observa um aumento ao nível das idades superiores a 20 anos. Tal como na década anterior, em 2001 também observamos um empolamento nos grupos de idades que remetem para a população

potencialmente activa, e com um topo também alargado, o que, por sua vez, significa o aumento da importância dos idosos.

4.4 – Estado Civil

Passaremos a enunciar um conjunto de dados relativos aos indicadores relacionados com a nupcialidade e divorcialidade, que facilmente podem ser consultados nos quadros N.º 10 e Nº 11.

Quadro N.º 10 – Movimento da população em Portugal, Grande Lisboa e Sintra, 2007.

	Casamentos			
	Celebrados			Dissolvidos por morte
	Total	Católicos	Só civil	
Portugal	46329	21924	24317	46040
Grande Lisboa	8351	2990	5301	7791
Sintra	1180	317	863	1097

Fonte: Anuário Estatístico da Região de Lisboa 2007, INE.
Nota: Estimativas provisórias da população residente

Quadro N.º 11 – Indicadores de população em Portugal, Grande Lisboa e Sintra, 2007.

	Unidade	Portugal	Grande Lisboa	Sintra
Taxa bruta de nupcialidade	‰	4,4	4,1	2,7
Proporção de casamentos entre portugueses e estrangeiros	%	12,3	21,5	17,4
Proporção de casamentos católicos	%	47,3	35,8	26,9

Fonte: Anuário Estatístico da Região de Lisboa 2007, INE.
Nota: Estimativas provisórias da população residente.

4.5 – Famílias

Em termos de famílias residentes, no Concelho de Sintra residem 131 986 famílias clássicas, representando este número 3,6 % do número total de famílias a residir em Portugal, e 13,0 % do número total das famílias a residir na Grande Lisboa.

O Concelho de Sintra apresentou um crescimento de 45 530 famílias entre 1991 e 2001, representando mais 52,7 % em relação ao número de famílias clássicas residentes em 1991.

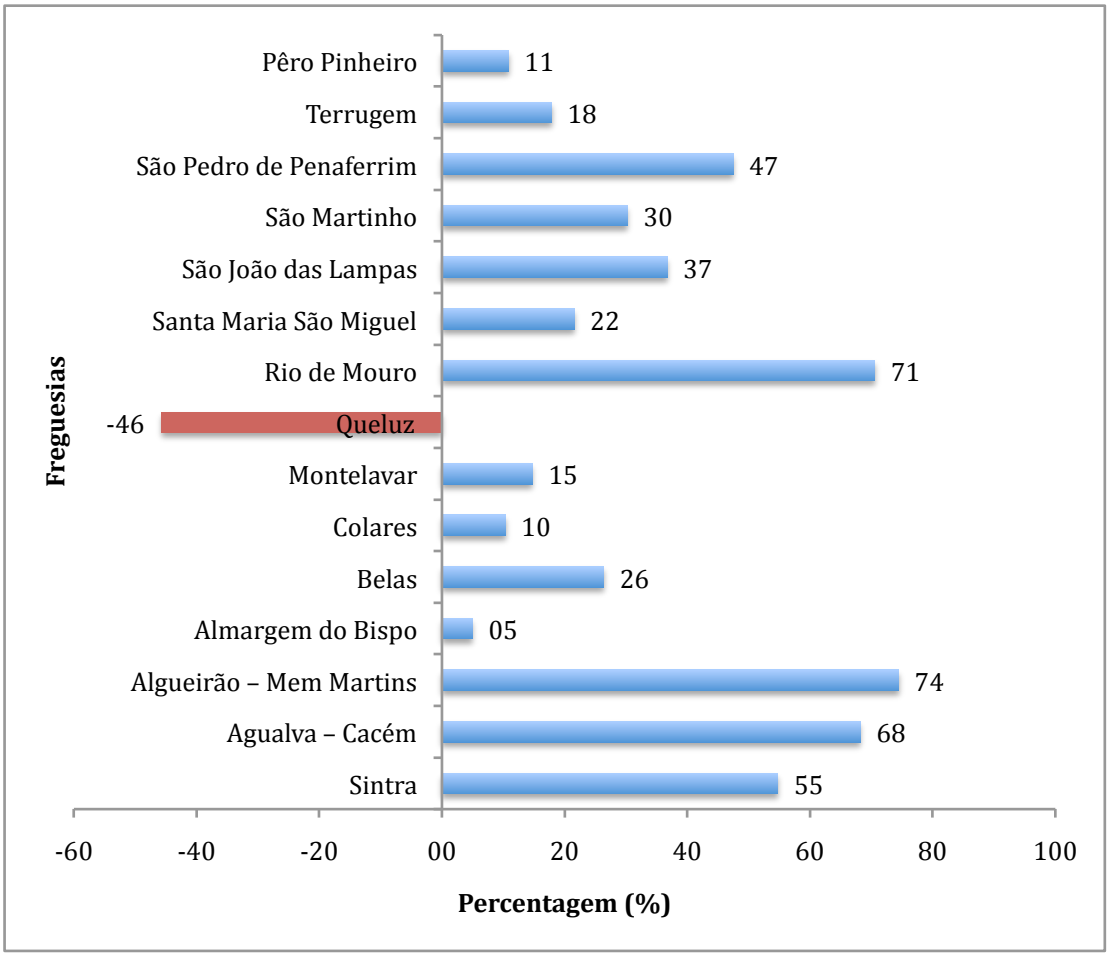
A freguesia onde residiam mais famílias era a freguesia de Agualva-Cacém, com 22,9 % do total de famílias a residir no Concelho.

Quadro N.º 12 – Evolução das famílias por freguesias do concelho de Sintra, 1991 e 2001.

	1991	2001	Taxa de Variação 1991-2001(%)
SINTRA	86 503	133 893	54,8
Agualva – Cacém	18 304	30 789	68,2
Algueirão – Mem Martins	13 283	23 172	74,4
Almargem do Bispo	2 818	2 958	5,0
Belas	5 786	7 313	26,4
Colares	2 556	2 820	10,3
Montelavar	1 248	1 432	14,7
Queluz	20 754	11 266	-45,7
Rio de Mouro	9 659	16 476	70,6
Santa Maria São Miguel	2 929	3 561	21,6
São João das Lampas	2 732	3 735	36,7
São Martinho	1 710	2 227	30,2
São Pedro de Penaferrim	2 019	2 977	47,4
Terrugem	1 478	1 742	17,9
Pêro Pinheiro	1 528	1 694	10,9
Casal de Cambra*	-	3 464	-
Massamá*	-	9 962	-
Monte Abraão*	-	8 305	-

Fonte: Censos 2001, INE.
(*) Freguesia criada após 15 de Abril de 1991.

Figura N.º 5 – Variação da proporção de famílias por freguesias do concelho de Sintra, 1991 e 2001.



Fonte: Censos 2001, INE.

4.6 – Nascimentos e óbitos

De seguida são identificados alguns indicadores de população referentes a Portugal, Grande Lisboa e Sintra para o ano de 2007.

Quadro N.º 13 – Indicadores de população em Portugal, Grande Lisboa e Sintra, 2007.

	Unidade	Portugal	Grande Lisboa	Sintra
Taxa bruta de natalidade	‰	9,7	11,3	10,9
Taxa bruta de mortalidade	‰	9,8	9,1	5,6
Taxa de Fecundidade geral	‰	39,5	47,2	42,3
Nados vivos for a do casamento	%	33,6	44,8	46,9

Fonte: Anuário Estatístico da Região de Lisboa 2007, INE.
Nota: Estimativas provisórias da população residente.

Quadro N.º 14 – Movimento da população em Portugal, Grande Lisboa e Sintra, 2007.

	Nados-vivos					Óbitos			
	Total			For a do casamento		Total			Com menos de 1 ano
	HM	H	M	Total	Com coabitação dos pais	M	HM	H	
Portugal	102492	52683	49809	34443	27685	103512	53378	50134	353
Grande Lisboa	22857	11723	11134	10234	8362	18314	9175	9139	85
Sintra	4712	2322	2390	2209	1855	2420	1294	1126	15

Fonte: Anuário Estatístico da Região de Lisboa 2007, INE.
Nota: Estimativas provisórias da população residente

4.7 – População Estrangeira

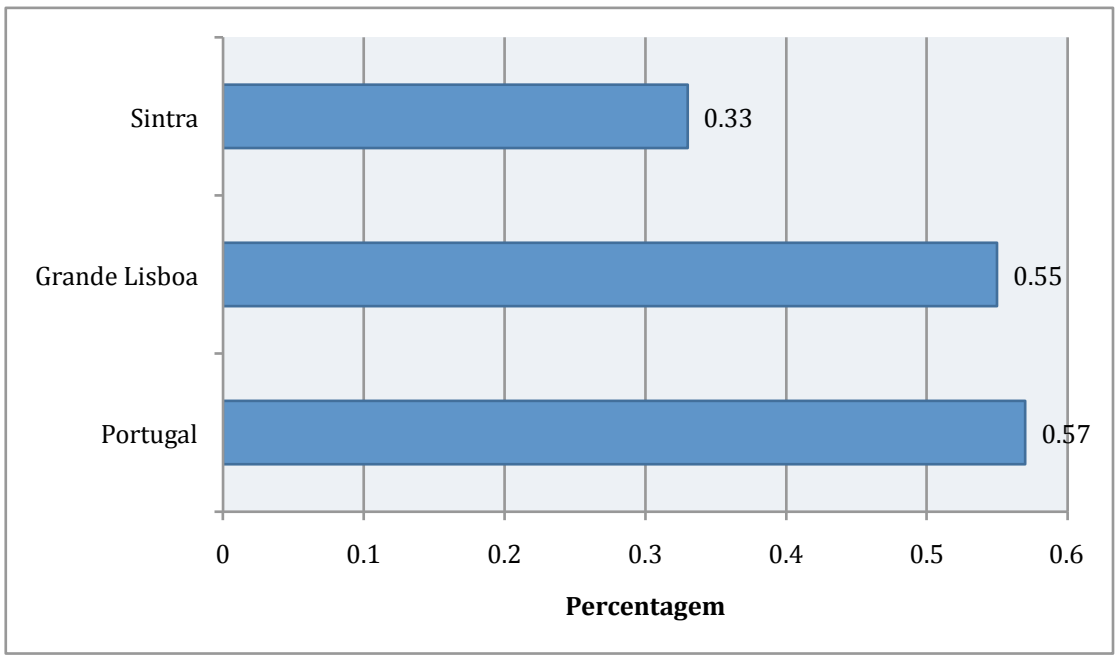
Nos dois quadros abaixo são enumerados um conjunto de indicadores de referentes à população estrangeira residente para Portugal, Grande Lisboa e Sintra deferentes aos anos de 2006 e 2007, permitindo assim uma comparação dos dados.

Quadro N.º 15 – Movimento da população em Portugal, Grande Lisboa e Sintra, 2007.

	População estrangeira que solicitou estatuto legal de residente		
	HM	H	M
Portugal	60117	32239	27878
Grande Lisboa	11195	5942	5253
Sintra	1429	780	649

Fonte: Anuário Estatístico da Região de Lisboa 2007, INE.
Nota: Estimativas provisórias da população residente

Figura N.º 6 – População estrangeira que solicitou estatuto de residente por habitante em Portugal, Grande Lisboa e Sintra, 2007.



Fonte: Anuário Estatístico da Região de Lisboa 2007, INE.
Nota: Estimativas provisórias da população residente.

5 – SAÚDE

Nos dois quadros abaixo são enumerados um conjunto de indicadores de Saúde para Portugal, Grande Lisboa e Sintra deferentes aos anos de 2006 e 2007, permitindo assim uma comparação dos dados.

Quadro N.º 16 – Hospitais, centros de saúde e suas extensões em Portugal, Grande Lisboa e Sintra, 2006 e 2007.

	ANO	Unidade	Portugal	Grande Lisboa	Sintra
Hospitais Oficiais	2006	N.º	107	25	0
Hospitais privados	2006	N.º	93	26	4
Centros de saúde	2007	N.º	377	38	6
Extensões de Centros de Saúde	2007	N.º	1874	109	17

Fonte: Anuário Estatístico da Região de Lisboa 2007, INE.
Nota: Estimativas provisórias da população residente.

Quadro N.º 17– Indicadores de saúde em Portugal, Grande Lisboa e Sintra, 2006 e 2007.

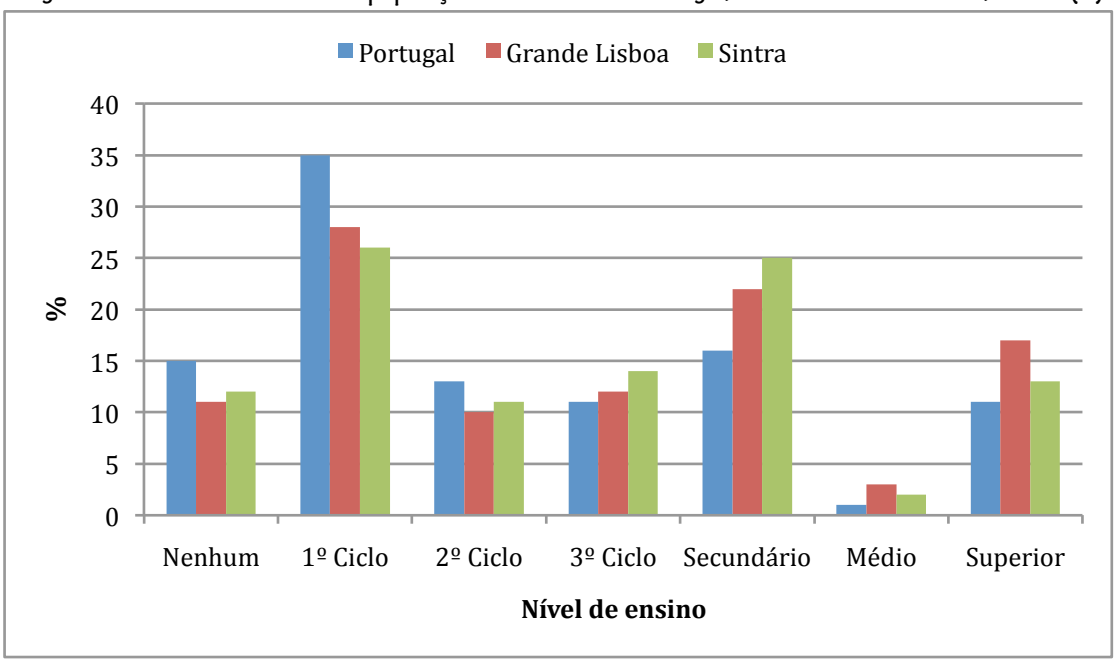
	ANO	Unidade	Portugal	Grande Lisboa	Sintra
Enfermeiros por 1000 habitantes	2007	N.º	5,1	6,4	1,0
Médicos por 1000 habitantes	2007	N.º	3,6	6,3	1,7
Farmácias e postos de medicamentos por 1000 habitantes	2007	N.º	0,3	0,3	0,2
Internamentos por 1000 habitantes	2006	N.º	115,2	-	4,5
Intervenções de grande e media cirurgia por dia nos estabelecimentos de saúde	2006	N.º	2087,3	-	0,0
Consultas por habitante	2006	N.º	3,9	-	2,0
Camas por habitantes nos estabelecimentos de saúde	2006	N.º	3,5	-	2,6
Taxa de ocupação das camas	2006	%	76,1	-	91,9
Taxa bruta de natalidade	2007	‰	9,7	11,3	10,9
Taxa bruta de mortalidade	2007	‰	9,8	9,1	5,6
Taxa de Fecundidade geral	2007	‰	39,5	47,2	42,3
Taxa quinquenal de mortalidade infantil	(2002-2006)	‰	4,0	4,1	3,6
Taxa quinquenal de mortalidade neonatal	(2002-2006)	‰	2,6	2,7	2,6
Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório	2006	‰	3,1	3,3	1,9
Taxa de mortalidade por tumores malignos	2006	‰	2,1	2,2	1,3
Taxa de incidência de doenças de declaração obrigatória	2006	‰	0,4	0,5	0,3

Fonte: Anuário Estatístico da Região de Lisboa 2007, INE.
Nota: Estimativas provisórias da população residente.

6 - EDUCAÇÃO

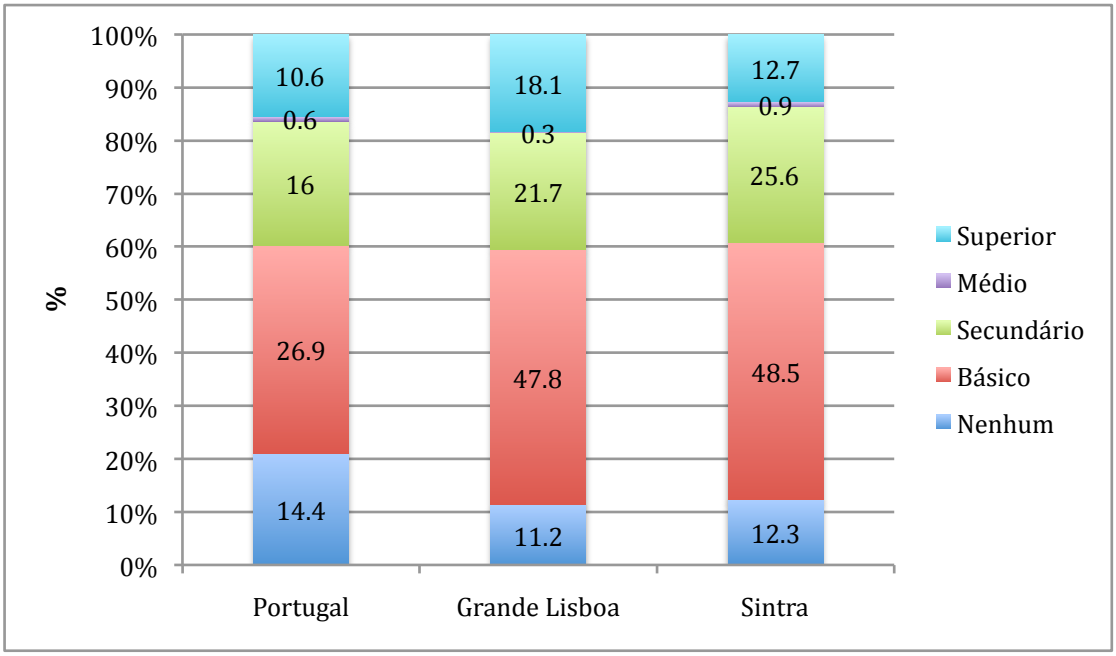
Em relação ao nível de ensino atingido pela população residente, verifica-se que em relação a Portugal, a população residente no Concelho de Sintra tem um grau de instrução em média mais elevado; no entanto, o mesmo é inferior à população residente na Grande Lisboa. No gráfico seguinte apresenta-se a distribuição dos níveis de ensino em Sintra em 2001.

Figura N.º 7 – Nível de ensino da população residente em Portugal, Grande Lisboa e Sintra, 2001 (%).



Fonte: Censos 2001, INE.

Figura N.º 8 – População residente segundo o nível de ensino atingindo, Portugal, Grande Lisboa e Sintra, 2001.



Fonte: Censos 2001, INE.

7 - ECONOMIA

A localização privilegiada do concelho face à capital e as facilidades de acesso têm incentivado a fixação de empresas no concelho, bem como o forte crescimento demográfico que se tem registado nos últimos anos.

Ao nível concelhio verifica-se que houve na estrutura empresarial um progresso, sobretudo na indústria transformadora, construção e obras públicas, comércio, transportes, comunicações, banca, seguros e serviços. Também nas áreas do emprego e da economia se verificou franca melhoria.

A vocação turística de Sintra tem impulsionado o crescimento dos serviços e o comércio ligados ao turismo, os quais têm vindo a assumir uma importância cada vez maior no desenvolvimento da região. Outro sector que apresenta grandes perspectivas de futuro, associado à vertente turística, é o do artesanato (olaria, azuleijaria e outros), que tem sabido desenvolver-se com qualidade e de forma diversificada.

Em 1991 a população economicamente activa cifrava-se em 133445 pessoas, representando 47,7 % do total da população residente no Concelho de Sintra. Em 2001 esta percentagem subiu para os 56,4% com um total de 205 101 pessoas. Assim, a taxa de actividade no Concelho de Sintra (56,4 %) é praticamente idêntica à da Grande Lisboa (56,9 %) e ligeiramente superior à de Portugal (48,2 %).

A distribuição da população economicamente activa de acordo com o sector económico de actividade era em 1991 a seguinte: 1,5 % no sector primário; 33,0 % na indústria e 65,5% no sector dos serviços. Em 2001 esta distribuição passou a ser a seguinte, 0,8 % no sector primário, 27,7 % na indústria e 71,5 % no sector dos serviços.

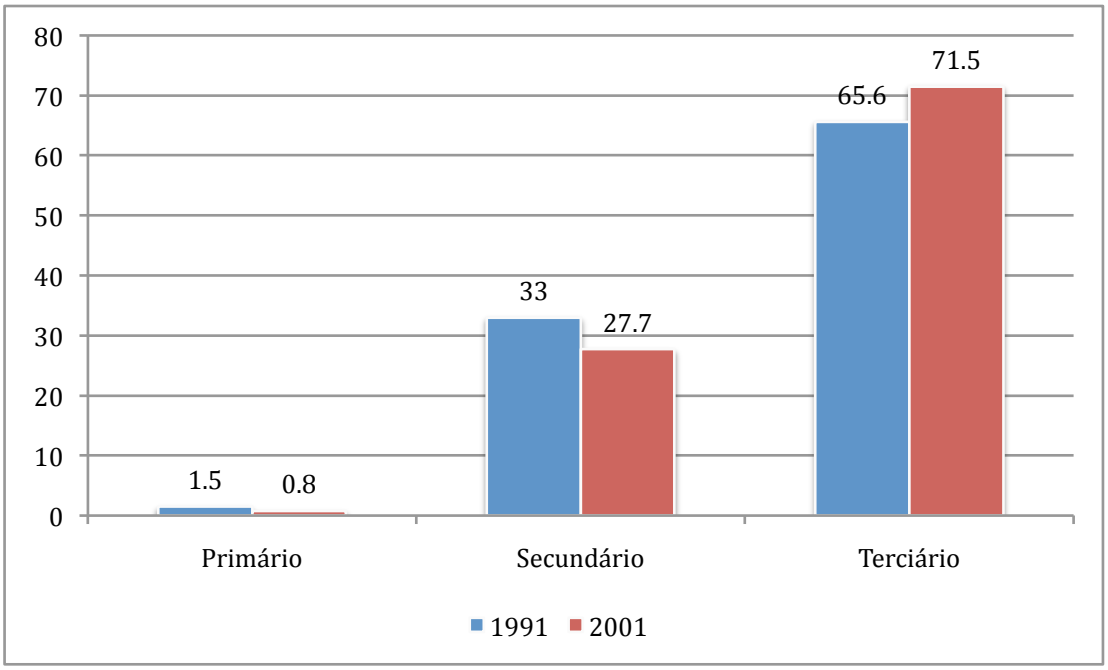
Esta distribuição é muito semelhante à distribuição encontrada na Grande Lisboa, mas relativamente diferente da distribuição encontrada em Portugal. Para melhor ilustrar este facto segue-se uma tabela com os valores:

Quadro N.º 18 – Evolução da distribuição da população economicamente activa por sector de actividade, em Portugal, Grande Lisboa e Sintra, no período de 1991 a 2001 (%).

Território	1991			2001			Variação		
	Primário	Secundário	Terciário	Primário	Secundário	Terciário	Primário	Secundário	Terciário
Portugal	10,8	37,9	51,3	5,0	35,1	59,9	-5,8	-2,8	8,6
Grande Lisboa	1,8	28,3	69,8	1,2	24,1	74,7	-0,6	-4,2	4,9
Sintra	**1,5**	**33,0**	**65,5**	**0,8**	**27,1**	**71,5**	**-0,7**	**-5,3**	**6,0**

Fonte: Censos 2001,INE.

Figura N.º 9 – Evolução da distribuição da população economicamente activa por sector de actividade, em Sintra, no período de 1991 a 2001 (%).



Fonte: Censos 2001,INE.

Em relação à taxa de desemprego, em Sintra (7,1 %) esta taxa é ligeiramente superior à de Portugal (6,8 %), mas inferior à da Grande Lisboa (7,6 %).

Comparando estes valores com os valores da taxa de desemprego registada em 1991, nota-se um ligeiro aumento em termos percentuais, que se traduz num aumento significativo em termos absolutos. Para ilustrar esta afirmação segue-se um quadro onde se pode ver a evolução percentual e absoluta da taxa de desemprego e do número de desempregados:

Quadro N.º 19 – Evolução da taxa de desemprego e do número total de desempregados da população potencialmente, em Portugal, Grande Lisboa e Sintra, no período de 1991 a 2001.

Território	1991		2001		Variação	
	Taxa de desemprego (%)	Nº de desempregados	Taxa de desemprego (%)	Nº de desempregados	Taxa de desemprego (%)	Nº de desempregados
Portugal	6,1	268 433	6,8	339 261	0,7	70 828
Grande Lisboa	7,3	94 387	7,6	105 856	0,3	11 469
Sintra	**6,6**	**8 855**	**7,1**	**14 579**	**0,5**	**5 724**

Fonte: Censos 2001,INE.

ANEXO IV- Documentos de Referência

Cuidados de Saúde Mental de Proximidade

Módulo IV

Documentos de Referência

0 – INTRODUÇÃO

Neste módulo intitulado DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA, tivemos como objectivo tornar disponível aqueles que considerámos serem os documentos de referência em termos de política de saúde mental e psiquiatria a nível nacional. Ou seja, *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*, *Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental*, bem como a *Lei de Saúde Mental. Lei n.º 36/98 de 24 de Julho*.

Adicionamos ainda a Classificação Internacional das Doenças Mentais (CID-9) pois, como já referimos anteriormente, é o sistema utilizado para o tratamento estatístico no CHPL. Como no entanto, está há muito disponibilizado uma versão mais recente e actualizada, o CID-10, que por esse motivo consideramos também interessante disponibiliza-la.

Assim, os documentos apresentados são:

- Lei de Saúde Mental. Lei n.º 36/98 de 24 de Julho. Diário da República I Série A. N.º 169 (98/07/24), p. 3544-3550.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **ICD-9ª Revisão. Classificação das Perturbações Mentais.** Genebra: OMS, 1988.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde - **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Ressumo Executivo**. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008.
- PORTUGAL, Direcção Geral da Saúde - **Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – The ICD-10 Classification of Mental and Mental and Behavioral Disorders. Geneva: WHO, 1996, p.24-41.

ANEXO V- Sintra e os Recursos Comunitários

Cuidados de Saúde Mental de Proximidade

Módulo II

Sintra e os Recursos Comunitários

0 – INTRODUÇÃO

No presente módulo, intitulado SINTRA E OS RECURSOS COMUNITÁRIOS, procedemos a um inventário das respostas locais nos domínios do apoio social e da saúde (com enfoque para a área da saúde mental) existentes no Concelho de Sintra. Deste modo, foram contempladas não apenas as entidades públicas, mas também as entidades privadas da solidariedade social.

Deste modo, a estrutura de apresentação por nós escolhida consistiu na enumeração dos recursos existentes na comunidade e organizados pelas seguintes áreas de intervenção:

1. **Serviços e Equipamentos para Crianças e Jovens**
2. **Serviços e Equipamentos de Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência**
3. **Serviços e Equipamentos para Idosos**
4. **Serviços e Equipamentos para a Família e Comunidade**
5. **Serviços e Equipamentos de Apoio à Mulher**
6. **Serviços e Equipamentos de Apoio aos Cidadãos Imigrantes**
7. **Outros Recursos de Apoio Social**
8. **Serviços e Equipamentos de Prevenção e Tratamento das Toxicodependências**
9. **Serviços e Equipamentos da área da Saúde Mental**
10. **Serviço Nacional de Saúde**

11. Instituições e Entidades que Gerem Serviços/Equipamentos Cujo Território de Referência é o Concelho de Sintra e/ou Todo o País

12. Entidades Sediadas Noutros Concelhos Com Trabalho Desenvolvido em Sintra ou Junto de Munícipes de Sintra

Para cada entidade foi identificada morada e contactos, valências, actividades desenvolvidas e condições de admissão.

Para finalizar, importa apenas referir que algumas das instituições e serviços, embora se encontrem instalados apenas numa das freguesias de Sintra, cobrem, em termos de resposta, todo o território do Concelho e, nalguns casos, todo o País. Assim, para esses casos, foi criada uma pequena lista que complementa a pesquisa dos recursos existentes por freguesia O presente documento inclui ainda um capítulo dedicado a entidades que embora sediadas noutros concelhos desenvolvem trabalho em Sintra ou junto dos munícipes de Sintra.

1 - SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS PARA CRIANÇAS E JOVENS

AFAPS - Associação de Famílias como Parceiro Social

Morada: Avenida João de Deus, n.º 21 B Serra das Minas 2635-425 Rio de Mouro

Telefone: 219 263031



Valências: ATL

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 7.30 às 19.30 horas

Condições de admissão: Pré - inscrição

Actividades extra-curriculares: Praia

ASSOCIAÇÃO JUVENIL PONTE

Morada da Sede: Rua Dr. Osório Vaz, Casa do Jardim Casais de Mem Martins 2635-189 Rio de Mouro

Telefone: 219 260 144

Fax: 219 210 134

E-mail: ajponte@sapo.pt

Valência *Gabinete de Atendimento em Psicologia*

Actividades: Acompanhamento técnico da gestão da problemática pessoal em que se propõe ao jovem o trabalho em projectos de voluntariado

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 15.00 às 19.00 horas (sob marcação prévia, na Sede)

Condições de acesso: Jovens entre os 12 e os 21 anos residentes no Concelho de Sintra

Morada do Espaço +:

Rua Dr. João de Barros, n.º 20. Mercês 2725 Algueirão Mem Martins

Valência ATL 2º e 13º Ciclos

Actividades: Apoio escolar, Ocupação dos Tempos Livres, Centro de Interesses e Competências, Mediateca e novas tecnologias

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 13.30 às 19.30 horas.

Condições de acesso: Jovens que frequentem o 2º e 3º Ciclos no Concelho de Sintra

Morada do ATL "Crescer com Amigos":

Rua Barbosa do Bocage, lote 115 – Loja Dta. Serra das Minas 2635-425 Rio de Mouro

Telefone: 219 204 925

Valência ATL "Crescer com Amigos"

Actividades Ocupação dos Tempos Livres Apoio Escolar

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira entre as 8.00 e as 12.00 horas e das 13.30 às 19.30 horas

Condições de acesso: Crianças que frequentem o 1.º Ciclo do Ensino Básico, residentes na Serra das Minas

Associação Promotora da Criança

Morada: Rua Joaquim Correia de Freitas, n.º 2 Quinta da Raposa 2635-404 Rio de Mouro

Telefone: 219 160452

Fax: 219 166351

E-mail: aspcrianca@sapo.pt

Valências: Creche, Jardim de Infância

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 7.30 às 18.30 horas

Condições de admissão: | Pré - inscrição | Irmãos de utentes | Residentes na área | Filhos de funcionários | Filhos de antigos utentes | Encaminhamentos efectuados pelo Centro de Saúde e Segurança Social | Situações de carência social | Aceitar e assinar o Regulamento Interno

Actividades extra-curriculares: Praia, Música e Natação (para crianças de 4 e 5 anos)

Centro Comunitário Paroquial de Rio de Mouro

Morada: Rua Óscar Monteiro Torres 2635-348 Rio de Mouro



Telefone: 219 178980

Fax: 219 178989

E-mail: geral@ ccprm.mail.pt infancia@ccprm.mail.pt

Valências: | Creche | Jardim de Infância | ATL

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 7.30 às 19.30 horas

Condições de admissão: | Existir um estudo sócio – económico do agregado familiar | Residir na área | Irmãos de utentes | Filhos de funcionários

Actividades extra-curriculares: Praia, Karaté, Inglês para crianças de 5 anos

Centro Comunitário Paroquial de Rio de Mouro - Equipamento do Centro Comunitário do Alto do Forte

Morada: Praceta das Roseiras, Urbanização da Coopalme 2635 RIO DE MOURO

Telefone: 21 917 7477

Fax: 21 917 8989

Valências: | Creche | Jardim de Infância

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 7.30 às 19.30 horas

Condições de admissão: | Existir um estudo sócio – económico do agregado familiar| Residir na área | Irmãos de utentes | Filhos de funcionários

Actividades extra-curriculares: Praia, Karaté, Inglês para crianças de 5 anos

Creche Popular de Rio de Mouro

Morada: Rua do Ulmeiro, n.º 17 2635 – 404 Rio de Mouro

Telefone: 219 143820

Fax: 219 143800

E-mail: crechepopularmouro@sapo.pt

Valências: | Creche | Jardim de Infância

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 7.00 às 19.00 horas

Condições de admissão: | Área de residência na Freguesia | Prioridade às famílias mais carenciadas e/ou em situação de risco

Actividades extra-curriculares: Praia e Natação

Escola do Povo das Mercês

Morada: Avenida da Bela Vista Mercês 2635 – 173 Rio de Mouro

Telefone: 219 217746

Fax: 219 17746

E-mail: escoladopovo@netcabo.pt

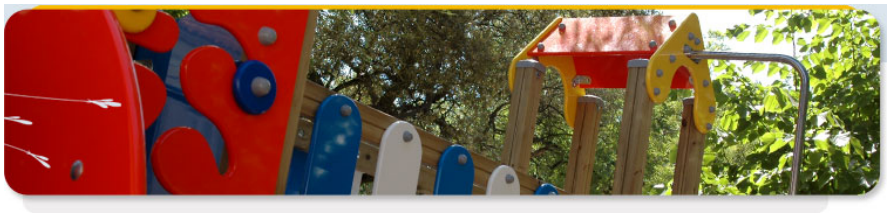
Valências: | Creche | Jardim de Infância

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 7.00 às 19.00 horas

Condições de admissão: | Pré - inscrição. | Irmãos de utentes.

Actividades extra-curriculares: Praia, Ginástica e Médico.

Jardim Escola João de Deus – Albarraque



Morada: Avenida Alfredo da Silva, n.º 35 Albarraque 2635 – 088

Rio de Mouro

Telefone: 219 250710

Fax: 218 250710

E-mail: escolasjoaodedeus@albarraque.pt

Valências: | Creche | Jardim de Infância | ATL

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 6.45 às 19.00 horas

Condições de admissão: | Pré-inscrição | Irmãos de utentes | Prioridade a filhos de funcionários da Empresa Tabaqueira

Actividades extra-curriculares: Karaté, Movimento e Drama, Educação Física, Expressão Plástica, Teatro, Dança, Informática e Inglês

A CRECHE SEMPRE EM FLOR – CASAL DE S. JOSÉ

Morada: Avenida Cândido de Oliveira, n.º 7 2725 – 247 Mem Martins

Telefone: 219 212351

Fax: 219 221909

E-mail: acreche-sempremflor@clix.pt

Valências: | Creche | Jardim de Infância

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 7.00 às 19.00 horas

Condições de admissão: | Pré - inscrição | Famílias com baixos rendimentos económicos | Irmãos de utentes

Actividades extra-curriculares: Natação

Associação de Lares Familiares para Crianças e Jovens "NOVO FUTURO"

Morada: (Para contacto) Avenida dos Bombeiros Voluntários, n.º 42, Sobreloja D 1495-020 Algés

Telefone: 21 413 46 00

Fax: 21 413 46 09

E-mail: associacao@novo.futuro.pt

Valências: Lar de Crianças e Jovens

Condições de admissão: | Tribunal | Hospitais | Segurança Social | Comissões de Protecção de Crianças e Jovens | Misericórdias

"A PAPOILA" - Cooperativa de Ensino de Mem Martins

Morada: Rua Teresa Gomes, Bairro de S. Carlos II 2725-177 Mem Martins

Telefone: 219 263543

Condições de admissão: Inscrição

Valências: | Jardim de Infância | ATL | ATL 2º ciclo | ATL 3º ciclo

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 7.00 às 20.00 horas

Actividades extra-curriculares: Inglês, Informática, Natação, Praia e Ginástica.

Centro Comunitário Paroquial de Algueirão – Mem Martins

Morada: Largo da Igreja, Algueirão 2725-061 Mem Martins

Telefone: 219 226400

Fax: 219 226409

Valências: ATL

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 8.00 às 19.30 horas

Condições de admissão: | Pré - inscrição | Filhos de funcionários | Irmãos de utentes | Famílias com baixos rendimentos económicos | Frequentem o 1º. Ciclo das Escolas Básicas da Freguesia

Actividades extra-curriculares: Programa ocupação de Verão, Inglês e Informática

2 - SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE DEFICIENTES

Delegação Local de Mem Martins

Morada: Rua Mirita Casimiro, n.º 5 2725-276 Mem Martins

Telefone: 219 201121

Fax: 219 201121

E-mail:info@apd-mem-martins.rcts.pt

Website: www.apd-mem-martins.rcts.pt

Valências: | Atendimento, encaminhamento e acompanhamento | Estação Internet | Desporto

Horário de funcionamento: das 9.30 às 12.30 horas e das 14.00 às 17.30 horas

Condições de admissão: acesso livre para qualquer associado.

LIGA PORTUGUESA DOS DEFICIENTES MOTORES

Centro de Recursos Sociais (LPDM.CRS) - Unidade Local de Mem Martins EB 1 N.º4 de Mem Martins

Morada: Rua João Maria Magalhães Ferraz - Bairro de Ouressa 2725-338 Mem Martins

Telefone: 219 207888

Condições de admissão: crianças com deficiências severas entre os 6 e os 16 anos de idade em regime de semi-internato

Horário de funcionamento: das 9.00 às 17.00 horas. Os contactos deverão ser efectuados para a sede da LPDM-CRS:

Morada: Rua do Sítio ao Casalinho da Ajuda 1349-011 Lisboa

Telefone: 213 616910

Fax: 213 648639

E-mail: lj.lpdm.crs@mail.telepac.pt

Website: www.lpdm-crs.rcts.pt

SER ALTERNATIVA – Associação de Apoio Social*

Morada: Rua das Eiras, n.º 22 2725-299 Mem Martins

Telefone: 967 000 602/ 961 885 654

Fax: 219 218 724 (provisório)

E-mail: pcalaim@netcabo.pt

Actividade: GAM – Grupo de Apoio Mútuo Reuniões mensais para pessoas com deficiência, seguidas de convívio com grupos de voluntários (2.º Sábado de cada mês); apoio e acompanhamento entre reuniões; campos de férias (aberto ou fechado) a realizar no Verão

* A Instituição está sediada na Rua Mário Costa Ferreira Lima, lote 2, loja dta., 2710-430 Sintra.

ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DE DEFICIENTES PROFUNDOS (APADP)

Centro Cristóvão Colombo de Oliveira

Morada: Avenida Fernão Mendes Pinto Quinta Casal dos Anjos 2735-384 Agualva

Telefone: 214 338440

Fax: 214 338449 Website: www.apadp.org E-mail: apadp@apadp.org

Valências: | Lar | Centro de Actividades Ocupacionais (CAO)

Horário de funcionamento: | Lar: 24 horas/7 dias semana | CAO: das 9.00 às 16.30 horas, de Segunda a Sexta-feira

Condições de admissão: | Ordem de inscrição na lista de espera | A inscrição do(s) familiar(es) ou tutor(es) do candidato a utente como sócio(s) | Avaliação da participação associativa do(s) familiar(es) ou tutor(es) na APADP | Patologia do candidato a utente | Área de residência do utente | Idade superior a 16 anos e inferior a 35 anos | Avaliação económico-social e psicológica do utente e família.

Centro de Educação para o Cidadão Deficiente (C.E.C.D. Mira Sintra)

Morada: Avenida 25 de Abril, n.º 188-190 Mira Sintra 2735 – 418 Cacém **Telefone:** 219 188560

Fax: 219 188579

E-mail: cecd.mirasintra@mail.telepac.pt

Valências: | S.I.P. (Serviço de Intervenção Precoce) | E.E.E. (Escola de Educação Especial) | C.A.O. (Centro de Actividades Ocupacionais) | C.F.P. (Centro de Formação Profissional) | Curva Quatro – Centro de Emprego Protegido | U.A.F. (Unidade de Apoio à Família) | S.A.D. (Serviço de Apoio Domiciliário) | C.M.R. (Centro de Medicina e Reabilitação)

Horário de funcionamento: | S.I.P. - Das 9.00 às 17.00 horas | E.E.E. - Das 9.00 às 17.00 horas | C.A.O. - Das 9.00 às 17.00 horas | C.F.P. – Das 9.00 às 17.30 horas | Curva Quatro – varia consoante o curso | U.A.F. – Das 16.00 às 10.00 horas | S.A.D. – Das 8.00 às 20.00 horas de Segunda a Sexta-feira | C.M.R. – Das 8.00 às 20.00 horas

Condições de admissão: | S.I.P. – idade compreendida entre os 0 e os 5 anos; ser portador de deficiência ou em risco de apresentar perturbações de desenvolvimento | E.E.E. – idade compreendida entre os 6 e os 18 anos; residir preferencialmente no concelho de Sintra; ser portador de dificuldades de aprendizagem | C.A.O. – idade superior a 16 anos; ser portador de deficiência grave; ser residente no concelho de Sintra | C.F.P. – possuir idade superior a 15 anos; dificuldade de integração sócio-profissional; dificuldade de aprendizagem | Curva Quatro – possuir idade superior a 16 anos; possuir pelo menos 33% de capacidade de trabalho; ser autónomo nas actividades da vida diária | U.A.F – ser portador de dificuldades de aprendizagem; idade a partir dos 16 anos; ser utente do CECD | S.A.D.- pessoas com deficiência e suas famílias residentes no concelho de Sintra | C.M.R. – utentes da instituição e pessoas da comunidade portadoras ou não de determinada patologia.

LIGA PORTUGUESA DOS DEFICIENTES MOTORES - Centro de Recursos Sociais (LPDM.CRS)

UNIDADE LOCAL DE QUELUZ EB1 nº 2 de Queluz

Morada: Avenida Paiva Couceiro 2745-190 Queluz

Telefone: 214 357357

Condições de admissão: crianças com deficiências severas entre os 6 e os 16 anos de idade em regime de semi-internato

Horário de funcionamento: Das 9.00 às 17.00 horas Os contactos deverão ser efectuados para a sede da LPDM-CRS: Morada: Rua do Sítio ao Casalinho da Ajuda 1349-011 Lisboa

Telefone: 213 616910

Fax: 213 648639

E-mail: lj.lpdm.crs@mail.telepac.pt

Web site: www.lpdm-crs.rcts.pt.

CERCITOP, CRL - Centro de Educação e Reabilitação de Deficientes de todo o País

SEDE

Morada: Quinta da Granja Ral 2710-451 Sintra

Telefone: 219 616035

Fax: 219 608707

E-mail: geral@cercitop.org

Valências: | Centro de Actividades Ocupacionais (CAO) | Residência | Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) | Centro de Apoio a Dependentes (CAD)

Horário de funcionamento: | CAO: das 9.00 às16.00 horas de Segunda a Sexta-feira | Residência: 7 dias por semana/ 24 horas | SAD: das 9:00 às 16.00 horas, 7 dias por semana | CAD: das 9.00 às 18.00 horas de Segunda a Sexta-feira

Condições de admissão: | CAO - ter mais de 16 anos; ser portador de deficiência mental moderada ou profunda | Residência: jovens ou adultos com deficiência mental ou multideficiência | SAD - população idosa ou com deficiência residente nas freguesias

de: Santa Maria e S Miguel, S. Pedro de Penaferrim, Algueirão Mem Martins, Terrugem, S. João das Lampas, Massamá, Monte Abraão, Belas, Cacém e Queluz | SAD – população idosa ou com deficiência residente no Concelho de Sintra (acrescentar no fim) | CAD – pessoas de todo o Concelho que, por doença, acidente ou envelhecimento, necessitem de cuidados de reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional) e/ou de saúde.

Morada: Rua Carlos Pinhão, n.º 13, r/c (loja) Pendão 2745-023 Queluz

Telefone: 214 344044 **Morada:** Rua Carlos Pinhão, n.º 13, r/c (loja) Pendão 2745-023 Queluz

Fax: 214 344044

Valência: Centro de Actividades ocupacionais (CAO)

Condições de Admissão: | Ter mais de 16 anos | Ser portador de deficiência mental leve ou moderada

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 8.00 às 18.00 horas.

LUZ MATER ASSOCIAÇÃO

Morada: Rua do Sol, n.º 44 A Pendão 2745-052 Queluz

Telefone: 919 438419

E-mail: isabelgalhardo@netcabo.pt

Actividades: | Atendimento | Formação de língua gestual portuguesa | Formação de Informática através da língua gestual portuguesa | Formação de competências pessoais e auto-estima

Horário de funcionamento: De acordo com cada projecto específico

Condições de acesso: | Crianças, jovens e adultos com deficiência auditiva e suas famílias | População em geral.

3 - SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS PARA IDOSOS

AFAPS - Associação de Famílias como Parceiro Social

Morada: Avenida João de Deus, n.º 21 B 2635-425 Serra das Minas

Telefone: 219 263031

Valência: Centro de Convívio

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 14.00 às 17.00 horas

Condições de admissão: Ser sócio, idoso ou reformado/pensionista

ASSOCIAÇÃO DE REFORMADOS, PENSIONISTAS E IDOSOS DE RIO DE MOURO

Morada: Praceta da 3ª Idade (apartado n.º36) 2635-398 Rio de Mouro

Telefone: 219 161765

Fax: 219 161765

Valência: Centro de Dia

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 9.00 às 17.00 horas

Condições de admissão: Ser sócio, ser idoso ou reformado/pensionista

ASSOCIAÇÃO DE SOLIDARIEDADE SOCIAL DAS MERCÊS

Morada: Rua Ferreira de Castro, n.º 47- Lote 13 2635-361 Mercês

Telefone: 219 212997

Fax: 219 212997

Valência: Centro de Convívio

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 12.00 às 18.30 horas

Condições de admissão: Ser sócio, ser idoso ou reformado/pensionista.

CASA DE REPOUSO DOS ALFAIATES DE PORTUGAL E INDÚSTRIA DE VESTUÁRIO OU CASA DO ALFAIATE*

Morada: Rua dos Alfaiates , n.º 8 - 10 Albarraque 2635-101 Rio de Mouro

Telefone: 219 258949

Valência: Lar

Horário de funcionamento: Todos os dias/ 24 horas por dia

Condições de admissão: Ser sócio ou através da Segurança Social ao abrigo do protocolo de cooperação.

* Esta instituição está sediada na Rua Campo de Ourique, nº 118, 1º Esq., 1250-062 Lisboa, com o telefone 213 889669.

CENTRO COMUNITÁRIO PAROQUIAL DE RIO DE MOURO

Morada: Rua Óscar Monteiro Torres 2635-384 Rio de Mouro

Telefone: 219 178980

Fax: 219 178989

Valência: Apoio domiciliário, Centro de Dia

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 9.00 às 18.00 horas

Condições de admissão: Ter idade igual ou superior a 60 anos e/ ou uma situação de dependência comprovada, incapacitante da autonomia nas funções básicas

Valência: Apoio Domiciliário

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 8.30 às 17.00 horas

Condições de admissão: Ter idade igual ou superior a 60 anos, ser reformado/pensionista ou encontrar-se em situação de não activo, residir na freguesia de Rio de Mouro.

CENTRO SOCIAL DE REFORMADOS E IDOSOS DE ALBARRAQUE

Morada: Bairro da Tabaqueira, "Vivenda 32" Albarraque 2635-101 Rio de Mouro

Telefone: 219 150402 Fax: 219 150402

Valência: Centro de Dia, Centro de Convívio, Apoio domiciliário

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 8.00 às 16.30 horas

Condições de admissão: Ser sócio, idoso ou reformado/pensionista.

CERCITOP, CRL - Centro de Educação e Reabilitação de Deficientes de todo o País

Morada: Quinta da Granja, Ral 2710-451 Sintra

Telefone: 219 616 035/ TM 968 933 917

Fax: 219 608 707

Valência: Apoio Domiciliário

Horário de funcionamento: Segunda-feira a Domingo das 8.00 às 18.00 horas

Condições de admissão: Pessoas que por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento se encontrem em situação de dependência, Residência nas freguesias de Rio de Mouro, Santa Maria e São Miguel, Algueirão Mem Martins e São Pedro de Penaferrim

Actividades: Confecção e distribuição de refeições, Higiene pessoal; higiene habitacional, Tratamento de roupas, Colaboração na prestação de cuidados de saúde em articulação com o centro de saúde da área de residência do utente, Fisioterapia.

ASSOCIAÇÃO ACOLHEDORA DE REFORMADOS, PENSIONISTAS E IDOSOS DE SACOTES E ARREDORES



Morada: Rua dos Ourives, n.º 2 Sacotes 2725-519 Mem Martins

Valência: Centro de Convívio

Horário de Funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 14.00 às 18.00 horas

Condições de Admissão: Ser sócio, idoso ou reformado/pensionista.

CENTRO COMUNITÁRIO PAROQUIAL DE ALGUEIRÃO MEM MARTINS

Morada: Largo da Igreja Algueirão 2725-061 Mem Martins

Telefone: 219 226 400

Fax: 219 226409

Valência: Centro de Dia e Lar (a abrir brevemente) Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 9.00 às 16.00 horas

Condições de admissão: Ser idoso ou reformado/pensionista Preferência a residentes na freguesia.

CENTRO DE DIA PARA IDOSOS DE ALGUEIRÃO MEM MARTINS



Morada: Rua Duarte Pacheco Pereira, n.º 7 – 7A 2725-288 Mem Martins

Telefone: 219 226 500

Fax: 219 226 509

E-mail: geral@centrodiaalgmemmartins.com

Valência: Centro de Dia Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 9.00 às 18.00 horas

Valência: Apoio Domiciliário

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 9.00 às 18.00 horas

Condições de admissão: Ser sócio, idoso ou reformado/pensionista e residir na freguesia

CERCITOP, CRL - Centro de Educação de Deficientes de todo o País

Morada: Quinta da Granja, Ral 2710-451 Sintra Telefone: 219 616 035/ TM 968 933 917 Fax: 219 608 707

Valência: Apoio Domiciliário

Horário de funcionamento: Segunda-feira a Domingo das 8.00 às 18.00 horas

Condições de admissão: Pessoas que por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento se encontrem em situação de dependência, Residência nas freguesias de Algueirão Mem Martins, Rio de Mouro, Santa Maria e São Miguel e São Pedro de Penaferrim

Actividades: Confecção e distribuição de refeições, Higiene pessoal; higiene habitacional, Tratamento de roupas, Colaboração na prestação de cuidados de saúde em articulação com o centro de saúde da área de residência do utente, Fisioterapia

SER ALTERNATIVA - Associação de Apoio Social*

Morada: Rua das Eiras, n.º 22 2725-299 Mem Martins

Telefone: 967 000 602/ 961 885 654

Fax: 219 218 724 (provisório)

E-mail: pcalaim@netcabo.pt

Valência: Apoio domiciliário

Horário de funcionamento: Segunda-feira a Domingo das 8.30 às 17.00 horas

Horário de atendimento: Segunda a Sexta-feira das 9.00 às 17.00 horas (na morada da Rua das Eiras)

Condições de admissão: Residência na Freguesia de Algueirão Mem Martins| Situação de dependência no que concerne à autonomia para realizar as actividades da vida diária, Situação socioeconómica do agregado familiar

Actividades: | Serviço de refeições, Higiene pessoal, Tratamento de roupa

* A Instituição está sediada na Rua Mário Costa Ferreira Lima, lote 2, loja dta., 2710-430 Sintra

4 - SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS PARA FAMÍLIA E COMUNIDADE

CENTRO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL ALDEIA DE SANTA ISABEL - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Morada: Avenida dos Combatentes Albarraque 2635-029 Rio de Mouro

Telefone: 219 155900

Fax: 219 150042

Actividades: Formação profissional

Cursos de Nível I: Lavador/ preparador de viaturas, Pintor de construção civil, Costureira de confecção industrial, Operador de jardinagem e espaços verdes, Reparador de carroçarias, Carpinteiro/ marceneiro, Electricista de edificações, Cabeleireiro, Cozinheiro de restauração colectiva I

Cursos de Nível II: Pintor de automóveis, Pintor de construção civil, Costureira de confecção de ateliê, Operador de jardinagem e espaços verdes, Cozinheiro de restauração colectiva, Reparador de carroçarias, Carpinteiro/ marceneiro, Electricista de edificações, Cabeleireiro

Condições de acesso: Jovens entre os 15 e os 24 anos com residência no Concelho de Lisboa ou concelhos limítrofes da Aldeia de Santa Isabel. Habilitações escolares a nível do 1º Ciclo do Ensino Básico completo (4º ano de escolaridade) ou 2º Ciclo do Ensino Básico incompleto (frequência do 5º ou 6º ano de escolaridade) para os cursos

de Nível I; a nível do 2º Ciclo do Ensino Básico completo (6.º ano de escolaridade) ou 3º Ciclo do Ensino Básico incompleto (frequência do 7º, 8º ou 9º anos de escolaridade) para os cursos de Nível II

ASSOCIAÇÃO JUVENIL PONTE

Morada da Sede: Rua Dr. Osório Vaz, Casa do Jardim Casais de Mem Martins 2635-189 Rio de Mouro

Telefone: 219 260 144

Fax: 219 210 134

E-mail: ajponte@sapo.pt

Valência: Gabinete de Atendimento em Psicologia

Actividades: Acompanhamento técnico da gestão da problemática pessoal em que se propõe ao jovem o trabalho em projectos de voluntariado

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 15.00 às 19.00 horas (sob marcação prévia, na Sede)

Condições de acesso: Jovens entre os 12 e os 21 anos residentes no Concelho de Sintra

CERCITOP, CRL – Centro de Educação e Reabilitação de Deficientes de todo o País

SEDE

Morada: Quinta da Granja Ral 2710-451 Sintra

Telefone: 219 616035

Fax: 219 608707

E-mail: geral@cercitop.org

Valências: | Centro de Actividades Ocupacionais (CAO) | Residência | Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) | Centro de Apoio a Dependentes (CAD)

Horário de funcionamento: | CAO: das 9.00 às16.00 horas de Segunda a Sexta-feira | Residência: 7 dias por semana/ 24 horas | SAD: das 9:00 às 16.00 horas, 7 dias por semana | CAD: das 9.00 às 18.00 horas de Segunda a Sexta-feira

Condições de admissão: | CAO - ter mais de 16 anos; ser portador de deficiência mental moderada ou profunda | Residência: jovens ou adultos com deficiência mental ou multideficiência | SAD - população idosa ou com deficiência residente nas freguesias de: Santa Maria e S Miguel, S. Pedro de Penaferrim, Algueirão Mem Martins, Terrugem, S. João das Lampas, Massamá, Monte Abraão, Belas, Cacém e Queluz | SAD – população idosa ou com deficiência residente no Concelho de Sintra (acrescentar no fim) | CAD – pessoas de todo o Concelho que, por doença, acidente ou envelhecimento, necessitem de cuidados de reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional) e/ou de saúde.

Morada: Rua Carlos Pinhão, n.º 13, r/c (loja) Pendão 2745-023 Queluz

Telefone: 214 344044 **Morada:** Rua Carlos Pinhão, n.º 13, r/c (loja) Pendão 2745-023 Queluz

Fax: 214 344044

Valência: Centro de Actividades ocupacionais (CAO)

Condições de Admissão: | Ter mais de 16 anos | Ser portador de deficiência mental leve ou moderada

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 8.00 às 18.00 horas.

OBSERVATÓRIO SOCIAL DE CASAL DE CAMBRA Câmara Municipal de Sintra - Divisão de Saúde e Acção Social

Este Observatório tem como principal objectivo, aproximar a Autarquia da população da Freguesia de Casal de Cambra, nomeadamente, os residentes no bairro camarário, funcionando como pólo diagnosticador, mediador e dinamizador local. Outro dos objectivos consiste em potenciar a melhoria das condições de vida da população realojada no âmbito do PER (Programa Especial de Realojamento). População alvo: 330 famílias realojadas no âmbito do Programa Especial de Realojamento, apoiando, no âmbito das suas competências, a restante população da Freguesia de Casal de Cambra.

Horário de atendimento de Acção Social: Terça-feira das 14.30 às 16.00 horas Quarta-feira das 10.00 às 12.00 horas

Atendimento de Psicologia: Sob marcação

Morada: Rua de Monte Carlo, n.º 13, 1.º A 2605-822 Casal de Cambra

Telefone: 219 815058

Fax: 219 812423

Actividades: Atendimento Social Integrado, Psicológico. Grupo de prevenção de situações de risco na infância e adolescência, Desenvolvimento de acções com a comunidade, Desenvolvimento de actividades com crianças e jovens

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 9.00 às 12.30 horas e das 14.00 às 17.30 horas

Horário de atendimento: | Acção Social: Terça-feira das 14.30 às 16.00 horas, Quarta-feira das 10.00 às 12.00 horas | Psicologia: Sob marcação

Condições de acesso: Residentes na Freguesia de Casal de Cambra

UNIVA "EPAS" - Unidade de Inserção na Vida Activa

Escola Básica 2,3 ciclos Prof. Agostinho da Silva IEFP – Centro de Emprego da Amadora

Morada: Avenida de Santa Marta 2605-529 Casal de Cambra

Telefone: 219 818 470

Fax: 219 818 478

Actividades: Informação escolar e profissional, Inscrição e encaminhamento para cursos de formação profissional, Colocação em emprego

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 9.00 às 13.00 horas e das 14.00 ás 17.00 horas

Condições de acesso: Jovens à procura do primeiro emprego, Desempregados até aos 30 anos de idade (prioritariamente), Residentes na Freguesia de Casal de Cambra.

CLUBE DE EMPREGO - Centro Social Paroquial de Colares IEFP - Centro de Emprego de Sintra

Morada: Travessa da Calçadinha, n.º 6 2705-109 Colares

Telefone: 219 289010

Fax: 219 282565

Actividades: Atendimento e encaminhamento para ofertas de emprego

Horário de atendimento: Segunda a Sexta-feira das 9.00 às 13.00 horas e das 14.00 às 17.30 horas (sob marcação prévia).

OBSERVATÓRIO SOCIAL

CASA SEIS – ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

Morada: Rua da Fundação D. Pedro IV, Lote 3 – Loja Mira Sintra 2735-592 Cacém (Urbanização da Fundação D. Pedro IV)

Telefone: 219 188431

Fax: 219 188433

E-mail: casa6@clix.pt

Actividades: Atendimento Integrado (RSI e Acção Social), Apoio a processos de regularização de cidadãos imigrantes, Integração Pessoal e Social, Desenvolvimento de acções com a comunidade

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 10.00 às 13.00 horas e das 14.00 às 18.00 horas

Condições de acesso: Residentes em Mira Sintra e arredores

CLUBE DE EMPREGO

Junta de Freguesia de Mira Sintra IEFP – Centro de Emprego de Sintra

Morada: Praceta da Amizade, Torre 308, Loja Mira Sintra 2735-387 Cacém

Telefone: 219 145487

Fax: 219 145501

E-mail: geral.jfms@netcabo.pt

Actividades: Atendimento e encaminhamento para ofertas de emprego; formação profissional e programas ocupacionais

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 9.30 às 12.30 horas

Condições de acesso: Inscrição prévia no Centro de Emprego de Sintra

CID@Net – Centro de Inclusão Digital

Projecto Passo a Passo para um Novo Desafio promovido pela Casa Seis em parceria com a Junta de Freguesia de Mira Sintra, Centro de Educação para o Cidadão Deficiente e Agrupamento da Escola Dom Domingos Jardo no âmbito do Programa Escolhas 2ª Geração

Morada: Avenida 25 de Abril, n.º 114, loja esquerda Mira Sintra 2735-630 Agualva Cacém

Telefone: 219 188 431/ 32 (Casa Seis)

Fax: 219 188 433

E-mail: e2g_casa6@clix.pt cid.mirasintra@netcabo.pt

Actividades: Formação em Informática Inicial, Formação em Informática Avançada, Realização de trabalhos escolares, Acesso livre, Acesso à Internet

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 14.00 às 20.00 horas. Sábado das 10.00 às 14.00 horas

Condições de acesso: Crianças dos 6 aos 10 anos. Jovens dos 11 aos 18 anos e seus familiares residentes na freguesia de Mira Sintra, destinatários do Projecto Passo a Passo para um Novo Desafio

JUNTA DE FREGUESIA DE MIRA SINTRA

Morada: Praceta da Amizade, Torre 308, Loja Mira Sintra 2735-387 Cacém

Telefone: 219 145 487

Fax: 219 145 501

E-mail: geral.jfms@netcabo.pt

Actividade: Atendimento e acompanhamento social (orientação na procura de resolução de problemas sociais, familiares, económicos, habitacionais e de inserção profissional; apoio nos processos de regularização de cidadãos imigrantes)

Horário de atendimento: Quinta-feira das 10.00 às 16.30 horas

Condições de acesso: Marcação prévia, Residentes na Freguesia de Mira Sintra

CENTRO COMUNITÁRIO DO PENDÃO Santa Casa da Misericórdia de Sintra

Morada: Rua Fernão Mendes Pinto Pendão 2745-108 Queluz

Telefone: 214 368 100

Fax: 21 436 8100

E-mail: geral@misericordiadesintra.pt

Actividades: Serviço Social, Apoio Domiciliário, Formação em informática, Formação em artes decorativas, ATL, Apoio escolar, Psicopedagogia (está previsto o desenvolvimento de outras actividades, actualmente em fase de instalação)

Horário de funcionamento: Segunda-feira a Domingo das 9.00 às 13.00 horas e das 14.00 às 18.00 horas

Condições de admissão: Escassez de recursos e/ ou dependência, Residência na cidade de Queluz

NICHO DE EMPRESAS DO PENDÃO ISSAH – Investimentos Sociais Solidários, Alternativas Humanas Santa Casa da Misericórdia de Sintra

Morada: Rua dos Moinhos Pendão 2745 – 040 Queluz

Actividades: Formação de microempresas e cooperativas direccionadas para a população em desfavorecimento

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 8.30 às 12.30 horas e das 14.30 às 18.00 horas

Condições de acesso: População em situação de desfavorecimento residente no Concelho de Sintra

UNIVA – Unidade de Inserção na Vida Activa

Associação Olho Vivo IEFP – Centro de Emprego da Amadora

Morada: Avenida António Enes, n.º 31, Centro Comercial de Queluz, Sala F-7 2745-068 Queluz

Telefone: 214 353810

Fax: 214 366483

E-mail: associacao_olhovivo@hotmail.com

Actividades: Centro de Atendimento para apoio à comunidade na inserção/ reinserção na vida activa

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 9.00 às 13.00 horas e das 14.00 às 18.00 horas

Condições de acesso: Utentes do Centro de Emprego da Amadora (abrange as freguesias de Casal de Cambra, Belas, Queluz, Monte Abraão e Massamá do Concelho de Sintra)

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SINTRA Acção Social

Morada: Rua Dr. Alfredo Costa, nº 47, cave 2710-524 Sintra

Telefone: 219 239270 *

Fax: 219 239278 *

Actividades: Serviço Social, Distribuição de leite no âmbito do Protocolo estabelecido com o Governo Civil de Lisboa, Distribuição de Roupa, Aluguer de cadeiras de rodas e de camas articuladas, Lavandaria

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 9.00 às 12.30 horas e das 14.00 às 17.30 horas

Condições de acesso: Residentes no Concelho de Sintra

* Contacto da Sede da Santa Casa da Misericórdia de Sintra cuja morada é Rua da Pendôa, nº 17, 2710-610 Sintra

Centro de Acções Comunitárias e Formação Profissional Tomé Barros Queirós

Morada: Avenida Almirante Gago Coutinho, n.º 132/134 Centro Empresarial de Sintra Nascente, Edifício n.º 9 Portela de Sintra 2710-418 Sintra

Telefone: 219 106530

Fax: 219 106538

E-mail: scmsintra@ip.pt

Actividades: UNIVA | Formação Profissional; | Centro de Recursos, Estudos e Planeamento

Horário de funcionamento: Segunda, Quinta e Sexta-feira entre as 9.00 às 12.30 e das 14.00 às 17.30 horas Terça e Quarta-feira das 9.00 às 12.30 e das 14.00 às 18.00 horas

Condições de acesso:

UNIVA - Pessoas à procura de emprego e/ou formação profissional

Formação Profissional - População do Concelho de Sintra em desfavorecimento que pelo decorrer do seu plano de inserção socioeconómico necessite de aumentar ou adquirir o nível de qualificação profissional

Centro de Recursos, Estudos e Planeamento – trabalhadores da S.C.M.S., formandos, formadores e população em geral

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SINTRA - Sede

Morada: Rua da Pendôa, n.º 17 2710-610 Sintra

Telefone: 219 239270

Fax: 219 239278

E-mail: scmsintra@ip.pt

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 9.00 às 17.30 horas

5 - SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE APOIOÀ MULHER

Espaço informação Mulher

Actividades: Atendimento, informação, aconselhamento e encaminhamento de serviço social e de psicologia.

Morada: Rua Dr. Álvaro de Vasconcelos, Lote 2, 1º. Portela de Sintra 2710 - 420 SINTRA

Telefone: 219236010

Fax. 21923 60 39

E-mail: iemulher@cm-sintra.pt

Horário de funcionamento: todos os dias das 9h30 às 17h

AMCV – ASSOCIAÇÃO DE MULHERES CONTRA A VIOLÊNCIA

Morada: Alameda Afonso Henriques, n.º 78, 1.º Esq.º Lisboa

Telefone: 213 802160

Fax: 213 802168

E-mail: amcvportugal@hotmail.com

Espaço de atendimento em Sintra: Rua Professor Rui Luís Gomes, n.º 40 Tapada das Mercês

Actividades: Atendimento, Informação, Aconselhamento e encaminhamento de mulheres em situação de violência doméstica, Refúgio/ Casa Abrigo para mulheres vítimas de violência e respectivos filhos

Condições de acesso: Marcação prévia para a sede da Associação.

CASA DE SANT'ANA – Comunidade de Inserção para Mulheres em Situação de Risco Congregação de Nossa Senhora das Irmãs do Bom Pastor

Morada: Estrada dos Pexiligais, n.º 46 2725-503 Algueirão Mem Martins

Telefone: 219 164099

Fax: 219 167216



Actividades/Serviços: Alojamento temporário para mulheres em situação de risco e respectivos filhos, Alimentação, Creche e ATL (para filhos das utentes), Vestuário, Acompanhamento em Serviço Social, Psicologia e Educação Social com vista à construção de um Projecto de Vida com as utentes que responda às necessidades básicas de Emprego/Formação Profissional, creche, habitação, desenvolvimento social

Condições de admissão: Mulheres com autonomia pessoal e capacidade individual para cuidar de si e dos seus filhos, Mulheres com disponibilidade activa e capacidade de inserção em Emprego.

INFORMAÇÃO MULHER



Câmara Municipal de Sintra – Divisão de Saúde e Acção Social

Morada: Rua Professor Rui Luís Gomes, nº 40 Tapada das Mercês 2725-556 Mem Martins

Telefone: 219 178670

Fax: 219178671.

Actividades: Atendimento, Informação, Aconselhamento e encaminhamento de Serviço Social, Aconselhamento e encaminhamento de Psicologia

Horário de atendimento: Segunda a Sexta-feira das 9.30 às 17.00 horas

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 9.00 às 17.30 horas.

CLUBE DE EMPREGO

Câmara Municipal de Sintra – Divisão de Saúde e Acção Social IEFP – Centro de Emprego de Sintra

Morada: Rua Professor Rui Luís Gomes nº 40 Tapada das Mercês 2725-556 Algueirão - Mem Martins

Telefone: 219 178670

Fax: 219 178671

Actividades: Atendimento e encaminhamento para ofertas de emprego ou formação profissional de desempregados

Horário de atendimento: Segunda a Sexta-feira das 9.30 às 17.00 horas.

ESPAÇO INFORMAÇÃO MULHER - Cacém

Câmara Municipal de Sintra – Divisão de Saúde e Acção Social

Morada: Junta de Freguesia de São Marcos Rua Cidade Rio de Janeiro, n.º 25, r/c B S. Marcos 2735-659 Cacém

Telefone: 214 261974

Actividades: Atendimento, informação, aconselhamento e encaminhamento de serviço social e de psicologia

Horário de atendimento: Serviço Social: Quarta-feira das 9.30 às 13.00 horas; **Psicologia:** Terça-feira das 9.30 às 13.00 horas

Condições de acesso: Marcação prévia na Junta de Freguesia.

6 - SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE APOIO AOS CIDADÃOS IMIGRANTES

Estes correspondem a respostas que têm por finalidade promover o adequado acolhimento dos cidadãos estrangeiros, na perspectiva de facilitar a sua plena integração na sociedade receptora. Trata-se de iniciativas de natureza diversa criadas no sentido de apoiar na resolução de situações específicas da condição de cidadão imigrante e que surgem de acordo, quer com as necessidades e aspirações dos próprios destinatários quer com a vocação das instituições/ associações promotoras.

Podem englobar, entre outros, os seguintes serviços:

- Esclarecimento e informação sobre o exercício de direitos e deveres de cidadania e respectivos procedimentos administrativos
- Apoio Jurídico
- Apoio Social de Emergência
- Ensino de Língua Portuguesa para estrangeiros
- Actividades de âmbito sociocultural e recreativo
- Centro de Acolhimento Temporário – Equipamento que acolhe cidadãos imigrantes em situação de sem abrigo durante um período de tempo limitado (definido em regulamento interno).

ACAS – Associação Luso Caboverdeana de Sintra



Morada: Traseiras do Bloco A, Lote 3 da Rua João XXIII – Loja Serra das Minas. 2635-173 Rio de Mouro

Telefone: 219 203371 / 964 747 991 / 963 522 361

Fax: 219 203371

E-mail: http://www.acas.pt/acas.html

Valência: Centro de Convívio

Actividades: Apoio comunitário, Actividades com crianças e jovens (apoio escolar; capoeira; dança e futebol), Actividades com adultos (grupo de batuque, participação em actividades culturais e comunitárias), Organização de eventos comunitários e multiculturais e intercâmbios diversos

Horário de funcionamento: Segunda-feira a Sábado das 15.00 às 21.00 horas

Horário de atendimento: Terça e Quarta-feira das 16.30 às 19.00 horas

Condições de acesso: Contactar a Associação

Outras actividades: Orientação e apoio no âmbito de processos de regularização da presença em Portugal.

PORTUGUÊS PARA ESTRANGEIROS – Pastoral dos Imigrantes da Paróquia de São Pedro de Pero Pinheiro

Morada: Igreja de São Pedro de Pêro Pinheiro. Avenida Manuel Simões, Carrasqueira. 2715-099 Pêro Pinheiro



Telefone: 219 271977

Fax: 219 271977

Actividades: Aulas de língua portuguesa para cidadãos estrangeiros; aulas de iniciação à língua inglesa; aulas de informática

Horário de funcionamento: Quinta-feira às 21.00 horas; Sábado às 16.00 horas

Condições de acesso: Inscrição prévia

GABINETE DE APOIO À CIDADANIA – Associação Olho Vivo

Morada: Avenida António Enes, n.º 31 Centro Comercial de Queluz, Sala F-8. 2745-068 Queluz

Telefone: 214 353810

Fax: 214 366483

E-mail: associacao_olhovivo@hotmail.com

Web site: www.olho-vivo.rcts.pt

Horário de atendimento: Segunda a Sexta-feira das 9.00 às 13.00 horas e das 14.00 às 19.00 horas. Sábado das 14.00 às 18.00 horas (mediante marcação prévia)

Actividades: Apoio humanitário, jurídico e suporte organizativo a cidadãos nacionais e estrangeiros no exercício dos seus direitos e deveres de cidadania

CENTRO LOCAL DE APOIO AO IMIGRANTE (C.L.A.I.) – Parceria Associação Olho Vivo e Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME)

Morada: Avenida António Enes, n.º 31 Centro Comercial de Queluz, Sala F-8.

2745-068 Queluz

Telefone: 214 353810

Fax: 214 366483

Actividades: Quiosque multimédia para apoio aos cidadãos imigrantes

Horário de atendimento: Segunda a Sexta-feira das 10.00 às 13.00 horas e das 14.00 às 19.00 horas. Sábado das 14.00 às 19.00 horas

Quizomba – Associação Recreativa e Cultural dos Angolanos residentes nos Municípios de Amadora e Sintra

Morada: Rua do Sol, 44 B Pendão. 2745-052 Queluz

Futuras instalações da Associação. A sede da Quizomba funciona act
Bartolomeu Perestrelo, lote 101, 1.º Dto.

2635-355 Rio de Mouro.

Telefone: 963 794 717

7 - OUTROS RECURSOS DE APOIO SOCIAL

Foram consideradas as respostas existentes a nível local que procuram contribuir para suprir as necessidades básicas dos indivíduos e das famílias carenciadas e também outras respostas, como as colónias de férias.

APOIO ALIMENTAR

GAP - Gabinete de Apoio e Partilha

Morada: Paróquia de Rio de Mouro. Rua Óscar Monteiro Torres 2635 – 385 Rio de Mouro

Telefone: 219 178980

BENS DOMÉSTICOS

GAP - Gabinete de Apoio e Partilha

Morada: Paróquia de Rio de Mouro. Rua Óscar Monteiro Torres, n.º 19, r/c 2635-385 Rio de Mouro

Telefone: 219 178980.

JUNTA DE FREGUESIA DE RIO DE MOURO

Morada: Rua Óscar Monteiro Torres 2635-385 Rio de Mouro

Telefone: 219 178290

Fax: 219 171054

E-mail: jfriomouro@mail.telepac.pt

ROUPAS

GAP - Gabinete de Apoio e Partilha

Morada: Paróquia de Rio de Mouro Rua Óscar Monteiro Torres 2635-385 Rio de Mouro

Telefone: 219 178980

APOIO ALIMENTAR

ASSOCIAÇÃO DE FIÉIS DIAKONIA - Igreja de Algueirão - Mem Martins



Morada: Largo da Igreja 2725-061 Algueirão Mem Martins

Telefone: 219 226 402/ 968 295 036

Fax: 219 226 396

E-mail: diakonia.sintra@gmail.com

MEDICAMENTOS

JUNTA DE FREGUESIA DE ALGUEIRÃO MEM MARTINS

Morada: Rua Domingos Saraiva, n.º 6 2725-286 Mem Martins

Telefone: 219 229450

CENTRO COMUNITÁRIO PAROQUIAL DE ALGUEIRÃO MEM MARTINS

Morada: Largo da Igreja 2725-065 Algueirão Mem Martins

Telefone: 219 226400

Fax: 219 226409

COLÓNIAS DE FÉRIAS

SER ALTERNATIVA - Associação de Apoio Social

Morada: Rua das Eiras, n.º 22 2725-299 Mem Martins

Telefone: 967 000 602/ 961 885 654

Fax: 219 218 724 (provisório) (Crianças dos 5 aos 12 anos)

8 – SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DA ÁREA DA SAÚDE MENTAL

INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS CASA DE SAÚDE DO TELHAL

Morada: Estrada do Telhal, s/n 2725-588 Mem Martins

Telefone: 219 179200

Fax: 219 172618

E-mail: cst.telhal@isjd.pt

Site: www.isjd.pt/cst.telhal

Objectivos: Cuidados de Saúde Mental e Psiquiatria (Prevenção, Tratamento e Reabilitação)

Valências/Programas: Internamento Psiquiátrico, Centro de Alcoologia, Unidade de Psicogeriatria, Área de Dia e diversas valências de Reabilitação Psicossocial (residenciais e ocupacionais), Consultas externas de várias especialidades

Horário de funcionamento: Área de Dia – das 9.00 horas às 16.30 horas; **Consultas Externas** – das 9.00 às 17.00 horas; Internamento – 24 horas

Condições de acesso: Marcação directa de consulta médica Os internamentos psiquiátricos e de alcoologia são triados nas consultas

Actividades desenvolvidas: Internamento de doentes psiquiátricos e deficientes mentais; tratamento de alcoólicos em regime de internamento (4 semanas) ou de ambulatório; consultas externas de oftalmologia, clínica geral, pedopsiquiatria, neurologia, medicina dentária, psiquiatria, psicologia e alcoologia. Área de Dia para doentes mentais, enfermagem, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, reabilitação psicossocial em regime de internamento, de ambulatório e residencial intrainstitucional e na comunidade

CASA DE SAÚDE DA IDANHA – Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

Morada: Rua 25 de Abril, n.º 5 Idanha•2605 – 119 Belas

Telefone: 214 339400

Fax: 214 316616

E-mail: csi@ihscj.pt

Web site: http://www.ihscj.pt/csi/

MISSÃO: Atendimento e cuidado integral a pessoas portadoras de doença/deficiência mental, a pessoas portadoras de doença oncológica, nas suas fases preventiva, curativa e reabilitadora.

Valências/Programas: Ambulatório, Internamento Psiquiatria de curta, Intermédia, longa duração; Internamento Deficiência mental; Internamento Psicogeriatria; Internamento Psicogerontologia; Reabilitação psicossocial / profissional / ocupacional; Unidade de cuidados paliativos

Horário de funcionamento: Valência extra-hospitalar: Segunda a Sexta-feira, das 9.00 às 17.30 horas Valência intra-hospitalar: 24h/dia

Condições de acesso: A Casa de Saúde da Idanha destina-se a pessoas: 1. No que se refere a internamento em crise, qualquer utente pertencente à Segurança Social mediante a apresentação de uma credencial de internamento devidamente autorizada pelo Centro de Saúde onde pertence, poderá usufruir do apoio e serviços da Casa de Saúde. Também têm acordos com a ARS, ADSE, ADMG, EDP, PSP/SAP, SAMS, ADMFA, CGD, CTT, PT ACS, ADME, ADMA, SAVIDA, entre outros 2. Nos casos de necessidades de internamento definitivo/residencial prolongado, as condições acima referidas continuam em vigor, só que utente entra em lista de espera onde são analisadas posteriormente as situações (especialmente do ponto de vista clínico e social)

Actividades desenvolvidas: Consultas de psiquiatria, clínica geral, otorrino, ginecologia, consultas de atendimento de enfermagem intra e extra-hospitalar, consultas de psicologia, atendimento individual e familiar pelas técnicas de serviço social, projectos de reabilitação intra e extra-hospitalar, actividades sócio - recreativas, reuniões de equipa multidisciplinar geral por unidades e projectos, estudos de caso clínicos, estágios de formação de enfermagem, psicologia e serviço social, acções de formação interna e externa para os recursos humanos

CASA DE SAÚDE DE SANTA ROSA DE Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

Morada: Praça 5 de Outubro, n.º 5 2605-021 Belas

Telefone: 214 328910

Fax: 214 313427

E-mail: direccao.cssrl@ihscj.pt



Objectivos: Prestar cuidados assistenciais em saúde mental, no âmbito da Psicogeriatria, através de uma acção curativa e reabilitadora, preconizando um atendimento acolhedor, na valorização e respeito pela dignidade da pessoa humana

Valências/Programa: Curto Internamento e Longo Internamento

Serviços Administrativos: Segunda a Sexta-feira das 9.00 às 17.00 horas Visitas: Diariamente das 10.30 às 11.30 horas e das 14.30 às 17 horas

Condições de acesso: Pessoas do sexo feminino que tenham atingido 65 anos de idade, e sofram de doença e/ou perturbação mental. Acordo com SNS, ADSE, ADME, ADMA, ADMFA, OGMA, PSP, GNR, CGD, SSMJ

Actividades desenvolvidas: Serviços Assistenciais (Psiquiatria, Fisiatria, Clínica Geral, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Fisioterapia, Animação Sócio-Cultural, Ludoterapia), Serviço Religioso, Serviço de Recepção, Serviços Administrativos e Serviços Gerais

Polisercoop



Morada: Av. Veiga da Cunha, 10, lojas A, B, C 2605 – 067 Belas

Telefone / Fax: 214323033

E-mail: srv.social.csi@ihscj.pt

Serviços prestados: Lavandaria, Serviço de Apoio Domiciliário, Serviço de encomendas de " comida para fora".

Horário de funcionamento: 8.30 h – 12.30h 13.30h – 17.00h



Condições de acesso: Lavandaria aberta ao público Serviço de apoio domiciliário – marcação de entrevista com a Assistente Social Dra. Anabela Carvalho – 961883431 Serviço de encomendas de " comida para fora", para o telefone 214323033.

Actividades desenvolvidas: Reabilitação e integração sócio -profissional de pessoas com doença / deficiência mental.

EQUIPA COMUNITÁRIA DE QUELUZ, Unidade Funcional de Psiquiatria Comunitária do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca

Morada: Rua Mário Pinto, Bloco B, Loja 2-A2; 2745-833 Queluz

Telefone: 214308930

Valências/Programas: Consulta de Psiquiatria, cuidados de enfermagem, avaliações e acompanhamentos psicoterapêuticos, avaliações e acompanhamentos por Assistente Social

Horário de funcionamento: 9:00 -16:00

Condições de acesso: Referenciação médica

Actividades desenvolvidas: Cuidados de saúde no âmbito da saúde mental

CINTRA – Centro Integrado de Tratamento e Reabilitação em Ambulatório

Morada: Rua Dr. Alfredo Costa, n.º 19

2710-524 Sintra

Telefone: 219 245090

Fax: 219 245099

E-mail: cintra@chpl.min-saude.pt

Objectivos: Cuidados de Saúde Mental (Prevenção, Tratamento e Reabilitação)

Valências/Programas: Diversos nas áreas da Prevenção e Reabilitação Psiquiátricas

Horário de funcionamento: Segunda a Terça-feira e Quinta a Sexta-feira das 9.00 às 16.00 horas

Condições de acesso: Encaminhamento pelo Médico de Família ou outro clínico

Actividades desenvolvidas: Psiquiatria Geral, Psicologia Clínica, Terapia Ocupacional, Psicopedagogia, Serviço Social, Cuidados de Enfermagem em Saúde Mental, Visitas domiciliárias, Unidade de reabilitação, Espaço Jotter

Outras informações: São encaminhados para o CINTRA os utentes das Unidades de Saúde de Colares, S. João das Lampas, Terrugem, Várzea de Sintra, Pêro Pinheiro, D. Maria, Negrais, Almargem do Bispo, Sabugo, Algueirão-Mem Martins, Rio de Mouro, Albarraque, Cacém, Agualva e Mira Sintra.

ASSOCIAÇÃO "A NOSSA ÂNCORA – Apoio a Pais em Luto"

Morada: Rua Dr. Almada Guerra, n.º 25. 2710-417 Sintra

Telefone: 219 105755

Fax: 219 105759

Tlm: 93 347 34 36 e/ou 93 347 33 27

E-mail: info@anossaancora.org

Web site: http://www.anossaancora.org

Objectivos: Ajudar os pais a reaprender a viver após a morte dos seus filhos com respectiva integração na sociedade

Horário de funcionamento: Informações gerais – das 10.00 às 17.00 horas

Condições de acesso: Qualquer utente pode dirigir-se pessoalmente à Associação ou telefonar

Actividades desenvolvidas: Grupos de entreajuda, Atendimento telefónico – das 10.00 às 22.00 horas, Publicação da Newsletter mensal "Diário de Bordo", Atendimento personalizado na nossa sede e em Lisboa.

Web site: http://www.anossaancora.org

9 - SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS TOXICODEPENDÊNCIAS

EQUIPA DE TRATAMENTO DE SINTRA (antigo CAT de Sintra)

Morada: Avenida Adriano Júlio Coelho, n.º13/15, Vivenda Jasmim. 2710-518 Sintra

Telefone: 211 119 330

Fax: 211 119 349

Objectivos: Prevenção, tratamento e reinserção social de pessoas com problemas de toxicodependência.

Valências/Programas: Consultas de Saúde Mental, Núcleo de Adolescentes, Núcleo Materno-Infantil, Núcleo de Apoio à Família, Núcleo de Prevenção Primária, Programa de Substituição com Metadona, Núcleo de Formação, Núcleo de Investigação

Horário de funcionamento: Segunda, Quarta, Quinta e Sexta – feira, das 9.00 às 20.30 horas; Terça-feira, das 14.00 às 20.30 horas; Sábado e Domingo, das 9.00 às 15.00 horas;

EQUIPA DE TRATAMENTO DE SINTRA (antigo CAT de Sintra) - EXTENSÃO DE MIRA SINTRA

Morada: Praceta da Amizade, n.º 3, Loja Mira Sintra. 2735-387 Agualva-Cacém

Telefone: 219 128 010

Fax: 219 128 017

Objectivos: Prevenção, tratamento e reinserção social de pessoas com problemas de toxicodependência

Valências/Programas: Consultas de Psiquiatria e Psicologia Atendimento por Assistente Social. Programa de Substituição com Metadona

Horário de funcionamento: Segunda-feira das 9.00 às 18.00 horas. Quarta-feira das 9.00 às 15.00 horas. Quinta-feira das 9.00 às 21.00 horas. Sexta-feira das 9.00 às 15 horas

"CASA DO QUERO" – CENTRO DE REABILITAÇÃO SOCIAL PARA TOXICODEPENDENTES EM RECUPERAÇÃO DO CONCELHO DE SINTRA

Morada: Rua Barbosa do Bocage, n.º 18 C/v

Telefone: 219 188097

Fax: 219 188048

e-mail: casadoquero@hotmail.com

Web site: www.casadoquero.blogspot.com

Objectivos: Reinserção social de toxicodependentes em processo terapêutico de recuperação tendo em vista a ressocialização, a valorização e o desenvolvimento

pessoal, a aquisição de novas competências pessoais, o treino da autonomia e a (re) aproximação à família e à comunidade

Valências/Programas: Atendimento Psicossocial Individualizado, Manutenção e Prevenção da Saúde, Administração de Terapias Medicamentosas, Intervenções Psico e Socio-Terapêuticas, Actividades Lúdicas, Sócio-Culturais e Recreativas, Apoio Familiar, Apoio Domiciliário, Clube de Emprego

Horário de funcionamento: de Segunda a Sexta-feira, das 10.00 às 17.00 horas

Condições de acesso: Contactar directamente a "Casa do Quero". Para entrar neste projecto o utente deverá estar já integrado num programa terapêutico de recuperação

APPIP- Associação Portuguesa de Pais Intervenientes em Prevenção

Morada: (Provisória) Rua Dr. Francisco Ribeiro de Spinola, lote 77 – 2º C. 2745-872- Queluz

Telefone: 214 307 308 - Telemóvel 966 186 760 (Júlia Tavares)

Fax: 214 307 308

E-mail: appip@iol.pt

Programas: Projecto FORMAR PARA CONVIVER Em três vertentes: Auxiliares de Acção Educativa: 75 horas; Pais Enc. de Ed. e outros Educ.: 25 horas; Jovens: 50 horas. Programa PAIS A PAIS: 12 horas. Projecto PARTILHAR: 14 horas. Programa CONCILIAR EM FAMÍLIA: 15 horas DIRIGIDOS A PAIS, ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO E OUTROS EDUCADORES.

Horário de funcionamento: 9 às 12h das 14 às 17h

Condições de acesso: Através de marcação por telefone, de preferência telemóvel

Actividades desenvolvidas: Acções de Sensibilização, Informação e Formação na área da Educação para a Saúde, vertentes, Prevenção das Toxicodependências, Igualdade de Género e Cidadania.

ASSOCIAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO JUVENIL

Morada: Rua Paulo Reis Gil, n.º 55 2745-195 Queluz

Telefone: 214 369710

Fax: 214 369710

E-mail: apdj@clix.pt

Objectivos: Prevenção Primária da Toxicodependência. Organizar actividades de carácter cultural que desenvolvam a criança e o jovem física e culturalmente, bem como actividades de carácter psicossocial para o seu pleno desenvolvimento psicológico

Valências/Programas: Departamento de Animação Sóciocultural e Departamento de Psicologia

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 10.00 às 12.30 horas e das 14.00 às 20.00 horas. Sábado das 10.00 às 13.00 horas.

Condições de acesso: Departamento de Animação Sóciocultural: idade mínima 6 anos

Actividades desenvolvidas: Ocupação de tempos livres, Campos de férias, Cursos de animadores, Cursos de técnicas de promoção de competências sociais para

técnicos, Psicoterapias, Avaliação psicológica, Orientação vocacional, Apoio psicopedagógicos, Grupos terapêuticos

PRÓ-VIDA – ASSOCIAÇÃO DE SOLIDARIEDADE SOCIAL

Morada: Rua dos Lusíadas, n.º 22 – B. 2745-154 Queluz

Telefone: 214 366465/214362592

Fax: 214 362379

E-mail: geral@adqueluz.org

Web site: www.adqueluz.org

Objectivos: Prevenção, tratamento e reinserção social de pessoas com problemas de toxicodependência e de alcoolismo. Prestação de cuidados a pessoas carenciadas. Apoio a crianças, jovens e idosos

Valências/Programas: Centro de Atendimento a Toxicodependentes e suas família, Ocupação de tempos livres para jovens, Escola de música, Sala de estudo, Centro de convívio, Acção Social

Horário de funcionamento: Das 14.00 às 18.00 horas

Condições de acesso: Qualquer pessoa pode dirigir-se directamente à Associação

Actividades desenvolvidas: De acordo com as valências

NARCÓTICOS ANÓNIMOS (NA)

Morada: (*sede administrativa da região de Amadora, Sintra, Oeiras e Cascais*): Rua Fernão Mendes Pinto, n.º 17-A, Pendão. 2745-108 Queluz

Telefone: 219 477970/800 20 20 13

Objectivos: Recuperação de toxicodependentes em grupos de ajuda mútua

Outras informações: As reuniões dos grupos de ajuda mútua realizam-se semanalmente em várias freguesias do concelho. Para mais esclarecimentos, contactar a Associação

ATT – ASSOCIAÇÃO DE TRATAMENTO DAS TOXICODEPENDÊNCIAS

Morada: Quinta das Ameias, Monte Santos. 2710 – 412 Sintra

Telefone: 219 105440

Fax: 219 105449

E-mail: geral@att.org.pt

Site: www.att.org.pt

Objectivos: Tratamento e reinserção socioprofissional da toxicodependência e alcoolismo; Duplos-diagnósticos

Valências/Programas: Comunidade Terapêutica "Farol"/ "Farol II", Terapia Familiar, Consultas em Ambulatório, Programa de Assistência a Empregados, Formação, Apartamento de Reinserção "Farol III"

Horário de funcionamento: Das 9.00 às 17.30 horas (serviços administrativos e equipa técnica)

Condições de acesso: necessária entrevista clínica e social para avaliação de cada situação e consulta médica

Actividades desenvolvidas: Terapia de grupo; terapia individual; Arte Terapia; treino de assertividade e aptidões sociais; aconselhamento familiar; terapia familiar; reinserção profissional – GIP (Gabinete de Inserção Profissional – Apoio na procura activa de trabalho, Divulgação de Ofertas de emprego; Apresentações quinzenais).

10 – SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE GRANDE LISBOA IX – ALGUEIRÃO – RIO DE MOURO – Sede

Morada: Estrada de Mem Martins, n.º 247 2725-391 Mem Martins

Telefone: 21 922 2153

Fax: 21 920 0034

Objectivos: A promoção e vigilância da saúde na perspectiva da prevenção, diagnóstico e tratamento da doença

Centro de Saúde de Algueirão Mem Martins

Morada: Estrada de Mem Martins, n.º 247 2725-391 Mem Martins

Telefone: 21 922 2130

Fax: 21 920 0034.

HOSPITAL FERNANDO FONSECA, EPE – SUB – Serviço de Urgência Básica

Morada: Rua das Eiras, n.º 34 2725-297 Mem Martins

Telefone Geral: 21 434 5535

Fax: 21 434 5533

Horário: Este serviço a funcionar 24 horas por dia

Objectivos: destina-se ao atendimento de situações urgentes, seguindo uma lógica de proximidade para com as populações. Este SUB dispõe de médicos, enfermeiros e técnicos de radiologia em serviço permanente e está equipado com RX, electrocardiógrafo, monitor-desfribilhador, exames clínicos de química seca e equipamento que possibilita a realização de pequenas cirurgias.

Unidade de Saúde Familiar da Natividade

Morada: Rua Eng.º Santos Nunes, 12, Ouressa 2725-444 Mem Martins

Telefone: 21922 6460

Fax: 21 922 6466.

Centro de Saúde de Rio de Mouro

Morada. Av. Infante D. Henrique, 39/41 2635-367 Rio de Mouro

Telefone: 219178110

Fax: 21 917 6715.

Unidade de Saúde Familiar Albasaúde

Bairro da Tabaqueira Albarraque 2635-101 Rio de Mouro

Telefone: 21 915 6320

Fax: 21 915 3524.

Unidade de Saúde Familiar Alpha Mouro

Morada: Av. Infante D. Henrique, 39/41. piso 1 2635-364 Rio de Mouro

Telefone: 21 917 8131/35

Fax: 21 917 6715.

AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE GRANDE LISBOA X - CACÉM QUELUZ - Sede

Morada: Rua Teixeira de Pascoais/Rua Colégio Almeida Garrett, Massamá 2745-742 Queluz

Telefone:21 439 8580/8576

Fax: 21 439 8584.

Objectivos: A promoção e vigilância da saúde na perspectiva da prevenção, diagnóstico e tratamento da doença

Extensão de Casal de Cambra

Morada: Rua D. Inês de Castro, 2605-788 Casal de Cambra

Telefone: 21 981 4800

Fax: 21 981 6633

Unidade De Saúde Familiar Massamá

Morada: Rua Teixeira de Pascoais/Rua Colégio Almeida Garrett, Massamá 2745-742 Queluz

Telefone: 21 439 8543

Fax: 21 439 8537.

Unidade De Saúde Familiar Mãe D'água

Morada: Rua Teixeira de Pascoais/Rua Colégio Almeida Garrett, Massamá 2745-742 Queluz

Telefone:21 439 8568

Fax: 21 439 8572.

Unidade de Saúde Familiar de Mira Sintra

Morada: Avenida 25 de Abril, lote 248-250 2735-411 Cacém

Telefone: 21 918 8520

Fax: 21 918 0125.

Centro de Saúde de Queluz

Morada: Avenida da Liberdade, lote 36-37 Monte Abraão 2745-298 Queluz

Telefone: 21 430 9200

Fax: 21 439 4259.

Extensão Dos Lusíadas

Morada: Rua dos Lusíadas, n.º 24 2745-154 Queluz

Telefone: 21 435 2831/21 435 0706

Fax: 21 436 7901.

Unidade De Saúde Familiar De São Marcos

Morada: Rua Cidade de Vitória 2735-654 Cacém

Telefone: 21 427 2710

Fax: 21 426 4405

Centro de Saúde do Cacém

Morada: Rua Afonso de Albuquerque, n.º 14 2735-045 Agualva-Cacém

Telefone: 219 133170

Fax: 219 147252.

Extensão de Belas

Morada: Rua Eduardo Pinto Basto, 21, lote H 2605-024 Belas

Telefone: 21 431 1515

Fax: 21 432 7980.

Extensão do Olival

Morada: Rua do Olival, n.º 13-15 2735-304 Cacém

Telefone: 21 913 8900

Fax: 21 913 8950.

AGRUPAMENTO DOS CENTROS DE SÀÚDE GRANDE LISBOA VIII - SINTRA-MAFRA - Sede

Morada: Rua Dr. Alfredo Costa, n.º 70 2710-523 Sintra

Telefone: 21 910 5820

Fax: 21 924 4238.

Centro de Saúde de Sintra

Morada: Rua Dr. Alfredo Costa, n.º 34, 1º 2710-523 Sintra

Telefone: 21 924 7770

Fax: 219 235113

Objectivos: A promoção e vigilância da saúde na perspectiva da prevenção, diagnóstico e tratamento da doença

Condições de acesso: Os utentes podem dirigir-se ao Centro de Saúde ou telefonar. As regras de acesso estão definidas de acordo com os serviços a prestar.

Unidade de Saúde Familiar Monte da Lua

Morada: Caminho do Murtal, Urbanização Sopé da Serra Várzea de Sintra 2710-663 Sintra

Telefone: 21 910 0880

Fax: 21 910 0889

Centro de Saúde de Pero Pinheiro

Morada: Rua Alto do Pina 2715-069 Pero Pinheiro

Telefone: 21 967 8310/20

Fax: 21 927 9417

Extensão da Terrugem

Morada: Rua do Cruzeiro, Terrugem 2705 – 854 Sintra

Telefone: 21 961 7077

Fax: 21 961 3204

Extensão de São João das Lampas

Morada: Rua do Fontanário 2705-737 S. João das Lampas

Telefone: 21 960 5270/9

Fax: 21 961 1063

Extensão do Sabugo

Morada: Avenida General Barnabé Ferreira, n.º 60 – r/c 1º Sabugo 2715-368 Almargem do Bispo

Telefone: 21 962 3944

Fax: 21 962 3944

Extensão de Almargem do Bispo

Morada: Largo General Barnabé António Ferreira 2715-216 Almargem do Bispo

Telefone: 21 962 2033

Fax: 21 962 8000.

Extensão de D. Maria

Morada: Rua da Boa Vista Largo do Casal do Brejo 2715-268 Almargem do Bispo

Telefone: 21 981 1097

Fax: 21 981 6527.

Extensão de Negrais

Morada: Rua do Campo da Bola, 27 2715-315 Almargem do Bispo

Telefone: 21 927 0731

Fax: 21 927 0731.

Extensão de Colares

Morada: Alameda Coronel Linhares de Lima, n.º 11 2705-351 Colares

Telefone: 21 928 1073

Fax: 21 928 1075.

CDP – Centro de Diagnóstico de Pneumologia



Morada: Rua Guilherme Gomes Fernandes, 41 2710-630 Sintra

Telefone: 21 923 1249

Fax: 21 924 4919

Objectivos: Prestação de Cuidados de Saúde na especialidade de Pneumologia (Prevenção e Tratamento da Tuberculose)

Condições de admissão: Pode dirigir-se a este Centro (ou telefonar) se pertencer aos Centros de Saúde de Sintra, Pero Pinheiro, Algueirão Mem Martins, Rio de Mouro e Cacém

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta-feira das 9.00 às 13.00 horas e das 14.00 às 17.00 horas

Actividades desenvolvidas: Consulta de Pneumologia e Tratamento da Tuberculose

11 – INSTITUIÇÕES E ENTIDADES QUE GEREM SERVIÇOS/EQUIPAMENTOS CUJO TERRITÓRIO DE REFERÊNCIA É O CONCELHO DE SINTRA E/OU TODO O PAÍS

Serviços e equipamentos para crianças e jovesn

- **Associação de Lares Familiares para Crianças e Jovens Novo Futuro** – Freguesia de Algueirão Mem Martins
- **Lar Novo Mundo – Centro de Acolhimento** – Freguesia de Santa Maria e São Miguel
- **Obra da Imaculada Conceição e Santo António** – Freguesia de Almargem do Bispo
- **Obra do Padre Gregório** – Freguesia de São Pedro de Penaferrim

Serviços e equipamentos de reabilitação e integração de pessoas com deficiência

- **APADP - Associação de Pais e Amigos de Deficientes Profundos** - Freguesia de Agualva
- **Associação Portuguesa de Deficientes** – Delegação Local de Mem Martins – Freguesia de Algueirão-Mem Martins

- **CECD – Centro de Educação para o Cidadão Deficiente** – Freguesia de Mira Sintra
- **CERCITOP – Centro de Educação e Reabilitação de Deficientes de Todo o País** – Freguesia de Santa Maria e São Miguel
- **Liga Portuguesa dos Deficientes Motores** – Centro de Recursos Sociais (LPDM.CRS)
- **Unidade Local de Mem Martins** – Freguesia de Algueirão-Mem Martins
- **Unidade Local de Queluz** –Freguesia de Queluz

Serviços e equipamentos para idosos

- **Associação Cultural da 3ª Idade de Sintra** – Freguesia de Santa Maria e São Miguel
- **Casa de Repouso dos Alfaiates (Lar)** – Freguesia de Rio de Mouro
- **Centro Social Baptista (Lar)** – Freguesia de Agualva
- **Centro Social do Exército de Salvação (Lar)** – Freguesia de Colares
- **Fundação António Silva Leal (Lar)** –Freguesia de S. Pedro de Penaferrim
- **Fundação Cardeal Cerejeira (Lar)** –Freguesia de S. Pedro de Penaferrim

Serviços e equipamentos para família e comunidade

- **Santa Casa da Misericórdia de Sintra** – freguesias de São Martinho e Santa Maria e São Miguel
- **POLISERCOOP – Cooperativa de Solidariedade Social**

Serviços e equipamentos de apoio à mulher

- **AMCV – Associação de Mulheres Contra a Violência** – Freguesia de Algueirão Mem Martins
- **Casa de Sant'Ana – Comunidade de Inserção para Mulheres em situação de Risco** - Freguesia de Algueirão Mem Martins
- **Espaço Informação Mulher** - Freguesia de Algueirão Mem Martins

Serviços de apoio aos cidadãos imigrantes

- **Associação Olho Vivo** – Freguesia de Queluz
- **Centro de Acolhimento Temporário São João de Deus** – Freguesia de Colares
- **ACAS – Associação Luso Caboverdeana de Sintra**
- **QUIZOMBA – Associação Recreativa e Cultural dos Angolanos Residentes nos Municípios de Amadora e Sintra**

Serviços e equipamentos na área da saúde mental

- **Associação A Nossa Âncora –Apoio a Pais em Luto** – Freguesia de Santa Maria e São Miguel
- **Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus – Casa de Saúde da Idanha** – Freguesia de Belas
- **Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus – Casa de Saúde de Santa Rosa de Lima** – Freguesia de Belas
- **Instituto São João de Deus – Casa de Saúde do Telhal** –Freguesia de Algueirão-Mem Martins

- **Polisercoop** – Freguesia de Belas

Serviços e equipamentos de prevenção e tratamento das toxicodependências

- **Ares do** Pinhal – Associação de Recuperação de Toxicodependentes – Freguesia de Rio de Mouro
- **Assembleia de Deus de Queluz/Associação Pró-Vida** –Freguesia de Queluz
- **Associação para a Promoção de Desenvolvimento Juvenil (APDJ)** – Freguesia de Queluz
- **Associação para o Tratamento das Toxicodependências (ATT)/** Farol –Freguesia de Santa Maria e São Miguel
- **Centro de Dia para Toxicodependentes Casa do Quero** –Freguesia de Mira Sintra
- **Equipa de Tratamento de Sintra** – Freguesia de Santa Maria e São Miguel
- **Equipa de Tratamento de Sintra** - Extensão de Mira Sintra – Freguesia de Mira Sintra

Grupos de auto-ajuda

- **Toxicodependência:** Associação Portuguesa de Narcóticos Anónimos (APNA)

12 - ENTIDADES SEDIADAS NOUTROS CONCELHOS COM TRABALHO DESENVOLVIDO EM SINTRA OU JUNTO DE MUNÍCIPES DE SINTRA

ALCOÓLICOS ANÓNIMOS (AA)

Morada (Escritório dos Serviços Gerais): Estrada do Paço do Lumiar, lote R4, loja A, 1600-543 Lisboa

Telefone: 217162969

Fax: 217167840

E-mail:servico@aaportugal.org

Objectivos: Recuperação de alcoólicos em grupos de ajuda mútua

Outras informações: As reuniões dos grupos de ajuda mútua realizam-se semanalmente em várias freguesias do Concelho. Para mais esclarecimentos, contactar a Associação

ASSOCIAÇÃO DE JOVENS PROMOTORES DA AMADORA SAUDÁVEL (AJPAS)

Morada: Praceta Bento de Moura Portugal, s/n.º, B.ºGirassol. Venda-Nova. 2700-109 Amadora

Telefone: 214 746 048

Fax: 214 746048

E-mail: ajpasvih@netcabo.pt

Site: www.ajpas.org

Objectivos: Promoção da Saúde, Prevenção da doença nas comunidades migrantes e em meio escolar; Prevenção do VIH/SIDA.

Valências/Programas: Formação; Sensibilização; Produção de Materiais Pedagógicos de Prevenção; Apoio à comunidade imigrante (apoio à legalização e nacionalização; educação para adultos); Apoio Domiciliário e Psicossocial a doentes com SIDA (Projecto Viver com VIH); Apoio Domiciliário a pessoas com dependência temporária ou permanente (Projecto Viver com Qualidade);Creche Babete

Horário de funcionamento: Das 10.00 às 17.00 horas (horário do serviço administrativo).

Condições de acesso ao Projecto Viver com o VIH: Se for portador de VIH/SIDA pode dirigir-se directamente à Associação ou através do seu médico assistente. Para qualquer outro assunto contactar a Associação no horário normal de expediente.

Actividades desenvolvidas: Promoção da saúde (Projecto Global SIDA); Apoio ao Imigrante (Projecto SAI); Creche Babete; Projecto Viver com o VIH; Projecto Viver com Qualidade

HOSPITAL FERNANDO FONSECA, EPE

Morada: IC 19 – 2700 Amadora

Telefone Geral: 214 348200 Fax: 214 345566 Urgência Geral: 214348257/58

Consulta Externa: 214 348250/214348273

E-mail: cdi@hospital/as.pt

Objectivos: Prestar cuidados de saúde hospitalares, formar profissionais e desenvolver a investigação em saúde de acordo com as políticas de saúde definidas

Condições de acesso

Serviço de Urgência Geral: acesso directo

Serviço de Urgência Pediátrica: encaminhado pelo Centro de Saúde

Consultas Externas (especialidades médicas): primeira consulta pedida pelo Centros de Saúde

Horário de funcionamento do Hospital – Urgência – todos os dias, 24 horas por dia

BREVE DESCRIÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF) iniciou a actividade iniciou em 1995. Funciona em articulação com os nove Centros de Saúde que compõem a Unidade de Saúde D:

Concelho da Amadora: Centro de Saúde da Amadora, Reboleira e Venda Nova

Concelho de Sintra: Centro de Saúde de Sintra, Queluz, Algueirão, Rio de Mouro, Cacém e Pero Pinheiro.

ANEXO VI- Sintra e os Programas

Cuidados de Saúde Mental de Proximidade

Módulo III

Sintra e os Programas

0 - INTRODUÇÃO

Neste terceiro módulo intitulado PROGRAMAS EM SINTRA, o objectivo foi fazer um levantamento de alguns programas e projectos em curso no concelho de Sintra, no âmbito da Saúde Mental. Assim, privilegiamos áreas como formação de competências parentais, a prevenção de comportamentos aditivos e redução de riscos, apoio à terceira idade e mobilidade da pessoa com deficiência. Para cada um foram enumerados os respectivos objectivos, grupos alvo, entidade responsável e parceiros, bem como as metodologias utilizadas.

Assim, os programas/projectos identificados são:

- PROJECTO PRÉ-PROGRAMA DE COMPETÊNCIAS
- FORMAÇÃO PARA A AQUISIÇÃO DE NOVAS PRÁTICAS PARENTAIS
- CONVERSAS DE RUA
- "SINTRAS-TE OK" – COMBATE AO CONSUMO DE ÁLCOOL NOS JOVENS
- PROJECTO HOLOFOTE - ES MEUS NÃO ME DÃO PROBLEMAS
- GABINETE DE APOIO AO ADOLESCENTE EM SINTRA
- "EM CASA, COM SEGURANÇA" - NO ENCONTRO DE PESSOAS ISOLADAS
- PROJECTO INTERGERACIONAL "ENSINA-ME O TEU SABER"
- OFICINA DO IDOSO
- BANCO VOLUNTARIADO DE SINTRA
- TRANSPORTE ACESSÍVEL

1 – PROJECTOS E PROGRAMAS EM CURSO

Projecto Pré-programa de Competências

OBJECTIVOS E GRUPO ALVO:

Trabalhar com crianças a disciplina, o auto-controlo, os sentimentos, a auto-estima e as competências sociais são alguns dos objectivos do Projecto Pré – Programa de Competências, que a autarquia está a promover desde Outubro e até Junho, para cerca de 510 crianças de instituições da rede solidária do concelho.

Este projecto pretende trabalhar com crianças a disciplina e o auto-controlo, a diferenciação emocional - sentimentos, a auto-estima e as competências sociais, bem como estimular as crianças a praticar comportamentos positivos, seguros e saudáveis, que lhes permitam serem autónomas e únicas, no contexto, da relação com o outro e com o mundo à sua volta.

ENTIDADE RESPONSÁVEL E PARCEIROS:

Câmara Municipal de Sintra e ASSOCIAÇÃO PREVENIR

METODOLOGIA:

Assim, a autarquia, em parceria com a ASSOCIAÇÃO PREVENIR, tem vindo a apostar em Programas de Prevenção, que se devem iniciar precocemente, nomeadamente no jardim de infância, antes do aparecimento de comportamentos de

risco, como a violência, a depressão, o abandono escolar, a toxicodependência, entre outros.

Este projecto é composto por três formações dirigidas às Educadoras de Infância, ao longo do ano lectivo, um Manual Didáctico para os Educadores "Pré: Guia de Competências", onde se aborda o desenvolvimento de competências psicossociais de forma atractiva e lúdica e um Jogo "Nina e Nino: Baralho dos Sentimentos". Este é um jogo de cartas diferente e inovador que aborda as emoções e os sentimentos.

Formação para a Aquisição de Novas Práticas Parentais

OBJECTIVOS:

A Câmara Municipal de Sintra, através da Divisão de Saúde e Acção Social, está a promover a formação Aquisição de novas práticas parentais no âmbito do QREN/ Programa Operacional do Potencial Humano – Programas Específicos de Formação para a Inclusão.

A formação tem como objectivo dotar os agregados familiares das competências indispensáveis à promoção da realização pessoal e integral de todos os seus elementos, com enfoque especial para a garantia da qualidade de vida das crianças e jovens.

ENTIDADE RESPONSÁVEL E PARCEIROS:

Divisão de Saúde e Acção Social, da Câmara Municipal de Sintra e o Centro de Estudos para a Intervenção Social – CESIS

METODOLOGIA:

Esta acção que está em curso desde Dezembro de 2008 e terminará em Julho de 2009, abrange um grupo de 15 formandas/mães e decorre em instalações municipais na Portela de Sintra, com uma carga horária diária de 5 horas.

O Centro de Estudos para a Intervenção Social – CESIS é a entidade formadora responsável pelo desenvolvimento do programa do curso. Nesta acção, - o 2º Workshop de pais para pais, será o grupo das formandas/mães que está a frequentar

a referida formação que irá dinamizar o Workshop. As temáticas a abordar serão as seguintes:

- Cuidar hoje, ajuda amanhã;
- Crianças saudáveis estão mais dispostas a aprender;
- As crianças estão sempre a prender;
- Aprender em casa, pode ser divertido para toda a família;
- Escola-família.

Conversas de Rua

OBJECTIVOS E GRUPO ALVO:

Reconhecemos a importância do trabalho educativo de rua em contextos de diversão nocturna (discotecas, bares, festas e em espaços envolventes ou de *chill-out*). A avaliação que fazemos da actividade que nos últimos meses tem sido desenvolvida pelos Educadores de Rua, que trabalham no âmbito deste projecto no Concelho de Sintra, mostra-nos uma grande dinâmica de comportamentos de risco envolvendo adolescentes, jovens e adultos, utilizadores de substâncias psicoactivas e álcool. Por outro lado, a abordagem ao terreno mostrou-nos outros "contextos de risco" como por exemplo o período da noite nas zonas envolventes das Escolas Secundárias com ensino nocturno.

ENTIDADE RESPONSÁVEL E PARCEIROS:

Câmara Municipal de Sintra e Conversas de Rua – Associação.

METODOLOGIA:

Neste momento, temos educadores de rua junto à Escola Secundária Ferreira Dias. O Plano de Acção para 2005 tem ainda prevista a realização de tertúlias mensais em bares sobre o tema dos riscos dos poli-consumos, do uso e abuso de substâncias psicoactivas. Para estas actividades contamos com a colaboração dos gerentes dos bares, cuja disponibilidade importa registar.

Actividades do Projecto "Conversas de Rua" :

- Quartas e Quintas-feiras à noite - Acções Educativas de Rua (prevenção e redução de riscos) nas zonas envolventes das Escolas Secundárias com ensino nocturno

- **De Quarta a Domingo - Acções de prevenção e redução de riscos em contextos de diversão nocturna.**

"SINTRAS-TE OK" – Combate ao consumo de álcool nos Jovens

OBJECTIVOS E GRUPO ALVO:

"Sintras-te OK" é um novo programa da Câmara de Sintra que visa prevenir e reduzir os danos causados pelo consumo excessivo de álcool ou drogas nos jovens. Dirigido à comunidade educativa, este projecto vai percorrer seis das nove escolas secundárias do Concelho. Lançado publicamente no dia 29 de Outubro de 2007, o "Sintras-te OK" insere-se no projecto "Sintra-se Seguro", que assenta na intervenção precoce junto de jovens, consumidores experimentais de drogas e/ou álcool.

ENTIDADE RESPONSÁVEL E PARCEIROS:

Câmara Municipal de Sintra e Conversas de Rua – Associação.

METODOLOGIA:

Saliente-se que os índices de consumo de álcool pelos jovens sintrenses têm-se revelado preocupantemente crescentes, potenciando consequências ao nível da sinistralidade.

Este projecto está a ser desenvolvido desde 2004 entre a Autarquia e a "Conversas de Rua - Associação" com uma metodologia que assenta no Trabalho Educativo de Rua, ou seja, os "educadores de rua" dirigem-se informalmente aos jovens perto dos bares do Centro Histórico de Sintra, Praia Grande e Praia das Maças. Agora, fazem-no directamente nas escolas.

"Alcoologia", "Teatro-Fórum", "Cocktails sem álcool" e "Como organizar uma festa" são os temas dos workshops, com duração de 90 minutos, que vão ser apresentados

pelos técnicos da Associação Conversas de Rua, a cerca de doze turmas dos 10º e 11º anos, num total de 360 alunos

PROJECTO HOLOFOTE – Os Meus Não Me Dão Problemas

OBJECTIVOS E GRUPO ALVO:

O Projecto Holofote - Luz sobre cenas da vida, constitui uma dinâmica teatral, cujo nome da peça é bastante sugestivo: Os meus não me dão problemas. Esta actividade traz para o contexto comunitário e escolar uma dinâmica preventiva que possibilita a participação de todos: pais, filhos, agentes educativos, animadores comunitários, entre outros.

ENTIDADE RESPONSÁVEL E PARCEIROS:

Câmara Municipal de Sintra e Conversas de Rua – Associação.

METODOLOGIA:

Trata-se de uma oportunidade de todos reflectirem sobre o quotidiano das suas vidas. "Os meus não me dão problemas" é uma peça que se desenvolve através da metodologia de Teatro Fórum, uma técnica que "convida" o espectador a entrar no enredo.

Gabinete de Apoio ao Adolescente em Sintra

OBJECTIVOS E GRUPO ALVO:

Os jovens do concelho de Sintra têm ao seu dispor no Espaço Jovem de Pêro Pinheiro, um Gabinete de Apoio ao Adolescente totalmente vocacionado para os apoiar em questões relativas a saúde, planeamento familiar e sexualidade.

ENTIDADE RESPONSÁVEL E PARCEIROS:

O Gabinete surge de uma parceria entre a Câmara Municipal de Sintra e o Centro de Saúde de Pêro Pinheiro, que disponibilizou uma equipa de profissionais vocacionada para a Intervenção junto dos jovens.



Lara Santos e Silva
Leonor Ribas

METODOLOGIA:

A sua acção tem como objectivos prestar apoio psicológico, alertar ainda para problemas relacionados com a alimentação, disponibilizar informações sobre sexualidade e contracepção e acompanhar situações de risco.

Este serviço funciona nas primeiras e terceiras sextas-feiras de cada mês entre as 16h e as 18h. É gratuito e confidencial, sendo apenas necessário que os interessados se dirijam ou contactem o Espaço Jovem de Pêro Pinheiro na Rua dos Janotas, n.º 10 A – 2715-094 Pêro Pinheiro, Tel. n.º. 219671002, Fax. n.º 219671003, Email. ejperopinheiro@cm-sintra.pt.

"EM CASA, COM SEGURANÇA" – Ao Encontro de Pessoas Isoladas

OBJECTIVOS E GRUPO ALVO:

"Em Casa, com Segurança" é o projecto gratuito da Câmara Municipal de Sintra que tem por objectivo a prestação de ajuda imediata, no domicílio, às pessoas com dependência, nomeadamente idosas.

ENTIDADE RESPONSÁVEL E PARCEIROS:

Câmara Municipal de Sintra.

METODOLOGIA:

Ciente da situação de isolamento em que alguns idosos e pessoas com dependência estão sujeitos, a Câmara Municipal de Sintra lançou em Abril de 2005, o projecto "Em Casa com Segurança".

A este projecto, que foi criado tendo em conta a situação de isolamento a que algumas pessoas estão sujeitas, podem candidatar-se munícipes que reúnam conjuntamente as seguintes condições: - Precisem de apoio imediato no seu domicílio (saúde, segurança, etc...) - Tenham telefone fixo - Residam ou permaneçam sós durante longos períodos de tempo - Cujo rendimento per capita seja igual ou inferior ao valor do salário mínimo nacional.

Este projecto funciona através de um sistema inovador de telecomunicações que é constituído por uma Central de Assistência permanente, que permite uma comunicação 24 horas por dia, sem necessidade de um telefone ao alcance da mão. O sistema funciona através de um botão de controle remoto colocado - numa bracelete ou colar – e um intercomunicador ligado ao telefone fixo, o qual é

reconhecido pela Central de Assistência e que permite a prestação de ajuda imediata por um operador.

Para aderir a este serviço é necessário aceder ao formulário de candidatura disponível no sítio da Câmara Municipal de Sintra, www.cm-sintra.pt (formulários online/Acção Social) ou nas Juntas de Freguesia de Sintra e nos Gabinetes de Apoio ao Munícipe.

Para mais informações, contactar: Divisão de Saúde e Acção Social Tel.: 21 923 6019 / 21 / 24 e-mail: dsas@cm-sintra.pt

Projecto Intergeracional "ENSINA-ME O TEU SABER"

OBJECTIVOS E GRUPO ALVO:

Aprender com os mais velhos e trocar saberes são os principais objectivos do Projecto "Ensina-me o teu saber", que a autarquia promove para cerca de 1900 crianças e 160 idosos do Concelho.

ENTIDADE RESPONSÁVEL E PARCEIROS:

Divisão de Saúde e Acção Social, da Câmara Municipal de Sintra

METODOLOGIA:

Sabendo que o trabalho intergeracional serve como estímulo à comunicação entre gerações e ao intercâmbio de vivências e experiências, incentivando a transmissão de saberes através do diálogo e das diferentes formas de expressão, a Divisão de Saúde e Acção Social lançou o Projecto Intergeracional "Ensina-me o teu saber".

Este projecto, que teve início em Novembro e prolonga-se até Junho, tem promovido o relacionamento entre crianças e idosos, criando oportunidades de partilha, de saberes e de afectos entre gerações. Assim, as crianças usufruem dos saberes dos mais velhos, crescendo com riqueza dos valores culturais transmitidos e, simultaneamente, valoriza-se os mais idosos enquanto transmissores de conhecimentos.

O projecto consiste na deslocação de grupos de idosos pertencentes a 15 Associações de Apoio à População Idosa aos 14 Jardins de Infância do concelho para desenvolver actividades, tais como: demonstração do ciclo do pão desde a sementeira até à cozedura, pregões de Lisboa e rábulas teatrais, brinquedos e

brincadeiras de outros tempos, contadores de histórias e elaboração de flores de papel.

Oficina do Idoso



OBJECTIVOS E GRUPO ALVO:

Prestar apoio domiciliário gratuito a idosos na área das pequenas reparações (Electricidade, serralharia, canalizações, reparações de estores, etc.).

Destinatários: Idosos residentes no Concelho. Telefone: 800 204 952 (chamada gratuita).

ENTIDADE RESPONSÁVEL E PARCEIROS:

Divisão de Saúde e Acção Social, da Câmara Municipal de Sintra

METODOLOGIA:

A Câmara Municipal de Sintra, através da Divisão de Saúde e Acção Social, perante a necessidade de apoiar a população mais idosa do Concelho em aspectos relevantes para o seu quotidiano lançou, em Abril de 2001, o projecto "Oficina do Idoso". Com efeito, o apoio prestado a nível das pequenas reparações no domicílio dos munícipes idosos, principalmente os mais carenciados ou que não possuem suporte familiar, tem-se relevado de extrema importância na promoção da sua qualidade de vida e bem-estar, contribuindo para a permanência dos idosos no seu meio.

Horário de funcionamento: Dias úteis, das 9.00 às 12.30 horas e das 14.00 às 17.30 horas (horário normal de funcionamento da Câmara Municipal de Sintra). Fora deste horário, o utente poderá deixar mensagem no serviço de voice mail para posterior contacto desta Divisão.

Banco voluntariado de Sintra

OBJECTIVOS E GRUPO ALVO:

O Banco Local de Voluntariado de Sintra tem por missão promover e divulgar o voluntariado, facilitando o encontro entre a oferta e a procura de voluntários e instituições organizadoras com recurso à Base de Dados "Sintra Voluntária". Esta Base de Dados permitirá o registo de candidaturas de instituições organizadoras de projectos de voluntariado e o registo de candidaturas de voluntários, promovendo o encontro de perfis com base nas aptidões e preferências demonstradas pelos candidatos e o perfil definido pelas entidades organizadoras.

Os voluntários, pessoas que de forma livre, desinteressada e responsável se comprometem, de acordo com as suas aptidões próprias, a realizar acções de voluntariado no âmbito de uma instituição organizadora.

ENTIDADE RESPENSÁVEL E PARCEIROS:

Câmara Municipal de Sintra e Pessoas colectivas de natureza pública ou privada que reúnam condições para integrar voluntários e coordenar o exercício da sua actividade em domínios cívicos; de acção social; da saúde; da educação; da ciência e da cultura; da defesa do património e ambiente; entre outras.

METODOLOGIA:

Estas entidades, através do Banco Local de Voluntariado, podem divulgar os seus programas e identificar possíveis interessados na adesão às suas acções.

Contactos:

Telefone: 219 236 007;

Fax: 219 236 038

E-mail: dsas@cm-sintra.pt

Transporte Acessível

OBJECTIVOS E GRUPO ALVO:

É um serviço de apoio às pessoas com mobilidade condicionada, prioritariamente com deficiência motora, através do qual se assegura a deslocação casa/emprego/escola/centro de formação/actividades ocupacionais e lazer.

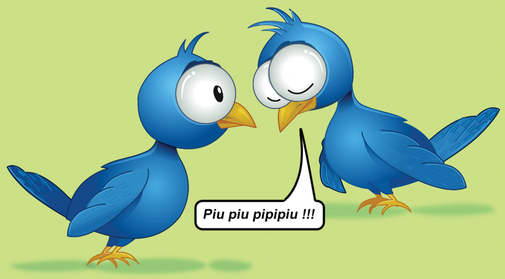
ENTIDADE RESPONSÁVEL E PARCEIROS:

Câmara Municipal de Sintra

METODOLOGIA:

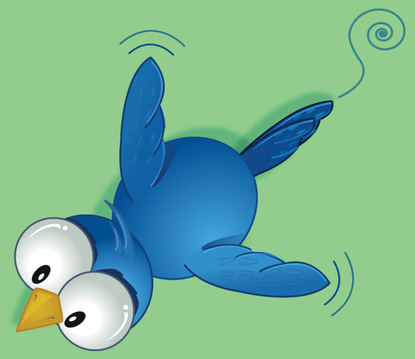
Para o desenvolvimento do Projecto, a Câmara Municipal de Sintra adquiriu uma carrinha de nove lugares adaptada com plataforma elevatória. O transporte é gratuito e funciona de Segunda a Sexta-feira. Os munícipes poderão solicitar o serviço através da Linha Verde: 800 206 275.

ANEXO VII- Posters



Fale sobre os seu sentimentos.

Falar sobre os sentimentos não é um sinal de fraqueza. Ao falar sentir-se-á escutado, apoiado e menos só.



Mantenha-se Activo.

O exercício para além de fazer bem ao corpo, ajuda-o a consentrar-se, a dormir melhor e a sentir-se bem consigo próprio.



Alimente-se Bem.

Existe uma forte ligação entre o que comemos e como nos sentimos. Uma alimentação saudável e equilibrada é boa não só para o fisico mas também para a nossa saúde mental.



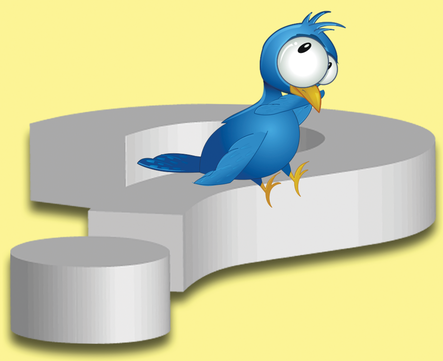
Se beber, faça-o moderadamente.

Algumas pessoas bebem álcool para alterarem o humor, para não se sentirem sós ou para fazer face a algumas dificuldades, mas o seu efeito é apenas temporário. Tal como o álcool, as drogas não resolvem problemas, criam-nos!



Tire tempo para os seus amigos e familiares.

Família e amigos podem ajudá-lo a lidar com o stress e com as dificuldades da vida. Vale a pena manter relacionamentos que o façam sentir-se amado e valorizado.



Peça ajuda quando precisar.

Ninguém é super-homem! Todos uma vez ou outra precisamos de ajuda. Não se iniba de a pedir.



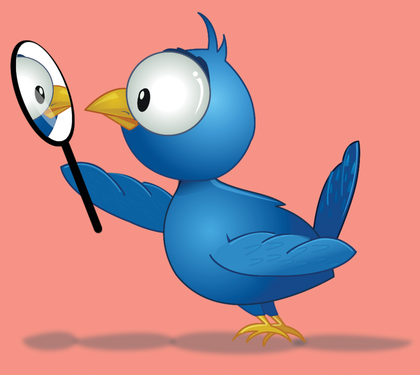
Faça uma pausa e descanse.

Respire fundo e relaxe. Pode ser uma pausa de 5 minutos, uma tarde na praia ou uma semana de férias. Dê algum tempo para si mesmo, na maioria das vezes o mundo pode esperar.



Faça algo que lhe dê prazer.

Pode ser um simples hobby como tocar viola, ler um livro ou fotografar. O importante é ocupar os tempos livres numa actividade que dê prazer.



Aceite-se como é.

Todos somos diferentes! É muito mais saudável aceitar-se como é do que querer ser alguém diferente. Reconheça e aceite os aspectos menos positivos de si próprio, mas foque-se naquilo que tem de bom.



Dedique-se aos outros.

Preocupar-se e ajudar os outros ajuda-o a sentir-se útil e ajuda a pôr os nossos problemas em prespectiva.

COMO CUIDAR DA SUA SAÚDE MENTAL

Adaptado do " *Ways to look after your mental health*" - Mental Health Foundation. Elaborado por Lara Santos e Silva e Leonor Ribas. Alunas da Especialidade de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, Universidade Católica Portuguesa. Grafismo Daniel Galaio.

FACTOS IMPORTANTES SOBRE A SAÚDE MENTAL

As doenças mentais são universais.

Atingem todas as idades, mulheres e homens, ricos e pobres.
Exercem pesada carga sobre o indivíduo, família e comunidade.
Representem 12% da carga global das doenças.
Representam 4 das 10 principais causas de incapacidade no mundo.
Afectam cerca de 450 milhões de pessoas.
Afectam uma em cada cinco crianças e adolescentes.
Afectam uma em cada quatro famílias.
Uma em cada 4 pessoas irá sofrer de perturbação mental em algum momento.
121 milhões de pessoas sofre de depressão.
24 milhões de pessoas sofre de esquizofrenia.
Cerca de 1 a 3% sofre de atraso mental moderado.
Todos os anos, um milhão de pessoas comete suicídio.
10 a 20 milhões atentam contra a própria vida.
O suicídio está entre as três principais causas de morte entre os 15 e os 34 anos.

As pessoas podem ser tratadas com sucesso.

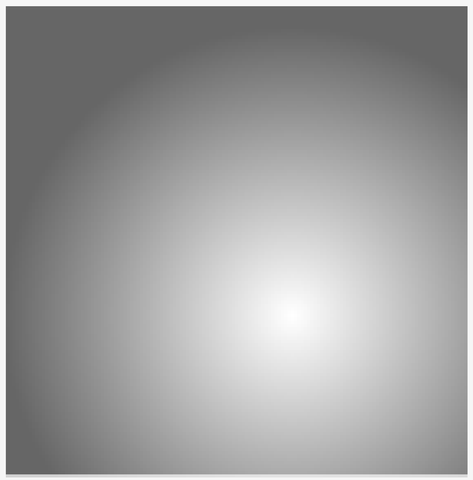
Mais de 60% recupera da depressão.
Até 73% das pessoas com epilepsia vivem sem crises.
A combinação de medicação regular, psicoeducação e apoio à família, pode reduzir as recidivas para menos de 10% nos doentes com esquizofrenia.
Intervenções breves reduzem até 30% o consumo abusivo de álcool.
Cerca de 60% dos individuos reduz o consumo de substâncias psicoactivas.
A detecção precoce da depressão, dependência do álcool e esquizofrenia ajuda a prevenir o suicídio.





Nem todos recebem os cuidados que necessitam devido a...

Cuidados e recursos escassos, mal distribuídos e desajustados às necessidades.
Más políticas.
Escassez de técnicos com conhecimentos e competências adequadas.
Estigma e descriminação que impedem doentes e famílias de procurarem cuidados.
Quase um quarto dos países não possui leis sobre saúde mental.
Menos de 1 em 5 crianças e jovens recebe o tratamento necessário.
Um terço dos países não possui orçamentos específicos para a saúde mental. Do restante, metade atribui menos de 1% à saúde mental.
4 em 10 países não possui políticas específicas de saúde mental.



BIBLIOGRAFIA:
OMS - *Relatório Mundial da Saúde 2001: Saúde Mental, Nova concepção nova esperança.* Lisboa: Climepsi, 2002.

ELABORADO POR:
Lara Santos e Silva e Leonor Ribas.
Alunas da Especialidade de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, Universidade Católica Portuguesa

Grafismo Daniel Galaio

O caminho a seguir.

Diagnosticar e intervir precocemente.
Desenvolver serviços comunitários de saúde mental.
Proporcionar tratamento no contexto dos cuidados primários de saúde.
Acabar com os grandes hospitais mentais carcerários.
Integrar os cuidados de saúde mental nos serviços gerais de saúde.
Envolver comunidades, famílias e utentes.
Formar profissionais de saúde mental.
Superar o estigma e a descriminação.
Vincular a saúde mental a outros sectores sociais.
Monitorizar a saúde mental e apoiar a investigação.
Respeitar os Direitos Humanos.
Assegurar a disponibilidade de medicamentos psicotrópicos.

ANEXO VIII- Estudo de Caso

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

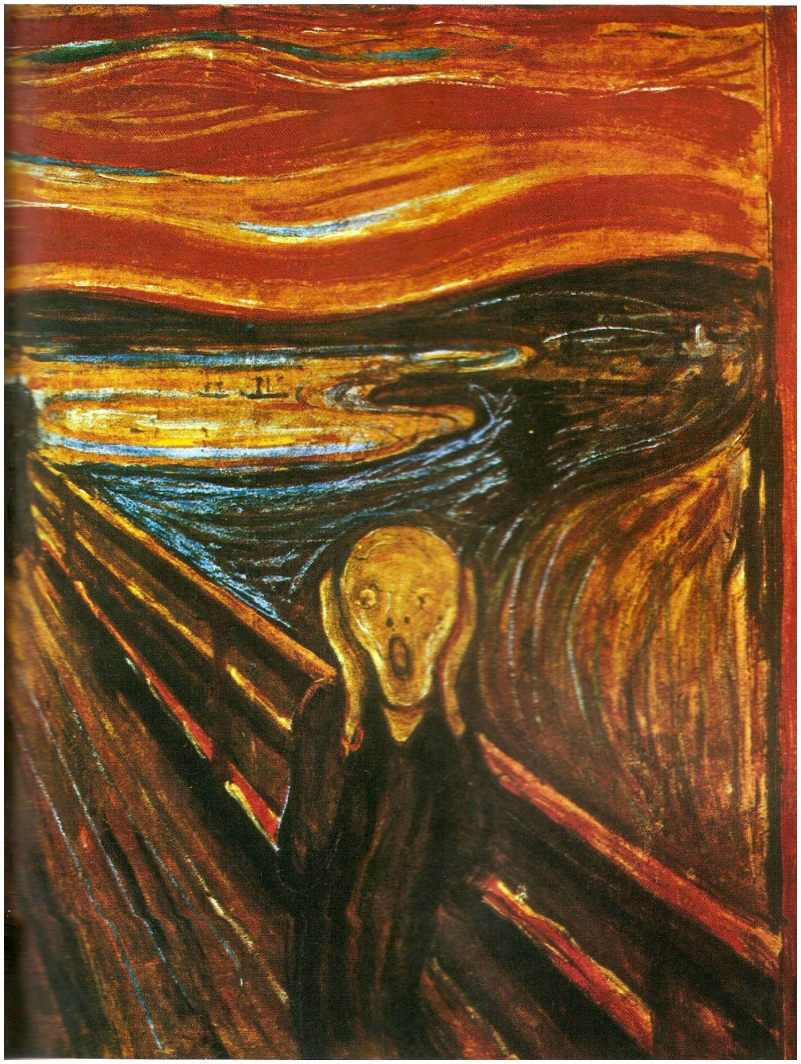
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO

Estudo de Caso

A Pessoa com Depressão associada a Doença de Hodgkin

ALUNAS: Lara Santos e Silva
Maria Leonor Ribas

LISBOA, Novembro de 2009



Ilusão da Vida

Quem passa pela vida em branco
Nunca e em plácido repouso adormeceu;
Quem não sentiu o frio da desgraça;
Quem passou pela vida e não sofreu:
Foi espectro de Homem,
Não foi Homem,
Só passou pela Vida,
Não viveu!

Francisco Otariano

ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD – Actividade de Vida Diária

CDP – Centro de Doenças Pulmonares

CID 10 – Classificação Internacional das Doenças 10

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSRM – Centro de Saúde de Rio de Mouro

Dr.ª – Doutora

DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - IV

ECT- Electroconvulsivoterapia

Enf.ª – Enfermeira

HFF – Hospital Fernando da Fonseca

NANDA – Nursing Diagnoses Definitions and Classification (Definição e Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem)

NIC – *Nursing Interventions Classification* (Classificação das Intervenções de Enfermagem)

NOC – *Nursing Outcomes Classification* (Classificação dos Resultados de Enfermagem)

OE – Ordem dos Enfermeiros

INDÍCE

0. INTRODUÇÃO 7

1. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM 10

1.1. Identificação 10

1.2. Motivo de acompanhamento 10

1.3. História pessoal e actual 10

1.4. História familiar e genograma 12

2. DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL SEGUNDO ERIKSON 17

2.1. Identidade *versus* Confusão de papeis (12 aos 18 anos) 18

2.2. Identidade *versus* Isolamento (18 aos 30 anos) 19

3. AVALIAÇÃO INICIAL POR NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS 20

3.1. Respiração e circulação 20

3.2. Manter a temperatura corporal 20

3.3. Comer e beber 20

3.4. Eliminação 21

3.5. Dormir e repousar 21

3.6. Movimentar-se 21

3.7. Comunicar 21

3.8. Vestir-se e despir-se 22

3.9. Higiene pessoal 22

3.10. Agir segundo as suas crenças e valores 22

3.11. Ocupar-se com vista a realizar-se 22

3.12. Recrear-se 23

3.13. Aprender 23

3.14. Segurança 23

3.15. Sexualidade 24

4. AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL 25

4.1. Aspecto, atitude e actividade motora 25
4.2. Humor e emoções 25
4.3. Discurso e linguagem 25
4.4. Pensamento 26
4.5. Percepção 26
4.6. Orientação e cognição 26
4.7. Insight e juizo crítico 26
5. COMPREENDER A DOENÇA DE HODGKIN E DEPRESSÃO 28
5.1. Doença de Hodgkin 28
5.1.1. *Definição* 28
5.1.2. *Etiologia e Epidemiologia* 28
5.1.3. *Subtipos* 28
5.1.4. *Factores de Risco* 29
5.1.5. *Sintomatologia* 29
5.1.6. *Diagnóstico* 30
5.1.7. *Tratamento* 30
5.1.8. *Prognóstico* 30
5.2. Depressão 31
5.2.1. *Definição* 31
5.2.2. Etiologia e *Epidemiologia* 31
5.2.3. *Sintomatologia* 33
5.2.4. *Subtipos* 34
5.2.5. *Suicídio* 35
5.2.6. *Diagnóstico* 36
5.2.7. *Tratamento* 36
5.2.8. *Evolução* 37
5.2.9. *Prognóstico* 38
6. O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN 39
7. IDENTIFICAÇÃO DOS ELEMENTOS STRESSORES SEGUNDO NEUMAN 43

7.1. Agentes de stress percepcionados pelo doente e pelo enfermeiro 43
7.2. Factores intra-pessoais, inter-pessoais e extra-pessoais 46
8. PLANO DE CUIDADOS 48
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS 65
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 66

0 - INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio - Módulo I, do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, ministrado pela Universidade Católica Portuguesa, propossemo-nos a realizar um Estudo de Caso, no qual pretendemos mobilizar todo um conjunto de conhecimentos e competências no contexto específico dos cuidados de saúde primários. Pretendemos ainda que este exercício se constitua enquanto instrumento de reflexão e análise do processo de planeamento de cuidados globais e personalizados à pessoa e família em risco de doença mental, recorrendo aos instrumentos específicos da enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Como refere Galdeano, Rossi & Zago *"Os estudos de caso clínicos, também chamados de estudos de casos informais, são os estudos aplicados na assistência directa de Enfermagem, com o objectivo de realizar um estudo profundo de problemas e necessidades do paciente, família e comunidade (…) Fundamenta as acções de Enfermagem; proporciona uma assistência individual e personalizada, na qual o paciente é visto como um ser único (…), permitindo que o profissional observe, entenda, analise e descreva determinada situação real, adquirindo conhecimento e experiência que podem ser úteis na tomada de decisão frente a outras situações."* (2003:372-373).

Assim, este trabalho constitui-se como uma oportunidade para compreender, não apenas a Doença de Hodgkin e a Depressão enquanto fenómeno patológico, mas sobretudo, como o modo como estas patologias afectam a pessoa que dela padece em todos os seus contextos (familiar, social, cultural, …) e como estes influenciam, ou não, o desenvolvimento da própria. Pois, como refere Hesbeen (2000:46) " *Toda a doença implica uma ruptura na continuidade histórico/vivencial do indivíduo e do meio que o rodeia.*"

O caso seleccionado é um jovem de 19 anos, de nome CV, com antecedentes de Doença de Hodgkin, pertencente ao Centro de Saúde de Rio de Mouro (CSRM). A 01/10/2009 a mãe recorre ao Centro de Saúde referindo que há cerca de 15 dias o CV terá iniciado quadro de isolamento, recusa alimentar e abandono das consultas de seguimento em oncologia. Em resposta às queixas verbalizadas pela mãe foi nos proposto pela Enf.ª Ana Rainho, Enfermeira

Coordenadora desta unidade de saúde, a realização de uma visita domiciliar que teve lugar a 6/10/2009, após consulta do processo clínico.

Assim, à observação o CV encontrava-se ainda a dormir (10H00), com o quarto escuro. Mostrou-se pouco colaborante recusando qualquer tipo de contacto respondendo inicialmente apenas por monossílabos e evidenciando indiferença à explicação dos motivos da visita.

Em entrevista, a mãe refere agravamento do quadro há cerca de 2 semanas, com isolamento, desleixo na auto-imagem, perda de apetite e consequente peso. Segundo esta o CV permanece deitado quase todo o dia, levanta-se cerca das 17H passando o restante tempo ao computador. Mantém pouca interacção com a família respondendo por monossílabos e com redução da rede de amigos, aos quais nunca contou da doença (excepto a um amigo). Esta situação já tinha sido anteriormente apresentada ao Dr. FG, médico de oncologia do Hospital Fernando da Fonseca (HFF), tendo sido marcada consulta que o CV acabou novamente por faltar.

A família mostra-se aparentemente mobilizada para a resolução do problema (pais, irmãos, madrinha), insistindo com o CV para a necessidade de sair do quarto, alimentar-se e ser novamente observado por oncologia, mas sem qualquer sucesso. A mãe mostra-se muito angustiada com a situação do filho, "*o meu filho está muito revoltado com a doença… ele mudou muito… ele desistiu…*" (sic). Verbaliza receio de suicídio, embora o CV nunca tenha verbalizado ideias de morte.

Foi também feito contacto com rede de amigos, o D, pessoa com quem no presente o CV mais comunica, embora quase exclusivamente por e-mail. Segundo informação do amigo, o CV tem feito alguns convites esporádicos para sair ao exterior mas que por impossibilidade do próprio D não têm ocorrido. Confirma o isolamento crescente do CV bem como a perda de peso e fica de falar com ele em relação ao reiniciar as consultas de oncologia.

Face aos dados recolhidos planeamos o acompanhamento do caso em articulação estreita com a mãe (o cuidador) e com o médico assistente (Dr. FG) com quem ponderamos o seguimento psiquiátrico/psicológico. Assim, ao longo das semanas que se seguiram foram realizadas várias entrevistas de follow up. A evolução e os resultados obtidos são descritos no plano de cuidados.

A metodologia utilizada para a realização do Estudo de Caso baseou-se essencialmente na recolha de informações através da observação do utente

durante a visitação domiciliária, da observação e análise da dinâmica familiar, e fundamentalmente, através de entrevistas com a mãe, consulta do processo clínico e entrevista com o médico oncologista assistente.

Tendo como referencial o modelo teórico de Betty Neuman procedemos à avaliação inicial recolhendo o maior número possível de elementos referentes à dinâmica das varáveis fisiológicas, psicológicas, sócio-culturais, espirituais e de desenvolvimento. Este passo permitiu assim a identificação das áreas problema e a definição dos respectivos diagnósticos de enfermagem, bem como os resultados a atingir e as respectivas acções e intervenções a desenvolver em parceria com a utente e família.

Assim, no presente documento começamos por realizar o histórico de enfermagem, onde procedemos à identificação do utente, ao motivo de acompanhamento, história pessoal e actual e, por fim, a história familiar e o genograma. No capítulo 2 abordamos o desenvolvimento psicossocial segundo o modelo proposto por Eric Erickson, tendo nos debruçado apenas nas etapas dos 12 aos 18 anos e dos 18 aos 30 anos, por considerarmos serem as mais pertinentes para o caso em análise. De seguida, e de modo a enriquecer a colheita de dados, procedemos a uma caracterização das quinze necessidades humanas básicas segundo Virgínia Henderson. Segue-se a avaliação do estado mental nas suas dimensões: aspecto, atitude e actividade motora, humor e emoções, discurso e linguagem, pensamento e percepção, orientação e cognição, insight e juízo crítico.

No capítulo 4 procedemos a uma caracterização da Doença de Hodgkin e da Depressão, no que concerne à etiologia, epidemiologia, subtipos, sintomatologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico. O enquadramento teórico do Modelo de Sistemas de Betty Neuman, remete para o capítulo 6, logo seguido do capítulo em que são identificados os elementos stressores segundo a mesma autora.

O capítulo 8 retrata as restantes fases do processo de enfermagem como a apreciação dos dados, o levantamento de problemas e planificação dos cuidados. Recorrendo à terminologia CIPE® versão 1 (2006), enunciamos aqueles que foram identificados como os principais diagnósticos de enfermagem, os respectivos objectivos a atingir, as intervenções a desenvolver, bem como as avaliações que fomos progressivamente realizando. Terminamos com breves considerações gerais e referências bibliográficas.

1 - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1.1 - Identificação

CV, nascido a 20 de Novembro de 1989 em Lisboa, 19 anos, raça negra, solteiro, sem filhos. Nacionalidade portuguesa com residência na localidade de Serra das Minas em Rio de Mouro. Abandonou os estudos e possui o 11º ano de escolaridade. Reside em casa dos pais e não desempenha qualquer actividade profissional.

1.2 - Motivo do acompanhamento

A 1/10/2009 a mãe de CV, recorre ao Centro de Saúde de Rio de Mouro (CSRM) por o filho de 19 anos, com antecedentes de Doença de Hodgkin, se encontrar sem sair de casa há cerca de 15 dias, fechado no quarto sem vontade para nada, passando os últimos oito dias na cama, sem falar muito. Com diminuição acentuada do apetite, alimentando-se em pequena quantidade e com insistência. Refere que nos últimos dias o CV tem tossido e parece-lhe com alguma temperatura e que recusa ir ao médico.

1.3 - História pessoal e actual

Segundo a mãe, a infância do CV decorreu aparentemente sem alterações, sendo descrito como uma criança sociável. O desempenho escolar foi suficiente até aos 15 anos, altura em que começam os primeiros sinais e sintomas da doença, acabando por aos 16 ser lhe diagnosticado Doença de Hodgkin. Deixa a escola com o 11º ano e até ao momento nunca trabalhou.

Segundo a informação disponível, durante a infância apenas há a registar anemia aos 5 anos. Em 2004 (15 anos) é observado pelo médico de família e são detectadas adenopatias cervicais. Acaba por desistir do futebol e em 2005 apresenta também gânglios palpáveis na região sub-maxilar direita com aproximadamente 1 cm. São realizados um conjunto de exames auxiliares de diagnóstico e pedido consulta de cirurgia para o HFF por novo nódulo cervical, tendo a 30/10/2006, já com 16 anos, sido confirmado o

diagnosticado de Doença de Hodgkin pós biópsia. A partir de então passa a ser seguido pelo Dr. FG, hematologista, no HFF.

A mãe refere que a família esteve sempre muito envolvida em todo o processo e que sempre que o CV ia realizar uma sessão de tratamento, consulta ou exame ia acompanhado por um membro da família (mãe, irmãs ou madrinha).

Na altura cumpriu com sucesso todo o programa de quimioterapia, não faltando aos exames ou consultas. Aparentemente O CV demonstrava um comportamento de adaptação face à doença. Contudo, depois de terminado os tratamentos o CV começou a faltar às consultas de seguimento e a alguns exames. Segundo informação do Dr. FG uma vez faltava às consultas, outras não trazia os exames necessários e noutros casos acabava por não realizar os próprios exames.

A equipa chega a levantar a possibilidade de apoio psicológico para o CV, mas ele acaba por não aderir. É ainda identificada uma relação de conflito com o pai e que, segundo o Dr. FG, explicava em parte o comportamento do CV. Esta situação acaba por ser confirmada pela mãe.

Posteriormente a mãe percebe que a situação de doença do CV era desconhecida para muitos daqueles que ela considerava serem os amigos mais próximos do filho.

O isolamento vai-se instalando de forma progressiva. Acaba por desistir dos estudos, diminui as saídas com os amigos e abandona as aulas de condução, algo que a mãe tinha oferecido ao CV e que ele inicialmente queria bastante. Começa a permanecer grande parte do tempo no quarto, dormindo grande parte do dia, acordando tarde e passando parte da noite ao computador. Diminui o apetide e consequentemente o peso. Responde por quase monossílabos às interpelações da família mostrando-se irritado quando estes são mais insistentes. Evita alguns momentos de maior interacção no seio da família, como as horas de refeição.

Toda esta situação deixa a mãe do CV muito angustiada, que contacta o Dr. FG e que se disponibiliza a recebe-lo em consulta. Contudo, ele não comparece. Por fim recorre ao CSRM a pedir ajuda.

Desconhecem-se alergias ou qualquer outro quadro de patologia orgânica relevante para além da doença actual, bem como cirurgias anteriores. Nega hábitos tabágicos, consumo abusivo de álcool ou de substâncias psicoactivas

ilícitas.

1.4 - História Familiar e Genograma[1]

O CV é o terceiro filho de uma fratria de três por parte da mãe e do pai e o quinto filho de uma fratria de cinco por parte da mãe. Ou seja, tem duas irmãs mais velhas do primeiro casamento da mãe.

A pessoa de referência é a mãe e presentemente o agregado familiar é composto pelo pai (DVM), pela mãe(LV) e pelo irmão (SV). A irmã mais nova (EV), deixou recentemente o lar tendo ido estudar e trabalhar para Londres. Em relação às outras duas irmãs, a mais velha é casada e reside com a família em França e a outra reside na mesma localidade que o CV. Vive maritalmente e é mãe de duas meninas.

LV, sexo feminino, mãe, 50 anos, nascida a 29 de Novembro de 1958, em Cabo Verde. A residir em Portugal desde 1984, com nacionalidade portuguesa. Com 5 filhos, a AR de 32 anos que reside em França e a SR de 30 anos que reside em Rio de Mouro, fruto do primeiro relacionamento/casamento. Casada desde 1985 com DVM do qual tem mais três filhos: o SV de 24 anos, a EV de 22 anos e o CV de 19 anos. Teve o primeiro filho aos 16 anos e os partos foram todos de termos e eutocicos, optando pela laqueação de trompas após o nascimento do último filho. Não sabe ler nem escrever e é empregada doméstica. Relação matrimonial conflituosa, com história de agressões físicas e verbais por parte do marido que aparentemente se remetem ao passado. Dos antecedentes há a registar HBC (+) e meningioma parieto-occipital esquerdo, diagnosticado em 2001 tendo sido sujeita a cirurgia no Hospital de São José que decorreu sem intercorrências. Em 2002 após internamento de 1 mês no HFF, por cansaço fácil e palpitações é lhe diagnosticado pericardite/miocardite com derrame pericárdico e tuberculose pleural com derrame. Foi seguida no Centro de Doenças Pulmonares (CDP) de Sintra, tendo cumprido esquema terapêutico

[1] O Genograma é um componente essencial para a avaliação familiar, expondo informação familiar pertinente sob a forma de uma árvore que mostra os membros da família e as suas relações durante, pelo menos, três gerações e que proporciona uma rápida percepção das relações familiares e constitui uma fonte de informação sobre o tamanho da família, idade e sexo dos membros.. Permite mostrar a história familiar e fornece informação a partir da qual podemos planear intervenções de Enfermagem (Rocha et al., 2005).

anti-bacilar, com remissão do quadro. Em 2003 inicia seguimento em psiquiatria por queixas de ansiedade, dificuldade em dormir e sintomatologia de depressão. É medicada com Fluoxetina (1+0+0), Sedoxil ($\frac{1}{2}$+$\frac{1}{2}$+1), Tercian gotas ao deitar e Unisedil SOS, mantendo terapêutica psiquiátrica desde então. Em 2006 é submetida a cirurgia plástica do 3º dedo da mão esquerda. Sem história de consumo abusivo de álcool ou substâncias psicoactivas ilícitas.

DVM, sexo masculino, pai, 53 anos, nascido a 12 de Fevereiro de 1956 em Cabo Verde. A residir em Portugal desde 1980. Com três filhos, o CV de 19 anos, a EV de 22 anos e o SV de 24 anos, todos frutos do casamento com LV. Não tem casamentos anteriores filhos de outros relacionamentos. Possui o 6º ano de escolaridade. Já foi empregado fabril, mas no presente é motorista de pesados. Tem antecedentes de hábitos tabágicos e consumo abusivo de álcool. Há também a registar história de alcoolismo da mãe que morreu de ascite.

EV, sexo feminino, irmã, 22 anos, nascida a 16 de Agosto de 1987 em Lisboa, solteira. Tem o 11º ano de escolaridade. Em 2002, com 15 anos iniciou seguimento em pedopsiquiatria onde se manteve até aos 17 anos altura em que refere "*sentia-me bem*" (sic). Recentemente foi viver para Londres para trabalhar e estudar. Sem história de consumo abusivo de álcool ou substâncias psicoactivas ilícitas.

SV, sexo masculino, irmão, 24 anos, nascido a 13 de Outubro de 1985 em Lisboa, solteiro. Tem o 9º ano de escolaridade e é motorista de pesados como o pai. Teve meningite aos 2 anos, do qual parece ter resultado alguns défices o que motivou o acompanhamento em consulta de pedopsiquiatria/psicologia até aos 18 anos. Segundo a mãe o SV apresentava "*manias diferentes das outras crianças*" (sic) e algumas dificuldades de aprendizagem, com mau aproveitamento escolar (reprovações frequentes). Contudo, a mãe refere que "*afinal ele não gostava era de estudar aquela matéria, porque o exame de condução ele fez e passou logo à primeira*". Como antecedentes há ainda a referir faringites frequentes, hérnia inguinal (1986), varicela (1988) e Sinus Pilonidalis (2007) ao qual foi operado no HFF. Praticou no passado natação e musculação. Desconhece-se história de consumo abusivo de álcool ou substâncias psicoactivas ilícitas.

SR, sexo feminino, 30 anos, nascida a 12 de Março de 1979 em Cabo Verde, irmã por parte da mãe (2ª filha do primeiro casamento da mãe ainda em Cabo Verde). A viver maritalmente desde 2001, altura em que no CSRM inicia consulta de planeamento familiar e anti-contraceptivos orais. Mãe de

duas meninas, reside num apartamento perto. Em termos de antecedentes pessoais, há a registar: obstipação crónica; alergia à lixívia tendo sido acompanhada em dermatologia (1993); desnível das cristas ilíacas e dos ilíacos trocantéricos (1996), tendo promovida a prática de natação; tuberculose Pulmonar em 2000, sendo seguida no CDP de Sintra e tendo cumprido esquema terapêutico anti-bacilar, com remissão do quadro; Perturbação da Ansiedade (2002) por problemas familiares, medicada e acompanhada pelo médico de família. Desconhece-se história de consumo abusivo de álcool ou substâncias psicoactivas ilícitas.

AR, sexo feminino, 32 anos, nascida a 2 de Julho de 1977 em Cabo Verde. È a irmã mais velha e é 1ª filha do primeiro casamento da mãe ainda em Cabo Verde. É casada, reside em França e tem três filhos, duas meninas e um rapaz. Como antecedentes apenas se conhece obesidade. Desconhece-se história de consumo abusivo de álcool ou substâncias psicoactivas ilícitas.

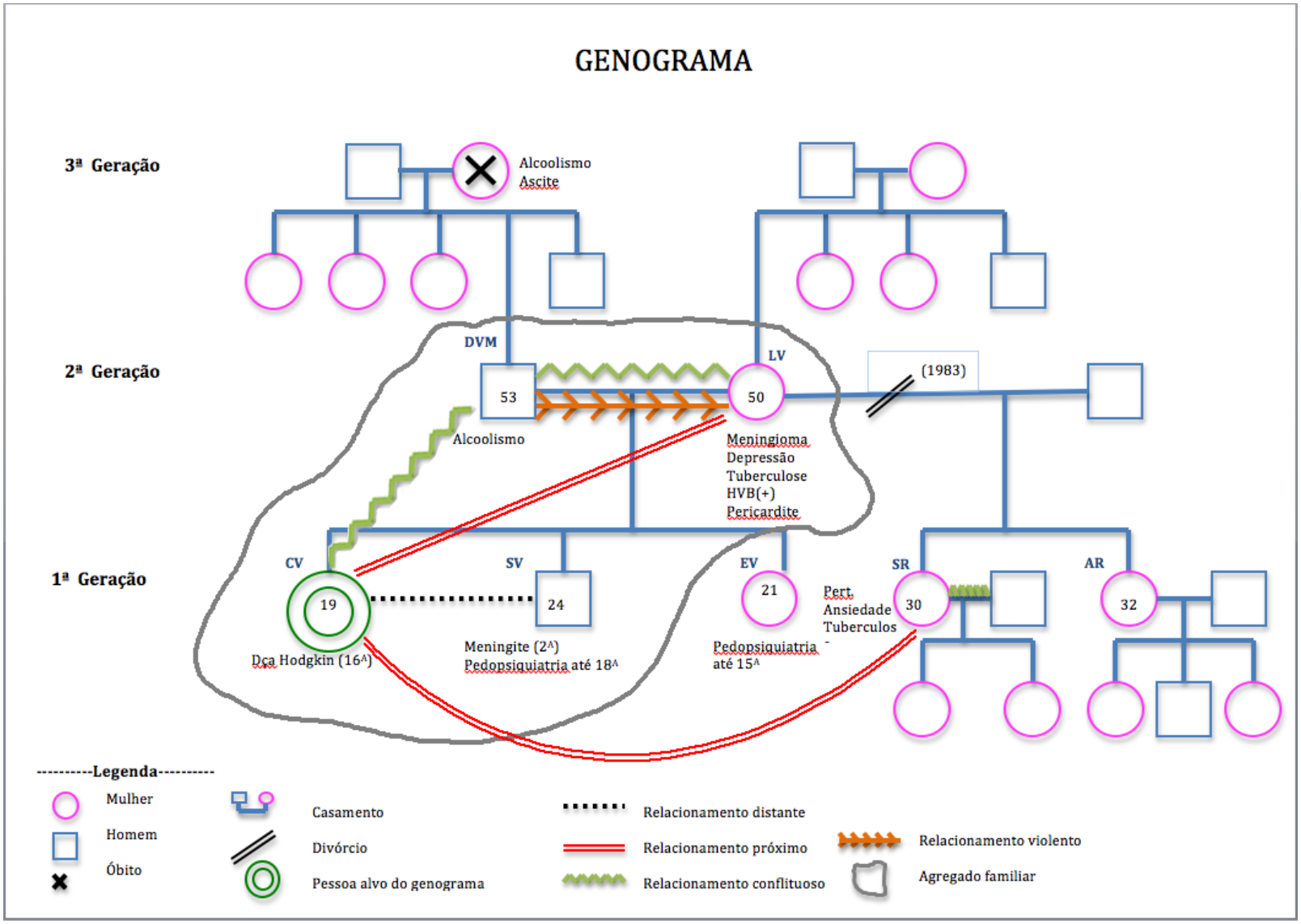
A família habita no 8º andar (mas sem elevador a uso) num apartamento de 4 assoalhadas, na localidade de Serra das Minas em Rio de Mouro, concelho de Sintra. Com água canalizada e electricidade, observando-se aparentemente boas condições de limpeza.

Há a destacar como aspecto positivo o bom relacionamento afectivo entre o CV e a mãe, acrescentando ainda também uma relação relativamente próxima com a irmã SR de 30 anos que reside próximo, a quem o CV visita com alguma regularidade indo por diversas vezes fazer comer. A relação com o irmão é no presente mais distante, mas que a mãe atribui a desentendimentos típicos dos irmãos muitas vezes relacionadas com a partilha de espaços e objectos (dormem no mesmo quarto). A relação com o pai também parece ser um pouco distante e há a referir história de conflitualidade. Esta última informação foi confirmada pelo Dr. Fernando Gomes, médico oncologista que segue o CV no HFF que referiu este foi um dos problemas da dinâmica familiar que tinham um impacto negativo sobre o CV e que a própria mãe acabou por confirmar. Contudo, connosco este assunto nunca foi levantado pela mãe em todos os contactos estabelecidos.

Podemos ainda afirmar que esta é uma família nuclear que já iniciou a emancipação dos seus filhos, embora não totalmente uma vez que dois ainda permanecem no lar paterno, sendo que um estando desempregado ainda depende financeiramente dos pais (o CV).

Destaca-se portanto um certo número de elementos stressores potenciadores de disfunção familiar. São eles: baixo rendimento, baixo nível

de escolaridade, doença mental, doença oncológica, conflitos matrimoniais, violência domestica, alcoolismo, tensão do papel do cuidador e desemprego.


GENOGRAMA
3ª Geração
2ª Geração
1ª Geração
Alcoolismo
Ascite
DVM
LV
53
50
(1983)
Alcoolismo
Meningioma
Depressão
Tuberculose
HVB(+)
Pericardite
CV
SV
EV
SR
AR
19
24
21
30
32
Pert.
Ansiedade
Tuberculos
Dça Hodgkin (16A)
Meningite (2A)
Pedopsiquiatria até 18A
Pedopsiquiatria até 15A
----------Legenda----------
Mulher
Homem
Óbito
Casamento
Divórcio
Pessoa alvo do genograma
Relacionamento distante
Relacionamento próximo
Relacionamento conflituoso
Relacionamento violento
Agregado familiar

2 - DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL SEGUNDO ERIKSON

As mudanças no desenvolvimento que ocorrem ao longo da vida podem segundo Erik Erickson (1963) ser divididas em oito fases de desenvolvimento psicossocial, tendo em conta os aspectos biológicos e sociais. São elas (Townsend, 2002):

- Confiança *versus* Desconfiança (do nascimento aos 18 meses)
- Autonomia *versus* Vergonha e Dúvida (dos 18 meses aos 3 anos)
- Iniciativa *versus* Culpa (dos 3 aos 6 anos)
- Competência *versus* Inferioridade (dos 6 aos 12 anos)
- Identidade *versus* Confusão de Papeis (dos 12 aos 18 anos)
- Intimidade *versus* Isolamento (dos 18 aos 30 anos)
- Produtividade *versus* Estagnação (dos 30 aos 65 anos)
- Integridade do Ego *versus* Desespero (dos 65 anos à morte)

A passagem por cada uma destas fases requer a resolução de uma crise/conflito. Segundo a **teoria do desenvolvimento psicossocial de Erickson**, cada fase é representada por aspectos positivos e negativos da crise, ainda que cada crise nunca se resolva totalmente. A vida torna-se cada vez mais complicada à medida que cada Pessoa se desenvolve, necessitando de resolver cada fase da melhor forma para que possa estar o mais apto possível para lidar com as exigências da próxima fase de desenvolvimento (Feldman, 2001:67).

Por questões de ordem prática decidimos abordar apenas duas das oito fases enunciadas pelo autor, isto é Identidade *versus* Confusão de Papeis e Intimidade *versus* Isolamento por corresponderem ao período da vida do CV (adolescência e inicio da vida adulta) em que se iniciam e se desenvolvem as situações de problema identificadas.

2.1 - Identidade *versus* Confusão de Papeis (12 aos 18 anos)

Nesta fase a construção da identidade é a tarefa fundamental. Identidade que se constrói através da experimentação de vários papeis, o que vai permitir ao adolescente reconhecer-se como pessoa única e distinta dos outros. Se não conseguir definir os papeis que pode ou quer desempenhar, experimenta uma confusão de identidade de papeis. A identidade realizada/adquirida é obtida precisamente no final da adolescência. Durante esse período, o indivíduo deve emancipar-se de seus pais, não apenas fisicamente, mas também emocionalmente, estabelecendo para si mesmo o próprio senso de identidade. Isso exige a tomada de muitas decisões, envolvendo os papeis familiares, ocupacionais e sociais. Obviamente o adolescente é fortemente influenciado pelas normas e valores de sua família, enquanto luta para tomar essas decisões. Entretanto, para que domine com sucesso esta fase, deve aceitar essas normas e valores como seus ou rejeitá-los e estabelecer novas orientações para si.

A tarefa básica do adolescente é então desenvolver um ego que integre as experiências e aprendizagens anteriores, de modo a desenvolver um senso de continuidade e igualdade na sua vida. O fracasso no domínio desse estágio resulta num senso difuso e fragmentado do "EU", sendo que o aspecto mais problemático é, frequentemente, a mudança entre uma orientação adulta e infantil (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

Segundo as informações que conseguimos apurar junto da mãe do CV, a adolescência decorreu sem intercorrências até aos 16 anos, altura em que foi-lhe diagnosticado Linfoma de Hodgkin. Para a mãe do CV "*foi uma altura muito difícil para toda a família (…) ninguém estava à espera que tal acontecesse (…) não foi nada fácil*". Depois de terminados os tratamentos oncológicos com sucesso o CV começou a isolar-se "*era muito sociável, começou a isolar-se, falava pouco e nunca quis falar sobre a doença*" (sic).

Quando tentamos abordar esta questão com o CV este mostrou-se pouco colaborante, recusando falar.

Em relação aos estudos a mãe refere que "*este acontecimento tê-lo-á influenciado psicologicamente e ele abandonou os estudos*" (sic)

2.2 - Intimidade Versus Isolamento (18 aos 30 anos)

Nesta fase de desenvolvimento, que corresponde à idade adulta jovem, observa-se a necessidade do indivíduo continuar a tomar decisões sobre aspectos importantes da sua vida, tais como escolher um parceiro com o qual possa viver intimamente tanto física quanto emocionalmente. A capacidade para desenvolver e manter um relacionamento íntimo com um adulto do sexo oposto depende grandemente do domínio satisfatório das tarefas de desenvolvimento anteriores e leva à formação de um ambiente familiar seguro e harmonioso no qual os filhos possam ser criados. A aceitação do papel de pai/mãe e a responsabilidade para criar os filhos, protegê-los e ampará-los é essencial quando se deseja perpetuar a cultura.

Obviamente a capacidade do indivíduo para obter sucesso nessas actividades é determinada, em grande parte, pelas experiências aquando criança. Salienta-se a importância da construção de uma vida profissional durante esta fase. Assim, a aceitação das responsabilidades familiares exige que o adulto jovem seja razoavelmente efectivo no desempenho de algum aspecto de sua vida profissional. Se a tarefa de desenvolvimento de intimidade e suas responsabilidades inerentes não é conquistada, o adulto jovem tende a desenvolver um senso de isolamento emocional, tendo a sensação de que "não se encaixa" (Feldman, 2001).

Em relação ao CV verifica-se que abandonou "*a escola e o futebol e passa grande parte do tempo em casa ora deitado ora no PC a ver e-mails.*" (sic). Desconhecem-se qualquer tipo de namoradas ou relacionamentos afectivos mesmo que pouco duradouros. Mesmo em relação à rede de amigos, o isolamento progressivo fez com que esta rede diminuísse de forma significativa. Segundo a mãe "*eles foram deixando de aparecer... antigamente ele saía com os amigos e eles vinham cá a casa, mas agora já cá não vem ninguém... há pouco tempo encontrei um dos amigos na rua e pedi-lhe para vir visitar o CV*" (sic).

Há cerca de 2 semanas, o CV iniciou quadro de isolamento, respostas monossilábicas, anedonia e recusa em sair da cama, o que levou a mãe a concluir que o filho necessitava de ajuda. Tentou levá-lo a uma consulta de Psicologia, mas este recusou.

3 - AVALIAÇÃO INICIAL POR NECESSIDADE HUMANAS BÁSICAS

3.1 - Respiração e circulação

À data da avaliação (6/10/2009) eupneico, respiração toraco-abdominal e regular. Sem antecedentes pessoais de patologias respiratórias. Não foi avaliada a tensão arterial e frequência cardíaca por o CV se encontrar pouco receptivo à presença dos técnicos.

3.2 - Manter a temperatura corporal

À data da observação, apirético. Contudo, segundo informação da mãe, durante a última semana o CV pareceu-lhe sub-febril mas não chegando a avaliar a temperatura corporal ou a realizar qualquer registo. Refere que este quadro reverteu espontaneamente. Sem edemas, pele e mucosas coradas e hidratadas. Integridade cutânea mantida.

3.3 - Comer e beber

O CV iniciou quadro de perda de apetite com consequente perda de peso que a mãe não sabe precisar. A perda de peso foi ainda confirmada por amigo e vizinha. A mãe refere que tem feito comidas que sabe que ele gosta mas ainda assim come apenas um pouco "*é só petiscar... prova um pouco e mais nada... acaba por ter que ir para o lixo*".

Em termos de ingestão hídrica, a mãe refere que é algo que o CV ainda faz de melhor pois costuma deixar-lhe sumo de laranja que ele vai bebendo ao longo do dia, embora a ingestão de líquidos pareça ser inferior a 1litro diário.

Não há registo de qualquer tipo de alergia ou intolerância alimentar.

3.4 - Eliminação

Não há referência a alterações ao padrão de eliminação intestinal e vesical.

3.5 - Dormir e repousar

No presente com alteração do padrão habitual de sono. Passa grande parte do dia deitado, levantando-se apenas cerca das 16-17H, ocupando o restante tempo ao computador. Segundo informação fornecida pela mãe, permanece ao computador por longas horas durante a noite, acabando também por se deitar tarde muito tarde.

Aparentemente apresenta sono não reparador, com hipersónia. Presentemente não faz qualquer terapêutica para o efeito.

3.6 - Movimentar-se

Sem problemas ao nível da locomoção. No presente não pratica qualquer tipo de exercício físico, mesmo que de forma esporádica. Contudo, desde o último mês quase não sai para o exterior, passando quase todo o tempo no quarto alternando longos períodos deitado na cama com outros sentado ao computador.

3.7 - Comunicar

Segundo a mãe, a infância do CV decorreu aparentemente sem alterações, sendo descrito como uma criança sociável.

Presentemente contacto reservado, responde por quase monossílabos com os familiares mostrando irritabilidade perante insistência de diálogo ou questionamento do seu comportamento. Impaciência. Evita o contacto visual. Mesmo em casa acaba por evitar as situações de maior interacção com a família, como por exemplo as refeições em conjunto.

Diminuição dos contactos sociais com o exterior, observando-se uma progressiva diminuição da rede de amigos, alguns dos quais nunca tiveram conhecimento da própria doença do CV mesmo aqueles que aparentemente a

mãe considerava como amigos relativamente próximos. Com outros mantém contacto mas apenas por e-mail.

A quando da realização da visita domiciliar (6/10/2009) revela atitude distante e desinteressada, negativista, evita contacto visual com os técnicos mantendo-se deitado e com o rosto virado para o lado contrário.

Audição e visão mantidas.

3.8 - Vestir-se e despir-se

Autónomo na satisfação da AVD. Contudo, revela desinteresse na auto-imagem.

3.9 - Higiene pessoal

Autónoma, mas a mãe refere que a barba está grande e pensa que o CV não tem tomado banho diariamente, como fazia anteriormente.

3.10 - Agir segundo as suas crenças e valores

Não professa nenhuma religião, nem está associado a nenhum grupo. Não há referência a um sentido de espiritualidade.

3.11 - Ocupar-se com vista a realizar-se

Tem o 11º ano de escolaridade, abandonou a escola e até ao momento não trabalha. Tem faltado às aulas de condução. Não verbaliza projectos para o futuro.

Diminuição dos contactos sociais com isolamento em casa, saindo do quarto apenas por breves períodos evitando situações de maior interacção com a família como por exemplo as refeições.

3.12 - Recrear-se

No passado ocupava os tempos livres com saídas com os amigos e gostava de jogar futebol, contudo com o início da Doença de Hodgkin acaba por desistir.

Progressivamente foi diminuindo as saídas com os amigos que começaram aos poucos por se afastar. Não sai de casa nos últimos quinze dias e ocupa o tempo ou a dormir ou ao computador.

3.13 - Aprender

O desempenho escolar foi suficiente até aos 15 anos, altura em que começam os primeiros sinais e sintomas da doença, acabando por aos 16 ser lhe diagnosticado Doença de Hodgkin. Deixa a escola com o 11º ano e até ao momento nunca trabalhou.

Tinha iniciado aulas de condução que a mãe já pago, também acabou por não comparecer mais.

3.14 - Segurança

Independente nas satisfação das AVD's. Desconhece-se alergias a fármacos e alimentos. Sem história de hábitos tabágicos, álcool e consumo de substâncias psicoactivas ilícitas.

A 30/10/2006, já com 16 anos, foi-lhe diagnosticado Doença de Hodgkin pós biopsia, tendo colaborado e cumprido a quimioterapia e consultas até ao fim do plano terapêutico. Desde então o comportamento de adesão alterou-se de modo significativo, comparecendo de forma muito irregular, faltando aos exames de rotina ou às consultas de seguimento, não trazendo os exames necessários, etc.., acabando por abandonar na totalidade. No presente não demonstra juízo crítico para a situação, uma vez que não reconhece a necessidade de vigilância médica regular e tem rejeitado toda a ajuda disponibilizada.

Esta situação deixa a mãe do CV muito angustiada, referindo que "*parece ter desistido... rendeu-se à doença...*" (sic). Verbaliza algum receio de que o filho possa atentar contra a própria vida embora este nunca tenha

verbalizado ideias de morte ou tenha evidenciado comportamento ou sinais de auto-agressão. Mãe verbaliza dificuldade nos cuidados ao filho e apreensão quanto ao futuro.

Identificam-se ainda um certo número de elementos stressores potenciadores de disfunção familiar. São eles: baixo rendimento, baixo nível de escolaridade, doença mental, doença oncológica, conflitos matrimoniais, violência domestica, alcoolismo, tensão do papel do cuidador e desemprego.

3.15 - Sexualidade

A mãe desconhece qualquer relacionamento afectivo mais significativo desde o início da doença (16 anos).

4 - AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

4.1 - Aspecto, atitude e actividade motora

O CV é de raça negra e de estatura média alta. A idade aparente coincide com a real e apresenta vestuário adequado à estação do ano e aparentemente com higiene mantida. Postura normal, sem aparente alterações motoras.

Atitude distante e desinteressada, negativista, evita contacto visual com os técnicos mantendo-se deitado e com o rosto virado para o lado contrário. Diminuição do contacto social com isolamento em casa, saindo do quarto apenas por breves períodos evitando situações de maior interacção com a família como por exemplo as refeições. Apresenta diminuição das actividades que anteriormente lhe davam prazer (anedonia).

Denota alguma lentificação psicomotora e diminuição da energia (anergia) permanecendo grande parte do dia deitado. Diminuição do apetite com consequente perda de peso.

4.2 - Humor e emoções

O estado emocional do CV caracteriza-se como sendo melancólico, mas apresentando mobilidade emocional, ou seja, alternando o tipo de expressões consoante as temáticas abordadas. Fácis ou expressão facial congruente com o tipo de emoções manifestadas. Humor deprimido e congruente com os pensamentos.

A mãe refere variação diurna do humor, sendo pior de manhã altura em que o CV lhe parece mais facilmente irritável.

4.3 - Discurso e linguagem

Pouco comunicativo com discurso não espontâneo respondendo apenas por monossílabos e quando estimulado. Contudo, perceptível com volume da

comunicação sereno, mas denotando irritabilidade crescente quando contrariado.

4.4 - Pensamento

No presente não aparenta alterações da forma, fluxo e conteúdo do pensamento. Não se identificam ideias obsessivas ou pensamentos ruminantes.

4.5 - Percepção

Segundo informação fornecida pela mãe não há história nem aparenta apresentar no presente alterações da percepção.

4.6 - Orientação e cognição

Orientado no tempo espaço e pessoa (auto e alopsiquicamente). Vigil e desperto. Com compreensão intacta para situações simples e concretas.

Segundo informação fornecida pela mão, o CV apresenta diminuição da concentração em termos de atenção e concentração apresenta capacidade de se focar e de se manter focado num objecto/tarefa.

Memória longínqua, recente e imediata aparentemente mantidas.

4.7 - Insight e juízo critico

Apresenta insight para a doença, ou seja reconhece a Doença de Hodgkin e a necessidade de tratamento no passado, tendo colaborado e cumprido a quimioterapia e consultas até ao fim do plano terapêutico. Mas desde então o comportamento de adesão alterou-se de modo significativo, comparecendo de forma muito irregular faltando aos exames de rotina ou às consultas de seguimento, não trazendo os exames necessários, etc.., acabando por abandonar na totalidade.

Contudo sem juízo crítico, uma vez que no presente não reconhece a necessidade de ajuda e tem rejeitado todas as propostas oferecidas e disponibilizadas.

Apresenta mecanismos de defesa como a negação (nega a necessidade de vigilância médica regular).

5 – COMPREENDER A DOENÇA DE HODGKIN E DEPRESÃO

5.1 – Doença de Hodgkin

5.1.1 - *Definição*

A doença ou Linfoma de Hodgkin, é uma patologia maligna que tem início no sistema linfático e afecta principalmente os linfonodos (gânglios) do sistema linfático, um conjunto composto por órgãos, tecidos que produzem células responsáveis pela imunidade e vasos que conduzem estas células através do corpo.

A célula maligna da doença de Hodgkin é a célula de Reed-Sternberg, uma célula tumoral gigante atípica morfologicamente especial e de linhagem incerta, sendo esta a principal característica patológica e o critério de diagnóstico essencial da doença (Smeltzer & Bare, 1993).

5.1.2 - *Etiologia e Epidemiologia*

A causa da doença de Hodgkin é desconhecida e a natureza da célula de Reed-Sternberg permanece um enigma (Wyngaarden et all, 1993). É um pouco mais comum nos homens e pode ocorrer em qualquer faixa etária. No entanto, apresenta dois picos de incidência: um aos 20 anos e outro depois dos 50 anos de idade (Smeltzer & Bare, 1993).

A incidência de novos casos permaneceu estável nas últimas cinco décadas, enquanto a mortalidade foi reduzida em mais de 60%, desde o início dos anos 70.

5.1.3 - *Subtipos*

Habitualmente classificada histopatologicamente em quatro subtipos, baseados nos critérios patológicos que reflectem o grau de malignidade e sugerem o prognóstico (Wyngaarden et al., 1993):

- **Predominância linfocitiária**: é o mais favorável e está associado a uma doença precoce em doentes assintomáticos com quadros ganglionares; ocasionalmente nodular.
- **Esclerose nodular**: prognóstico relativamente favorável; geralmente aparece em mulheres jovens, com gânglios supra-diafragmáticos e amiúde há envolvimento do mediastino.
- **Celularidade mista**: geralmente em doentes de meia idade com sintomas sistémicos; doença mais disseminada.
- **Depleção linfocitária**: com o prognóstico menos favorável; geralmente em fase avançada da doença com sintomas sistémicos e comprometimento medular.

5.1.4 – *Factores de Risco*

Pessoas com sistema imunitário comprometido, em consequência de doenças genéticas hereditárias, infecção pelo VIH, uso de drogas imunossupressoras.

5.1.5 - *Sintomatologia*

- **Adenopatia:** a maioria com uma massa indolor e expansiva (linfonodo), mais comum no pescoço, mas ocasionalmente na axila ou região inguino-femural.
- **Febre e sintomas sistémicos**: um quarto a um terço apresenta febre inexplicável persistente e/ou sudorese nocturna; outras queixas associadas são fadiga e perda de peso, sendo estes sinais e sintomas mais comuns em doentes mais velhos; geralmente representam um comprometimento mais disseminado que o doente habitual sem sintomas.
- **Anemia**: leve a moderada pode ser encontrada em doentes com doença disseminada.
- **Prurido**: é outro sintoma sistémico; pode ser brando e localizado, mas geralmente progride e torna-se generalizado.
- **Outros sinais e sintomas**: comprometimento pulmonar, com infiltrado; obstrução da veia cava superior com compressão das vias

aéreas superiores; compressão da medula espinal; comprometimento hepático, renal e ósseo.

5.1.6 - *Diagnóstico*

- Confirmação histológica das células Reed-Sternberg através de biopsia
- Exame físico para revelar todas as áreas de linfoadenopatia, o tamanho do fígado e baço, a sensibilidade óssea e avaliação neurológica.
- História detalhada de febre inexplicável, perda de peso sudorese nocturna e prurido.
- Exames laboratoriais com hemograma completo com contagem de plaquetas, função hepática e função renal.
- Exames radiológicos com radiografia de tórax, linfangiografia e TAC torácico e todo o abdómen.

5.1.7 - *Tratamento*

- **Radioterapia**: o tratamento definitivo apenas com radiação é usualmente a abordagem inicial.
- **Quimioterapia**: em geral, consiste na poliquimioterapia ou quimioterapia combinada, dependendo do estadio da doença; normalmente mais eficaz que a radioterapia nos estágios mais avançados e nos locais extra-ganglionares da doença.
- **Tratamento combinado**: a combinação de irradiação e quimioterapia no tratamento tem sido utilizada com o objectivo de aumentar o índice de cura.

5.1.8 - *Prognóstico*

O prognóstico melhorou dramaticamente durante as últimas décadas e hoje defende-se que a doença de Hodgkin é uma patologia maligna potencialmente curável pela radioterapia e quimioterapia, desde que não

tenha disseminado para alem das cadeias ganglionares, do baço e da oronasofaringe (Wyngaarden et all, 1993).

5.2 - Depressão

5.2.1 - *Definição*

A depressão abrange um conjunto de doenças em que a alteração primária é uma perturbação do humor ou do afecto. Assim sendo, a depressão poderá ser definida como um conjunto de sinais e sintomas, os quais poderão atingir várias áreas, nomeadamente os afectos, o pensamento, a cognição, o comportamento e o próprio organismo o que poderá provocar alterações biológicas.

O termo depressão, em sentido clínico, pode designar tanto o estado actual do humor de certa pessoa como o diagnóstico subjacente. Assim sendo, o primeiro chama-se ***episódio depressivo*** e o segundo ***perturbação depressiva***.

5.2.2 - *Etiologia e epidemiologia*

Trata-se de uma doença muito frequente (entre 10 a 20% dos doentes em geral) e a sua incidência esta a aumentar. Pensa-se que 3 a 5% da população mundial sofre deste problema.

A Depressão é uma doença que fica a dever-se a múltiplos factores: genéticos, somáticos, psíquicos, ambientais.

Género

A depressão é mais comum nas mulheres que nos homens, sendo a prevalência durante a vida cerca de 20% e 10%, respectivamente (Baldwin et all, 2003). Existe também evidência de que as mulheres desenvolvem quadros clínicos mais graves e complexos dado que os homens são mais capazes de superar e esquecer episódios depressivos anteriores.

Idade

Embora a prevalência de sintomas depressivos aumente com a idade, não existe evidência que a doença depressiva major seja mais prevalente entre os idosos. A depressão é mais comum em adolescentes que em crianças mais pequenas, com uma prevalência media de 3-4% (Baldwin et all, 2003).

Contexto Social

A doença depressiva pode afectar qualquer estrato social, embora os sintomas depressivos sejam provavelmente mais frequentes em pessoas socialmente excluídas e economicamente mais desfavorecidas, e aqui, a sua recuperação pode ser mais lenta.

Tipos de Personalidade

Considera-se que certos traços de personalidade podem tornar um indivíduo susceptível a perturbações mentais, para além da depressão. O traço mais predisponente à depressão é a dependência interpessoal indevida (Baldwin et all, 2003), isto é, pessoas que requerem uma excessiva necessidade de reafirmação, apoio e atenção pelas outras pessoas.

Também a baixa de auto-estima, uma personalidade obsessiva, experiencias adversas na infância e padrões negativos de pensamento contra si próprio e aos outros, são factores de risco psicológicos para a depressão.

Outros factores como acontecimentos de vida excessivamente marcantes e indesejáveis como morte, divórcio, desemprego, separação, abuso sexual etc. poderão ser factores predisponentes para o aparecimento da doença.

A Genética

A doença surge com maior frequência em indivíduos que têm antecedentes familiares de depressão. Na depressão major, foi observada uma taxa de concordância de cerca de 50% para os gémeos homozigóticos e de cerca de 10 a 25% para os dizigóticos (Sadock & Sadock, 2007). No entanto, este factor, por si só não é determinante, já que se assim fosse, todos os gémeos monozigóticos seriam atingidos, o que não é o caso (Afonso, 2007).

A Biologia

A depressão pode ser originada como factor secundário ao aparecimento de determinadas doenças físicas (Doenças: Endócrinas, Neurológicas, Infecciosas, Neoplasias, outras), quer ainda á utilização de determinados

fármacos (Corticosteroides, Estrogenios, Antipsicóticos, Bloqueadores B, etc.) (Afonso, 2007).

De referir ainda a importância dos neurotransmissores e a sua possível ligação com a depressão, tais como:

- Serotonina
- Dopamina
- Noradrenalina

A investigação e a resposta de doentes deprimidos ao tratamento antidepressivo, sugerem que existem alterações nos níveis ou funções dos neurotransmissores, no entanto, a evidência não é conclusiva (Baldwin et all, 2003).

5.2.3 - *Sintomatologia*

Nem todos os doentes deprimidos se queixam, ou admitem a existência de baixa de humor. Em vez disso, podem apresentar sintomas cognitivos, comportamentais ou somáticos.

As características essenciais são:

- Humor baixo, sensação subjectiva de estar deprimido. Estar triste.
- Ausência de energia, podendo ser sentida como fadiga ou cansaço.
- Diminuição do prazer e do interesse pela vida (anedonia).
- Baixa de auto-estima
- Falta de atenção e concentração
- Alterações do sono
- Ideias pessimistas quanto ao futuro
- Ideias de culpa ou inutilidade
- Ideias de auto-agressão ou suicídio
- Diminuição do apetite e perda de peso ou mais raramente, aumento do apetite e do peso

Estes sintomas deverão estar presentes durante pelo menos duas semanas, para preencherem os critérios de diagnóstico.

5.2.4 - *Subtipos*

A classificação desta doença nunca foi consensual, no entanto, as classificações mais utilizadas são as do CID 10, propostas pela OMS e a DSM IV, proposta pela Associação Americana de Psiquiatria. Assim sendo, e segundo Afonso (2007), podemos classificar a depressão como:

- **Distimia**: O indivíduo sente-se deprimido, de uma forma ligeira ou moderada, durante grande parte do ano e por um período igual ou superior a dois anos. A auto-estima é baixa, sente dificuldade na concentração e em tomar decisões, falta de energia e cansaço fácil. O seu sono fica perturbado e não é reparador. Sentem muito pessimismo em relação ao futuro.
- **Depressão Grave ou major:** È a forma mais grave da doença. Os sintomas de um episódio depressivo moderado amplificam-se. Existe uma sensação profunda de melancolia. A pessoa já não se interessa pelos prazeres correntes da vida, durante um período pelo menos de duas semanas. A ideação e as intenções suicidas tornam-se muito proeminentes, sendo que estes sintomas estão presentes na maior parte do dia, durante pelo menos duas semanas.
- **Perturbação Bipolar:** A doença assume episódios de exaltação (mania) e de tristeza (depressão) alternados entre si, durante períodos de duração variável. O estado de mania é considerado como pólo oposto ao da depressão. Em vez do pessimismo temos a euforia e a exaltação, hiperactividade, com grande actividade e energia, sem que aja fadiga aparente.

As formas menos graves e mais moderadas de mania são consideradas como **episódios hipomaníacos**, com ausência dos sintomas psicóticos.

- **Perturbação Afectiva Sazonal**: È uma perturbação que ocorre em determinadas épocas do ano. Frequentemente, as pessoas sentem-se deprimidas no Inverno, quando os dias são mais pequenos e mais cinzentos (ausência de luz solar). O humor melhora com a chegada da Primavera.
- **Ciclotimia**: O humor oscila entre a hipomania e a depressão moderada. Os episódios têm uma duração curta (dias a semanas) e alternam entre si frequentemente. Este diagnóstico só poderá ser feito, se o humor sofrer alterações ao longo de pelo menos dois anos.
- **Síndrome disfórico pré-menstrual:** Cerca de 5% das mulheres em idade reprodutiva, referem sintomatologia como irritabilidade, tensão, ansiedade, labilidade emocional, dificuldade na concentração,

falta de energia, cansaço fácil, e alterações do sono. Estes sintomas aparecem na semana antes da menstruação.

- **Depressão pós-parto:** Existem referencias a 50 a 80% das mulheres apresentarem durante as duas primeiras semanas após o parto, sintomas como: cefaleias, irritabilidade, fadiga, confusão, ansiedade, humor deprimido e labilidade emocional com choro fácil. Estes sintomas são na sua maioria temporários e de curta duração. No entanto, este quadro clínico pode evoluir para uma situação de maior gravidade.
- **Depressão psicótica:** Também designada de **Psicose Depressiva,** é a depressão na sua forma mais grave. As preocupações e os pequenos problemas assumem uma intensidade delirante. O doente pensa que está morto, ou que uma parte de si o está. Pode ter alucinações auditivas, sendo que as vozes o amaldiçoam ou dizem-lhe que não vale nada. Existe a lentificação psicomotora em que a pessoa fica imóvel e muda (estupor depressivo). Esta situação pode levar á morte (Harrison, Geddes & Sharpe, 2006).

5.2.5 – *Suicídio*

O suicídio pode ser definido como uma morte auto-infligida (Afonso, 2007). Trata-se de uma das principais causas de morte em todo o mundo, o que implica um grave problema de saúde pública. Segundo o relatório da OMS (2001), suicidam-se por ano cerca de um milhão de pessoas em todo o mundo. Trata-se da segunda causa de morte na Europa em jovens com idades entre os 15 e 34 anos (OMS, 2001), sendo só superados pelos acidentes de viação. Por detrás desta situação, existem vários factores sociais, políticos, religiosos e psiquiátricos (Afonso, 2007), os quais podem contribuir para este fenómeno.
Dentro do contexto do suicídio, existem aqueles que tentam suicidar-se e os que se suicidam, sendo que as tentativas de suicídio ocorrem mais frequentemente em nos jovens do sexo feminino, enquanto que os suicídios são em maior numero no sexo masculino e em idades mais avançadas.
Na maioria dos casos, as tentativas de suicídio são actos «para-suicidas», já que a morte não é verdadeiramente desejada (Afonso, 2007). A tentativa de suicídio surge assim como uma chamada de atenção, podendo ser no entanto, um pedido de ajuda desesperado.
Na prevenção do suicídio, entre outras medidas, o diagnóstico da depressão deverá ser feito precocemente e instituir-se tratamento de imediato.

Deverá reforçar-se a ideia de que não está sozinho, de que terá ajuda e o seu sofrimento terá fim.

5.2.6 - *Diagnóstico*

O diagnóstico é feito pelo conjunto de sinais e sintomas que o doente apresenta, pela história como esses sintomas foram surgindo e a sua duração temporal. Não há nenhum exame que diagnostique a depressão, depende exclusivamente dos conhecimentos e da experiência do médico e tendo como orientação o **DSM-IV** e o **CID-10**.

5.2.7 – *Tratamento*

A escolha do tratamento deverá ser personalizada, após observação do ponto de vista físico e mental. No entanto, existem duas formas de abordagem terapêutica: a biológica e a psicológica, que não se deve excluir entre si e podem até ser complementares.

Biológico

O tratamento de primeira linha de um episódio depressivo de gravidade moderada é um **antidepressivo**. Estes, são classificados em função do seu mecanismo de acção farmacológica. Existem por vezes, a necessidade de associação de **ansiolíticos** (benzodiazepinas) para reduzir a ansiedade ou tratar a insónia. Este tipo de fármaco é usado por um curto período de tempo, devido ao risco de habituação. Existem também os **estabilizadores do humor** (ex: carbonato de lítio, carbamazepina, valproáto de sódio, etc.), muito usados na perturbação bipolar; e os **neurolépticos** (ex: risperidona, olanzapina, haloperidol, etc.), usados na depressão quando esta apresenta sintomas psicóticos.

A escolha dos antidepressivos irá ser condicionada segundo o perfil de eficácia clínica, a segurança e tolerância do medicamento (Afonso, 2007). O período de tratamento preconizado com terapêutica antidepressiva, é habitualmente um prazo mínimo de 6 meses.

Psicológico

Recorre-se ao uso das psicoterapias, em casos de doentes ligeiramente deprimidos em que podem ser ajudados com simples apoio e instrução em

técnicas cognitivas, comportamentais ou de resolução de problemas. As psicoterapias são consideradas como uma forma de tratamento através de meios psicológicos, assente numa relação terapêutica e centralizada na problemática do doente, visando a compreensão e o alívio do sofrimento psíquico.

O uso da terapia cognitivo-comportamental é uma alternativa eficaz aos anti-depressivos nas perturbações ligeiras e moderadas (Harrison et all, 2003).

Electroconvulsivoterapia

As indicações para este tipo de tratamento, são habitualmente depressões resistentes ao tratamento farmacológico, depressões associadas a sintomas psicóticos ou caso de risco de suicídio acentuado, tornando-se necessário melhorar rapidamente o doente. Os doentes podem efectuar sessões de ECT's sem estarem internados.

Os efeitos secundários mais frequentes são a alteração da memoria, estados confusionais, náuseas e dores musculares. Estes sintomas são transitórios e de pouca gravidade.

Fototerapia

É uma técnica terapêutica que recorre á utilização de luz artificial. Destina-se a doentes que sofre de perturbação afectiva sazonal ou com agravamento da sua depressão durante o Outono/Inverno.

Existe a exposição á luz artificial, sendo realizadas sessões durante o período de manha, com exposição de uma a quatro horas. Ocorrem melhorias do humor ao fim de dois a cinco dias de tratamento (Afonso, 2007).

5.2.8 – *Evolução*

Em alguns casos o episódio depressivo será ultrapassado por completo e não voltará a ocorrer mas, noutros casos poderão surgir com o tempo novos episódios em que terão ou não a recuperação total dos sintomas.

Segundo Afonso (2007), apesar de a maioria dos casos responder favoravelmente aos tratamentos adoptados para a depressão, pensa-se que 20% a 35% dos doentes que sofrem um episódio depressivo não chegam a ter a remissão total dos sintomas.

5.2.9 –*Prognóstico*

A depressão pode adquirir contornos de doença crónica, muito pela culpa dos doentes dado que não cumprem esquema terapêutico levando a que tenham um tratamento inadequado e um maior número de recaídas da doença.

Nos últimos anos tem aparecido maior oferta terapêutica o que facilita o sucesso no tratamento. Crê-se num aparecimento de novos antidepressivos e de outros tratamentos o que aumenta a esperança para milhões de pessoas em todo o mundo que sofrem o flagelo que é a depressão.

6 - O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

O modelo de sistemas de Betty Neuman (1986) como o próprio nome indica baseia-se na teoria geral dos sistemas e reflecte a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos (Freese, 2004). É um modelo que engloba os cuidados numa perspectiva da pessoa total, cujas partes estão em interacção dinâmica.

Neste contexto, os cuidados de enfermagem são perspectivados tendo em atenção todas as variáveis que têm efeito sobre a resposta da pessoa aos agentes de stress, com o objectivo de os minimizar.

O Modelo de Sistemas de Neuman assenta em quatro conceitos fundamentais: Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem.

A **Pessoa**, neste Modelo, é encarada como um sistema aberto, em interacção constante com o ambiente. Para a autora o conceito de pessoa enquanto cliente/sistema de cliente pode ser um indivíduo, família, grupo, comunidade ou questão social (Freese, 2004). É composta por cinco variáveis constituintes da estrutura básica e que interagem entre si. Estas são de ordem:

- fisiológica, respeitantes ao corpo e ao seu funcionamento;
- psicológica, englobando os processos mentais e relacionais;
- sociocultural, remetendo para as questões dos papeis e estatutos da pessoa;
- de desenvolvimento das fases do ciclo de vida;
- espiritual, nomeadamente na importância dos Sistemas de crenças na vida da pessoa (Neuman, 1995).

Esquematicamente esta é representada por uma estrutura básica, constituída pelas variáveis já descritas, mas também por factores básicos comuns a todos os organismos, estrutura genética e do ego bem como capacidade cognitiva, rodeada por linhas concêntricas.

Estas linhas constituem três mecanismos de protecção da estrutura básica e da integridade do Cliente enquanto Sistema. São elas: **linha flexível de**

defesa, **linha normal de defesa** e **linhas de resistência** (Neuman, 1995).

A Linha Flexível de Defesa *"previne em condições ideais a invasão por factores de stress do Sistema do Cliente, mantendo-o livre das reacções a stressores ou sintomatologia"* (Neuman 1995, p. 27). Funciona como um *pára-choques* do estado de equilíbrio do Cliente.

A Linha Normal de Defesa representa o segundo mecanismo de protecção do Cliente, e segundo Neuman (1995) consiste no resultado do ajustamento das variáveis do Cliente aos factores de stress a que é sujeito. Finalmente as Linhas de Resistência, as mais interiores, são activadas involuntariamente, quando um factor de stress invade a linha normal de defesa, procurando estabilizar o Sistema. Se estas não funcionarem pode ocorrer a morte.

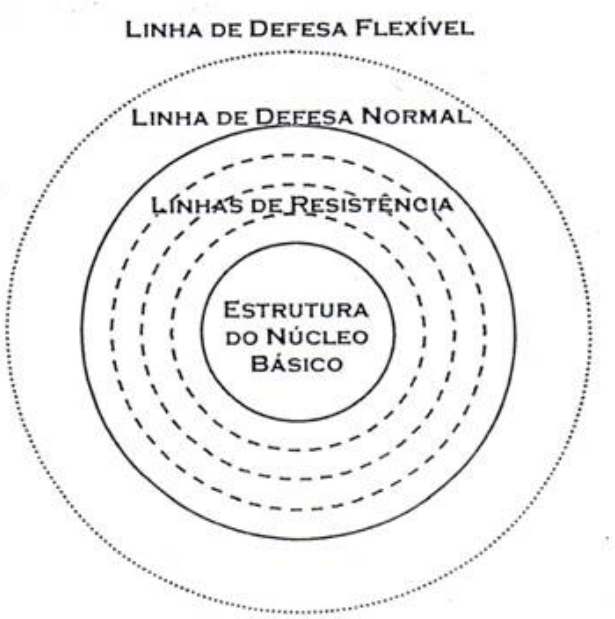


Figura 1- O modelo de sistemas de Betty Neuman
(a pessoa enquanto sistema)

A capacidade de resistência é determinada pelas cinco variáveis do Cliente (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais), bem como pelo contexto do Cliente, recursos próprios e pela percepção do mesmo face aos factores de stress. Devem ainda ser considerados o tempo de contacto, natureza e intensidade dos factores de stress.

A noção de **stressores** é também muito utilizada ao longo do Modelo de Neuman. Estes são fenómenos que podem penetrar na linha flexível ou normal de defesa e produzir tensões. Podem ainda conduzir a resultados

positivos ou negativos. Neuman (1995) definiu três tipos de stressores ambientais:

- **Intra-pessoais**, como emoções e sentimentos do cliente;
- **Inter-pessoais**, como a expectativa do papel do indivíduo;
- **Extra-pessoais**, como problemas financeiros ou no trabalho.

A noção de **Ambiente** é também fundamental no Modelo da autora, pois o Cliente/Sistema Cliente encontra-se em permanente interacção com o mesmo. Este é definido como *"todos os factores internos e externos ou influências que circundam o Cliente Sistema"* (Neuman, 1995:30). A autora classifica ainda o Ambiente como **Interno** (forças interactivas do Cliente), **Externo** (forças interactivas externas ao Cliente) e **Criado**. Introduz esta nova noção de Ambiente Criado como algo subconsciente, desenvolvido pelo Cliente como expressão simbólica da totalidade do Sistema (Freese, 2004). Este é mobilizado no sentido dos ajustamentos necessários para aumentar ou diminuir o estado de bem-estar (Neuman, 1995).

Este bem-estar referido por Neuman equivale ao conceito tradicional de Saúde segundo o Modelo de Sistemas desenvolvido pela mesma. **A Saúde**, ou estabilidade óptima do Sistema é *"a condição na qual todas as variáveis do Sistema se encontram em harmonia ou equilíbrio com o Cliente/Sistema"* (Fawcet, 1989:176). Segundo esta ordem de ideias, *ilness* ou Doença é para Neuman uma variação no bem-estar, colocando estes dois conceitos (Doença/mal-estar e bem-estar/Saúde) como um continuum entre dois extremos, pois existe um fluxo continuado de energia entre o Cliente e o Meio Ambiente. É da competência do Enfermeiro *"perceber e identificar o nível de bem-estar, em determinado momento, do Cliente-Sistema"* bem como *"os efeitos (potenciais ou reais) dos factores de stress"*. (Francisco *et al*, 1993:11).

A autora define **Enfermagem** como a *"única profissão que se preocupa com todas as variáveis que influenciam a resposta do indivíduo aos stressores"* (Neuman, 1995:33). Esta tem como principal finalidade facilitar ao Cliente o bem-estar óptimo e tão completo quanto possível, o que se consegue ajudando-o a preservar, atingir ou manter a estabilidade do Cliente-Sistema.

As Intervenções de Enfermagem devem assim ser intencionais e dirigidas para os Factores de Stress (reais ou potenciais) que afectam ou podem vir a afectar a harmonia e funcionamento do Cliente-Sistema.

Neuman no seu Modelo definiu ainda um **Processo de Enfermagem** próprio, constituído pelas fases de Diagnóstico, Finalidades de Enfermagem e Resultados de Enfermagem (Freese, 2004).

Com o Diagnóstico de Enfermagem pretende-se colher dados apropriados e necessários, que permitem identificar, avaliar e classificar as interacções dinâmicas entre as variáveis (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais) que compõem o Cliente-Sistema, e a presença real ou potencial, de factores de stress (Neuman, 1995). Os factores de stress que são percepcionados pelo Cliente-Sistema, colhidos através do Guia de Apreciação desenvolvido por Neuman, devem ser articulados com as percepções do prestador de cuidados, com o objectivo de formular um Diagnóstico de Enfermagem compreensivo.

Na etapa denominada Finalidades de Enfermagem há a "*formulação de estratégias de intervenção, visando a continuidade, obtenção e/ou manutenção da estabilidade do Cliente-Sistema*" (Francisco et al, 1993: 12)."*A intervenção deve começar em qualquer momento desde que se suspeite ou identifique a presença de factores de stress*" (Fawcet, 1989: 178).

Neuman definiu assim três níveis de intervenção: Primária (Percepção do risco e as consequências da possível exposição a determinados Factores de Stress, contudo a reacção ao mesmo ainda não ocorreu), Secundária (Mobilização dos recursos internos e externos do Cliente, de modo a seleccionar Estratégias de Intervenção que visam a reconstituição do Sistema) e Terciária (mobilização dos recursos do Cliente para prevenir novas reacções aos stressores ou regressão, de modo a manter o equilíbrio alcançado).

Finalmente nos Resultados de Enfermagem pretende-se avaliar e confirmar a mudança desejada em parceria com o Cliente/Cliente-Sistema ou a reformulação das estratégias de intervenção delineadas na fase anterior (Neuman, 1995).

7 - IDENTIFICAÇÃO DOS ELEMENTOS STRESSORES SEGUNDO NEUMAN

De acordo com o modelo de sistemas de Betty Neuman o enfermeiro para realizar o diagnóstico de enfermagem deve identificar as interacções dinâmicas (fisiológicas, psicológicas, sociculturais, de desenvolvimento e espirituais) que compõem o Cliente-Sistema e a presença real ou potencial de factores de stress intra-pessoais, inter-pessoais e extra-pessoais. A identificação dos factores de stress percepcionados pelo doente (que o próprio/cuidador identificam como causadores das principais dificuldades) devem ser articulados com os factores percepcionados pelo enfermeiro (que vê como causadores das principais dificuldades), com o objectivo de formular um diagnóstico de enfermagem compreensivo.

7.1 - Agentes de stress percepcionados pelo doente e pelo enfermeiro

1. O QUE CONSIDERA SER O SEU PROBLEMA, DIFICULDADE OU PREOCUPAÇÃO MAIS IMPORTANTE?	
PERCEPÇÃO DO DOENTE/CUIDADOR	PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO
A mãe do CV refere sentir-se angustiada por o com antecedentes de Doença de Hodgkin, se encontrar sem sair de casa há cerca de 15 dias, fechado no quarto sem vontade para nada, passando os últimos oito dias na cama, sem falar muito. Com diminuição acentuada do apetite, alimentando-se em pequena quantidade e com insistência e que recusa ir ao médico.	• Dificuldade do CV em aceitar a doença e em integrar de forma consistente o programa terapêutico • Incapacidade do CV de admitir o impacto da doença na própria vida • Coping ineficaz • Stress do cuidador • Alimentação insuficiente com perda de peso • Sinais e sintomas de perturbação depressiva • Risco de descompensação orgânica (Doença de Hodgkin)

2. COMO É QUE ISSO TEM AFECTADO OS SEUS HÁBITOS OU O SEU ESTILO DE VIDA?	
PERCEPÇÃO DO DOENTE/CUIDADOR	PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO
A mãe refere que se sente muito angustiada com a situação, que uma mãe só pode descansar quando o filho está bem. Refere que tem que trabalhar e que não pode ficar todo o dia em casa. Que lhe faz muitas perguntas mas que ele responde só umas palavras e quando insiste ele começa a irritar-se. O irmão com quem divide o quarto também parece começar a ficar saturado da situação pois está quase sempre tudo às escuras e assim não pode utilizar livremente o quarto. Faz a comida que ele mais gosta mas ainda assim ele só como um pouco e o resto acaba por se estragar. Tem receio que algo de mal aconteça ao filho e que ele adoeça novamente. Tem tentado falar com os amigos do CV e pedido para eles o irem visitar. Refere também que o CV abandonou as aulas e também não quer procurar nada para fazer e que esta situação assim também não pode continuar por muito tempo pois ele agora já é um homem e também já não está certo serem os pais a darem-lhe dinheiro para tudo pois eles também não têm muito.	• Diminuição da rede de amigos • Isolamento social • Abandono escolar • Abandono das aulas de condução • Falta de esperança no futuro • Dificuldade de assumir responsabilidades face ao seu papel social e familiar • Risco de conflitualidade com o irmão • Dificuldades financeiras • Necessidade de acompanhamento médico • Passividade

3. ANTERIORMENTE JÁ ALGUMA VEZ TEVE UM PROBLEMA SEMELHANTE? SE SIM, O QUE FOI ESSE PROBLEMA E COMO O RESOLVEU? DEU RESULTADO?	
PERCEPÇÃO DO DOENTE/CUIDADOR	PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO
A mãe refere que ela também já teve vários vários problemas na família mas que mal ou bem sempre conseguiram fazer face à situação, só que agora já não sabe o que fazer. Ela própria já foi operada à cabeça (meningioma), teve tuberculose mais a filha e que agora estão bem, que também é uma pessoa com problema dos nervos (é seguida em psiquiatria). Para a mãe o CV sempre foi muito ajudado pela família, pois nunca foi sozinho aos tratamentos e consultas e que parecia que até estava a lidar bem com a situação, só que agora parece que desistiu e que não	• Risco de descompensação psiquiátrica da mãe – depressão • Vários elementos stressores na família • Dificuldade em lidar com a situação de crise • Rede de suporte social boa • Crise de desenvolvimento (passagem para a idade adulta)

tem esperança no futuro	

4. COMO PREVÊ O FUTURO EM CONSEQUENCIA DA PRESENTE SITUAÇÃO?	
PERCEPÇÃO DO DOENTE/CUIDADOR	PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO
A mãe refere sentir-se angustiada em relação ao futuro, tem receio que algo de mal aconteça ao filho e que ele se entregue à doença ou que esta se agrave. Vê que o filho está desanimado e que não verbaliza projectos para o futuro a curto e a longo prazo.	• Angústia do cuidador • Sem projectos face ao futuro • Risco de auto-agressão • Risco de agravamento do quadro orgânico por ausência de vigilância médica (Doença de Hodgkin)

5. O QUE É QUE ESTÁ A FAZER OU O QUE PODE FAZER PARA SE AJUDAR A SI MESMO?	
PERCEPÇÃO DO DOENTE/CUIDADOR	PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO
Pede ajuda para que o CV comece a comer melhor, que alguém fale com ele para que ele mude de comportamento, que ele aceite ser observado pelo médico oncologista Dr. FG do HFF, que ele comece a sair mais do quarto, a ter novamente interesse pela vida, que ele saia espontaneamente para a rua e que se não quiser voltar a estudar que procure algo para trabalhar	• Fortalecer rede social de apoio • Promover encaminhamento (Dr. FG no HFF) • Promover expressão de sentimentos • Aumentar a sensação de segurança física e psicológica • Resolução rápida do problema • Dificuldade em compreender a crise da adolescência e a entrada na vida adulta

6. O QUE ESPERA QUE OS PRESTADORES DE CUIDADOS, FAMÍLIA, AMIGOS E OUTRAS PESSOAS FAÇAM POR SI?	
PERCEPÇÃO DO DOENTE/CUIDADOR	PERCEPÇÃO DA ENFERMEIRA
Em relação aos enfermeiros a mãe solicita que conversemos com o CV e que articulemos com o Médico oncologista para ser novamente observado. Em relação aos amigos a própria já contactou alguns pedindo que visitassem o CV e que o estimulassem a sair e a retomar a vida anterior.	• Solicita mais atenção e apoio • Articulação com o médico oncologista e marcação de nova consulta • Acompanhamento do caso

7.2 - Factores intra-pessoais, inter-pessoais e extra-pessoais

FACTORES DE STRESS	FISIOLÓGICAS	PSICOLÓGICAS	SOCIO-CULTURAIS	DESENVOLVIMENTO	ESPIRITUAIS
INTRA-PESSOAIS	Perda de apetite Diminuição progressivo do peso corporal Sensação de sono não reparador Hipersónia Anedonia	Negação da necessidade de acompanhamento médico Incapacidade de admitir o impacto da doença na própria vida Isolamento Coping ineficaz Irritabilidade Baixa auto-estima	Stress familiar pela não adesão ao plano terapêutico	Baixa de alimentos e líquidos Má adesão terapêutica Isolamento social Anedonia Interesse pelo auto-cuidado diminuído	
INTER-PESSOAIS		Isolamento social Diminuição da rede de amigos Relação conflituosa com o pai Relação distante com o irmão com quem partilha o quarto Tensão do papel do cuidador	Interacção social comprometida Diminuição dos contactos sociais Actividades de recreação deficientes	Interesse pelo auto-cuidado diminuído Gestão do plano terapêutico diminuído Recusa necessidade de acompanhamento médico regular	

EXTRA-PESSOAIS	Nutrição desequilibra-da	Falha em manter compromisso Competências ocupacionais diminuídas (passividade, cansaço fácil, etc.)	Dificuldade da família em lidar com a situação Tensão do papel do cuidador Abandono escolar Abandono das aulas de condução Competências profissionais comprometidas (sem trabalho, sem iniciativa, sem projectos futuros)	Dificuldades na adesão terapêutica Competências ocupacionais/ profissionais comprometidas (sem trabalho, sem iniciativa, sem projectos futuros) Abandono escolar Abandono das aulas de condução	

8 - PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados aqui traçado obedece às etapas do processo de enfermagem (avaliação inicial, diagnóstico, resultados esperados, intervenções, avaliação final e reformulação), foi construído com base na terminologia CIPE (Classificação Internacional para a Pratica de Enfermagem) Versão 1 (2006), adaptada aos diagnósticos NANDA e às intervenções de enfermagem NIC (Classificação das Intervenções de Enfermagem).

Baseando-nos no referencial teórico de Betty Neuman, identificamos aqueles que consideramos serem os problemas ou diagnósticos de enfermagem mais relevantes para o caso em estudo. São eles:

1. Adesão ao regime terapêutico, comprometido
2. Auto-agressão, risco de
3. Auto-cuidado, deficiente
4. Auto-estima, diminuída
5. Coping, não eficaz
6. Ingestão de alimentos, diminuída
7. Interacção social, comprometida
8. Interacção de papeis, comprometida
9. Sono, alterado
10. Stress do prestador de cuidados, presente
11. Tristeza, presente

Em relação às intervenções de enfermagem propostas, algumas delas repetem-se pois são transversais a muitos dos diagnósticos levantados, mas para efeitos do presente exercício de sistematização e reflexão optamos pela enumeração das interacções em separado. Esta metodologia foi seguida também para os resultados esperados e avaliação intermediária e final.

1. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (6/10/2009):		**Adesão ao regime terapêutico, comprometido**
	Relacionado com:	Ego imaturo Distúrbio do humor – depressão Distúrbio de ajustamento (adaptação) – crise situacional
	Manifestado por:	História de não adesão ao plano terapêutico de seguimento da Doença de Hodgkin no HFF Recusa de acompanhamento médico Incapacidade de admitir o impacto da doença na própria vida
Resultados esperados:		Que o CV manifeste comportamento de adesão ao plano terapêutico Que o CV demonstre comportamento de aceitação do estado de saúde Que o CV demonstre conhecimentos respeitante a cuidados na doença
Intervenções:		Determinar metas mútuas (contracto para a adesão) Avaliar a adesão (supervisão esporádica) Reforçar a adesão Aconselhar Apoiar emocionalmente Promover a auto-responsabilização Promover encaminhamento (médico oncologista HFF) Ensinar sobre o processo de doença Reforçar positivamente as aprendizagens Avaliar atitude relativamente ao processo de doença Avaliar a resposta psicossocial ao plano de cuidados Promover mobilização familiar Apoiar cuidador
Avaliação:		**13/10/2009**: Mantém recusa em ir ao médico de forma espontânea e realizar consulta de vigilância. Informada a mãe de que até ao momento ainda não foi possível a articulação com o Dr. FG do HFF por este se encontrar ausente de férias e que ficamos a aguardar pelo seu regresso. **19/10/2009**: Estabelecido contacto com o Dr. FG, oncologista responsável pelo CV, referindo que conhece muito bem o caso e que esta situação não é inteiramente nova. O comportamento

	de não adesão iniciou-se há cerca de ano atrás após o término dos tratamentos. Acredita que do ponto de vista da situação oncológica ela estará estabilizada, uma vez que a doença foi diagnostica ainda num estadio muito primário, respondeu bem aos tratamentos e que por isso apresenta um prognóstico muito bom, embora seja importante manter vigilância. Mostrou-se disponível para receber o CV, só ou acompanhado, em qualquer dia da semana excepto à 5ªa feira de manhã. Não precisa de qualquer marcação previa, basta aparecer. Toda esta informação foi posteriormente transmitida à mãe que ficou de apresentar e discutir o assunto com o CV. Feito tentativa de marcação de entrevista com o CV no Centro de Saúde mas sem adesão. Disponibilizado nova visitação domiciliaria caso o CV se mostre receptivo. **2/11/2009**: CV mantém-se pouco receptivo ao acompanhamento médico em oncologia, não reconhecendo a necessidade de vigilância – "Para quê?". Esta situação continua a ser um foco de preocupação e ansiedade para a mãe. **12/11/2009**: Feito articulação com a Associação Local – A Ponte, associação que realiza apoio psicoterapeutico a jovens até os 22 anos com metodologia de gestão de caso. Entrevista telefónica com a Dra Cristina, uma das psicologas responsáveis, com o objectivo que perceber que tipo de apoio podia ser dado ao CV e à mãe. Segundo a responsável este apoio só podia ser iniciado a 4 de dezembro de 2009, por uma das terapêutas se encontrar de licença de maternidade. De qualquer modo há disponibilidade para uma entrevista com o CV e/ou a mãe para que estes possam conhecer a equipa. Posteriormente, feito contacto com a mãe do CV explicando de forma sumária os objectivos da Associação Ponte e o apio psicoterapeutico que podia ser prestado ao CV. Mãe fica de conversar com o CV. Marcado entrevista com a familiar para o dia 17/11/2009 de manhã no Centro de Saúde. **17/11/2009**: Mãe do CV não compareceu ao centro de saúde conforme estipulado. Feito contacto telefónico. Explicitado a finalidade de conseguir apoio psicoterapeutico para o CV e orientação à cuidadora através desta associação. A mãe refere que o CV não se mostra receptivo a esta proposta e segundo a cuidadora "não vale a pena ele não quer… para já vou deixar ver como as coisas correm… vou por isto nas mãos de Deus". Ainda assim, foram fornecidos os respectivos contactos. Relembrada a disponibilidade do Dr FG em receber o CV sem marcação, em qualquer dia da semana excepto à 5ªfeira, bem como da equipa de

	enfermagem

2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (6/10/2009):		**Auto-agressão, risco de**
	Relacionado com:	Interpretação incorrecta da realidade Distúrbio do humor – depressão Distúrbio de ajustamento (adaptação) – crise situacional
	Manifestado por:	Isolamento Tristeza e sentimentos de desvalorização
Resultados esperados:		Que o CV não manifeste comportamentos de auto-agressão
Intervenções:		Observar - segurança Gerir ambiente físico – segurança Aumentar a sensação de segurança física e psicológica Promover coping eficaz Assistir em situação de crise (intervenção na crise) Promover interacção social Apoiar o cuidador Escutar activamente Facilitar sistema de suporte Disponibilizar presença
Avaliação:		**13/10/2009**: Até à data não se observou qualquer comportamento de auto-agressão ou de indício de tentativa de suicídio, nem o CV verbalizou algo nesse sentido. **19/10/2009**: Durante este período não se observou qualquer comportamento de auto-agressão ou de indício de tentativa de suicídio, nem o CV verbalizou algo nesse sentido. **2/11/2009**: Mantém-se a ausência de qualquer comportamento de auto-agressão ou de indício de tentativa de suicídio, nem o CV verbalizou algo nesse sentido.

	12/11/2009: Mantém-se a ausência de qualquer comportamento de auto-agressão ou de indício de tentativa de suicídio, nem o CV verbalizou algo nesse sentido. **17/11/2009**: Mantém-se a ausência de qualquer comportamento de auto-agressão ou de indício de tentativa de suicídio, nem o CV verbalizou algo nesse sentido. No presente o CV mostra-se mais comunicativo, sai espontaneamente do quarto, diariamente sai para a rua passando algumas horas com os amigos, esporádicamente joga à bola com os amigos, retomou as aulas de condução, aumentou de peso.

3. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (6/10/2009):		**Auto-cuidado, deficiente**
	Relacionado com:	Distúrbio do humor – depressão Distúrbio de ajustamento (adaptação) – crise situacional Factores psicológicos que afectam as condições físicas
	Manifestado por:	Passividade e falta de iniciativa Descuido com a higiene pessoal
Resultados esperados:		Que o CV seja capaz de manter um nível óptimo de higiene pessoal tomando banho e realizando outros cuidados de higiene de modo espontâneo e autónomo
Intervenções:		Estabelecer metas mútuas Aumentar a auto-estima Assistir no auto-cuidado Promover auto-responsabilização Promover a melhoria da imagem corporal Reforçar positivamente Aumentar a sensação de segurança física e psicológica Apoiar o cuidador
Avaliação:		**13/10/2009**: Durante este período CV aumentou progressivamente a interacção social dentro de casa com os familiares e no exterior com os amigos. Em termos de auto-cuidado fez a barba

	e cortou o cabelo, mantendo aparência cuidada e cuidados de higiene regulares de forma espontanea e autónoma. **19/10/2009**: Mantém padrão de higiene pessoal e de aparência adequado. **2/11/2009**: Mantém padrão de higiene pessoal e de aparência adequado. **DÁ-SE TERMO AO PROBLEMA**

4. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (6/10/2009):		**Auto-estima, diminuída**
	Relacionado com:	Factores psicológicos que surgem na adolescência Distúrbio do humor – depressão Distúrbio de ajustamento (adaptação) – crise situacional
	Manifestado por:	Isolamento, evitar contacto social, passividade Postura negativista Não assumir responsabilidades Atitude critica e de julgamento relativamente a si e aos outros
Resultados esperados:		Que o CV seja capaz de verbalizar aspectos positivos sobre si próprio Que o CV seja capaz de comunicar de forma assertiva com os outros Que o CV seja capaz de expressar algum optimismo e esperança no futuro
Intervenções:		Aconselhar Aumentar a sensação de segurança física e psicológica Aumentar a auto-estima Disponibilizar presença Diminuir a ansiedade Facilitar visita de pessoas significativas Promover coping eficaz Gerir o humor Apoiar o cuidador
Avaliação:		**13/10/2009**: Durante este período CV aumentou progressivamente a interacção social dentro de casa com os familiares e no exterior com os amigos. Em termos de auto-cuidado fez a barba

	e cortou o cabelo, mantendo aparência cuidada e cuidados de higiene regulares de forma espontanea e autónoma. **19/10/2009**: Saíu durante o fim-de-semana com os amigos e no domingo foi jogar à bola. Em casa um pouco mais comunicativa, mas a mãe refere que o CV levanta-se muito tarde (não sabe precisar quando), e que se deita também muito tarde passando grande parte da noite no computador. **2/11/2009**: Situação sobreponível **12/11/2009**: O CV reiniciou as aulas de condução, sai diariamente para o exterior de forma espontânea e reiniciou outras actividades ao ar livre como os jogos de futebol. Contudo, dados os traços de personalidade do CV (mãe refere que sempre foi um rapaz que não fala muito sobre os seus sentimentos) mantém-se pouco expressivo em relação aos seus sentimentos e emoções. **17/11/2009**: Situação sobreponível

5. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (6/10/2009):		**Coping, não eficaz**
	Relacionado com:	Distúrbio do humor – depressão Distúrbio de ajustamento (adaptação) – crise situacional Factores psicológicos que afectam as condições físicas
	Manifestado por:	Uso de mecanismos de defesa inapropriados (negação) Negação da existência de problemas ou de comportamentos problemáticos Falta demonstrada de comportamentos adaptativos a mudanças ambientais externas e internas Resolução de problemas inadequada Passividade, baixa auto-estima, humor deprimido, isolamento Interacção não funcional com pares, família e outros
Resultados esperados:		Que o CV demonstre comportamento de coping eficaz

	Que o CV consiga resolver problemas de modo adequado e realizar AVD's de forma independente
Intervenções:	Apoiar a tomada de decisão Aconselhar Apoiar emocionalmente Apoiar a família Aumentar a auto-estima Promover coping eficaz Promover a melhoria dos papeis sociais Executar treino de assertividade Promover envolvimento familiar Assistir em situação de crise (intervenção na crise) Diminuir a ansiedade Escutar activamente Promover a melhoria do desempenho dos papeis familiares e/ou sociais Promover a auto-responsabilização
Avaliação:	**13/10/2009**: Durante este período CV aumentou progressivamente a interacção social dentro de casa com os familiares e no exterior com os amigos. Em termos de auto-cuidado fez a barba e cortou o cabelo, mantendo aparência cuidada e cuidados de higiene regulares de forma espontânea e autónoma. **19/10/2009**: Saiu durante o fim-de-semana com os amigos e no domingo foi jogar à bola. Em casa um pouco mais comunicativa, mas a mãe refere que o CV levanta-se muito tarde (não sabe precisar quando), e que se deita também muito tarde passando grande parte da noite no computador. **2/11/2009**: Situação sobreponível **12/11/2009**: O CV reiniciou as aulas de condução, sai diariamente para o exterior de forma espontânea e reiniciou outras actividades ao ar livre como os jogos de futebol. Contudo, dados os traços de personalidade do CV (mãe refere que sempre foi um rapaz que não fala muito

	sobre os seus sentimentos) mantém-se pouco expressivo em relação aos seus sentimentos e emoções. **17/11/2009**: Situação sobreponível

6. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (29/04/2009):		**Ingestão de alimentos, diminuída**
	Relacionado com:	Distúrbio do humor – depressão Distúrbio de ajustamento (adaptação) – crise situacional Factores psicológicos que afectam as condições físicas
	Manifestado por:	Perda de apetite Perda de peso Hipersónia
Resultados esperados:		Que o CV apresente aumento progressivo de apetite e consequente ingestão de alimentos e líquidos Que o CV apresente aumento progressivo de peso
Intervenções:		Aconselhar sobre nutrição Avaliar dieta fornecida com a dietista (15/15 dias – validar aporte proteico) Promover aumento do peso corporal Avaliar peso (1xsemana) Promover aumento da ingestão hídrica (mínimo de 1,5 l/dia) Planear dieta Apoiar o cuidador
Avaliação:		**13/10/2009**: Observa-se um aumento do apetite com consequente aumento da ingestão de alimentos embora ainda de forma moderada. Esporadicamente faz as refeições em família ingerindo maioritariamente pouca quantidade de alimentos (segundo opinião da mãe) **19/10/2009**: Melhorias. Mãe refere "agora parece que já está a comer como um menino da idade dele".

	2/11/2009: Mãe refere que o CV apresenta apetite irregular. Uns dias come bem e outros como apenas uma porção pequena. Contudo. O CV passa grande parte do dia em casa sozinho e a mãe não consegue ter uma noção real do que ele ingere. Normalmente à hora em que a família se reúne para jantar durante a semana o CV encontra-se na rua. **12/11/2009**: Situação sobreponível. **17/11/2009**: Em relação à primeira observação o CV aumentou de peso. Contudo a mãe mantém preocupação em relação a esta área porque o CV não cumpre as horas das refeições e não ingere a mesma quantidade que fazia anteriormente, embora também tenha no presente uma actividade mais reduzida.

7. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (6/10/2009):		**Interacção social, comprometida**
	Relacionado com:	Factores psicológicos que surgem na adolescência Distúrbio do humor – depressão Distúrbio de ajustamento (adaptação) – crise situacional
	Manifestado por:	Diminuição da rede social de amigos Passividade Isolamento Falta de prazer em actividades que outrora tinha prazer Diminuição dos contactos com a família Discurso monossilábico Interacção não funcional com pares, família e outros.
Resultados esperados:		Que o CV demonstre vontade de socializar com outros Que o CV inicie voluntariamente actividades de grupo Que o CV verbalize satisfação em actividades de recreação e ocupação dos tempos livres
Intervenções:		Aconselhar

	Escutar activamente Promover envolvimento familiar Apoiar a família Determinar metas mútuas Promover interacção social Planear antecipadamente programa de ocupação de tempos livres Promover actividades de ar livre (cinema, passeios, caminhadas, jogo de futebol, visitas a centros comerciais, museus, jardins ou outros) Escutar activamente Promover coping eficaz Promover relação de ajuda Facilitar visita de pessoas significativas
Avaliação:	**13/10/2009**: Durante este período CV aumentou progressivamente a interacção social dentro de casa com os familiares e no exterior com os amigos. Em termos de auto-cuidado fez a barba e cortou o cabelo, mantendo aparência cuidada e cuidados de higiene regulares de forma espontânea e autónoma. **19/10/2009**: Saiu durante o fim-de-semana com os amigos e no domingo foi jogar à bola. Em casa um pouco mais comunicativa, mas a mãe refere que o CV levanta-se muito tarde (não sabe precisar quando), e que se deita também muito tarde passando grande parte da noite no computador. **2/11/2009**: Foi à escola de condução com vista a iniciar as aulas. **12/11/2009**: O CV reiniciou as aulas de condução, sai diariamente para o exterior de forma espontânea e reiniciou outras actividades ao ar livre como os jogos de futebol. Contudo, dados os traços de personalidade do CV (mãe refere que sempre foi um rapaz que não fala muito sobre os seus sentimentos) mantém-se pouco expressivo em relação aos seus sentimentos e emoções. **17/11/2009**: Situação sobreponível

8. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (6/10/2009):		**Interacção de papeis, comprometida**
	Relacionado com:	Factores psicológicos que surgem na adolescência Distúrbio do humor – depressão Distúrbio de ajustamento (adaptação) – crise situacional Conflitualidade no seio da família
	Manifestado por:	Assunção de um papel dependente Alterações nos padrões habituais de vido a conflitualidade no seio da família Alteração na capacidade de reassumir o seu papel Diminuição dos contactos com a família Interacção não funcional com pares, família e outros.
Resultados esperados:		Que o CV demonstre capacidade de assumir responsabilidades associadas ao seu papel Que o CV verbalize uma percepção realista das expectativas associadas ao papel
Intervenções:		Aconselhar Determinar metas mútuas Aumentar a auto-estima Promover a melhoria do desempenho dos papeis familiares e/ou sociais Promover envolvimento familiar Apoiar a família Promover encaminhamento (apoio psicológico) Promover a auto-responsabilização Promover rede de suporte
Avaliação:		**13/10/2009**: Durante este período CV aumentou progressivamente a interacção social dentro de casa com os familiares e no exterior com os amigos. Em termos de auto-cuidado fez a barba e cortou o cabelo, mantendo aparência cuidada e cuidados de higiene regulares de forma espontânea e autónoma. **19/10/2009**: Saiu durante o fim-de-semana com os amigos e no domingo foi jogar à bola. Em casa um pouco mais comunicativa, mas a mãe refere que o CV levanta-se muito tarde (não sabe precisar quando), e que se deita também muito tarde passando grande parte da noite no

	computador. **2/11/2009**: Situação sobreponível **12/11/2009**: O CV reiniciou as aulas de condução, sai diariamente para o exterior de forma espontânea e reiniciou outras actividades ao ar livre como os jogos de futebol. Contudo, dados os traços de personalidade do CV (mãe refere que sempre foi um rapaz que não fala muito sobre os seus sentimentos) mantém-se pouco expressivo em relação aos seus sentimentos e emoções. **17/11/2009**: Situação sobreponível

9. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (6/10/2009):		**Sono, alterado**
	Relacionado com:	Distúrbio do humor – depressão Distúrbio de ajustamento (adaptação) – crise situacional
	Manifestado por:	Sensação de cansaço ao acordar Falta de energia Hipersónia Sensação de sono não reparador
Resultados esperados:		Que o CV não apresente alterações ao padrão habitual de sono
Intervenções:		Aumentar a sensação de segurança física e psicológica Diminuir a ansiedade Facilitar o sono
Avaliação:		**13/10/2009**: Aumentou o período de estado Vigil. Interage um pouco mais com a família e com amigos. **19/10/2009**: Saíu durante o fim-de-semana com os amigos e no domingo foi jogar à bola. Em casa um pouco mais comunicativa, mas a mãe refere que o CV levanta-se muito tarde (não sabe precisar quando), e que se deita muito tarde passando grande parte da noite no computador.

	2/11/2009: Não passa o dia todo deitado, mas continua a levantar-se muito tarde e a deitar-se também muito tarde. **12/11/2009**: Desde que iniciou as aulas de condução que se tem levantado um pouco mais cedo, mas apenas quando tem algo programado. **17/11/2009**: Situação sobreponível à anterior

10. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (6/10/2009):		**Stress do prestador de cuidados, presente**
	Relacionado com:	Carência financeira Doença de Hodgkin do CV
	Manifestado por:	Mãe verbaliza incapacidade de gerir a situação do filho e pede ajuda Sentimentos de angústia, cansaço e impotência para a situação Conflitos familiares à volta da situação e comportamento do CV
Resultados esperados:		Que os cuidadores demonstrem capacidades de resolver problemas e desenvolverem estratégias adaptativas de coping Que os cuidadores verbalizem diminuição dos sentimentos de angústia, impotência e cansaço
Intervenções:		Ensinar sobre o processo de doença Apoiar emocionalmente Apoiar o cuidador Promover coping eficaz Aconselhar Promover mobilização familiar Assistir para descanso do cuidador Facilitar sistema de suporte Promover encaminhamento (Dr. FG médico oncologista do HFF) Promover melhoria do desempenho dos papeis familiares e/ou sociais
Avaliação:		**13/10/2009**: O CV mantém recusa em ir ao médico de forma espontânea e realizar consulta de

	vigilância. Informada a mãe de que até ao momento ainda não foi possível a articulação com o Dr. FG do HFF por este se encontrar ausente de férias e que ficamos a aguardar pelo seu regresso. Contudo, o CV já saiu de forma espontanea de casa **19/10/2009**: Estabelecido contacto com o Dr. FG, oncologista responsável pelo CV, referindo que conhece muito bem o caso e que esta situação não é inteiramente nova. O comportamento de não adesão iniciou-se há cerca de ano atrás após o término dos tratamentos. Acredita que do ponto de vista da situação oncológica ela estará estabilizada, uma vez que a doença foi diagnosticada ainda num estadio muito primário, respondeu bem aos tratamentos e que por isso apresenta um prognóstico muito bom, embora seja importante manter vigilância. Mostrou-se disponível para receber o CV, só ou acompanhado, em qualquer dia da semana excepto à 5ªa feira de manhã. Não precisa de qualquer marcação previa, basta aparecer. Toda esta informação foi posteriormente transmitida à mãe que ficou de apresentar e discutir o assunto com o CV. Feito tentativa de marcação de entrevista com o CV no Centro de Saúde mas sem adesão. Disponibilizado nova visitação domiciliaria caso o CV se mostre receptivo. Mãe verbaliza maior tranquilidade e menor preocupação por saber da disponibilidade da equipa médica do HFF em receber o CV em qualquer momento. **2/11/2009**: CV mantém-se pouco receptivo ao acompanhamento médico em oncologia, não reconhecendo a necessidade de vigilância – "Para quê?". Esta situação continua a ser um foco de preocupação e ansiedade para a mãe. **12/11/2009**: Feito articulação com a Associação Local – A Ponte, associação que realiza apoio psicoterapeutico a jovens até os 22 anos com metodologia de gestão de caso. Entrevista telefónica com a Dra Cristina, uma das psicologas responsáveis, com o objectivo que perceber que tipo de apoio podia ser dado ao CV e à mãe. Segundo a responsável este apoio só podia ser iniciado a 4 de dezembro de 2009, por uma das terapêutas se encontrar de licença de maternidade. De qualquer modo há disponibilidade para uma entrevista com o CV e/ou a mãe para que estes possam conhecer a equipa. Posteriormente, feito contacto com a mãe do CV explicando de forma sumária os objectivos da Associação Ponte e o apio psicoterapeutico que podia ser prestado ao CV. Mãe fica de conversar com o CV. Marcado entrevista com a familiar

	para o dia 17/11/2009 de manhã no Centro de Saúde. **17/11/2009**: Mãe do CV não compareceu ao centro de saúde conforme estipulado. Feito contacto telefónico. Explicitado a finalidade de conseguir apoio psicoterapeutico para o CV e orientação à cuidadora através desta associação. A mãe refere que o CV não se mostra receptivo a esta proposta e segundo a cuidadora "não vale a pena ele não quer… para já vou deixar ver como as coisas correm… vou por isto nas mãos de Deus". Ainda assim, foram fornecidos os respectivos contactos. Relembrada a disponibilidade do Dr FG em receber o CV sem marcação, em qualquer dia da semana excepto à 5ªfeira, bem como da eqipa de enfermagem. A preocupação da mãe parece agora transferir-se não tanto dos aspectos físicos do CV (como o comer), mas mais em relação a perspectivas futuras de emprego e ocupação ("ele já tem idade para começar a trabalhar... porque eu não posso... sempre disse que se não querem estudar, então têm que trabalhar...")

11. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (6/10/2009):		**Tristeza, presente**
	Relacionado com:	Auto-estima diminuída Distúrbio do humor – depressão Distúrbio de ajustamento (adaptação) – crise situacional
	Manifestado por:	Uso de mecanismos de defesa inapropriados (negação) Relutância em expressar os sentimentos verdadeiros Passividade, baixa auto-estima, humor deprimido, isolamento, sentimentos de desvalorização Interacção não funcional com pares, família e outros
Resultados esperados:		Que o CV verbalize os sentimentos verdadeiros Que o CV demonstre evolução positiva em termos de humor
Intervenções:		Apoiar a tomada de decisão Escutar activamente Apoiar emocionalmente Aumentar a auto-estima

	Promover coping eficaz Assistir em situação de crise (intervenção na crise) Diminuir a ansiedade Gerir o humor Promover envolvimento familiar Apoiar o cuidador Disponibilizar presença
Avaliação:	**13/10/2009**: Durante este período CV aumentou progressivamente a interacção social dentro de casa com os familiares e no exterior com os amigos. Em termos de auto-cuidado fez a barba e cortou o cabelo, mantendo aparência cuidada e cuidados de higiene regulares de forma espontânea e autónoma. **19/10/2009**: Saiu durante o fim-de-semana com os amigos e no domingo foi jogar à bola. Em casa um pouco mais comunicativa, mas a mãe refere que o CV levanta-se muito tarde (não sabe precisar quando), e que se deita também muito tarde passando grande parte da noite no computador. **2/11/2009**: Situação sobreponível **12/11/2009**: O CV reiniciou as aulas de condução, sai diariamente para o exterior de forma espontânea e reiniciou outras actividades ao ar livre como os jogos de futebol. Contudo, dados os traços de personalidade do CV (mãe refere que sempre foi um rapaz que não fala muito sobre os seus sentimentos) mantém-se pouco expressivo em relação aos seus sentimentos e emoções. **17/11/2009**: Situação sobreponível

9 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste Estudo de Caso permitiu-nos, para além de consolidar o processo de aprendizagem, reflectir sobre a prática da enfermagem de saúde mental e psiquiatria no contexto dos cuidados de saúde primários.

Tendo como referencial o modelo teórico de Betty Neuman procedemos à avaliação inicial recolhendo o maior número possível de elementos referentes à dinâmica das variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais, cruzando com os problemas reais ou potenciais percepcionados pelo doente/família e pelo enfermeiro de modo a construir diagnósticos de enfermagem mais compreensivos. Este passo permitiu a definição dos objectivos esperados de enfermagem bem como as respectivas intervenções e actividades a desenvolver, em parceria com o utente e família. Por último, procedemos a uma avaliação final das intervenções com vista à necessária reformulação das mesmas.

O retrato aqui deixado pretendeu-se ser o de uma intervenção holística, de base sistémica assente numa relação terapêutica, tendo em atenção a optimização dos mecanismos adaptativos da pessoa e sua família bem como o próprio envolvimento destas no plano de cuidados.

Consideramos que o processo de enfermagem é determinante para a qualidade dos cuidados que prestamos. Mas para isso é essencial que o enfermeiro domine e conheça as situações patológicas, os factores, as causas e as suas manifestações. Por outro lado importa ainda que o enfermeiro reconheça a importância de planear os cuidados de enfermagem de forma sistematizada, pois como sugere Phaneuf (2001: 91)

> *"O processo de enfermagem é um instrumento que nos ajuda a trabalhar de maneira sistemática e agir como verdadeiras profissionais. A organização dos cuidados de enfermagem é uma tarefa demasiado séria e demasiado complexa para ser deixada ao acaso. Exige uma observação sistemática, um raciocínio sólido, um bom julgamento clínico e uma planificação precisa. Não tem nada de aleatório ou de arbitrário. Aprender o processo de enfermagem, é aprender a pensar e a trabalhar como uma enfermeira profissional."*

10 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, Pedro – **Depressão - Muitas perguntas algumas respostas.** Lisboa: Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares. 2ª Edição, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - **DSM IV: Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais.** Lisboa: Climepsi, 2006

BALDWIN, D. [et al.] – **Depressão - Guias indispensáveis para a prática clínica.** Porto: Edições e Divulgações Científicas Lda., 2003.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): versão 1.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): versão beta 2**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN) - **Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).** Ordem dos Enfermeiros: Lisboa, 2009.

FAWCETT, J. – **The metaparadigm of Nursing: present status and future refinements**. Journal of Nursing Scholarship, vol.16, nº3 (1984).

FELDMAN, Robert – **Compreender a Psicologia**. 5ª ed. Amadora: McGraw Editora, 2001.

FRANCISCO, A. [et al.] – **Modelo de Sistemas de Cuidados de Saúde de Betty Neuman**. Trabalho de grupo no âmbito da disciplina de "Tendências de Enfermagem". V Curso de Administração de Serviços de Enfermagem. Lisboa: ESEMFR, 1993.

FREESE, Barbara – **Betty Neuman: modelo de sistemas**. In TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha (coord.) Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004, p.335-355.

GALDEANO, Luzia; ROSSI, Lidia; ZAGO, Márcia – **Roteiro Institutional Para a elaboração de um estudo de caso clínico**. Revista Latino Americana de Enfermagem. Vol.11, n. °3 (2003), p.371-375.

HARRISON, Paul; GEDDES, John; SHARPE, Michael – **Guia prático climepsi de psiquiatria**. Lisboa: Climepsi, 2006.

HESBEEN, Walter – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000.

JOHNSON, Marion; MAAS, Meridean; MOORHEAD, Sue (orgs.) – **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamin; GREBB, Jack – **Compendio de Psiquiatria: ciências comportamentais e psiquiatria clínica**. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MCLOSKEY, Joanne; BULECHEK, Gloria (orgs.) – **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2004.

NEUMAN, Betty – The Neuman Systems Model. 3ª ed. EUA: Appleton & Lange, 1995.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION – **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Relatório Mundial de Saúde 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Climepsi, 2002.

PHANEUF, Margot - **Planificação de Cuidados: Um Sistema Integrado e Personalizado**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.

ROCHA, Semiramis [et al.] – **Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica**. Enfermagem, n.° 14, vol.° 2 (2005), p. 280-286.

SADOCK, Benjamin; SADOCK, Virgínia – **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SMELTZER, Suzanne; BARE, Brenda - **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1993.

TOWNSEND, Mary – **Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados.** 3ª ed. Editora Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2002.

WYNGAARDEN, James [et al.] – **Cecil Tratado de Medicina Interna**. 19ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1993.

ANEXO IX- Esclarecimento de Dúvidas

Para: Sr.ª Enf.ª Ana Rainho

Enfermeira Coordenadora do Centro de Saúde de Rio de Mouro

Assunto: Resumo de avaliação de caso

Após discussão em reunião da psiquiatria de ligação com o psiquiatra Dr. P. F. e com Enf.ª F. G., ocorrida a 23/10/2009 no CS Rio de Mouro, foi esclarecido que o exame de saúde mental que a médica assistente de T. H. M.R. (NOP 8975) solicitou à equipa do CINTRA, decorre de processo judicial, aparentemente já em curso, pelo que é o próprio Tribunal que o irá solicitar, situação já corroborada pela resposta dada pelo psiquiatra Dr. M. G.

Rio de Mouro, 23 de Outubro de 2009.

Lara Santos e Silva

Leonor Ribas

(Alunas da Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental
e Psiquiatria, Universidade Católica Portuguesa)

Para: Sr.ª Enf.ª Ana Raínho

Enfermeira Coordenadora do Centro de Saúde de Rio de Mouro.

Assunto: Resumo de avaliação da visita domiciliária

Visita solicitada pela mãe (L. V.) de C. V. a 1/10/2009, com antecedentes de Linfoma de Hodgkin, por isolamento, recusa alimentar e abandono de seguimento de consultas de oncologia

À observação doente encontrava-se ainda a dormir (9H30), quarto escuro. Não colaborante recusando qualquer tipo de contacto respondendo inicialmente apenas por monossílabos. Mostrou-se indiferente à explicação dos motivos da visita.

Em entrevista com a mãe, refere agravamento do quadro há cerca de 2 semanas, com isolamento total, desleixo na auto-imagem, perda acentuada do apetite e peso. Permanece deitado quase todo o dia com o quarto escuro. Levanta-se apenas cerca das 5 da tarde passando parte do restante tempo ao computador. Pouca interacção coma a família respondendo por monossílabos. Perda da rede de amigos, aos quais nunca contou da doença (excepto a um amigo).

Situação já anteriormente apresentada pela mãe ao médico de oncologia (Dr. F. G.), Hospital Fernando da Fonseca, tendo sido marcada consulta de urgência que o C. também acabou por faltar.

Aparentemente família muito presente, conhecedora da situação e mobilizada para a resolução do problema (pais, irmãos, madrinha), insistindo para a necessidade de sair do quarto, alimentar-se e ser novamente observado por oncologia mas sem qualquer sucesso.

Mãe mostra-se muito angustiada com a situação do filho, refere "o meu filho está muito revoltado com a doença… ele mudou muito… ele desistiu…" (sic). Verbaliza receio de suicídio, embora o C. nunca tenha verbalizado ideias de morte.

Feito contacto com rede de amigos – D. Este é presentemente a pessoa com quem o C. se relaciona, embora exclusivamente via e-mail. Segundo informação do amigo, o C. tem feito alguns convites esporádicos para sair ao exterior mas que por impossibilidade deste não têm ocorrido. Confirma o isolamento crescente do C. bem como a perda de peso. Fica de falar com ele em relação ao reiniciar as consultas de oncologia.

Acções a desenvolver:

- Articulação com o médico assistente (Dr. F. G.) e ponderar seguimento psiquiátrico/psicológico
- Marcação de consulta de oncologia no HFF
- Seguimento de caso com o elemento cuidador (mãe)
- Nova visita domiciliar se receptividade do utente

Rio de Mouro, 5 de Outubro de 2009.

_____ _____

Lara Santos e Silva Leonor Ribas

(Alunas da Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Universidade Católica Portuguesa)

Para: Sr.ª Enf.ª Ana Rainho

Enfermeira Coordenadora do Centro de Saúde de Rio de Mouro.

Assunto: Resumo de avaliação de caso

Solicitado esclarecimento motivado por carta de alta de 19/05/2009 da Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do CHPL – Hospital Dona Estefânia, da utente I. M. de 16 anos, internada por intoxicação medicamentosa voluntária (mas segundo registos sem aparente real intenção suicida), impulsividade em adolescente com diagnóstico de Perturbação de Personalidade e dificuldades relacionais. Tem antecedentes de múltiplos acompanhamentos e internamentos anteriores, e presentemente com história de auto-medicação com abuso de benzodiazepinas.

A Inês (inscrita no CSRM com NOP 1567137 – sem médico de família) reside em Rio de Mouro com a tia materna (após morte da mãe por aneurisma) e frequenta o 11º ano de escolaridade.

Após entrevista a 29/10/2009 com a Sr.ª Enf.ª F. P. da Clínica Psiquiátrica da Adolescência e da Juventude, percebemos que o caso á já conhecido uma vez que a Inês é lá seguida desde 2005, sendo acompanhada pela pedopsiquiatra Dr.ª L. C. e quinzenalmente pela Psicóloga Dr.ª M. P. Contudo, esta revela má adesão ao plano terapêutico faltando diversas vezes às consultas e aparecendo esporadicamente sem marcação prévia.

Embora o seguimento na Clínica seja só até completar os 18 anos de idade, é intenção da equipa manter o seguimento da Inês até terminar o 12º ano e só então ser posteriormente encaminhada para os Serviços de saúde Mental de Adultos da área de Residência, que neste caso será o CINTRA.

Rio de Mouro, 29 de Outubro de 2009.

_____ _____

Lara Santos e Silva Leonor Ribas

(Alunas da Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Universidade Católica Portuguesa)

Para: Sr.ª Enf.ª Ana Rainho

Enfermeira Coordenadora do Centro de Saúde de Rio de Mouro.

Assunto: Relatório de visitação domiciliária

A 12 de Novembro de 2009 foi realizada visita domiciliária, na companhia da Sr.ª Enf.ª Adelaide, ao utente N. M. P. (NOP 02754404) que é seguido pela equipa de cuidados continuados do Centro de Saúde de Rio de Mouro desde 24/09/2008 com administração de terapêutica neuroléptica depôt injectável quinzenal, observando-se durante este período um agravamento do quadro do utente.

O N. é um indivíduo de 37 anos, portador de esquizofrenia com história de internamentos anteriores no HMB e seguido em consulta no CINTRA pelo Dr. P. F. Segundo informação da mãe o utente não cumpre qualquer terapêutica PO. No entanto, tem cumprido terapêutica neuroléptica depôt injectável, que a enfermeira administra no domicílio com grande resistência do utente.

Faz consumo de álcool (cerveja), negando consumos de substâncias psicoactivas ilícitas. Com história de vários episódios de agressão física à mãe, que motivaram pedido de ajuda ao centro de saúde. Reside com mãe e companheira, esta última também seguida no passado no Hospital Miguel Bombarda (Serviço de Reabilitação).

Bom contacto à observação, colaborante na entrevista, embora com irritabilidade fácil. Demonstra alguma tensão latente, discurso repetitivo e circular. Apresenta ideação delirante de temática mística ("Jesus Cristo fala comigo... tenho uma cruz no peito") e persecutória ("aqui em Rio de Mouro todos me querem fazer mal"). Sem qualquer sentido despiu-se da cintura para cima, querendo mostrar uma cruz que dizia ter marcada no corpo mas que não era visível. Com ideias de auto-referência e denotando atitudes de escuta. Alucinações auditivo-verbais (refere que Cristo fala com ele e que lhe diz coisas). Humor um pouco exuberante e ansiedade marcada. Sem qualquer insight para a doença ou critica para a situação.

Recusa terapêutica PO ("eu não preciso disso para nada") e assume que vai deixar de fazer os Depôs ("a minha mãe é que precisa das injecções, eu não vou tomar mais"). Mãe refere que já tentou várias estratégias de administração da terapêutica mas sem sucesso. Diz que o N. é muito desconfiado em relação à alimentação exigindo, por exemplo beber o leite directamente do pacote ou ser ele próprio a retirar os alimentos da panela.

O N. nega no presente comportamentos de agressão física à mãe, mas confessa que no passado "apertei-lhe o pescoço... parei porque ouvi uma voz que disse para parar".

Após entrevista, embora mantenha recusa na terapêutica o N. refere aceitar ser observado em consulta no CINTRA. (contudo a mãe mostra-se descrente face a esta possibilidade). Em conformidade com a vontade da mãe, feito articulação com a Sr.ª Enf.ª I. F. do CINTRA, ficando marcada consulta de urgência para o dia 13 de Novembro de 2009 às 10H00 para o Dr. P. F.. Acordado com a mãe que, em caso de recusa do Nuno, esta deverá na mesma comparecer à consulta explicando toda a história anterior e presente do filho. A Sr.ª Enf.ª A. fica de amanhã acompanhar a mãe e o utente à consulta.

Rio de Mouro, 12 de Novembro de 2009.

_____

Adelaide Belo

(Enfermeira Especialista em Reabilitação do centro de Saúde de Rio de Mouro)

_____ _____

Lara Santos e Silva Leonor Ribas

(Alunas da Especialidade em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiatria, Universidade Católica Portuguesa)

Para: Sr.ª Enf.ª Ana Rainho

Enfermeira Coordenadora do Centro de Saúde de Rio de Mouro.

Assunto: Relatório de visitação domiciliária

A 17 de Novembro de 2009 foi realizada visita domiciliária, na companhia da Sr.ª Enf.ª A., à utente P. L. C. (NOP 1801701), seguida pela equipa de cuidados continuados do Centro de Saúde de Rio de Mouro desde 24/01/2009.

A Dona P. é uma mulher de 92 anos, que reside com a filha (65 anos), genro e neto. Residiu durante vários anos com outros filho, mas por doença oncológica da nora passou a residir com esta filha desde o início do ano.

Tem antecedentes de demência e deterioração cognitiva desde há vários anos. Segundo informação clínica apresenta lesão vascular isquémica aguda e sinais de leucoencefalopatia isquémica com lacunas nos gânglios da base.

Teve alguns meses em lar, estando medicada com Resperidal, Kainever e Tercian gotas, tendo ficado em "coma". Foi retirada toda a medicação e trazida novamente para casa da filha. Posteriormente, inicia quadro de agitação psicomotora, agressividade para com os familiares, desorientação com falsos reconhecimentos, alteração do padrão de sono com dificuldade em adormecer e recusa alimentar.

De 20-22/09/2009 foi hospitalizada no Hospital Fernando Fonseca, por agitação psicomotora, desorientação, infecção urinária, fecalomas e queda com TCE que revelou "hematoma crónico frontoparietal". Tem alta para domicilio com Resperidal gotas em dose progressiva consoante a tolerância, Xanax o,5mg 1 comp ao deitar e Seroquel 100mg ½ comp ao deitar.

No presente a utente alterna períodos de agitação psicomotora com prostração. A filha refere que se administra a terapêutica a mãe fica muito sonolenta e não come, mas se não lhe dá a medicação fica agitada, tenta levantar-se e cai, grita durante a noite e os familiares não conseguem descansar. Como refere ter muito medo que esta

"entre novamente em coma" (sic) optou por suspender toda a medicação administrando apenas 5 gotas de Resperidal em SOS.

À observação inicialmente a dormir (11h00), despertável ao chamamento, cumpre ordens simples (aperta a mão). Mas com lentificação psicomotora, discurso pouco perceptível, respondendo de forma irregular e por monossílabos. Hipoacúsia acentuada. Aspecto geral cuidado, pele e mucosas com sinais de desidratação (com prega cutânea). Hemodinamicamente estável (TA 134/78 mmHg e FC 75 bat/min). Com algumas equimoses dispersas pelos membros inferiores e braços.

Feito ensino sobre prevenção de quedas, necessidade de reforço hídrico e regime terapêutico.

Em conformidade com os cuidadores, feito articulação com o Sr.ª Enf.° A. C. da Urgência Psiquiátrica do Hospital Curry Cabral, onde a utente deverá ser hoje encaminhada para observação por psiquiatria com objectivo de reavaliação do quadro e eventual reajuste terapêutico.

Rio de Mouro, 17 de Novembro de 2009.

_____

Adelaide Belo

(Enfermeira Especialista em Reabilitação do centro de Saúde de Rio de Mouro)

_____ _____

Lara Santos e Silva Leonor Ribas

(Alunas da Especialidade em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiatria, Universidade Católica Portuguesa)

Para: Sr.ª Enf.ª Ana Rainho

Enfermeira Coordenadora do Centro de Saúde de Rio de Mouro.

Assunto: Resumo de avaliação de caso

Recebida carta de alta referenciada da Unidade de Saúde Costa do Sol da utente C. G. J. por ansiedade marcada em mulher seguida em psiquiatria a fazer terapêutica anti-depressiva.

A C. J. é uma mulher de 23 anos, desempregada, com subsídio, 9º ano de escolaridade, em união de facto, a residir com companheiro (A. Á. F.), natural de Angola, soldador, e filha nascida a 24/09/2009.

Segundo informação da ficha clínica de grávida do CS Rio de Mouro (NOP 5707) a utente tem antecedentes de 2 abortos espontâneos (2006 e 2007 – gémeos). A gravidez foi planeada e seguida neste CS, com 1ª consulta a 13/02/2009 com 7 semanas e 1 dia. Antecedentes de ARH (-), tendo feito Imunoglobulina Anti-D e rastreio de hemoglobinopatias. Gravidez com episódios de perdas hemáticas durante o primeiro semestre com indicação de repouso absoluto. Seguida no CSRM até às 25 semanas e a partir daí em médico particular.

Parto às 38 semanas e 1 dia no HSFX, eutócico, sem episiotomia, internamento sem intercorrências. Inscrita no Planeamento familiar a 28/09/2009, indo iniciar Mercilon e passa a ser seguida em médico particular onde realizará revisão de puerpério.

Recém-nascido, sexo feminino, F. J. F. (NOP 5733), 2900g, Apagar 9-10, estatura 47cm e perímetro cefálico 33cm. Observada no CSRM em consulta infantil a 28/09/2009 aos 5 dias de idade. Veio acompanhada por ambos os pais. Feito rastreio das doenças metabólicas. A mãe recusou amamentar, no entanto dá o suplemento ao RN de forma adequada fazendo Nutribem Natal H.A. 60ml de 3/3 horas. Pais referem que a criança irá ser seguida em pediatra particular.

Segundo informação do processo e da Enf.ª S. G., que observou a família e criança na consulta do CS, aparentemente observa-se boa relação entre mãe-filho, criança com bom estado geral e boa vitalidade, e família envolvida nos cuidados à mesma.

Segue em anexo ficha de identificação da C. J. (mãe) e de F. F.(criança).

Rio de Mouro, 23 de Setembro de 2009.

_____	_____
Lara Santos e Silva	Leonor Ribas

(Alunas da Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Universidade Católica Portuguesa)

ANEXO X- Algumas Respostas Para as Famílias: O Internamento Compulsivo

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Algumas respostas para as famílias:

O Internamento Compulsivo



ALUNAS: Lara Santos e Silva

Maria Leonor Ribas

Lisboa, Novembro de 2009

INDÍCE

1. Conteúdos da sessão (slides)
2. Lei de Saúde mental N.º 36/98 de 24 de Julho
3. Impresso do Centro de Saúde de Rio de Mouro para requerer Internamento Compulsivo, ao Delegado de Saúde
4. Reflexão escrita: "Um olhar sobre o Internamento Compulsivo"
5. Circuito da Pessoa Sujeita a Internamento Compulsivo
6. Plano da Sessão de Formação
7. Poster da Sessão de Formação

1. Conteúdos da sessão (slides)

2. Lei de Saúde mental

N.º 36/98 de 24 de Julho

3. Impresso do Centro de Saúde de Rio de Mouro para requerer Internamento Compulsivo, ao Delegado de Saúde

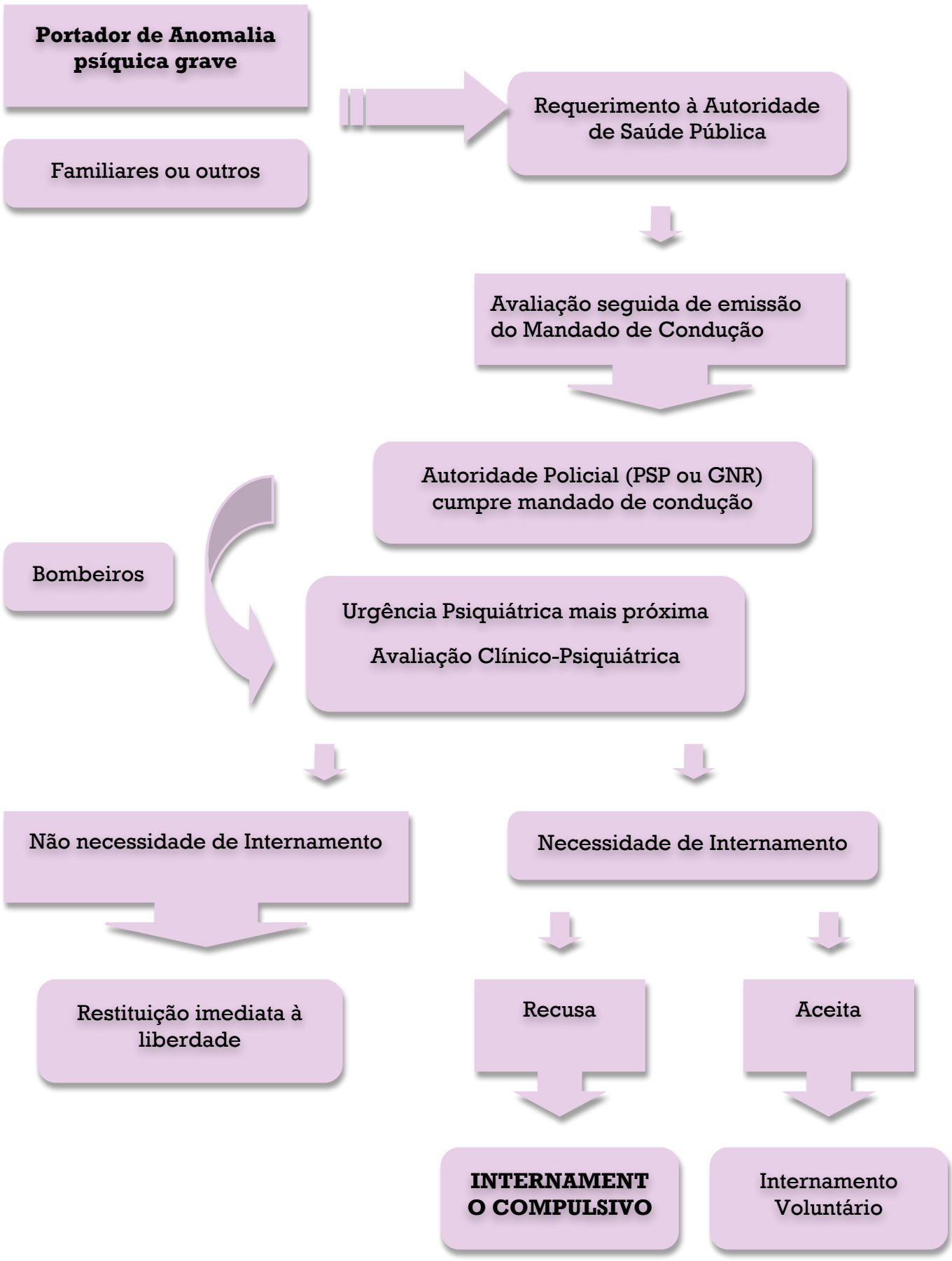
4. Reflexão escrita: "Um olhar sobre o Internamento Compulsivo"

5. Circuito da Pessoa Sujeita a Internamento Compulsivo

6. Plano da Sessão de Formação

7. Poster da sessão de Formação

CIRCUITO DA PESSOA SUJEITA A INTERNAMENTO COMPULSIVO



ALGUMAS RESPOSTAS PARA AS FAMÍLIAS





O Internamento Compulsivo

Centro de Saúde de Rio de Mouro

11 de Novembro de 2009

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas Especialidade Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

OBJECTIVOS

- Discutir alguns factos importantes sobre saúde mental
- Analisar o impacto da doença mental na família
- Reflectir sobre o papel do enfermeiro no apoio às famílias
- Descrever o quadro normativo referente ao Internamento Compulsivo
  (Lei de Saúde mental N.º 36/98 de 24 de Julho)
- Discutir os pressuposto legais e o requerimento do Internamento Compulsivo

SUMÁRIO

1. Introdução
2. Factos importantes sobre a Saúde Mental
3. Família e doença mental
4. O papel do enfermeiro no apoio à família
5. Um olhar sobre o Internamento Compulsivo
6. Discussão

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas Especialidade Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

FACTOS IMPORTANTES SOBRE A SAÚDE MENTAL

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas Especialidade Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

SAÚDE MENTAL

Conceito multidimensional e difícil de definir de forma completa

- "os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjectivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa".

- É algo mais do que ausência de perturbações mentais

(OMS, 2001)

SAÚDE MENTAL

As doenças mentais são universais e exercem uma pesada carga sobre o indivíduo, família e comunidade.

- 450 milhões de pessoas
- 12% da carga global das doenças
- 1 em cada 4 irá sofrer de uma perturbação mental
- 4 das 10 principais causas de incapacidade no mundo
- 121 milhões sofre de depressão
- 24 milhões sofre de esquizofrenia
- 1-3% com atraso metal moderado
- Todos os anos 1 milhão comete suicídio e 10-20 milhões atenta contra a própria vida
- 1 em cada 5 crianças e adolescentes
- 1 em cada 4 famílias
- Suicídio está entre as 3 maiores causas de morte dos 15-34 anos

(OMS, 2001)

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas Especialidade Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

SAÚDE MENTAL

Nem todos recebem os cuidados que necessitam!

- 4 em 10 países não possui políticas de saúde mental e cerca de 1/3 sem políticas de álcool e drogas
- 1 terço dos países não tem orçamentos específicos para a saúde mental. Do restante, metade atribui apenas 1%
- Quase 1 quarto dos países não possui leis sobre saúde mental
- Menos de 1 em 5 jovens recebe o tratamento necessário
- Cuidados e recursos escassos, mal distribuídos e desajustados às necessidades
- Más políticas
- Escassez de técnicos com conhecimentos e competências necessárias
- Estigma e descriminação que impedem doentes e família de procurarem cuidados

(OMS, 2001)

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas Especialidade Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

SAÚDE MENTAL

Existem soluções!
As pessoas podem ser tratadas com sucesso.

- Mais de 60% recupera da depressão
- Até 77% dos doentes com esquizofrenia vivem sem recaídas
- Intervenções breves reduzem até 30% o consumo abusivo de álcool
- Cerca de 60% reduz o consumo de substâncias psicoactivas
- Detecção precoce da depressão, dependência do álcool e esquizofrenia ajuda a prevenir o suicídio

(OMS, 2001)

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas Especialidade Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

SAÚDE MENTAL

Combater o estigma e a descriminação é uma prioridade!

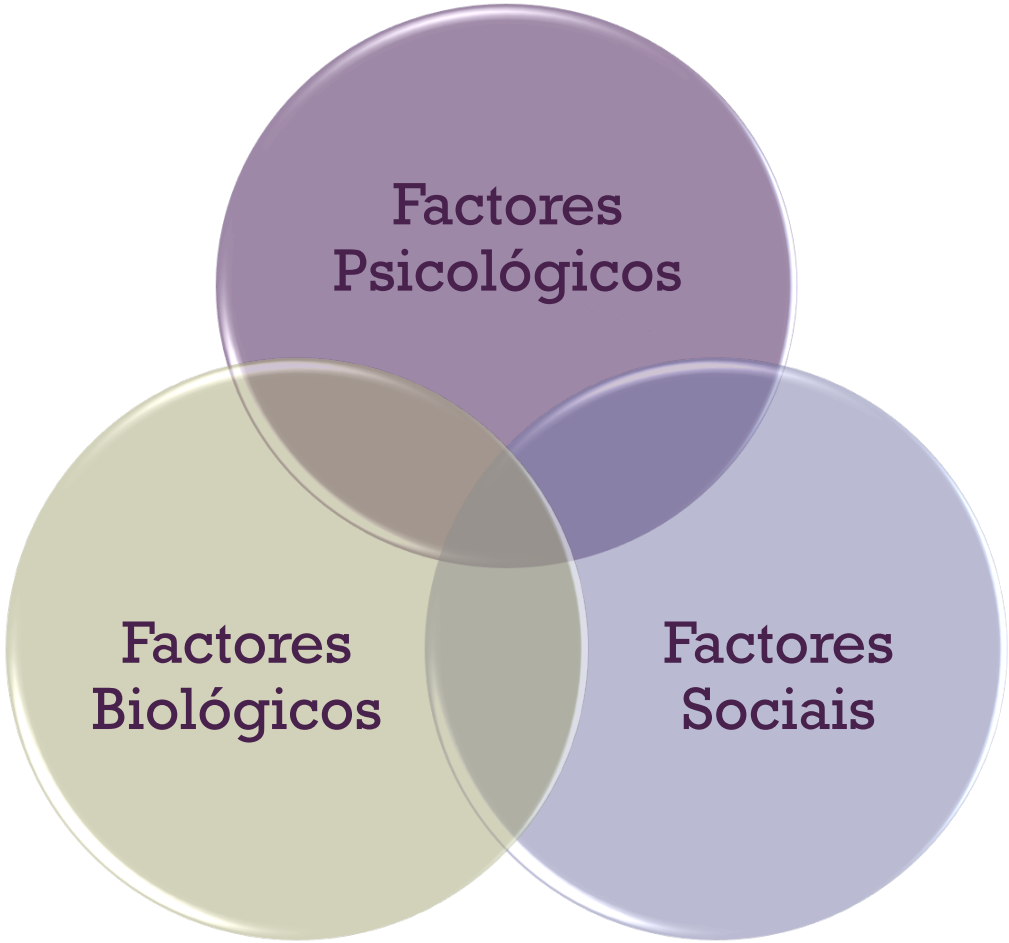
- Impede doentes e famílias de procurarem cuidados de saúde mental
- Fortalece padrões destrutivos de baixa auto-estima, isolamento, social, desespero, incapacidade para o trabalho, abuso de álcool e drogas, falta de abrigo ou institucionalização excessiva
- Círculo vicioso de alienação e descriminação, diminuindo as possibilidades de recuperação e vida normal
- É necessário educar e informar sobre a natureza, o grau, o impacto e o tratamento das perturbações mentais

(OMS, 2001)

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas Especialidade Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

SAÚDE MENTAL

As perturbações mentais e comportamentais resultam de uma complexa interacção de factores.



Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas Especialidade Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

11/11/2009

DOENÇA MENTAL

Definição

- "resposta desajustada a factores de stress do ambiente interno ou externo, evidenciada por pensamentos, sentimentos e comportamentos que não são congruentes com as normas locais e culturais e interferem no funcionamento social, ocupacional e/ou físico do indivíduo"

(Townsend, 2002:15)

- "combinação de ideias, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com outras pessoas"

(OMS, 2001:39)

DOENÇA MENTAL

Algumas perturbações comuns

- Quadro variado e heterogéneo
- As que impõem maior carga e preocupação:
  - Perturbações depressivas
  - Esquizofrenia
  - Consumo de substâncias psicoactivas
  - Atraso mental
  - Doença de Alzeihmer
  - Perturbações da infância e adolescência

(OMS, 2001)

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas Especialidade Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

FAMÍLIA E DOENÇA MENTAL

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas Especialidade Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

FAMÍLIA E DOENÇA MENTAL

- É inquestionável o valor da inclusão da família no processo terapêutico porque é ela quem determina as principais relações sociais, assim como os contextos onde ocorrem a maior parte das aprendizagens.
- A família é encarada como o "*ponto crucial da identidade*" (Sprinthall; Collins, 1994).
- A Família envolve-se na relação com a pessoa doente experienciando sentimentos negativos:
  - Aflição,
  - Vergonha;
  - Cansaço;
  - Medo;
  - Desespero, etc.
- Resultantes da manifestação de componentes agressivos, hiperactivos e de imprevisibilidade da pessoa com doença mental.

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas Especialidade Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

FAMÍLIA E DOENÇA MENTAL

- A família não é a causa da doença, mas existe uma relação entre a forma de equilíbrio intra-familiar e as readmissões hospitalares.
- A família necessita estar constantemente a adaptar-se e ajustar-se às necessidades dela própria e do doente
- Muitas vezes, é difícil para a família fazer a clivagem entre os comportamentos manifestados pela pessoa, enquanto portador de doença mental e simultaneamente enquanto pessoa.
- A família reconhece no internamento da pessoa com doença mental a possibilidade de reestruturar a sua própria vida.

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas Especialidade Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO APOIO À FAMÍLIA

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas Especialidade Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO APOIO À FAMÍLIA

- Criar um espaço de contenção onde os familiares se sintam acolhidos, escutados
- Promover vínculos de confiança e comunicação
- Facilitar o colocar-se no lugar do outro
- Ajudar as famílias a reorganizarem-se em redor da doença e reestruturarem-se em função de novas circunstâncias
- Oferecer às famílias um guia de recursos comunitários
- Proporcionar informação sucinta e simples acerca da doença mental
  - Conhecer melhor os sintomas, diferentes abordagens terapêuticas, limitações das mesmas e possibilidades de reabilitação

(Basteiro; Gil; Marin, 2004)

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO APOIO À FAMÍLIA

- Propor estratégias relacionais que incidam numa melhoria da relação quotidiana família-doente
- Oferecer ferramentas que ajudem as famílias a enfrentar os momentos de crise do seu familiar doente (como actuar, a quem recorrer…)
- Dignificar a função que cumprem os familiares como prestadores informais de cuidados
  - Satisfação das suas necessidades de cuidados, apoio, informação e formação
- Actuar como elemento de referência
- Reconhecer a influência da cultura e etnicidade no processo terapêutico
- Usar competências de comunicação terapêutica, verbais e não verbais
  - observação, empatia, escuta

(Basteiro; Gil; Marin, 2004)

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO APOIO À FAMÍLIA

- Compreender as respostas humanas à experiência de saúde/doença
  - ansiedade, medo, desesperança
- Estimular e apoiar o sentido de resiliência do indivíduo/família (auto-estima, vontade e esperança)
- Monitorizar a segurança do doente/ família, actuando precocemente nas eventuais situações de crise
- Entrevistar doente/ família para identificar factores precipitantes da situação de crise e estabelecer um plano terapêutico com os mesmos, de modo a minimizar o risco de recorrência da crise
- Assegurar a continuação dos cuidados através da ligação com outros técnicos

(Basteiro; Gil; Marin, 2004)

UM OLHAR SOBRE O INTERNAMENTO COMPULSIVO

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas Especialidade Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

INTERNAMENTO COMPULSIVO

LEI DE SAÚDE MENTAL – Lei n.º 36/98 de 24 de Julho

- Componente Programática
  - Estabelece os princípios gerais da política de saúde mental (1º capítulo)
- Componente Reguladora
  - Internamento Compulsivo (2º capítulo).

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas Especialidade Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

INTERNAMENTO COMPULSIVO

Definições

Artigo 7º

- Internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica grave.

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas Especialidade Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

INTERNAMENTO COMPULSIVO

Âmbito de Aplicação

Artigo 6º

- Restringe o IC a casos de anomalia psíquica.
- Exclui:
  - Casos de saúde pública
  - Internamentos como medida de segurança (inimputáveis)
  - Medida de coação.

INTERNAMENTO COMPULSIVO

Princípios Gerais

Artigo 8º

- Ser a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado
- Finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa
- Proporcional ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa
- Só pode ser determinado e mantido se for adequado à prossecução dos seus fins:
  - Terapêuticos
  - Protecção dos bens jurídicos (natureza pessoal e patrimonial) do próprio ou de terceiros

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas Especialidade Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

INTERNAMENTO COMPULSIVO

Pressupostos

Artigo 12°

- Ser portador de anomalia psíquica grave
  - Conceito amplo e flexível
  - Diversidade psicopatológica
  - Baseado em observação actual
- Perigosidade para bens jurídicos de relevante valor
  - Relação entre estado psicopatológico e comportamento violento
  - Bens de natureza pessoal: respeito pela vida, privacidade, integridade física, liberdade, etc.
  - Bens de natureza patrimonial: móveis e imóveis
  - Princípio de proporcionalidade
- Recusa de internamento

INTERNAMENTO COMPULSIVO

Direitos e Deveres do internado

Artigo 11°

- Mantém os direitos reconhecidos aos internados nos hospitais gerais (Lei de Bases da Saúde)
- Goza, especial **direito** de:
  - Ser informado e, sempre que necessário, esclarecido sobre os direitos que lhe assistem
  - Ser esclarecido sobre os motivos da privação da liberdade
  - Ser assistido por defensor constituído ou nomeado
  - Recorrer da decisão de internamento e da sua manutenção
  - Votar
  - Enviar e receber correspondência
  - Comunicar com a Comissão de Acompanhamento
- O internado tem especial **dever** de se submeter aos tratamentos medicamente indicados

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas Especialidade Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

INTERNAMENTO COMPULSIVO

Legitimidade para o Requerer

Artigo 13°

- O representante legal do portador de anomalia psíquica
- Qualquer pessoa com legitimidade para requerer a sua interdição, as Autoridades de Saúde Pública e o Ministério Público.
- Sempre que algum médico verifique uma anomalia psíquica com efeitos previstos no Artigo 12°, pode comunicá-la às Autoridades de Saúde Pública
  - Não é concedido ao médico a legitimidade de requerer o IC, mas tão só a de verificar se preenche os critérios e comunicar
- O Director Clínico do estabelecimento de saúde, no decurso de um internamento voluntário

INTERNAMENTO COMPULSIVO

Requerimento

Artigo 14º

- Dirigido ao Tribunal
- Formulado por escrito sem quaisquer formalidades especiais
- Deve conter a descrição dos factos
- Sempre que possível acompanhado de relatórios clínico-psiquiátricos e psicossociais

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas Especialidade Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

INTERNAMENTO COMPULSIVO

Condução do Internando

Artigo 23º

- As Autoridades de Polícia ou de Saúde Pública podem determinar através de mandado a condução ao estabelecimento de saúde
- As forças policiais cumprem o mandado com o acompanhamento ao estabelecimento de saúde
- O mandado contém:
  - Assinatura da autoridade competente
  - Identificação da pessoa a conduzir
  - As razões que o fundamentam
- Quando em situação de urgência não for possível a emissão prévia de mandado, qualquer agente policial procede à condução imediata
  - O agente policial lavra o auto onde descrimina os factos, as circunstâncias, o tempo e o lugar
  - Imediata comunicação ao Ministério Público.

INTERNAMENTO COMPULSIVO

Condução do Internando

Artigo 24º

- Ao estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo do local
- Submetido a avaliação clínico-psiquiátrica
  - Registo clínico
  - Toda a assistência médica necessária

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas Especialidade Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

INTERNAMENTO COMPULSIVO

Avaliação Clínico-Psiquiátrica

Artigo 17º

- A avaliação clínico-psiquiátrica é exclusivamente competência médica
- Mas a relevância e a decisão de aplicação do IC é exclusivamente da competência do Juiz

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas Especialidade Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

INTERNAMENTO COMPULSIVO

Termos Subsequentes

Artigo 25º

- Quando a avaliação clínico-psiquiátrica <u>conclui pela necessidade de internamento</u>
  - O estabelecimento comunica de imediato ao tribunal judicial a admissão, e envia cópia do mandado e do relatório da avaliação
- Quando a avaliação clínico-psiquiátrica <u>não conclui pela necessidade de internamento</u>
  - A autoridade policial restitui de imediato à liberdade a pessoa e comunica o sucedido ao Ministério Público

INTERNAMENTO COMPULSIVO

Confirmação Judicial e Decisão Final

Artigo 26° e 27°

- Recebida a comunicação o juiz nomeia um defensor
- O juiz profere decisão de manutenção ou não do internamento (prazo máximo de 48 horas)
- Comunicado a decisão ao internado, ao familiar mais próximo e ao médico assistente
- Designada data para sessão conjunta
- Ordenada nova avaliação clínico-psiquiátrica a cargo de 2 psiquiatras que não tenham procedido à primeira
- De dois em dois meses o estabelecimento de saúde remete ao tribunal informação sobre a evolução do estado do indivíduo

INTERNAMENTO COMPULSIVO

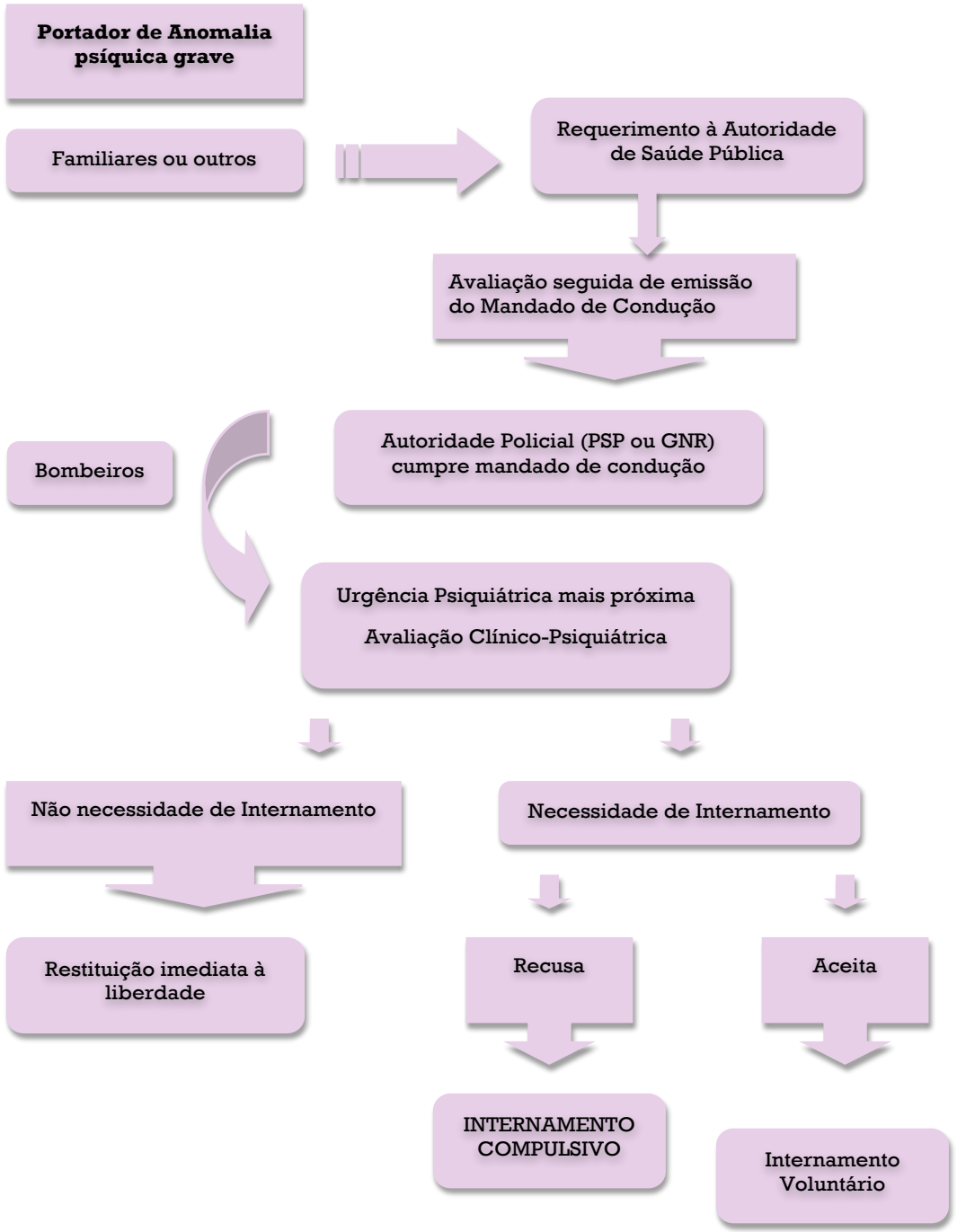
Cessação do Internamento

Artigo 34º

- Finda quando cessarem os pressupostos que lhe deram origem
  - Passar a internamento voluntário
- Pode ocorrer por alta dada pelo Director Clínico ou por decisão judicial
  - Não está obrigado a requerer a cessação do IC bastando apenas comunicá-la
- Alta imediatamente comunicada ao tribunal

INTERNAMENTO COMPULSIVO

Circuito da pessoa sujeita a Internamento Compulsivo



Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas Especialidade Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

11/11/2009

DISCUSSÃO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASTEIRO, S.; GIL, C.; MARÍN, R. – **Guia para Familiares de Doentes Mentais**. Lisboa: FNAFSAM, 2004.
- Lei de Saúde mental. Lei n.° 36/98 de 24 de Julho. Diário da República I Série A. N.° 169 (98/07/24), p. 3544-3550.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Relatório Mundial de Saúde 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Climepsi, 2002.
- SPRINTHALL, N.; COLLINS, W. – **Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1994.
- TOWNSEND, Mary – **Enfermagem Psiquiátrica: conceitos e cuidados**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao elaborarmos este Dossier esperamos ter conseguido contribuir para um sistema comunitário de informação sobre a saúde e a doença mental da população do Sector de Sintra do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

Este diagnóstico de situação pretende constituir-se enquanto instrumento útil na sensibilização para a importância da problemática da saúde mental, numa perspectiva de cuidados de proximidade, bem como na definição de estratégias e intervenções que possam dar resposta de forma mais eficaz ao indivíduo, família e comunidade.

Contudo, este instrumento não pretende ser algo de estático, rígido e acabado, mas antes dinâmico, flexível e evolutivo. Por conseguinte, desafiam-se desde já todos os enfermeiros e restante equipa a contribuir com sugestões e novos documentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BUTT, Maria; SILVA, Maria da – **Enfermagem de Saúde Mental e cuidados Primários de saúde: possibilidades e desafios**. Presencia: Revista de Enfermeria de Salud Mental, vol. 4, n.º 7 (2008). Disponível em http://www.index-f.com/presencia/n7/p6768p.php (03/07/2008).

CÂMARA MUNICIPAL DE SINTRA - Web Site: http://www.cm-sintra.pt/

HABER, Judith; BILLINGS, Carolyn - **Primary Mental Health Care: A Model for Psychiatric-Mental Health Nursing.** Journal of the American Psychiatric Nurses Association, vol. 1, n. º 5 (1995), p. 154-163.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Censos 1991 Portugal. Resultados Definitivos**. Lisboa: INE, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Censos 2001 Lisboa. Resultados Definitivos**. Lisboa: INE, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Censos 2001 Portugal. Resultados Definitivos**. Lisboa: INE, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Anuário Estatístico da Região de Lisboa 2007**. Lisboa: INE, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Anuário Estatístico da Região de Portugal 2007**. Lisboa: INE, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Estatísticas demográficas 2008**. Lisboa: INE, 2009.

Lei de Saúde Mental. Lei n.º 36/98 de 24 de Julho. Diário da República I Série A. N.º 169 (98/07/24), p. 3544-3550.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **ICD-9ª Revisão. Classificação das Perturbações Mentais.** Genebra: OMS, 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Relatório Mundial de Saúde 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Climepsi, 2002.

PEPLAU, Hildegard – **Relaciones interpersonales en enfermeria: un marco de referencia conceptual para la enfermeria psicodinâmica**. Mallorca: Salvat Editoras, 1990.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde - **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Ressumo Executivo**. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008.

PORTUGAL, Direcção Geral da Saúde - **Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2004.

UNIÃO EUROPEIA – **Livro Verde. Melhorar a saúde mental da população: rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia**. Bruxelas: UE, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – The ICD-10 Classification of Mental and Mental and Behavioral Disorders. Geneva: WHO, 1996, p.24-41.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **HEALTH21: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region** (European Health for All Series; No. 5). Geneva: WHO, 1998. Disponível em http://www.euro.who.int/document/EHFA5-E.pdf (20/09/2009).

Sexta-feira, 24 de Julho de 1998

Número 169/98

I - A
SÉRIE

Esta 1.ª série do *Diário da República* é apenas constituída pela parte A

DIÁRIO DA REPÚBLICA

SUMÁRIO

Assembleia da República

Lei n.º 36/98:

Lei de Saúde Mental 3544

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Lei n.º 36/98

de 24 de Julho

Lei de Saúde Mental

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea *c*) do artigo 161.º, das alíneas *a*) e *b*) do n.º 1 do artigo 165.º e do n.º 3 do artigo 166.º da Constituição, para valer como lei geral da República, o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objectivos

A presente lei estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental.

Artigo 2.º

Protecção e promoção da saúde mental

1 — A protecção da saúde mental efectiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive.

2 — As medidas referidas no número anterior incluem acções de prevenção primária, secundária e terciária da doença mental, bem como as que contribuam para a promoção da saúde mental das populações.

Artigo 3.º

Princípios gerais de política de saúde mental

1 — Sem prejuízo do disposto na Lei de Bases da Saúde, devem observar-se os seguintes princípios gerais:

a) A prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social;
b) Os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível;
c) O tratamento de doentes mentais em regime de internamento ocorre, tendencialmente, em hospitais gerais;
d) No caso de doentes que fundamentalmente careçam de reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes.

2 — Nos casos previstos na alínea *d*) do número anterior, os encargos com os serviços prestados no âmbito da reabilitação e inserção social, apoio residencial e reinserção profissional são comparticipados em termos a definir pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde, segurança social e emprego.

3 — A prestação de cuidados de saúde mental é assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspectos médicos, psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação.

Artigo 4.º

Conselho Nacional de Saúde Mental

1 — O Conselho Nacional de Saúde Mental é o órgão de consulta do Governo em matéria de política de saúde mental, nele estando representadas as entidades interessadas no funcionamento do sistema de saúde mental, designadamente as associações de familiares e de utentes, os subsistemas de saúde, os profissionais de saúde mental e os departamentos governamentais com áreas de actuação conexas.

2 — A composição, as competências e o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde Mental constam de decreto-lei.

Artigo 5.º

Direitos e deveres do utente

1 — Sem prejuízo do previsto na Lei de Bases da Saúde, o utente dos serviços de saúde mental tem ainda o direito de:

a) Ser informado, por forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis;
b) Receber tratamento e protecção, no respeito pela sua individualidade e dignidade;
c) Decidir receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, salvo quando for caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros;
d) Não ser submetido a electroconvulsivoterapia sem o seu prévio consentimento escrito;
e) Aceitar ou recusar, nos termos da legislação em vigor, a participação em investigações, ensaios clínicos ou actividades de formação;
f) Usufruir de condições dignas de habitabilidade, higiene, alimentação, segurança, respeito e privacidade em serviços de internamento e estruturas residenciais;
g) Comunicar com o exterior e ser visitado por familiares, amigos e representantes legais, com as limitações decorrentes do funcionamento dos serviços e da natureza da doença;
h) Receber justa remuneração pelas actividades e pelos serviços por ele prestados;
i) Receber apoio no exercício dos direitos de reclamação e queixa.

2 — A realização de intervenção psicocirúrgica exige, além do prévio consentimento escrito, o parecer escrito favorável de dois médicos psiquiatras designados pelo Conselho Nacional de Saúde Mental.

3 — Os direitos referidos nas alíneas *c*), *d*) e *e*) do n.º 1 são exercidos pelos representantes legais quando os doentes sejam menores de 14 anos ou não possuam o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento.

CAPÍTULO II

Do internamento compulsivo

SECÇÃO I

Disposições gerais

Artigo 6.º

Âmbito de aplicação

1 — O presente capítulo regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica.

2 — O internamento voluntário não fica sujeito ao disposto neste capítulo, salvo quando um internado voluntariamente num estabelecimento se encontre na situação prevista nos artigos 12.º e 22.º

Artigo 7.º

Definições

Para efeitos do disposto no presente capítulo, considera-se:

a) Internamento compulsivo: internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica grave;
b) Internamento voluntário: internamento a solicitação do portador de anomalia psíquica ou a solicitação do representante legal de menor de 14 anos;
c) Internando: portador de anomalia psíquica submetido ao processo conducente às decisões previstas nos artigos 20.º e 27.º;
d) Estabelecimento: hospital ou instituição análoga que permita o tratamento de portador de anomalia psíquica;
e) Autoridades de saúde pública: as como tal qualificadas pela lei;
f) Autoridades de polícia: os directores, oficiais, inspectores e subinspectores de polícia e todos os funcionários policiais a quem as leis respectivas reconhecerem aquela qualificação.

Artigo 8.º

Princípios gerais

1 — O internamento compulsivo só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado e finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa.

2 — O internamento compulsivo só pode ser determinado se for proporcionado ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa.

3 — Sempre que possível o internamento é substituído por tratamento em regime ambulatório.

4 — As restrições aos direitos fundamentais decorrentes do internamento compulsivo são as estritamente necessárias e adequadas à efectividade do tratamento e à segurança e normalidade do funcionamento do estabelecimento, nos termos do respectivo regulamento interno.

Artigo 9.º

Legislação subsidiária

Nos casos omissos aplica-se, devidamente adaptado, o disposto no Código de Processo Penal.

SECÇÃO II

Dos direitos e deveres

Artigo 10.º

Direitos e deveres processuais do internando

1 — O internando goza, em especial, do direito de:

a) Ser informado dos direitos que lhe assistem;
b) Estar presente aos actos processuais que directamente lhe disserem respeito, excepto se o seu estado de saúde o impedir;
c) Ser ouvido pelo juiz sempre que possa ser tomada uma decisão que pessoalmente o afecte, excepto se o seu estado de saúde tornar a audição inútil ou inviável;
d) Ser assistido por defensor, constituído ou nomeado, em todos os actos processuais em que participar e ainda nos actos processuais que directamente lhe disserem respeito e em que não esteja presente;
e) Oferecer provas e requerer as diligências que se lhe afigurem necessárias.

2 — Recai sobre o internando o especial dever de se submeter às medidas e diligências previstas nos artigos 17.º, 21.º, 23.º, 24.º e 27.º

Artigo 11.º

Direitos e deveres do internado

1 — O internado mantém os direitos reconhecidos aos internados nos hospitais gerais.

2 — O internado goza, em especial, do direito de:

a) Ser informado e, sempre que necessário, esclarecido sobre os direitos que lhe assistem;
b) Ser esclarecido sobre os motivos da privação da liberdade;
c) Ser assistido por defensor constituído ou nomeado, podendo comunicar em privado com este;
d) Recorrer da decisão de internamento e da decisão que o mantenha;
e) Votar, nos termos da lei;
f) Enviar e receber correspondência;
g) Comunicar com a comissão prevista no artigo 38.º

3 — O internado tem o especial dever de se submeter aos tratamentos medicamente indicados, sem prejuízo do disposto no n.º 2 do artigo 5.º

SECÇÃO III

Internamento

Artigo 12.º

Pressupostos

1 — O portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurí-

dicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado.

2 — Pode ainda ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado.

Artigo 13.º

Legitimidade

1 — Tem legitimidade para requerer o internamento compulsivo o representante legal do portador de anomalia psíquica, qualquer pessoa com legitimidade para requerer a sua interdição, as autoridades de saúde pública e o Ministério Público.

2 — Sempre que algum médico verifique no exercício das suas funções uma anomalia psíquica com os efeitos previstos no artigo 12.º pode comunicá-la à autoridade de saúde pública competente para os efeitos do disposto no número anterior.

3 — Se a verificação ocorrer no decurso de um internamento voluntário, tem também legitimidade para requerer o internamento compulsivo o director clínico do estabelecimento.

Artigo 14.º

Requerimento

1 — O requerimento, dirigido ao tribunal competente, é formulado por escrito, sem quaisquer formalidades especiais, devendo conter a descrição dos factos que fundamentam a pretensão do requerente.

2 — Sempre que possível, o requerimento deve ser instruído com elementos que possam contribuir para a decisão do juiz, nomeadamente relatórios clínico-psiquiátricos e psicossociais.

Artigo 15.º

Termos subsequentes

1 — Recebido o requerimento, o juiz notifica o internando, informando-o dos direitos e deveres processuais que lhe assistem, e nomeia-lhe um defensor, cuja intervenção cessa se ele constituir mandatário.

2 — O defensor e o familiar mais próximo do internando que com ele conviva ou a pessoa que com o internando viva em condições análogas às dos cônjuges são notificados para requerer o que tiverem por conveniente no prazo de cinco dias.

3 — Para os mesmos efeitos, e em igual prazo, o processo vai com vista ao Ministério Público.

Artigo 16.º

Actos instrutórios

1 — O juiz, oficiosamente ou a requerimento, determina a realização das diligências que se lhe afigurem necessárias e, obrigatoriamente, a avaliação clínico-psiquiátrica do internando, sendo este para o efeito notificado.

2 — No caso previsto no n.º 3 do artigo 13.º, o juiz pode prescindir da avaliação referida no número anterior, designando de imediato data para a sessão conjunta nos termos do artigo 18.º

Artigo 17.º

Avaliação clínico-psiquiátrica

1 — A avaliação clínico-psiquiátrica é deferida aos serviços oficiais de assistência psiquiátrica da área de residência do internando, devendo ser realizada por dois psiquiatras, no prazo de 15 dias, com a eventual colaboração de outros profissionais de saúde mental.

2 — A avaliação referida no número anterior pode, excepcionalmente, ser deferida ao serviço de psiquiatria forense do instituto de medicina legal da respectiva circunscrição.

3 — Sempre que seja previsível a não comparência do internando na data designada, o juiz ordena a emissão de mandado de condução para assegurar a presença daquele.

4 — Os serviços remetem o relatório ao tribunal no prazo máximo de sete dias.

5 — O juízo técnico-científico inerente à avaliação clínico-psiquiátrica está subtraído à livre apreciação do juiz.

Artigo 18.º

Actos preparatórios da sessão conjunta

1 — Recebido o relatório da avaliação clínico-psiquiátrica, o juiz designa data para a sessão conjunta, sendo notificados o internando, o defensor, o requerente e o Ministério Público.

2 — O juiz pode convocar para a sessão quaisquer outras pessoas cuja audição reputar oportuna, designadamente o médico assistente, e determinar, oficiosamente ou a requerimento, que os psiquiatras prestem esclarecimentos complementares, devendo ser-lhes comunicado o dia, a hora e o local da realização da sessão conjunta.

3 — Se houver discordância entre os psiquiatras, apresenta cada um o seu relatório, podendo o juiz determinar que seja renovada a avaliação clínico-psiquiátrica a cargo de outros psiquiatras, nos termos do artigo 17.º

Artigo 19.º

Sessão conjunta

1 — Na sessão conjunta é obrigatória a presença do defensor do internando e do Ministério Público.

2 — Ouvidas as pessoas convocadas, o juiz dá a palavra para alegações sumárias ao mandatário do requerente, se tiver sido constituído, ao Ministério Público e ao defensor e profere decisão de imediato ou no prazo máximo de cinco dias se o procedimento revestir complexidade.

3 — Se o internando aceitar o internamento e não houver razões para duvidar da aceitação, o juiz providencia a apresentação deste no serviço oficial de saúde mental mais próximo e determina o arquivamento do processo.

Artigo 20.º

Decisão

1 — A decisão sobre o internamento é sempre fundamentada.

2 — A decisão de internamento identifica a pessoa a internar e especifica as razões clínicas, o diagnóstico clínico, quando existir, e a justificação do internamento.

3 — A decisão é notificada ao Ministério Público, ao internando, ao defensor e ao requerente. A leitura da decisão equivale à notificação dos presentes.

Artigo 21.º

Cumprimento da decisão de internamento

1 — Na decisão de internamento o juiz determina a apresentação do internado no serviço oficial de saúde mental mais próximo, o qual providencia o internamento imediato.

2 — O juiz emite mandado de condução com identificação da pessoa a internar, o qual é cumprido, sempre que possível, pelo serviço referido no número anterior, que, quando necessário, solicita a coadjuvação das forças policiais.

3 — Não sendo possível o cumprimento nos termos do número anterior, o mandado de condução pode ser cumprido pelas forças policiais, que, quando necessário, solicitam o apoio dos serviços de saúde mental ou dos serviços locais de saúde.

4 — Logo que determinado o local definitivo do internamento, que deverá situar-se o mais próximo possível da residência do internado, aquele é comunicado ao defensor do internado e ao familiar mais próximo que com ele conviva, à pessoa que com ele viva em condições análogas às dos cônjuges ou a pessoa de confiança do internado.

SECÇÃO IV

Internamento de urgência

Artigo 22.º

Pressupostos

O portador da anomalia psíquica pode ser internado compulsivamente de urgência, nos termos dos artigos seguintes, sempre que, verificando-se os pressupostos do artigo 12.º, n.º 1, exista perigo iminente para os bens jurídicos aí referidos, nomeadamente por deterioração aguda do seu estado.

Artigo 23.º

Condução do internando

1 — Verificados os pressupostos do artigo anterior, as autoridades de polícia ou de saúde pública podem determinar, oficiosamente ou a requerimento, através de mandado, que o portador de anomalia psíquica seja conduzido ao estabelecimento referido no artigo seguinte.

2 — O mandado é cumprido pelas forças policiais, com o acompanhamento, sempre que possível, dos serviços do estabelecimento referido no artigo seguinte. O mandado contém a assinatura da autoridade competente, a identificação da pessoa a conduzir e a indicação das razões que o fundamentam.

3 — Quando, pela situação de urgência e de perigo na demora, não seja possível a emissão prévia de mandado, qualquer agente policial procede à condução imediata do internando.

4 — Na situação descrita no número anterior o agente policial lavra auto em que discrimina os factos, bem como as circunstâncias de tempo e de lugar em que a mesma foi efectuada.

5 — A condução é comunicada de imediato ao Ministério Público com competência na área em que aquela se iniciou.

Artigo 24.º

Apresentação do internando

O internando é apresentado de imediato no estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo do local em que se iniciou a condução, onde é submetido a avaliação clínico-psiquiátrica com registo clínico e lhe é prestada a assistência médica necessária.

Artigo 25.º

Termos subsequentes

1 — Quando da avaliação clínico-psiquiátrica se concluir pela necessidade de internamento e o internando a ele se opuser, o estabelecimento comunica, de imediato, ao tribunal judicial com competência na área a admissão daquele, com cópia do mandado e do relatório da avaliação.

2 — Quando a avaliação clínico-psiquiátrica não confirmar a necessidade de internamento, a entidade que tiver apresentado o portador de anomalia psíquica restitui-o de imediato à liberdade, remetendo o expediente ao Ministério Público com competência na área em que se iniciou a condução.

3 — O disposto no n.º 1 é aplicável quando na urgência psiquiátrica ou no decurso de internamento voluntário se verifique a existência da situação descrita no artigo 22.º

Artigo 26.º

Confirmação judicial

1 — Recebida a comunicação referida no n.º 1 do artigo anterior, o juiz nomeia defensor ao internando e dá vista nos autos ao Ministério Público.

2 — Realizadas as diligências que reputar necessárias, o juiz profere decisão de manutenção ou não do internamento, no prazo máximo de quarenta e oito horas a contar da privação da liberdade nos termos dos artigos 23.º e 25.º, n.º 3.

3 — A decisão de manutenção do internamento é comunicada, com todos os elementos que a fundamentam, ao tribunal competente.

4 — A decisão é comunicada ao internando e ao familiar mais próximo que com ele conviva ou à pessoa que com o internando viva em condições análogas às dos cônjuges, bem como ao médico assistente, sendo aquele informado, sempre que possível, dos direitos e deveres processuais que lhe assistem.

Artigo 27.º

Decisão final

1 — Recebida a comunicação a que se refere o n.º 3 do artigo anterior, o juiz dá início ao processo de internamento compulsivo com os fundamentos previstos no artigo 12.º, ordenando para o efeito que, no prazo de cinco dias, tenha lugar nova avaliação clínico-psiquiátrica, a cargo de dois psiquiatras que não tenham procedido à anterior, com a eventual colaboração de outros profissionais de saúde mental.

2 — É ainda correspondentemente aplicável o disposto no artigo 15.º

3 — Recebido o relatório da avaliação clínico-psiquiátrica e realizadas as demais diligências necessárias, é designada data para a sessão conjunta, à qual é correspondentemente aplicável o disposto nos artigos 18.º, 19.º, 20.º e 21.º, n.º 4.

SECÇÃO V

Casos especiais

Artigo 28.º

Pendência de processo penal

1 — A pendência de processo penal em que seja arguido portador de anomalia psíquica não obsta a que o tribunal competente decida sobre o internamento nos termos deste diploma.

2 — Em caso de internamento, o estabelecimento remete ao tribunal onde pende o processo penal, de dois em dois meses, informação sobre a evolução do estado do portador de anomalia psíquica.

Artigo 29.º

Internamento compulsivo de inimputável

1 — O tribunal que não aplicar a medida de segurança prevista no artigo 91.º do Código Penal pode decidir o internamento compulsivo do inimputável.

2 — Sempre que seja imposto o internamento é remetida certidão da decisão ao tribunal competente para os efeitos do disposto nos artigos 33.º, 34.º e 35.º

SECÇÃO VI

Disposições comuns

Artigo 30.º

Regras de competência

1 — Para efeitos do disposto no presente capítulo, tribunal competente é o tribunal judicial de competência genérica da área de residência do internando.

2 — Se na comarca da área de residência do internando existir tribunal judicial de competência especializada em matéria criminal, a competência é atribuída a este.

Artigo 31.º

Habeas corpus **em virtude de privação da liberdade ilegal**

1 — O portador de anomalia psíquica privado da liberdade, ou qualquer cidadão no gozo dos seus direitos políticos, pode requerer ao tribunal da área onde o portador se encontrar a imediata libertação com algum dos seguintes fundamentos:

a) Estar excedido o prazo previsto no artigo 26.º, n.º 2;
b) Ter sido a privação da liberdade efectuada ou ordenada por entidade incompetente;
c) Ser a privação da liberdade motivada fora dos casos ou condições previstas nesta lei.

2 — Recebido o requerimento, o juiz, se o não considerar manifestamente infundado, ordena, se necessário por via telefónica, a apresentação imediata do portador da anomalia psíquica.

3 — Juntamente com a ordem referida no número anterior, o juiz manda notificar a entidade que tiver o portador da anomalia psíquica à sua guarda, ou quem puder representá-la, para se apresentar no mesmo acto munida das informações e esclarecimentos necessários à decisão sobre o requerimento.

4 — O juiz decide, ouvidos o Ministério Público e o defensor constituído ou nomeado para o efeito.

Artigo 32.º

Recorribilidade da decisão

1 — Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, da decisão tomada nos termos dos artigos 20.º, 26.º, n.º 2, 27.º, n.º 3, e 35.º cabe recurso para o Tribunal da Relação competente.

2 — Tem legitimidade para recorrer o internado, o seu defensor, quem requerer o internamento nos termos do artigo 13.º, n.º 1, e o Ministério Público.

3 — Todos os recursos previstos no presente capítulo têm efeito meramente devolutivo.

Artigo 33.º

Substituição do internamento

1 — O internamento é substituído por tratamento compulsivo em regime ambulatório sempre que seja possível manter esse tratamento em liberdade, sem prejuízo do disposto nos artigos 34.º e 35.º

2 — A substituição depende de expressa aceitação, por parte do internado, das condições fixadas pelo psiquiatra assistente para o tratamento em regime ambulatório.

3 — A substituição é comunicada ao tribunal competente.

4 — Sempre que o portador da anomalia psíquica deixe de cumprir as condições estabelecidas, o psiquiatra assistente comunica o incumprimento ao tribunal competente, retomando-se o internamento.

5 — Sempre que necessário, o estabelecimento solicita ao tribunal competente a emissão de mandados de condução a cumprir pelas forças policiais.

Artigo 34.º

Cessação do internamento

1 — O internamento finda quando cessarem os pressupostos que lhe deram origem.

2 — A cessação ocorre por alta dada pelo director clínico do estabelecimento, fundamentada em relatório de avaliação clínico-psiquiátrica do serviço de saúde onde decorreu o internamento, ou por decisão judicial.

3 — A alta é imediatamente comunicada ao tribunal competente.

Artigo 35.º

Revisão da situação do internado

1 — Se for invocada a existência de causa justificativa da cessação do internamento, o tribunal competente aprecia a questão a todo o tempo.

2 — A revisão é obrigatória, independentemente de requerimento, decorridos dois meses sobre o início do internamento ou sobre a decisão que o tiver mantido.

3 — Tem legitimidade para requerer a revisão o internado, o seu defensor e as pessoas referidas no artigo 13.º, n.º 1.

4 — Para o efeito do disposto no n.º 2 o estabelecimento envia, até 10 dias antes da data calculada para a revisão, um relatório de avaliação clínico-psiquiátrica elaborado por dois psiquiatras, com a eventual colaboração de outros profissionais de saúde mental.

5 — A revisão obrigatória tem lugar com audição do Ministério Público, do defensor e do internado, excepto se o estado de saúde deste tornar a audição inútil ou inviável.

SECÇÃO VII

Da natureza e das custas do processo

Artigo 36.º

Natureza do processo

Os processos previstos no presente capítulo têm natureza secreta e urgente.

Artigo 37.º

Custas

Os processos previstos neste capítulo são isentos de custas.

SECÇÃO VIII

Comissão de acompanhamento

Artigo 38.º

Criação e atribuições

É criada uma comissão para acompanhamento da execução do disposto no presente capítulo, seguidamente designada por «comissão».

Artigo 39.º

Sede e serviços administrativos

Por despacho conjunto dos Ministros da Justiça e da Saúde são definidos os serviços de apoio técnico e administrativo à actividade da comissão, bem como a respectiva sede.

Artigo 40.º

Composição

A comissão é constituída por psiquiatras, juristas, por um representante das associações de familiares e utentes de saúde mental e outros técnicos de saúde mental, nomeados por despacho conjunto dos Ministros da Justiça e da Saúde.

Artigo 41.º

Competências

Incumbe especialmente à comissão:

a) Visitar os estabelecimentos e comunicar directamente com os internados;
b) Solicitar ou remeter a quaisquer entidades administrativas ou judiciárias informações sobre a situação dos internados;
c) Receber e apreciar as reclamações dos internados ou das pessoas com legitimidade para requerer o internamento sobre as condições do mesmo;
d) Solicitar ao Ministério Público junto do tribunal competente os procedimentos judiciais julgados adequados à correcção de quaisquer situações de violação da lei que verifique no exercício das suas funções;
e) Recolher e tratar a informação relativa à aplicação do presente capítulo;
f) Propor ao Governo as medidas que julgue necessárias à execução da presente lei.

Artigo 42.º

Cooperação

1 — Para os fins previstos na alínea *e*) do artigo anterior, os tribunais remetem à comissão cópia das decisões previstas no presente capítulo.

2 — É dever das entidades públicas e privadas dispensar à comissão toda a colaboração necessária ao exercício da sua competência.

Artigo 43.º

Base de dados

A comissão promoverá, nos termos e condições previstos na legislação sobre protecção de dados pessoais e sobre o sigilo médico, a organização de uma base de dados informática relativa à aplicação do presente capítulo, a que terão acesso entidades públicas ou privadas que nisso tenham interesse legítimo.

Artigo 44.º

Relatório

A comissão apresenta todos os anos ao Governo, até 31 de Março do ano seguinte, um relatório sobre o exercício das suas atribuições e a execução do disposto no presente capítulo.

CAPÍTULO III

Disposições transitórias e finais

SECÇÃO I

Disposições transitórias

Artigo 45.º

Disposições transitórias

1 — Os processos instaurados à data da entrada em vigor do presente diploma continuam a ser regulados pela Lei n.º 2118, de 3 de Abril de 1963, até à decisão que aplique o internamento.

2 — Os estabelecimentos hospitalares que tenham doentes internados compulsivamente ao abrigo da lei referida no número anterior, no prazo de dois meses após a entrada em vigor da presente lei, comunicam ao tribunal competente a situação clínica desses doentes e os fundamentos do respectivo internamento e identificam o processo onde tenha sido proferida a decisão que o determinou.

3 — Quando a decisão de internamento seja proferida após a entrada em vigor da presente lei, o prazo referido no número anterior conta-se após o início da execução da decisão que tenha determinado o internamento.

4 — O tribunal solicita à entidade que determinou o internamento o processo em que a decisão foi proferida e, uma vez recebido, dá cumprimento ao disposto no artigo 35.º da presente lei.

SECÇÃO II

Disposições finais

Artigo 46.º

Gestão do património dos doentes

A gestão do património dos doentes mentais não declarados incapazes é regulada por decreto-lei.

Artigo 47.º

Serviços de saúde mental

A organização dos serviços de saúde mental é regulada por decreto-lei.

Artigo 48.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor seis meses após a sua publicação.

Artigo 49.º

Revogação

É revogada a Lei n.º 2118, de 3 de Abril de 1963.

Aprovada em 18 de Junho de 1998.

O Presidente da Assembleia da República, *António de Almeida Santos.*

Promulgada em 8 de Julho de 1998.

Publique-se.

O Presidente da República, JORGE SAMPAIO.

Referendada em 14 de Julho de 1998.

O Primeiro-Ministro, *António Manuel de Oliveira Guterres.*

DIÁRIO DA REPÚBLICA

Depósito legal n.º 8814/85
ISSN 0870-9963

AVISO

Por ordem superior e para constar, comunica-se que não serão aceites quaisquer originais destinados ao *Diário da República* desde que não tragam aposta a competente ordem de publicação, assinada e autenticada com selo branco.

Os prazos para reclamação de faltas do *Diário da República* são, respectivamente, de 30 dias para o continente e de 60 dias para as Regiões Autónomas e estrangeiro, contados da data da sua publicação.

PREÇO DESTE NÚMERO 76$00 (IVA INCLUÍDO 5%)

INCM

IMPRENSA NACIONAL-CASA DA MOEDA, E. P.

LOCAIS DE INSCRIÇÃO DE NOVOS ASSINANTES, VENDA DE PUBLICAÇÕES, IMPRESSOS E ESPÉCIMES NUMISMÁTICOS

- Rua de D. Francisco Manuel de Melo, 5 — 1099 Lisboa Codex
  Telef. (01)387 30 02 Fax (01)384 01 32
- Rua da Escola Politécnica, 135 — 1250 Lisboa
  Telef. (01)397 30 35/(01)397 47 68 Fax (01)396 94 33 Metro — Rato
- Rua do Marquês de Sá da Bandeira, 16-A e 16-B — 1050 Lisboa
  Telef. (01)353 03 99 Fax (01)353 02 94 Metro — S. Sebastião
- Rua de D. Filipa de Vilhena, 12 — 1000 Lisboa
  Telef. (01)796 55 44 Fax (01)797 68 72 Metro — Saldanha
- Avenida do Engenheiro Duarte Pacheco — 1070 Lisboa
  (Centro Comercial das Amoreiras, loja 2112)
  Telef. (01)387 71 07 Fax (01)353 02 94
- Avenida Lusíada — 1500 Lisboa
  (Centro Colombo, loja 0.503)
  Telefs. (01)711 11 19/23/24 Fax (01)711 11 21 Metro — C. Militar
- Praça de Guilherme Gomes Fernandes, 84 — 4050 Porto
  Telef. (02)205 92 06/(02)205 91 66 Fax (02)200 85 79
- Avenida de Fernão de Magalhães, 486 — 3000 Coimbra
  Telef. (039)2 69 02 Fax (039)3 26 30

Diário da República Electrónico: **Endereço Internet: http://www.incm.pt • Correio electrónico: dre @ incm.pt • Linha azul: 0808 200 110**

Toda a correspondência, quer oficial, quer relativa a anúncios e a assinaturas do «Diário da República» e do «Diário da Assembleia da República», deve ser dirigida à administração da Imprensa Nacional-Casa da Moeda, E. P., Rua de D. Francisco Manuel de Melo, 5 — 1099 Lisboa Codex

Plano de Sessão de Formação

Tema da Sessão:	**ALGUMAS RESPOSTAS PARA AS FAMÍLIAS: O INTERNAMENTO COMPULSIVO**
Conteúdos da Sessão:	1. Factos importantes sobre a Saúde Mental 2. Família e doença mental 3. O papel do enfermeiro no apoio à família 4. Um olhar sobre o Internamento Compulsivo
População Alvo:	Enfermeiros do Centro de Saúde de Rio de Mouro Outros técnicos do Centro de Saúde de Rio de Mouro Alunos de enfermagem da Universidade Atlântica
N.º de Formandos:	Dez: seis enfermeiros e quatro alunos de enfermagem
Formadores:	Enfermeira Lara Santos e Silva Enfermeira Maria Leonor Ribas

Duração:	60 minutos
Local:	Sala polivalente do Centro de Saúde de Rio de Mouro
Data e Hora:	11 de Novembro de 2009, pelas 12H30

Objectivos Gerais:	Sensibilizar para o papel do enfermeiro no apoio às famílias com pessoa portadora de anomalia psíquica Fornecer informação sobre o quadro normativo do Internamento Compulsivo
Objectivos Específicos:	Que no final da sessão os formandos sejam capazes de: • Reflectir sobre o conceito de saúde e doença mental • Discutir os efeitos do estigma e da descriminação sobre indivíduo e família com doença mental • Analisar o impacto da doença mental na família • Reflectir sobre o papel do enfermeiro no apoio às família • Descrever o quadro normativo referente ao Internamento Compulsivo (Lei de Saúde mental N.º 36/98 de 24 de Julho) • Discutir os pressuposto legais e o requerimento do Internamento Compulsivo • Analisar as etapas da condução do internando na situação de Internamento Compulsivo

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas da Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
Universidade Católica Portuguesa

Metodologias:	Métodos expositivos participativos com projecção de slides em PowerPoint Métodos interrogativos directivos e semi-directivos.

Avaliação:	Tipo: quanto ao momento - diagnóstica, formativa e sumativa. Técnicas: avaliação oral. Instrumentos: Formulação de perguntas orais.

Conteúdos Programáticos	Objectivos específicos (por rúbrica do tema)	Formador:	Metodologias:	Recursos Didácticos:	Avaliação:	Tempo:
Introdução	Quebrar o "gelo inicial"; Apresentar formadores e grupo; Enunciar o tema da sessão; Enunciar os objectivos;	Lara Silva Leonor Ribas	Método Expositivo com projecção de slides e a participação dos formandos Método Interrogativo directo	Vídeo Projector PC Portátil PowerPoint	Avaliação Diagnóstica	2'
Desenvolvimento	Analisar o conceito de Saúde Mental Descrever a carga das doenças mentais no mundo Enumerar algumas limitações aos cuidados de saúde mental Identificar elementos de eficácia do tratamento das doenças mentais Discutir os efeitos do estigma e da descriminação sobre indivíduo e família com doença mental Analisar o conceito de Doença Mental	Lara Silva	Método Expositivo com projecção Método Interrogativo semi-directivo Método interactivo com a participação dos formandos.	Vídeo Projector PC Portátil PowerPoint	Avaliação Formativa	12'
	Identificar as perturbações mentais que impõem ~~maior carga e preocupação~~ Analisar o impacto da doença mental na família	Lara Silva				13'

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas da Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
Universidade Católica Portuguesa

	Discutir o papel do enfermeiro no apoio à família					
	Identificar os componentes da Lei de Saúde mental Caracterizar o quadro normativo do Internamento Compulsivo: 1. Definições 2. Âmbito de Aplicação 3. Princípios Gerais 4. Pressupostos 5. Direitos e Deveres do Internado 6. Legitimidade para o Requerer 7. Requerimento 8. Condução do Internando 9. Avaliação Clínico-Psiquiátrica 10. Termos Subsequentes 11. Confirmação Judicial e Decisão Final 12. Cessação do Internamento 13. Circuito da Pessoa Sujeita a Internamento Compulsivo	Leonor Ribas				25’
Síntese	Sublinhar as ideias chave;	Lara Silva Leonor Ribas	Método Interrogativo semi-directivo em que a síntese dos conteúdos será construída pelos formandos	Vídeo Projector PC Portátil PowerPoint		5’
Avaliação	Verificar os resultados da aprendizagem; Proceder a uma maior consolidação dos conteúdos.	Lara Silva Leonor Ribas	Método Interrogativo semi-directivo através da formulação de perguntas orais.		Avaliação Sumativa	3’

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas da Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
Universidade Católica Portuguesa

Observações:

Disponibilizar Dossier Temático sobre o tema da sessão - **ALGUMAS RESPOSTAS PARA AS FAMÍLIAS: O INTERNAMENTO COMPULSIVO,** do qual faz parte:

1. Conteúdos da sessão (slides)
2. Lei de Saúde mental N.º 36/98 de 24 de Julho
3. Impresso do Centro de Saúde de Rio de Mouro para requerer Internamento Compulsivo, ao Delegado de Saúde
4. Reflexão escrita: "Um olhar sobre o Internamento Compulsivo"
5. Circuito da Pessoa Sujeita a Internamento Compulsivo
6. Plano da Sessão de Formação
7. Poster da Sessão de Formação

Os Formadores: _____

_____

OBSERVAÇÕES FINAIS DOS FORMADORES (PÓS-SESSÃO):

Consideramos que a acção de formação teve muita boa adesão dos formandos, com 10 enfermeiros presentes e 2 estudantes de enfermagem. Embora a sessão tenha sido aberta a outros profissionais apenas compareceram os enfermeiros. Os formandos mostraram-se muito participativos, discutindo situações concretas da prática. O tempo previsto foi ultrapassado, em parte também devido à participação e questões levantadas. Pensamos que a primeira parte da sessão, onde foram abordadas questões mais de enquadramento do tema, pudessem ter sido um pouco abreviadas. A avaliação global dos participantes foi muito positiva, tendo-se mostrado muito agradados com o dossier temático elaborado e disponibilizado para toda a equipa. De um modo global, pensamos ter sido uma mais valia para o serviço.

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas da Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
Universidade Católica Portuguesa

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

ALUNAS DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA, MINISTRADO PELA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA



ALGUMAS RESPOSTAS PARA AS FAMÍLIAS

O INTERNAMENTO COMPULSIVO

OBJECTIVOS

- Discutir alguns factos importantes sobre saúde mental
- Analisar o impacto da doença mental na família
- Reflectir sobre o papel do enfermeiro no apoio às famílias
- Descrever o quadro normativo referente ao Internamento Compulsivo (Lei de Saúde Mental n.º 36/98 de 24 de Julho)

CENTRO DE SAÚDE DE RIO DE MOURO

11 NOVEMBRO

12H30

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Um Olhar Sobre o Internamento Compulsivo

ALUNAS: Lara Santos e Silva

Maria Leonor Ribas

LISBOA, Novembro de 2009

INTRODUÇÃO

A Lei de Saúde Mental[1] estabelece os princípios gerais da política de saúde mental ao nível nacional e regula o Internamento Compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, nomeadamente das pessoas com doença mental.

A presente reflexão visa analisar o quadro normativo referente ao Internamento Compulsivo na perspectiva dos direitos fundamentais, tais como são entendidos na Constituição Portuguesa, em especial os que visam garantir a liberdade dos cidadãos.

Assim, começamos por referir que os preceitos constitucionais relativos aos direitos fundamentais devem ser interpretados e integrados em harmonia com a Declaração Universal dos Direitos do Homem, na qual se afirma no artigo 1.º e 3.º, respectivamente, que "*Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade*" e "*Todo o Indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal*".

Segundo a Constituição da República Portuguesa (CRP) os direitos e deveres fundamentais, regem-se pelo princípio da universalidade (artigo 12.º) e pelo princípio da igualdade (artigo 13.º). Deste modo, se por um lado são direitos que se estendem a todos os cidadãos, por outro há o reconhecimento da igual dignidade humana de todas as pessoas, ficando por isso expressamente proibida qualquer forma de tratamento ou consideração discriminatória com base na ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual.

Para Andrade (2000) são considerados direitos fundamentais aqueles sem os quais os indivíduos deixariam de ser tratados como pessoas, uma vez que a sua essência decorre do valor da dignidade humana, que visam antes de tudo assegurar ou promover. Por conseguinte, "*estes não são apenas liberdades individuais ou direitos subjectivos, mas também valores comunitários, na medida em que corporizam o estatuto constitucional das*

[1] Lei de Saúde Mental - Lei nº 36/98 de 24 de Julho.

pessoas" (p.73). De acordo com os princípios éticos a dignidade humana advém precisamente da sua condição enquanto pessoa e é-lhe tão inerente, tão constitutiva do seu ser que não pode ser perdida, o que leva a que sejam considerados ilícitos todos os actos que a podem pôr em causa.

OS DIREITOS FUNDAMENTAIS NO CASO DO INTERNAMENTO COMPULSIVO

No caso do Internamento Compulsivo[2] (IC), em que o indivíduo portador de anomalia psíquica é internado sem o seu consentimento, não podemos deixar de afirmar que à partida estamos perante uma situação de clara restrição ou limitação dos direitos fundamentais, nomeadamente o da liberdade. No entanto, mesmo nestas situações, a pessoa não pode deixar de gozar destes mesmos direitos, já que não perde a sua condição humana, o que implica que o seu tratamento deve obedecer aos princípios constitucionais[3].

Não podendo estas limitações ou restrições de direitos, liberdades e garantias ser arbitrários só podem ocorrer nos casos expressamente previstos e definidos por lei (artigo 18.º da CRP)[4]. Assim sendo, a CRP no seu artigo 27.º determina os casos em que uma pessoa pode ser privada do direito à liberdade e à segurança. Deste modo, não se aceitam senão aquelas limitações e apenas na medida em que sejam estritamente necessárias para tal fim e se respeitarem os princípios constitucionais da adequação, da necessidade e da proporcionalidade (Andrade, 2000:76).

Na realidade as chamadas anomalias psíquicas são as únicas situações de doença que constitucionalmente são susceptíveis de privação da liberdade[5], o que portanto corrobora a constitucionalidade da Lei de Saúde Mental. Por conseguinte, o IC está exclusivamente circunscrito a

---

[2] A este propósito Jara (1997) defende que a LSM deveria antes denominar-se *Lei do Internamento Compulsivo*, uma vez que na prática a grande maioria do seu articulado remete para os pressupostos e processo do IC.

[3] Segundo o Artigo 17.º da CRP "*Os cidadãos portadores de deficiência física ou mental gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição, com ressalva do exercício ou do cumprimento daqueles para os quais se encontrem incapacitados*".

[4] No artigo 18.º, n.º 2 da CRP podemos ler: "*A lei só pode restringir os direitos, liberdades e garantias nos casos expressamente previstos na Constituição, devendo as restrições limitar-se ao necessário para salvaguardar outros direitos ou interesses constitucionalmente protegidos*."

[5] No artigo 27.º, n.º 3, alínea h), da CRP exceptuam-se a privação da liberdade nos casos de "*internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente*." Esta situação está também em conformidade com os pressupostos da Convenção Europeia dos Direitos do Homem, que no seu artigo 5.º, alínea e) refere que ninguém pode ser privado da sua liberdade, salvo nos casos seguintes e de acordo com o procedimento legal "*Se se tratar da detenção legal de uma pessoa susceptível de propagar uma doença contagiosa, de um alienado mental, de um alcoólico, de um toxicómano ou de um vagabundo*."

situações de *anomalia psíquica*[6], excluindo-se deste modo qualquer tentativa de IC relacionadas com outras situações de saúde (como por exemplo de uma doença contagiosas) ou de cariz social[7] (Albergaria, 2006).

Para além da anomalia psíquica, são exigidos outros requisitos constitucionais: que o internamento ocorra em estabelecimento terapêutico adequado e que a decisão seja tomada ou confirmada por autoridade judicial competente (Artigo 27.º, n.º 3, alínea h), da CRP).

Embora a Lei de Bases da Saúde[8] (LBS) estabeleça o estatuto dos utentes no sistema de saúde português, definindo os respectivos direitos e deveres (Base XIV, n.º 1 e 2), a natureza específica das doenças mentais e as suas repercussões ao nível das capacidades de autodeterminação das pessoas com doença mental obrigaram a que fossem acrescidos a estes, um conjunto de direitos para além dos já enunciados pela LBS[9], tais como o direito a ser informado, a ser assistido por defensor, a ser esclarecido dos motivos de internamento, a recorrer da decisão de IC, a votar e a comunicar (artigo 11.º da LSM).

Para Albergaria (2006) e Lapas e Vieira (2004) é, portanto, visível uma opção do legislador pelo modelo do consentimento informado, ressaltando o respeito pela dignidade humana e da protecção da autodeterminação da pessoa portadora de doença mental em matéria de cuidados de saúde.

Os pressupostos do IC previstos na LSM são de que se trate de uma anomalia psíquica grave, que por força dela crie situação de perigo para bens jurídicos de relevante valor, próprios ou de terceiros, de natureza pessoal e patrimonial, e que recuse tratamento ou ainda quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado e a pessoa não possua o discernimento necessário para decidir correctamente sobre a sua situação (Artigo 12.º, n.º 1 e 2, da lei).

---

[6] Jara (1997) chama a atenção para a uniformização do conceito de *anomalia psíquica* no quadro normativo das leis portuguesas, sendo o mesmo utilizado na Constituição (artigo 30.º, n.º 2), no Código Penal (artigos 20.º, 91.º e 104.º), no Processo Penal (artigo 202.º) e no Código Cível (artigo 138.º).

[7] De algum modo este é um aspecto que não está em plena consonância com a Convenção Europeia do Direitos Humanos, ratificada na Lei n.º 65/78 de 13 de Outubro, que no seu artigo 5.º, alínea e), prevê a detenção legal não só de um "*alienado mental*", mas também de uma "*pessoa susceptível de propagar uma doença contagiosa (…) de um alcoólico, de um toxicómano ou de um vagabundo*".

[8] Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 47/90 de 24 de Agosto.

[9] Na verdade alguns destes sobrepõem-se aos já enunciados pela Lei de Bases da Saúde.

Em consonância com o artigo 18.º da Constituição e sem prejuízo da LBS, a LSM refere que "*Os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível*" (artigo 3.º, alínea b) da Lei), sendo que "*o internamento compulsivo só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado e finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa*" (artigo 8.º, n.º 1) e "*as restrições aos direitos fundamentais decorrentes (…) são as estritamente necessárias e adequadas à efectividade do tratamento e à segurança e normalidade do funcionamento do estabelecimento, nos termos do respectivo regulamento interno.*[10]" (artigo 8.º , n.º 2). Acresce ainda que "*só pode ser determinado se for proporcionado ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa*" (artigo 8.º, n.º 2). Deste modo, a decisão de internamento implica uma séria e complexa ponderação de bens, definindo-a como uma última opção, uma intervenção que só em último caso deve ser utilizada, respectivamente em função do grau de perigo e em função da importância do valor ameaçado (Andrade, 2000). Estão assim patentes os princípios da necessidade, adequação e proporcionalidade no que concerne tanto à decisão como à manutenção do IC e em estrita consonância com a CRP (artigo 18.º, n.º 2) (Albergaria, 2006) .

Em conformidade com a Constituição, a Lei torna claro que o IC se faz mediante decisão judicial e que a intervenção do tribunal depende da prévia avaliação clínico-psiquiátrica, a qual é imprescindível para a decisão de internamento pois é esta que se destina a averiguar a existência de "*anomalia psíquica grave*"[11], pressuposto que como já foi anteriormente referido é exigido pela lei. Estamos, portanto, perante um "*modelo misto de decisão médica e judicial*" (Andrade, 2000:84), que faz depender o internamento da conjugação de dois vectores: por um lado, da decisão médica técnico-científica, especializada e sujeita a uma deontologia profissional; por outro lado, da decisão judicial[12] fundada em conhecimentos jurídicos, garantindo a correcta aplicação da constituição e da lei.

---

[10] Os termos do regulamento interno das instituições de saúde deve obedecer às normas legais e princípios previstos na Constituição da República.

[11] O conceito de anomalia psíquica, embora contestado por muitos pela sua inexactidão (Andrade, 2000; Rodrigues, 2000), é defendido por outros, uma vez que sendo um conceito suficientemente genérico permite cobrir um vasto leque de entidades psicopatológicas (Jara, 1997).

[12] O Internamento Compulsivo é definido na LSM como "*internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica.*" (artigo 7.º, alínea a)). Para Albergaria (2006) este enfoque na decisão do juiz resulta de uma clara opção do legislador a favor de um modelo judicial, opção que aliás é imposta pela própria CRP (artigo 27.º, n.º 3, alínea h).

Contudo, a decisão final de internamento é sempre do Juiz. Sendo obrigatoriamente fundamentada, são explicitadas as razões e o diagnóstico clínico, devendo este posteriormente notificar o Ministério Público, o internado, o defensor e o requerente (artigo 27.º e artigo 20.º, n.º 1, 2 e 3 da LSM).

A possibilidade do juiz intervir, independentemente do parecer médico embora a ele vinculado[13], é entendida como uma forma de garantia dos direitos fundamentais dos portadores de anomalia psíquica, quer em sede de recurso ou de controle periódico de uma decisão médica (Andrade, 2000; Dantas, 2004; Rodrigues,2000).

[13] No âmbito dos seus poderes, o juiz pode decidir pelo não internamento, mesmo que o parecer medico seja favorável a este, se concluir que: a anomalia psíquica não é manifestamente grave, não é causa de uma situação de perigo, o IC não é a única forma de garantir a submissão ao tratamento, não há manifestamente falta de discernimento e é improvável a deterioração grave do estado do internando (Andrade, 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por estarem em causa valores supremos da dignidade humana, direitos e garantias fundamentais, constitucionalmente consagradas a todos os cidadãos, incluindo os portadores de anomalia psíquica, percebe-se que o internamento compulsivo seja rodeado de especiais cuidados. Deste modo, o legislador pretendeu não só sublinhar a necessidade da medida enquanto meio adequado e necessário para o respectivo tratamento, mas também garantir que o doente seja tratado com o máximo de respeito pela sua individualidade e dignidade pessoal.

Assim, partir da análise efectuada podemos concluir que o Internamento Compulsivo, tal como se encontra definido na Lei de Saúde Mental, respeita os princípios constitucionais relativos aos direitos fundamentais e por isso o quadro normativo apresenta-se justo nos seus princípios. Contudo, esta só será uma boa lei se for bem aplicada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERGARIA, Pedro Soares – **A Lei de Saúde Mental**. Coimbra: Livraria Almedina, 2006.

ANDRADE, José - **O Internamento Compulsivo de portadores de anomalia psíquica na perspectiva dos direitos fundamentais**. In CENTRO DE DIREITO BIOMÉDICO; INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE COIMBRA. Lei de Saúde Mental e Internamento Compulsivo. Coimbra: Coimbra Editora, 2000, p.71-91.

Constituição da Republica Portuguesa. Sétima Revisão Constitucional. Lei Constitucional n.º 1/2005 de 12 de Agosto. Diário da Republica I Série A. N.º 155 (05/08/12), p. 4642-4686.

Convenção Europeia dos Direitos do Homem - Lei nº 65/78 de 13 de Outubro. Diário da República I Série A. N.º 236 (78/10/13), p. 2119-2145.

DANTAS, A. Leonês – **O Processo de Internamento na Lei de Saúde Mental**. Revista de Psiquiatria Hospital Júlio de Matos, vol. 17, n.º 1 (2004), p. 15-24.

Declaração Universal dos Direitos do Homem. Aviso n.º 57/78 de 9 de Março. Diário da República I Série A. N.º 57 (78/03/09), p. 488-493.

JARA, José Manuel – **Análise sobre a proposta de "Lei de Saúde Mental"**. Revista de Psiquiatria Hospital Júlio de Matos, vol. 2 (1997), p.93-102.

JARA, José Manuel – **Proposta de lei sobre saúde mental e internamento compulsivo: exposição de motivos**. Revista de Psiquiatria Hospital Júlio de Matos, vol. 2 (1997), p.75-92.

LAPAS, António João; VIEIRA, Fernando – Notas e Comentários à Lei de Saúde Mental. Coimbra: Coimbra Editora, 2004.

Lei de Bases da Saúde. Lei n.º 47/90 de 24 de Agosto. Diário da República I Série A. N.º 195 (90/08/24), p. 3452-3458.

Lei de Saúde Mental. Lei n.º 36/98 de 24 de Julho. Diário da República I Série A. N.º 169 (98/07/24), p. 3544-3550.

RODRIGUES, Cunha – **Sobre o estatuto jurídico das pessoas afectadas com anomalia psíquica**. In CENTRO DE DIREITO BIOMÉDICO; INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE COIMBRA. Lei de Saúde Mental e Internamento Compulsivo. Coimbra: Coimbra Editora, 2000, p. 19-52.

ANEXO XI- Plano da Sessão de Formação

Plano de Sessão de Formação

Tema da Sessão:	**ALGUMAS RESPOSTAS PARA AS FAMÍLIAS: O INTERNAMENTO COMPULSIVO**
Conteúdos da Sessão:	1. Factos importantes sobre a Saúde Mental 2. Família e doença mental 3. O papel do enfermeiro no apoio à família 4. Um olhar sobre o Internamento Compulsivo
População Alvo:	Enfermeiros do Centro de Saúde de Rio de Mouro Outros técnicos do Centro de Saúde de Rio de Mouro Alunos de enfermagem da Universidade Atlântica
N.º de Formandos:	Dez: seis enfermeiros e quatro alunos de enfermagem
Formadores:	Enfermeira Lara Santos e Silva Enfermeira Maria Leonor Ribas

Duração:	60 minutos
Local:	Sala polivalente do Centro de Saúde de Rio de Mouro
Data e Hora:	11 de Novembro de 2009, pelas 12H30

Objectivos Gerais:	Sensibilizar para o papel do enfermeiro no apoio às famílias com pessoa portadora de anomalia psíquica Fornecer informação sobre o quadro normativo do Internamento Compulsivo
Objectivos Específicos:	Que no final da sessão os formandos sejam capazes de: • Reflectir sobre o conceito de saúde e doença mental • Discutir os efeitos do estigma e da descriminação sobre indivíduo e família com doença mental • Analisar o impacto da doença mental na família • Reflectir sobre o papel do enfermeiro no apoio às família • Descrever o quadro normativo referente ao Internamento Compulsivo (Lei de Saúde mental N.º 36/98 de 24 de Julho) • Discutir os pressuposto legais e o requerimento do Internamento Compulsivo • Analisar as etapas da condução do internando na situação de Internamento Compulsivo

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas da Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
Universidade Católica Portuguesa

Metodologias:	Métodos expositivos participativos com projecção de slides em PowerPoint Métodos interrogativos directivos e semi-directivos.

Avaliação:	Tipo: quanto ao momento - diagnóstica, formativa e sumativa. Técnicas: avaliação oral. Instrumentos: Formulação de perguntas orais.

Conteúdos Programáticos	Objectivos específicos (por rúbrica do tema)	Formador:	Metodologias:	Recursos Didácticos:	Avaliação:	Tempo:
Introdução	Quebrar o "gelo inicial"; Apresentar formadores e grupo; Enunciar o tema da sessão; Enunciar os objectivos;	Lara Silva Leonor Ribas	Método Expositivo com projecção de slides e a participação dos formandos Método Interrogativo directo	Vídeo Projector PC Portátil PowerPoint	Avaliação Diagnóstica	2'
Desenvolvimento	Analisar o conceito de Saúde Mental Descrever a carga das doenças mentais no mundo Enumerar algumas limitações aos cuidados de saúde mental Identificar elementos de eficácia do tratamento das doenças mentais Discutir os efeitos do estigma e da descriminação sobre indivíduo e família com doença mental Analisar o conceito de Doença Mental	Lara Silva	Método Expositivo com projecção Método Interrogativo semi-directivo Método interactivo com a participação dos formandos.	Vídeo Projector PC Portátil PowerPoint	Avaliação Formativa	12'
	Identificar as perturbações mentais que impõem ~~maior carga e preocupação~~ Analisar o impacto da doença mental na família	Lara Silva				13'

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas da Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
Universidade Católica Portuguesa

	Discutir o papel do enfermeiro no apoio à família					
	Identificar os componentes da Lei de Saúde mental Caracterizar o quadro normativo do Internamento Compulsivo: 1. Definições 2. Âmbito de Aplicação 3. Princípios Gerais 4. Pressupostos 5. Direitos e Deveres do Internado 6. Legitimidade para o Requerer 7. Requerimento 8. Condução do Internando 9. Avaliação Clínico-Psiquiátrica 10. Termos Subsequentes 11. Confirmação Judicial e Decisão Final 12. Cessação do Internamento 13. Circuito da Pessoa Sujeita a Internamento Compulsivo	Leonor Ribas				25’
Síntese	Sublinhar as ideias chave;	Lara Silva Leonor Ribas	Método Interrogativo semi-directivo em que a síntese dos conteúdos será construída pelos formandos	Vídeo Projector PC Portátil PowerPoint		5’
Avaliação	Verificar os resultados da aprendizagem; Proceder a uma maior consolidação dos conteúdos.	Lara Silva Leonor Ribas	Método Interrogativo semi-directivo através da formulação de perguntas orais.		Avaliação Sumativa	3’

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas da Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
Universidade Católica Portuguesa

Observações:

Disponibilizar Dossier Temático sobre o tema da sessão - **ALGUMAS RESPOSTAS PARA AS FAMÍLIAS: O INTERNAMENTO COMPULSIVO,** do qual faz parte:

1. Conteúdos da sessão (slides)
2. Lei de Saúde mental N.º 36/98 de 24 de Julho
3. Impresso do Centro de Saúde de Rio de Mouro para requerer Internamento Compulsivo, ao Delegado de Saúde
4. Reflexão escrita: "Um olhar sobre o Internamento Compulsivo"
5. Circuito da Pessoa Sujeita a Internamento Compulsivo
6. Plano da Sessão de Formação
7. Poster da Sessão de Formação

Os Formadores: _____

_____

OBSERVAÇÕES FINAIS DOS FORMADORES (PÓS-SESSÃO):

Consideramos que a acção de formação teve muita boa adesão dos formandos, com 10 enfermeiros presentes e 2 estudantes de enfermagem. Embora a sessão tenha sido aberta a outros profissionais apenas compareceram os enfermeiros. Os formandos mostraram-se muito participativos, discutindo situações concretas da prática. O tempo previsto foi ultrapassado, em parte também devido à participação e questões levantadas. Pensamos que a primeira parte da sessão, onde foram abordadas questões mais de enquadramento do tema, pudessem ter sido um pouco abreviadas. A avaliação global dos participantes foi muito positiva, tendo-se mostrado muito agradados com o dossier temático elaborado e disponibilizado para toda a equipa. De um modo global, pensamos ter sido uma mais valia para o serviço.

Lara Santos Silva e Leonor Ribas
Alunas da Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
Universidade Católica Portuguesa

ANEXO XII- Sintra e a Saúde Mental

Cuidados de Saúde Mental de Proximidade

Módulo III

Sintra e a Saúde Mental

0 - INTRODUÇÃO

O presente módulo intitulado SINTRA E A SAÚDE MENTAL, tem como objectivo a caracterização da população do concelho assistida pelo Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), tanto no que concerne ao internamento como à equipa comunitária (CINTRA).

No entanto, importa ter presente que a área de abrangência do Sector de Sintra pelo CHPL, consulta externa e internamento, não corresponde à totalidade das freguesias do concelho de Sintra. Ou seja, Massamá, Queluz e Belas, embora pertençam ao concelho, são da responsabilidade da equipa de psiquiatria e saúde mental do Hospital Fernando da Fonseca. Por conseguinte, foram excluídas da presente análise.

O internamento em psiquiatria dos doentes residentes nas freguesias de Sintra ocorre na Clínica Psiquiátrica VI (CP-VI) do CHPL. Este é um serviço misto de doentes agudos, com uma lotação de 36 camas, e tem como Missão assegurar:

- A promoção da saúde mental;
- A prevenção e o tratamento das doenças mentais; e
- A reabilitação e a reinserção social das pessoas com problemas de saúde mental .

Abrange as freguesias de: Algueirão-Mem Martins, Rio de Mouro, Agualva-Cacém, Montelavar, Pêro Pinheiro, Colares, São Pedro de Penaferrim, Terrugem, Santa Maria São Miguel, São João das Lampas, Almargem do Bispo e São Martinho do Concelho de Sintra. Acresce ainda alguns concelhos do distrito de Beja. A equipa multidisciplinar é constituída por quatro psiquiatrias, dezanove enfermeiros (dos quais três com especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiatria), um psicólogo, dois assistentes sociais, onze assistentes operacionais, um assistente técnico.

O CINTRA (Centro Integrado de Tratamento e Reabilitação em Ambulatório) é uma unidade do CHPL, que corresponde à equipa comunitária de saúde mental e psiquiatria do sector de Sintra. Encontra-se localizada numa estrutura independente na Vila de Sintra e iniciou actividade em 1999. Presta serviço na área da psiquiatria, enfermagem em saúde mental, psicologia, psicomotricidade, psicopedagogia, terapia ocupacional, serviço social e unidade de reabilitação. É constituído por um serviço de consultas externas e uma área de dia onde existem programas terapêuticos que visam a reabilitação e a reintegração psicossocial dos utentes. A equipa multidisciplinar é constituída por nove psiquiatras, três enfermeiros, quatro psicólogos, uma assistente social, dois psicopedagogos, dois terapeutas ocupacionais e três assistentes operacionais.

Em termos de estrutura do presente documente, este módulo encontra-se dividido em três capítulos.

No primeiro procedemos à caracterização dos internamentos no CHPL do sector de Sintra, que corresponde à CP-VI. Deste modo, procuramos caracterizar a distribuição dos doentes entrados e saídos por género, grupos etários, diagnósticos, freguesias de residência, demora média e dias de internamento.

O capítulo 2 corresponde à caracterização dos utentes em consulta externa no CINTRA, no que concerne à distribuição por concelho e freguesias de residência, género, grupos etários e diagnósticos. Importa, no entanto frisar que embora esta unidade de saúde mental atenda utentes de outras áreas de residência (pequena parcela), o nosso foco de análise foram essencialmente os utentes do concelho de Sintra.

O Terceiro e último capítulo remete para a caracterização dos utentes em terapêutica neuroléptica depôt no CINTRA, em relação ao género, grupos etários, tipo de fármaco, intervalos de administração e freguesias de residência.

No que diz respeito ao sistema de classificação dos diagnósticos o utilizado foi o CID-9 (Classificação Internacional das Doenças – Versão 9) da Organização Mundial de Saúde. Embora esteja há muito disponibilizado uma versão mais recente e actualizada (CID-10), este contínua a ser o sistema de classificação dos diagnósticos utilizado

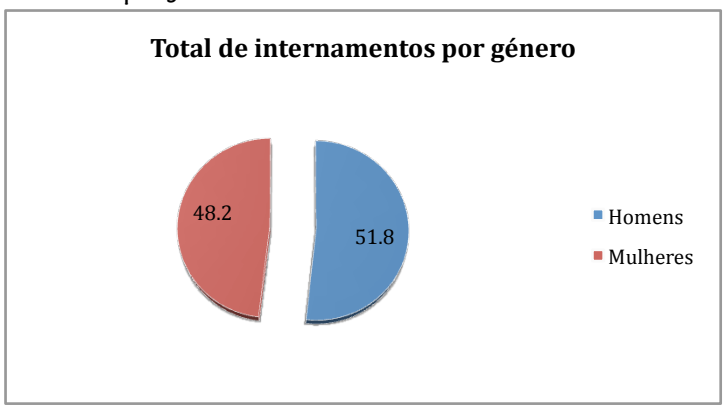
pelo CHPL para efeitos estatísticos. No MÓDULO IV – DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA podem ser consultadas ambas as versões.

1 – INTERNAMENTOS NO CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE LISBOA DO CONCELHO DE SINTRA

1.1 – Género

Durante o período em análise, 1 de Setembro de 2008 a 31 de Agosto de 2009, observaram-se um total de 529 internamentos na Clínica Psiquiátrica VI (CP-VI), que corresponde ao sector de internamento do concelho de Sintra. Destes, 255 correspondem a mulheres e 274 homens. Assim, observou-se um discreto predomínio do género masculino (51,8%) face ao feminino (48,2) (Figura N.º 10 e Quadro N.º 20 e 21).

Figura N.º 10 – Distribuição do total de Internamentos na CP-VI, por género - 01/09/2008 a 31/08/2009



Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

1.2 -Diagnósticos

Em termos de internamentos por diagnóstico na CP-VI, no período de 1 de Setembro de 2008 a 31 de Agosto de 2009, observa-se um claro predomínio das Psicoses Esquizofrénicas (CID-9: 295) com 31,6% e das Psicoses Afectivas (CID-9: 296) com 30,4%. Seguidos, mas com um peso relativo significativamente menor de Neuroses (CID-9: 300), Outras Psicoses Não Orgânicas (CID-9: 298) e Perturbações da Personalidade(CID-9: 301), com 9,3%, 6,0% e 4,2% respectivamente (Quadro N.º20, Quadro N.º 21 e Figura N.º 11)

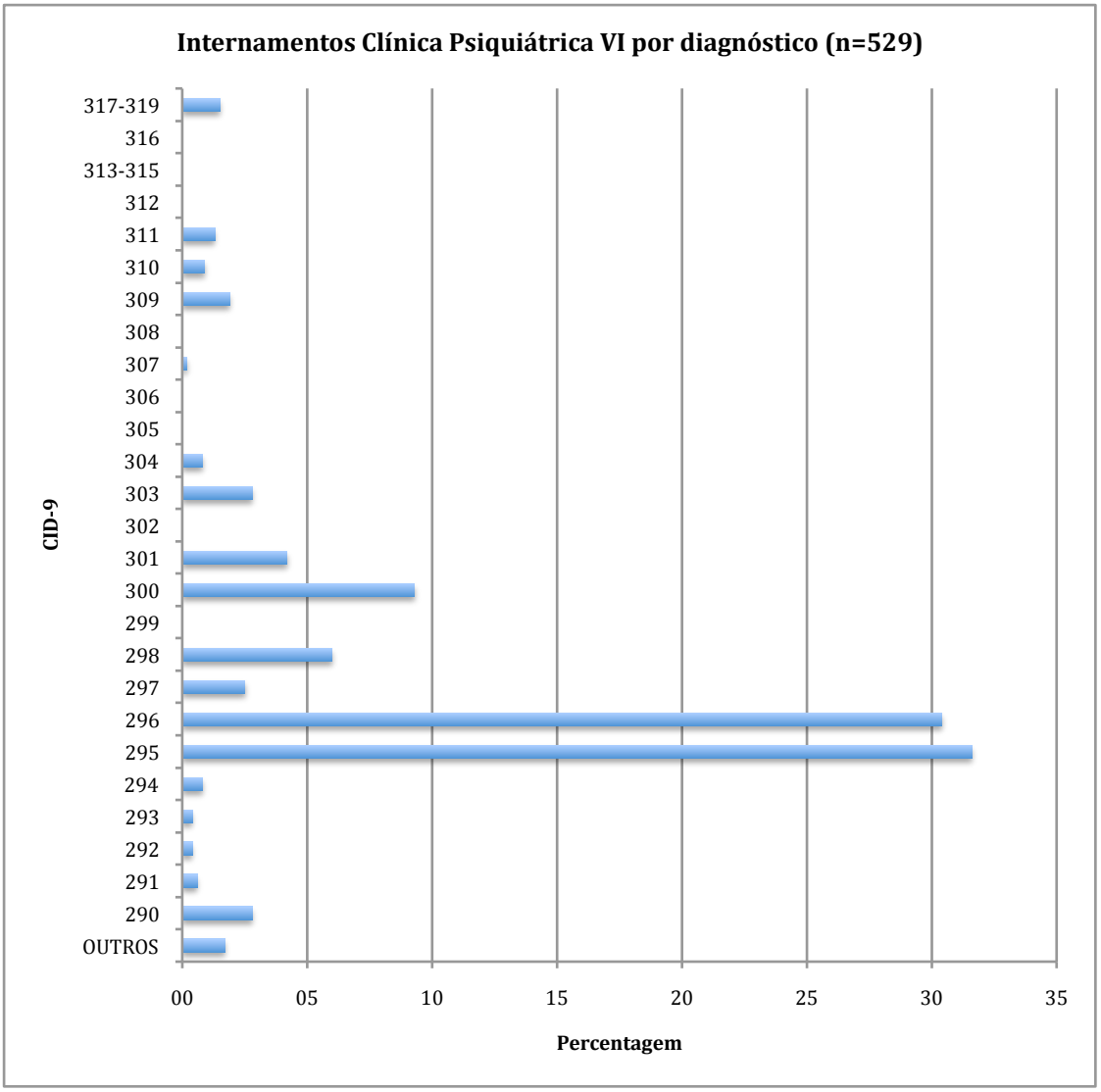
Quadro N.º 20 – Distribuição dos Internamentos na CP-VI, por diagnóstico e género - 01/09/2008 a 31/08/2009

CID-9	H		M		HM	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
OUTROS	2	0,4	7	1,3	9	1,7
290	7	1,3	8	1,5	15	2,8
291	2	0,4	1	0,2	3	0,6
292	2	0,4	0	0,0	2	0,4
293	1	0,2	1	0,2	2	0,4
294	0	0,0	4	0,8	4	0,8
295	121	22,9	46	8,7	167	31,6
296	48	9,1	113	21,4	161	30,4
297	4	0,8	9	1,7	13	2,5
298	15	2,8	17	3,2	32	6,0
299	0	0,0	0	0,0	0	0,0
300	13	2,5	36	6,8	49	9,3
301	5	0,9	17	3,2	22	4,2
302	0	0,0	0	0,0	0	0,0
303	14	2,6	1	0,2	15	2,8

CID-9	H		M		HM	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
304	4	0,8	0	0,0	4	0,8
305	0	0,0	0	0,0	0	0,0
306	0	0,0	0	0,0	0	0,0
307	0	0,0	1	0,2	1	0,2
308	0	0,0	0	0,0	0	0,0
309	5	0,9	5	0,9	10	1,9
310	5	0,9	0	0,0	5	0,9
311	2	0,4	5	0,9	7	1,3
312	0	0,0	0	0,0	0	0,0
313-315	0	0,0	0	0,0	0	0,0
316	0	0,0	0	0,0	0	0,0
317-319	5	0,9	3	0,6	8	1,5
TOTAL	255	48,2	274	51,8	529	100,0

Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

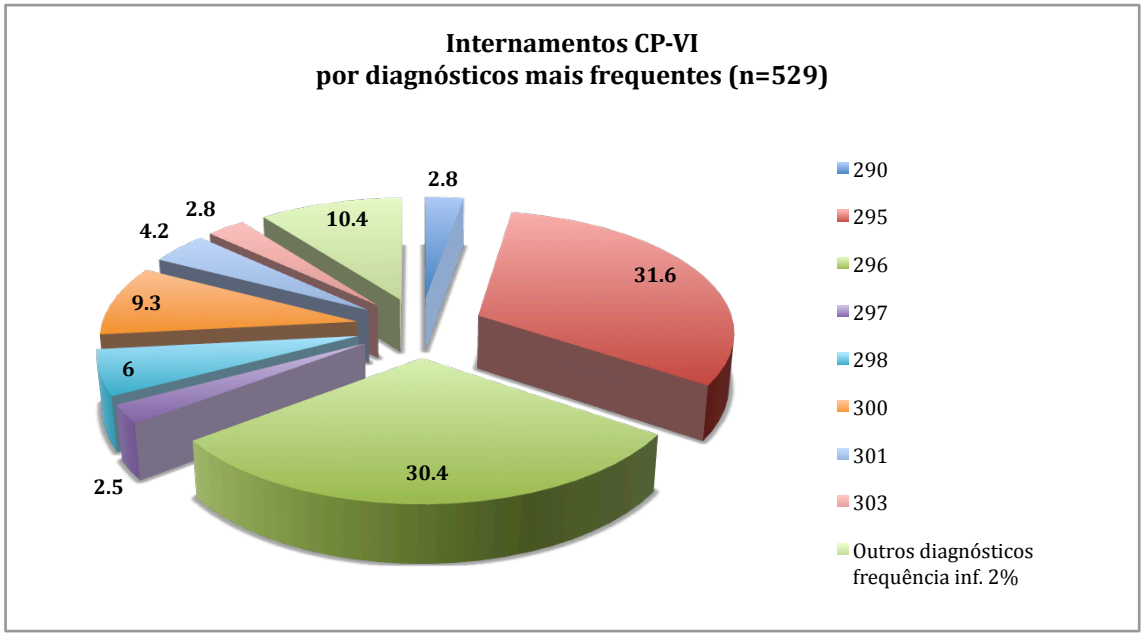
Figura N.º 11 – Distribuição do total dos Internamentos na CP-VI, por diagnóstico - 01/09/2008 a 31/08/2009



Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

A soma dos diagnósticos com frequência inferior a 2% ocupam um peso relativo de apenas 10,4%. Sendo os restantes 89,6% ocupados por apenas 8 diagnósticos. São eles: Psicoses Esquizofrénicas (CID-9: 295 com 31,6%); Psicoses Afectivas (CID-9: 296 com 30,4%); Neuroses (CID-9: 300 com 9,3%); Outras Psicoses Não Orgânicas (CID-9: 298 com 6%); Psicoses Orgânicas Senis/Pré-Senis (CID-9: 290 com 4,2%); Perturbações da Personalidade (CID-9: 301 com 2,8%); Dependência Alcoólica (CID-9:303 com 2,8%); e por último Psicoses Delirantes Paranoides (CID-9: 297 com 2,5%) (Figura N.º 12).

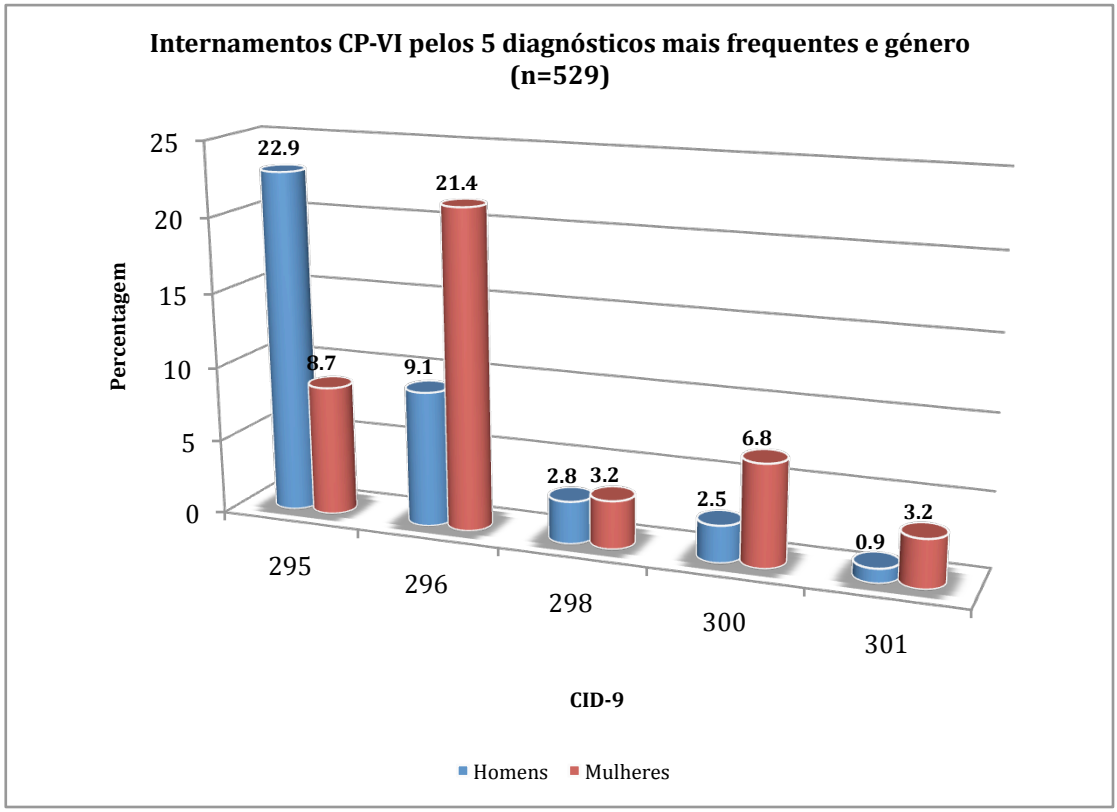
Figura N.º 12 – Distribuição dos Internamentos na CP-VI,
por diagnósticos mais frequentes - 01/09/2008 a 31/08/2009



Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

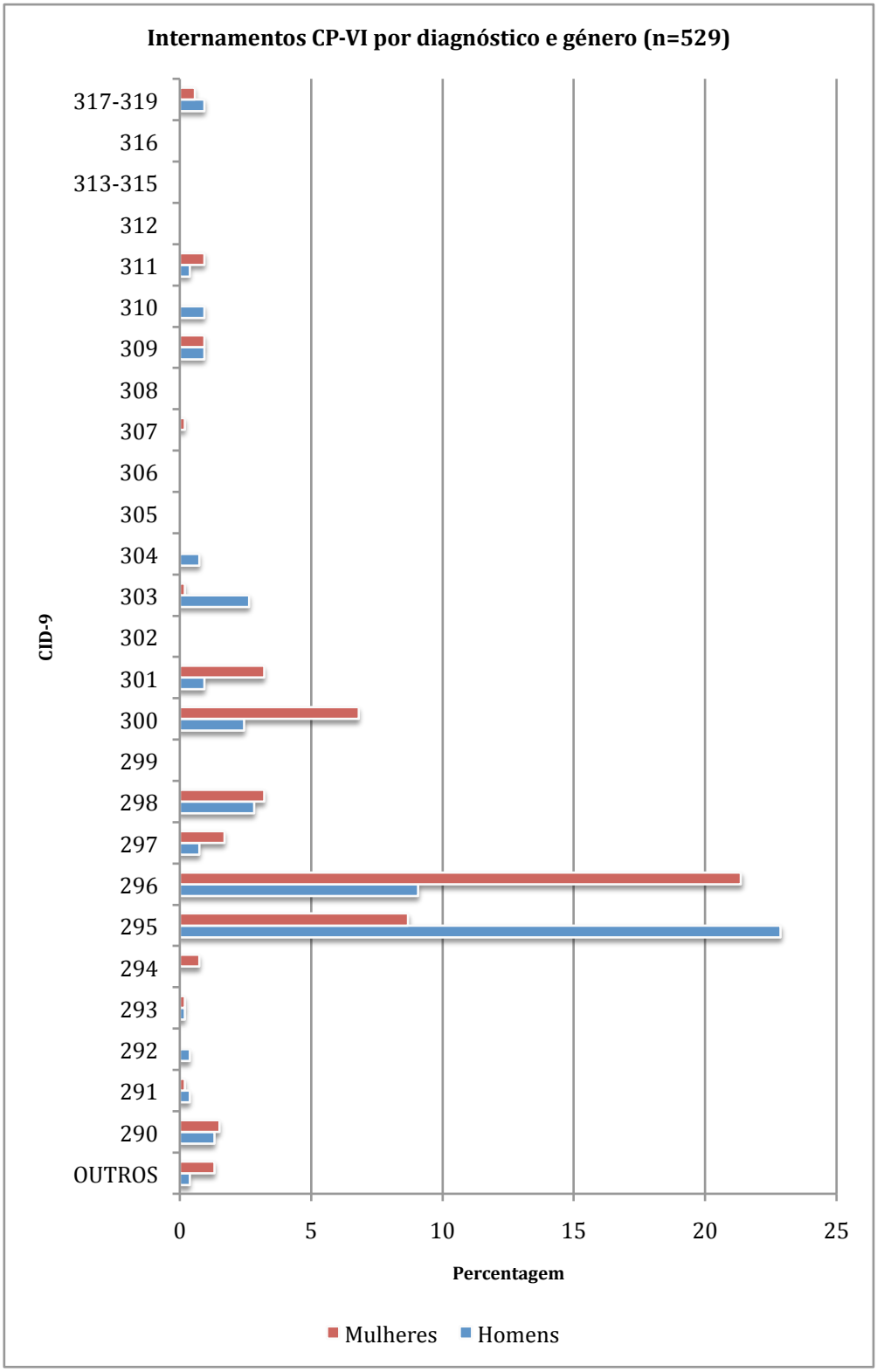
No que concerne à repartição por género dos cinco diagnósticos mais frequentes para o período em análise observou-se que é nas (Figura N.º 4 e N.º 5) Psicoses Esquizofrénicas (CID-9) e nas Psicoses Afectivas (CID-9: 296) que a distribuição entre homens e mulheres é mais assimétrica. Assim, enquanto que na primeira verifica-se um predomínio dos homens sobre as mulheres (22,9% para 8,7%), na segunda verifica-se precisamente o contrário (9,1% para 21,4%). Em relação aos restantes diagnósticos há um predomínio das mulheres sobre os homens, mas de modo mais discreto (Figura N.º 13 e N.º 14).

Figura N.º 13 – Distribuição dos Internamentos na Clínica Psiquiátrica VI, Pelos cinco diagnósticos mais frequentes e género - 01/09/2008 a 31/08/2009



Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

Figura N.º 14 – Distribuição do total dos Internamentos na CP-VI, por diagnóstico e género - 01/09/2008 a 31/08/2009.

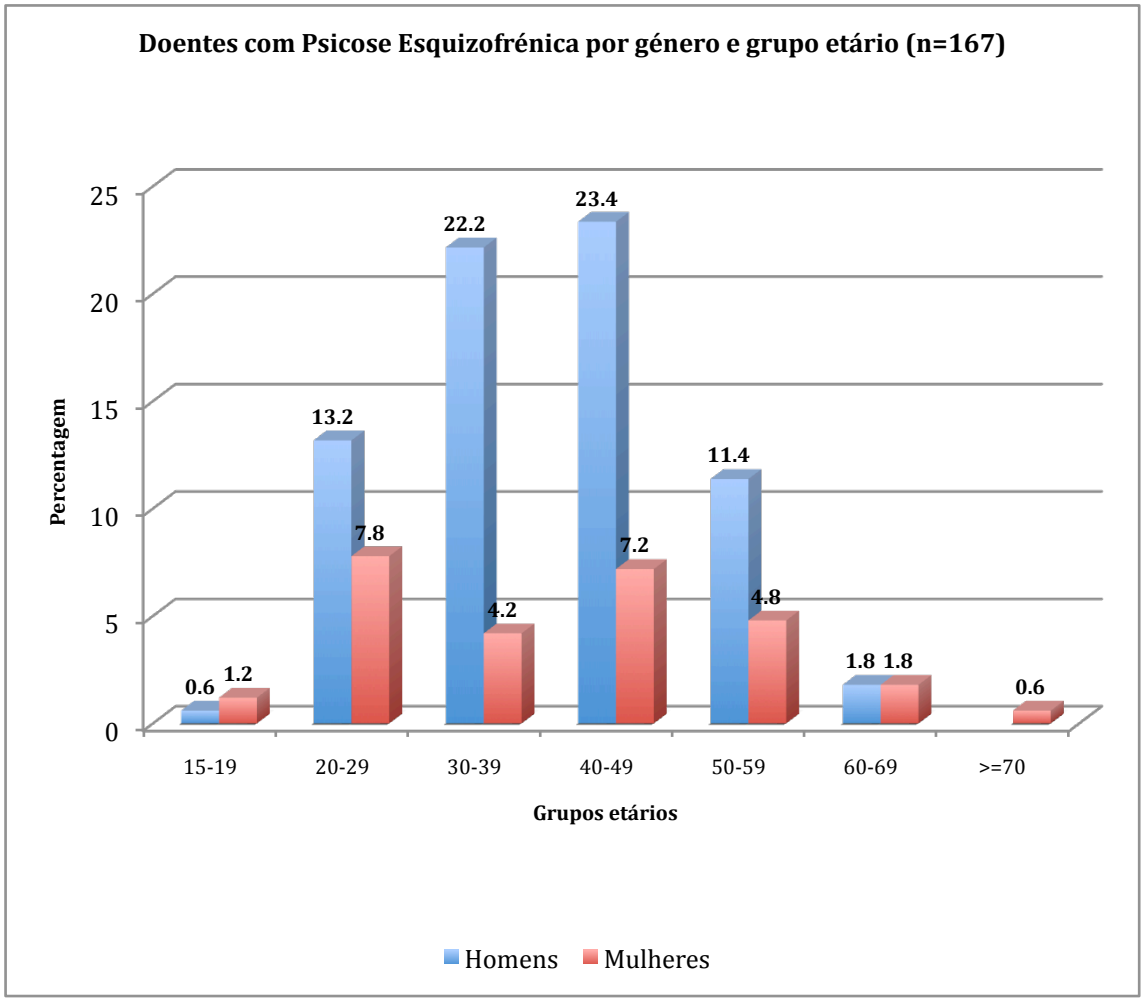


Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

1.3 – Grupos etários

Em termos dos internamentos com diagnóstico de Psicose Esquizofrénica (CID-9: 295) observou-se que para um total de 167 indivíduos, existiu uma maior concentração nas idades compreendidas entre os 20 e os 59 anos, com um pico entre os 30 a 49 anos, e com claro predomínio do sexo masculino. Nas restantes faixas etárias observou-se uma inversão deste sentido. Assim, entre os 15 e os 19 anos as mulheres apresentam um peso relativo maior, assim como nas idades mais avançadas (mais de 70 anos) (Figura N.º15).

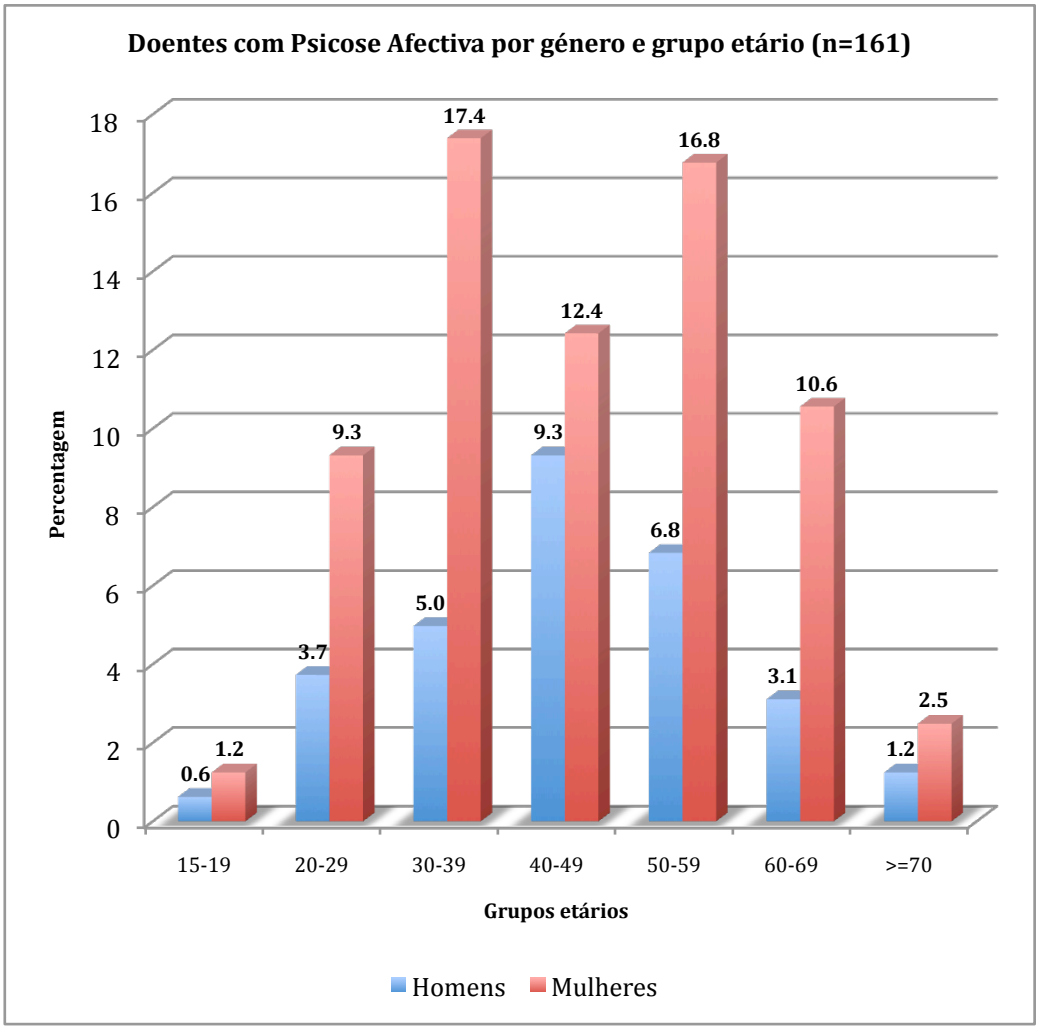
Figura N.º 15 – Distribuição dos Internamentos na CP-VI com diagnóstico de Psicose Esquizofrénica (CID-9: 295), por género e grupos etários - 01/09/2008 a 31/08/2009.



Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

Em relação ao diagnóstico de Psicose Afectiva (CID-9: 296) para um total de 161 indivíduos, observou-se que uma maior concentração nas idades compreendidas entre os 30 e os 59 anos com uma distribuição relativamente homogénea. Ou seja, 22,4% entre os 30-39 anos, 21,7% entre os 40-49 anos e 23,6% entre os 50-59 anos. Em relação ao género, o peso relativo das mulheres sobre os homens é superior em todos os grupos etários (Figura N.º16).

Figura N.º 16 – Distribuição dos Internamentos na CP-VI com diagnóstico de Psicose Afectiva (CID-9: 296), por género e grupos etários - 01/09/2008 a 31/08/2009.

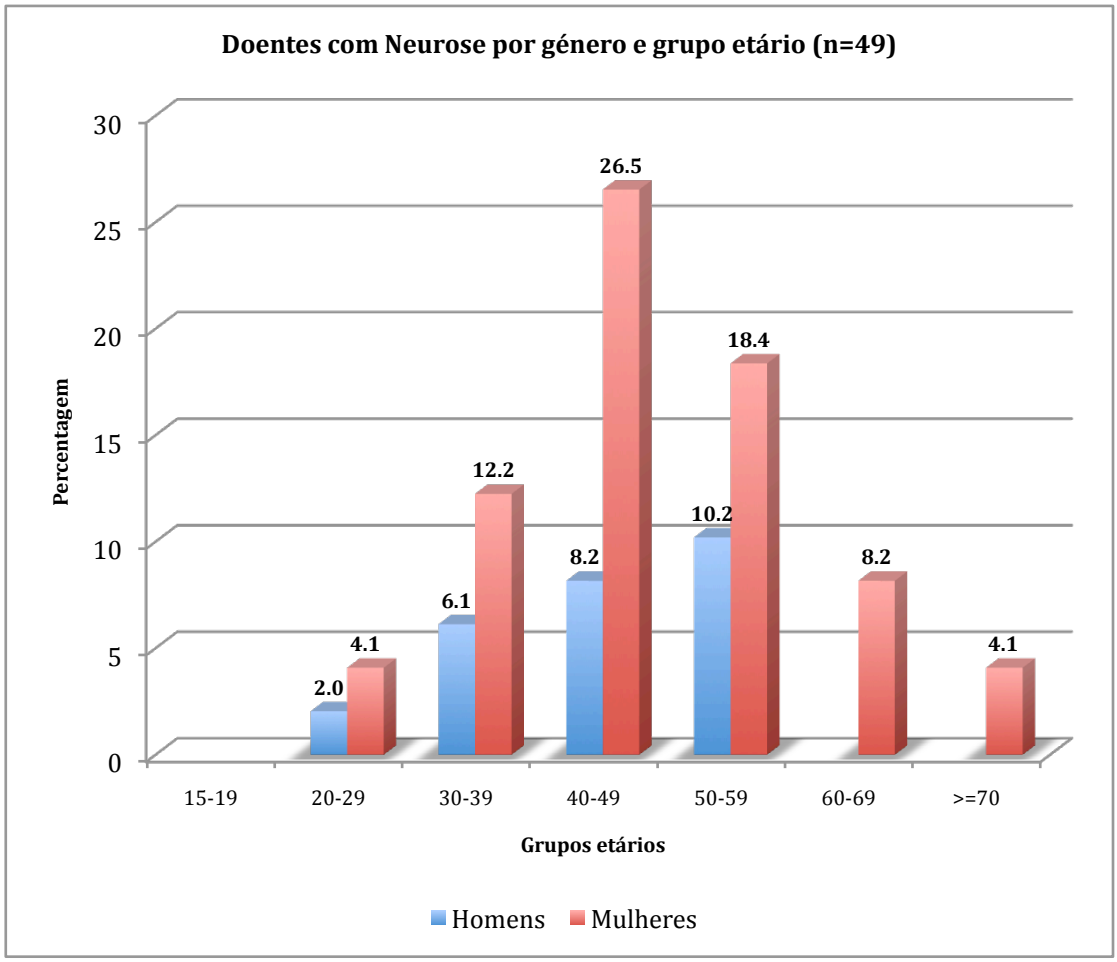


Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

Em termos dos internamentos com diagnóstico de Neurose (CID-9: 300) para um total de 49 indivíduos, observou-se um pico entre os 40 a 49 anos e ausência de casos

entre os 15 e os 19 anos. No que concerne à distribuição por género o peso relativo das mulheres sobre os homens é superior em todos os grupos etários (Figura N.º17).

Figura N.º 17 – Distribuição dos Internamentos na CP-VI com diagnóstico de Neurose (CID-9: 300), por género e grupos etários - 01/09/2008 a 31/08/2009.

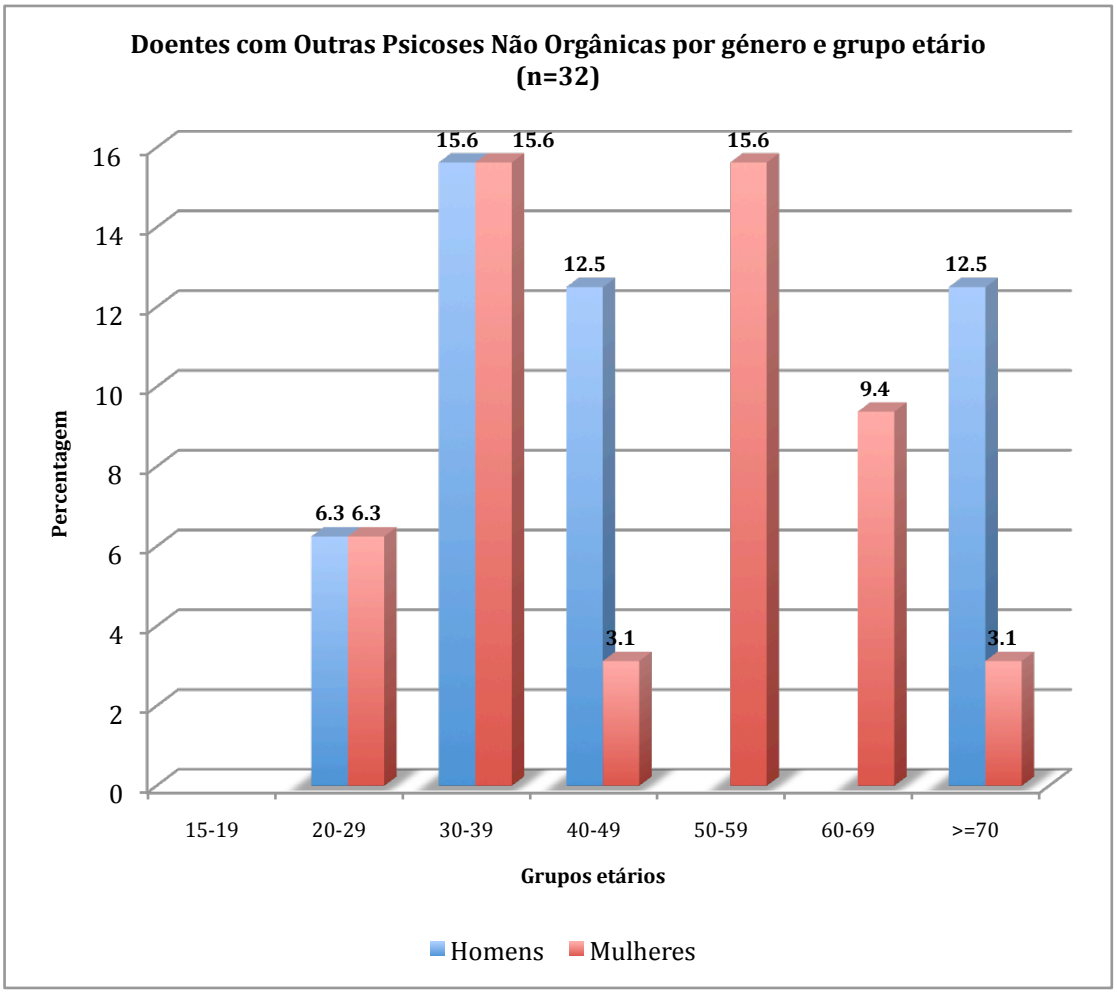


Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

Em termos dos internamentos com diagnóstico de Outras Psicoses Não Orgânicas (CID-9: 298) para um total de 32 indivíduos, registou-se que um pico entre os 30 a 39 anos (31,2%) e ausência de casos entre os 15 e os 19 anos. Contudo, a distribuição nas restantes idades também é relativamente homogénea. Isto é , 12,6% entre os 20-29 anos, 15,6% entre os 40-49 anos e 15,6% entre os 50-59 anos e 15,6% com mais de 70 anos. No que concerne à distribuição por género é igual entre os

20 e os 39 anos, é exclusivamente feminina entre os 50 e os 69 anos e a partir dos 70 observou-se então uma proporção de homens superior às mulheres (Figura N.º18).

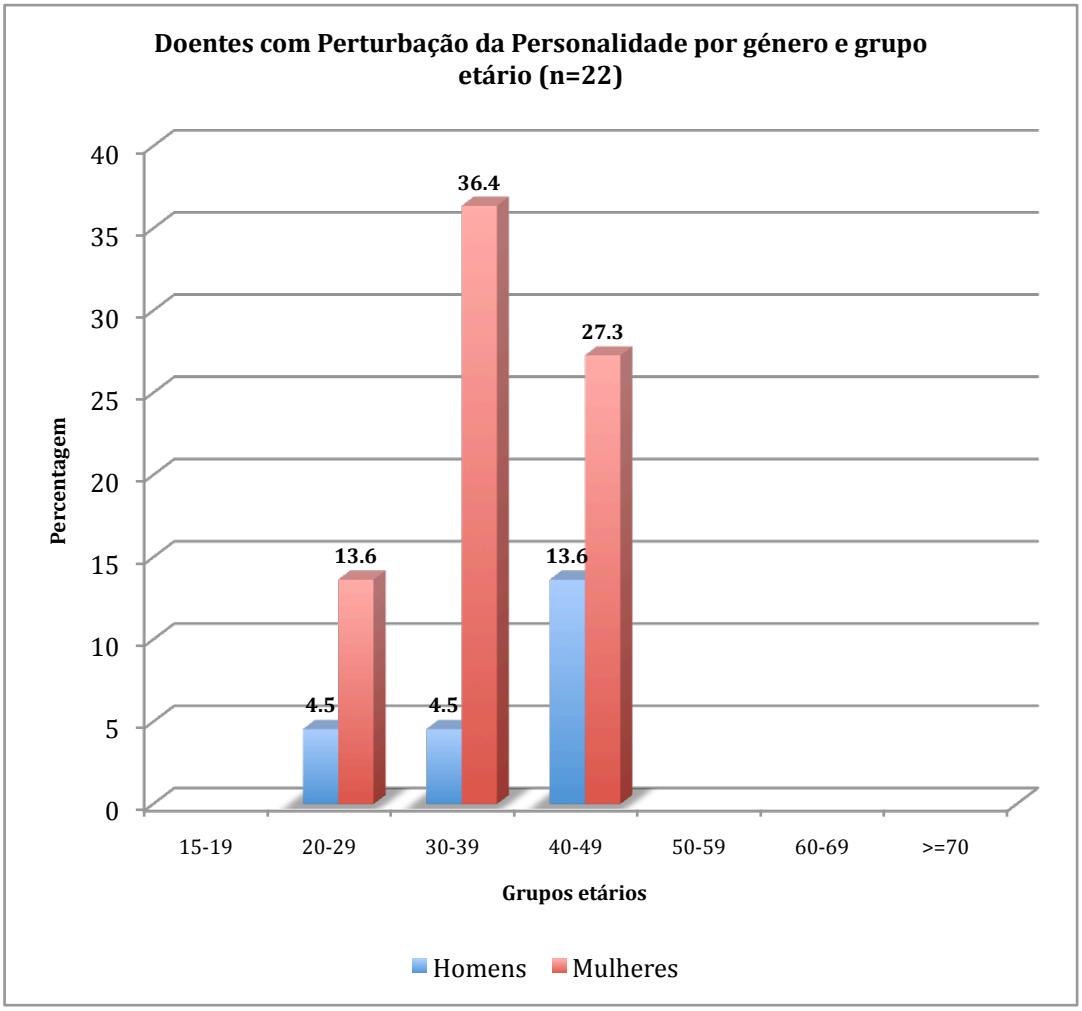
Figura N.º 18 – Distribuição dos Internamentos na CP-VI com diagnóstico de Outras Psicoses Não Orgânicas (CID-9: 298), por género e grupos etários - 01/09/2008 a 31/08/2009.



Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

Por último, nos internamentos com diagnóstico de Perturbação da Personalidade (CID-9: 301), para um total de 22 indivíduos, observou-se um pico de concentração entre os 30 e os 49 anos (31,2%) e ausência de casos entre os 15 e os 19 anos e também com mais de 50 anos. Para estes, a proporção de mulheres é em todos os grupos etários muito superior à dos homens (Figura N.º19).

Figura N.º 19 – Distribuição dos Internamentos na CP-VI com diagnóstico de Perturbação da Personalidade (CID-9: 301), por género e grupos etários - 01/09/2008 a 31/08/2009.



Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

Quadro N.º 21 – Distribuição dos Internamentos na CP-VI por diagnóstico, grupos etários e género - 01/09/2008 a 31/08/2009

CID-9	15-19			20-29			30-39			40-49			50-59			60-69			>=70			TOTAL		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
OUTROS	0	0	0	1	0	1	1	5	6	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	7	9
290	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	2	5	6	11	7	8	15
291	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	1	3
292	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
293	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
294	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	2	2	0	4	4
295	1	2	3	22	13	35	37	7	44	39	12	51	19	8	27	3	3	6	0	1	1	121	46	167
296	1	2	3	6	15	21	8	28	36	15	20	35	11	27	38	5	17	22	2	4	6	48	113	161
297	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	3	5	1	3	4	0	2	2	1	0	1	4	9	13
298	0	0	0	2	2	4	5	5	10	4	1	5		5	5	0	3	3	4	1	5	15	17	32
299	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
300	0	0	0	1	2	3	3	6	9	4	13	17	5	9	14	0	4	4	0	2	2	13	36	49
301	0	0	0	1	3	4	1	8	9	3	6	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	17	22
302	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
303	0	0	0	3	0	3	5	0	5	3	1	4	3	0	3	0	0	0	0	0	0	14	1	15

CID-9	15-19			20-29			30-39			40-49			50-59			60-69			>=70			TOTAL		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
304	0	0	0	1	0	1	2	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4
305	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
306	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
307	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
308	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
309	0	0	0	0	1	1	1	0	1	2	2	4	1	0	1	0	1	1	1	1	2	5	5	10
310	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5
311	0	0	0	0	1	1	2	0	2	0	1	1	0	1	1	0	1	1		1	1	2	5	7
312	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
313-315	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
316	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
317-319	0	0	0	2	2	4	2	0	2	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	5	3	8
TOTAL	**4**	**4**	**8**	**40**	**40**	**80**	**68**	**60**	**128**	**81**	**62**	**143**	**41**	**55**	**96**	**8**	**35**	**43**	**13**	**18**	**31**	**255**	**274**	**529**

Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

1.4 – Freguesias de Residência

Do total de 696 doentes entrados na CP-VI , no período de 01/09/2008 a1/08/2009, observou-se que 422 pertencem ao concelho de Sintra e os restantes 274 a outros concelhos (Quadro N.º 22). Observou-se ainda que do total dos doentes entrados residentes no concelho de Sintra 203 eram homens (48,1%) e 219 mulheres (51,9%).

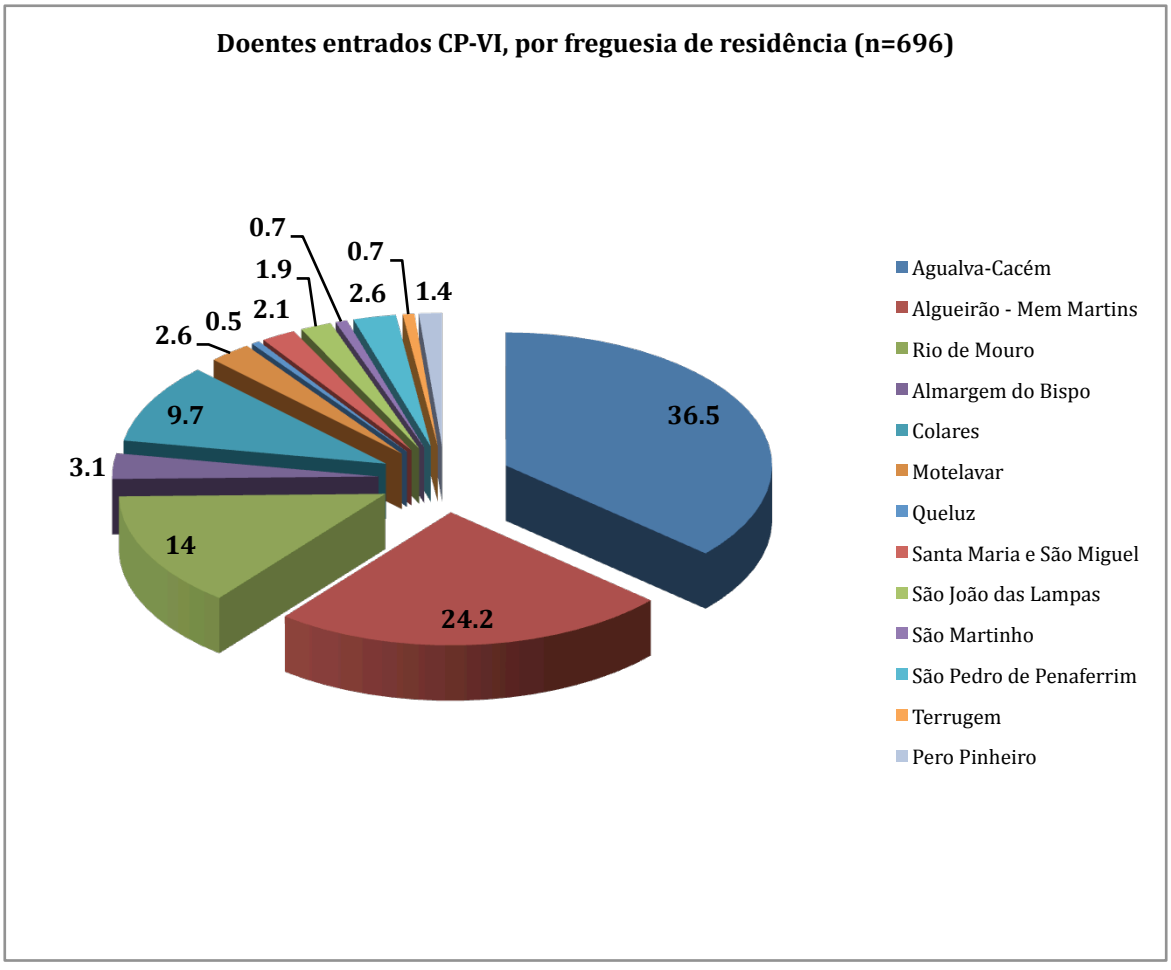
Quadro N.º 22 – Distribuição dos Internamentos na CP-VI por concelho e freguesia de residência e género - 01/09/2008 a 31/08/2009

	Homens	Mulheres	TOTAL
Agualva-Cacém	68	86	154
Algueirão - Mem Martins	40	62	102
Rio de Mouro	34	25	59
Almargem do Bispo	6	7	13
Colares	28	13	41
Montelavar	9	2	11
Queluz	0	2	2
Santa Maria e São Miguel	5	4	9
São João das Lampas	2	6	8
São Martinho	1	2	3
São Pedro de Penaferrim	5	6	11
Terrugem	0	3	3
Pêro Pinheiro	5	1	6
Concelho de SINTRA	**203**	**219**	**422**
OUTROS Concelhos	150	124	274
TOTAL	**353**	**343**	**696**

Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

No que concerne à distribuição dos doentes por freguesia de residência do concelho de Sintra, tivemos como freguesias mais representativas: Agualva-Cacém (36,5%), Algueirão-Mem Martins (24,2%), Rio de Mouro (14,0%) e Colares (9,7%). Por sua vez, estas correspondem também às freguesias com maior densidade populacional do concelho abrangidas pela área do CHPL (Figura N.º 20).

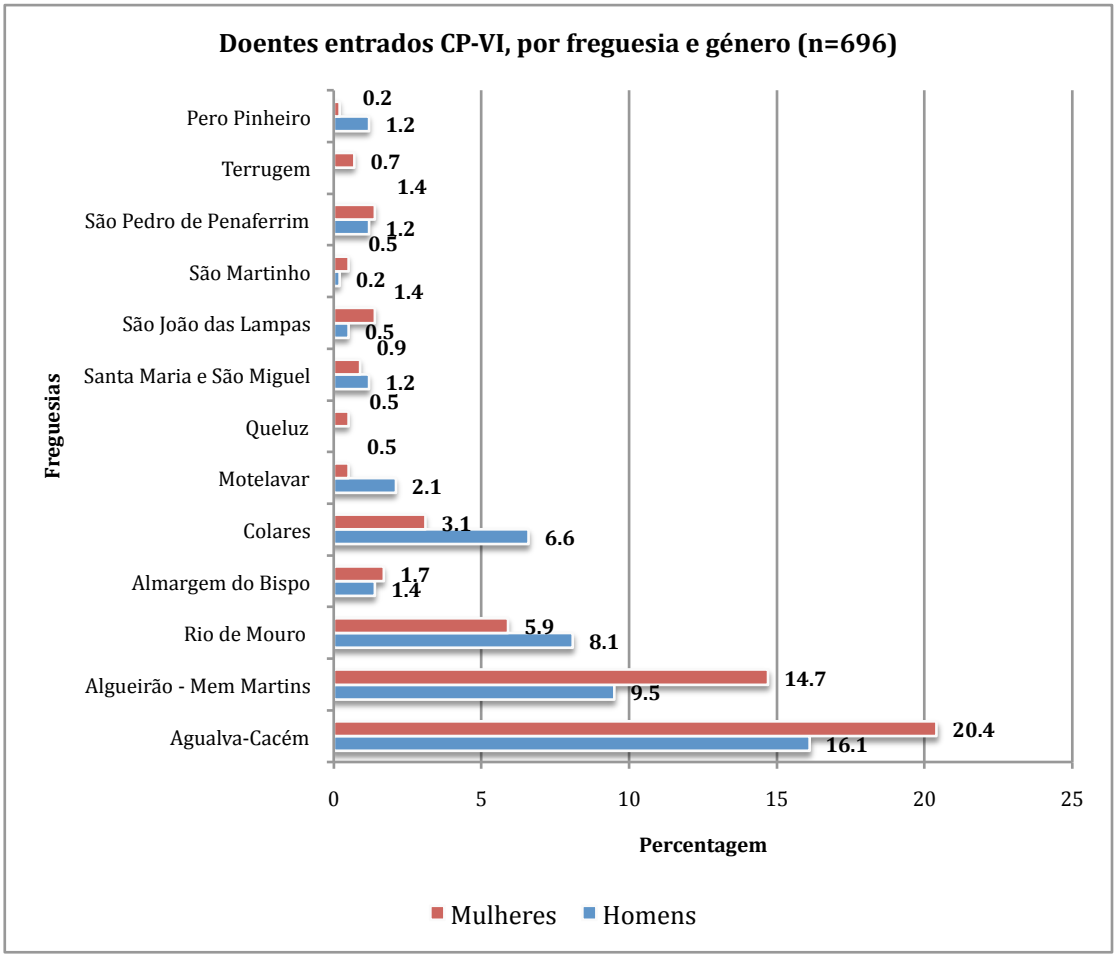
Figura N.º 20 – Distribuição dos doentes entrados na CP-VI por freguesia de residência do concelho de Sintra - 01/09/2008 a 31/08/2009.



Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

Analisando a distribuição por sexos das freguesias mais representativas, registou-se um predomínio das mulheres que residiam em Agualva-Cacém e Algueirão-Mem Martins, face ao predomínio de homens que residiam nas freguesias de Rio de Mouro e Colares (Figura N.º 21).

Figura N.º 21 – Distribuição dos doentes entrados na CP-VI por freguesia de residência do concelho de Sintra e género - 01/09/2008 a 31/08/2009.



Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

1.5 – Demora média e dias de internamento

Analisando os dados disponíveis para o período de 1 de Setembro de 2008 a 31 de Agosto de 2009, observou-se que a maior demora média de internamento se prendeu com os diagnósticos de Debilidade Mental (CID-9:317-319) com 31,3 dias, seguidos de Psicoses Orgânicas Transitórias (CID-9:293) com 21 dias, Outras Psicoses Não Orgânicas (CID-9:298) com 20,1 dias e Perturbações Mentais Não Psicóticas(CID-9:310) com 18,4 dias (Quadro N.º 23 e Figura N.º 22).

Os dados disponíveis também revelam que as demoras médias de internamento mais baixa correspondem aos diagnósticos de Dependência Alcoólica (CID-9:303) com 4,3 dias, Outros Quadros Depressivos (CID-9:311) com 5,3 dias, Síndrome e Sintomas Especiais Não Classificados em Outra Parte (CID-9:307) com 6,0 dias e, por fim, Psicoses Alcoólicas (CID-9:291) com 6,8 dias.

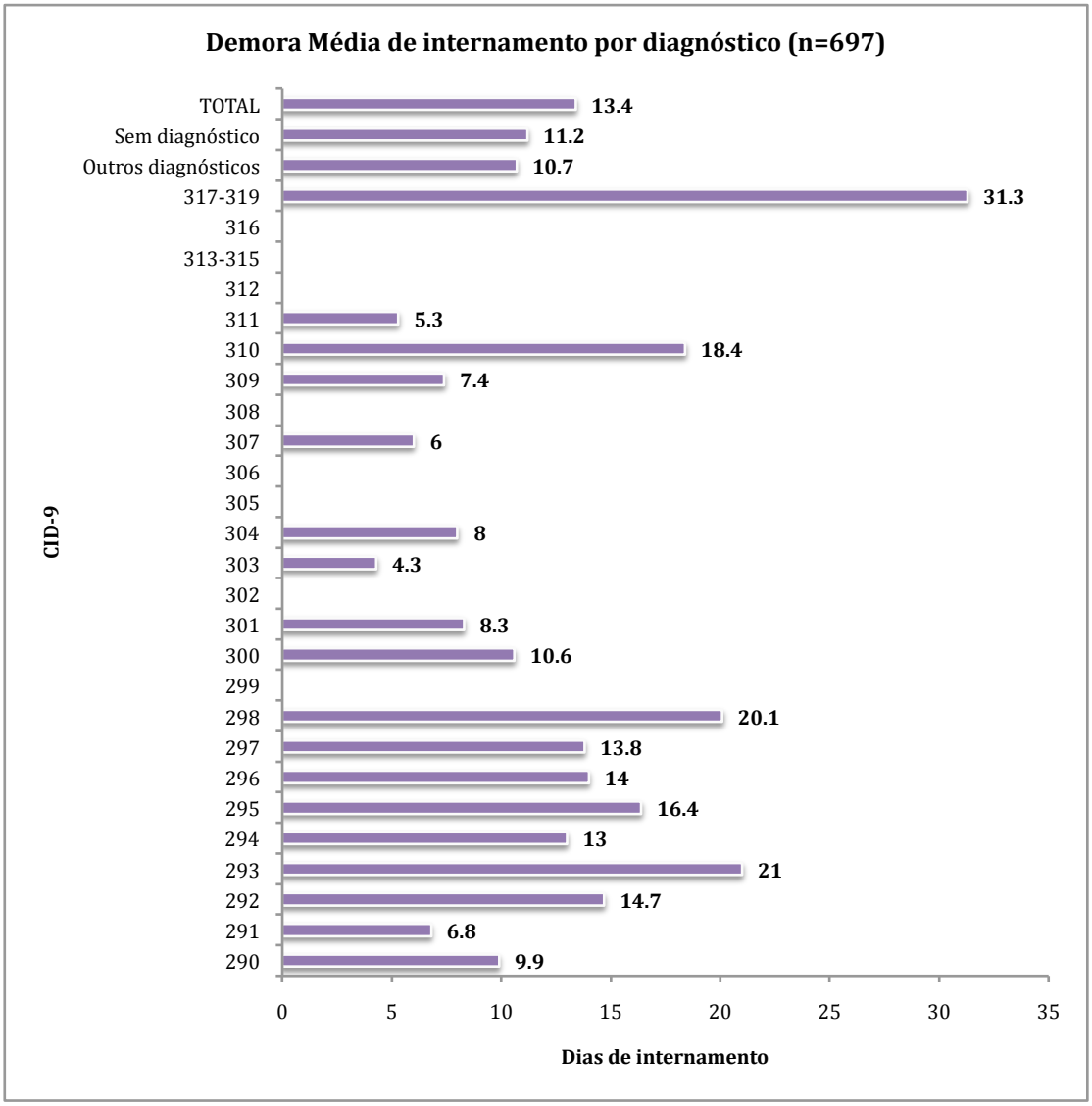
Quadro N.º 23 – Distribuição dos Internamentos na CP-VI por diagnósticos, dias de internamento e demora média - 01/09/2008 a 31/08/2009

ICD-9	Nº Doentes	Dias de internamento	Demora Média
OUTROS	9	96	10,7
290	27	266	9,9
291	4	27	6,8
292	3	44	14,7
293	2	42	21,0
294	4	52	13,0
295	176	2886	16,4
296	178	2500	14,0
297	17	235	13,8
298	32	644	20,1
299	0	0	0
300	53	562	10,6
301	27	223	8,3
302	0	0	0
303	27	116	4,3
304	4	32	8,0
305	0	0	0
306	0	0	0
307	1	6	6,0

ICD-9	Nº Doentes	Dias de internamento	Demora Média
308	0	0	0
309	14	103	7,4
310	5	92	18,4
311	8	42	5,3
312	0	0	0
313-315	0	0	0
316	0	0	0
317-319	9	282	31,3
Sem diagnóstico	97	1091	11,2
TOTAL	697	9341	13,4

Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

Figura N.º 22 – Distribuição da Demora Média de internamento na CP-VI por diagnósticos - 01/09/2008 a 31/08/2009



Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

1.6 - Doentes saídos

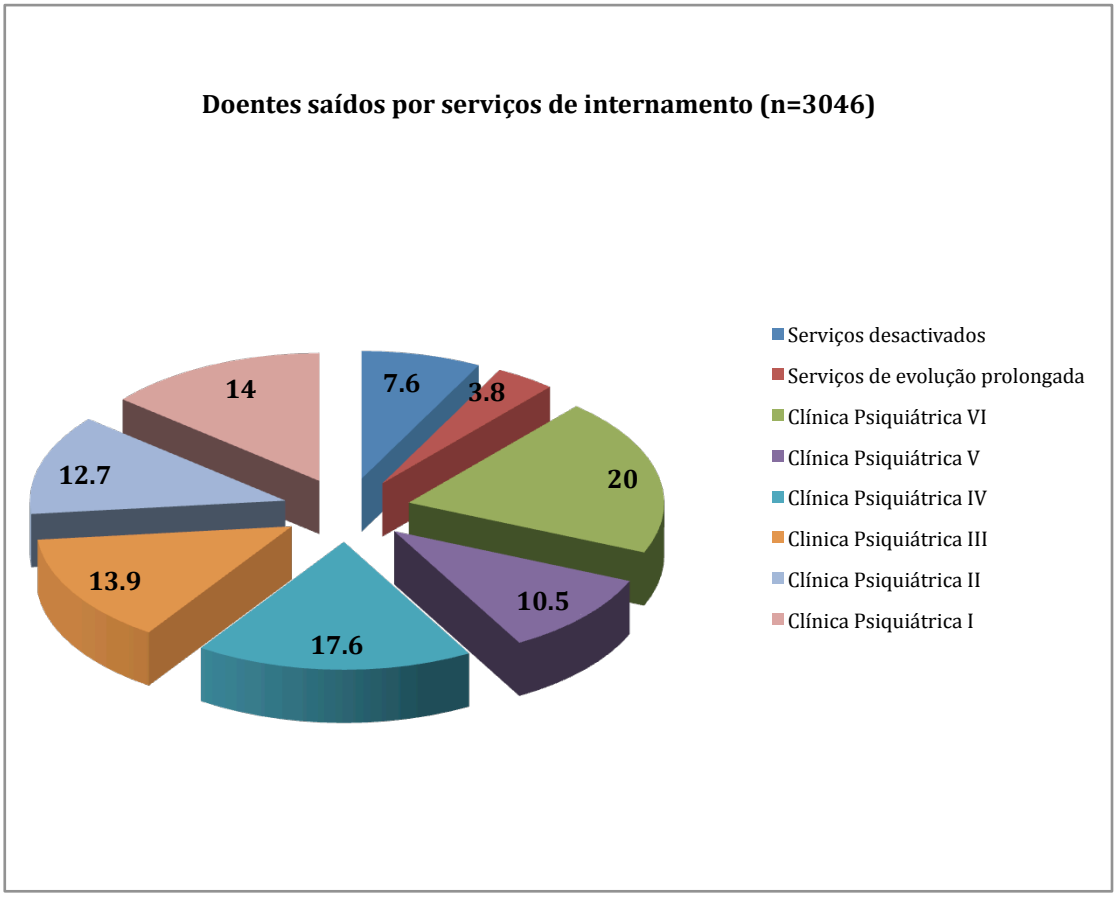
Observou-se que o serviço CP-VI foi, no período em análise, o serviço de internamento de doentes agudos com maior movimento de saída de doentes (20%) (Figura N.º 23 e Quadro N.º24). Contudo, importa dizer que este é o serviço com maior lotação de doentes agudos do hospital (36 camas).

Quadro N.º 24 – Distribuição dos doentes saídos por género e serviços de internamento no CHPL - 01/09/2008 a 31/08/2009

SERVIÇOS	Homens		Mulheres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Clínica Psiquiátrica I	214	7,0	211	6,9	425	14,0
Clínica Psiquiátrica II	169	5,5	219	7,2	388	12,7
Clínica Psiquiátrica III	220	7,2	203	6,7	423	13,9
Clínica Psiquiátrica IV	250	8,2	286	9,4	536	17,6
Clínica Psiquiátrica V	179	5,9	140	4,6	319	10,5
Clínica Psiquiátrica VI	**293**	**9,6**	**316**	**10,4**	**609**	**20,0**
SERVIÇOS DOENTES AGUDOS	**1325**	**43,5**	**1375**	**45,1**	**2700**	**88,6**
Forense	3	0,1	0	0,0	3	0,1
Residência Psiquiátrica I	12	0,4	9	0,3	21	0,7
Residência Psiquiátrica II	7	0,2	18	0,6	25	0,8
Residência Psiquiátrica III	21	0,7	0	0,0	21	0,7
Residentes	3	0,1	4	0,1	7	0,2
Transição/Convalescença	0	0,0	1	0,0	1	0,0
Casa das Olaias	4	0,1	0	0,0	4	0,1
Casa de Santa Rita	2	0,1	0	0,0	2	0,1
Casa dos Plátanos	6	0,2	1	0,0	7	0,2
Casa do Parque	8	0,3	13	0,4	21	0,7
Unidade de transição	1	0,0	2	0,1	3	0,1
SERVIÇOS DE EVOLUÇÃO PROLONGADA	**67**	**2,2**	**48**	**1,6**	**115**	**3,8**
SERVIÇOS DESACTIVADOS	**119**	**3,9**	**112**	**3,7**	**231**	**7,6**
TOTAL	**1511**	**49,6**	**1535**	**50,4**	**3046**	**100,0**

Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

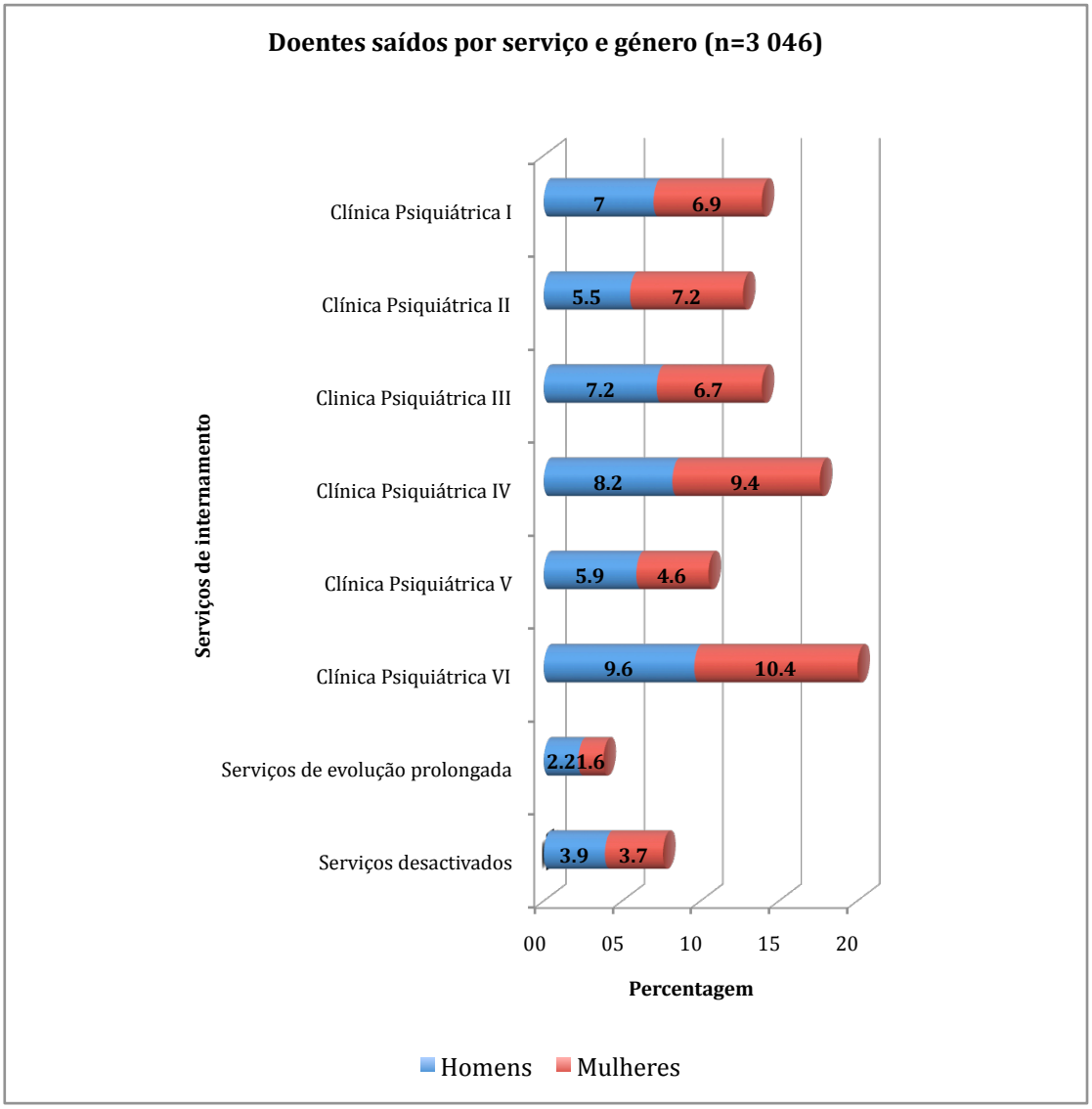
Figura N.º 23 – Distribuição dos doentes saídos por serviços de internamento no CHPL - 01/09/2008 a 31/08/2009



Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

Do total dos doentes saídos da CP-VI, observou-se uma proporção similar da distribuição entre homens e mulheres, com um discreta maioria do sexo feminino sobre o sexo masculino, isto é 10,4% e 9,6% respectivamente (Figura N.º 24).

Figura N.º 24 – Distribuição dos doentes saídos, por género e serviços de internamento no CHPL - 01/09/2008 a 31/08/2009



Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

2 - EQUIPA COMUNITÁRIA DO CINTRA

2.1 - Concelho de residência

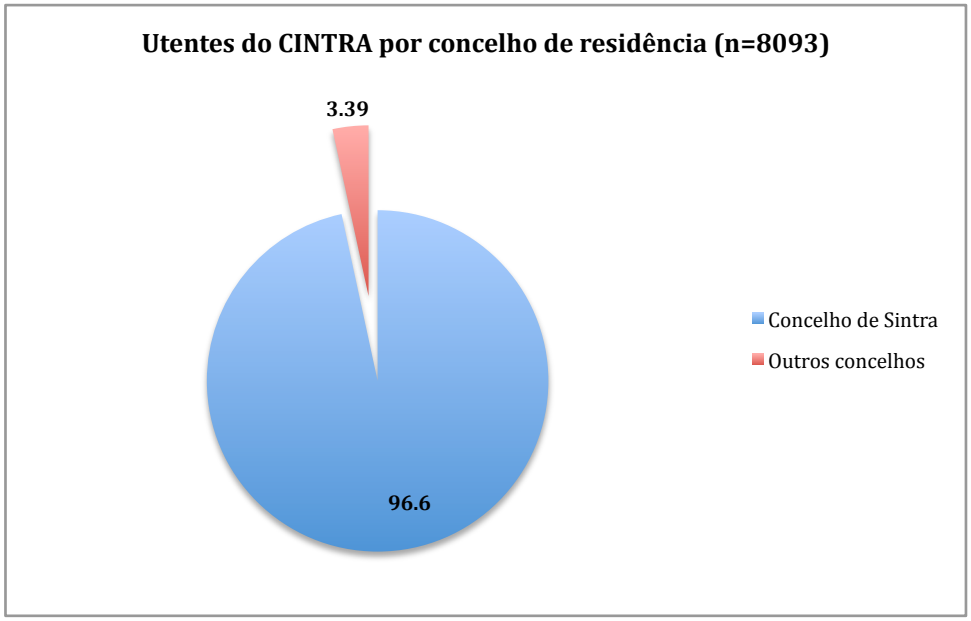
Entre 1 de Setembro de 2008 a 31 de Agosto de 2009 foram observados na equipa comunitária de saúde mental e psiquiatria do CINTRA, um total de 8093 utentes com 2726 homens e 5367 mulheres. Destes, há uma pequena percentagem (3,39%) que não pertencem à área de abrangência desta unidade de saúde, mas que ainda assim é aí seguido (Quadro N.º 25 e Figura N.º 25).

Quadro N.º 25 – Distribuição dos utentes do CINTRA, por concelho de residência, grupos etários e género - 01/09/2008 a 31/08/2009.

Grupos idades	Concelho de Sintra			Outros concelhos		
	H	M	HM	H	M	HM
15-19	60	52	112	1	1	2
20-24	122	107	229	7	4	11
25-44	1157	1690	2847	46	58	104
45-64	1008	2480	3488	23	95	118
65-74	170	626	796	15	11	26
>=75	113	234	347	4	9	13
Total	**2630**	**5189**	**7819**	**96**	**178**	**274**

Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

Figura N.º 25 – Distribuição dos utentes do CINTRA por concelho de residência - 01/09/2008 a 31/08/2009.



Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

2.2 – Género e grupos etários

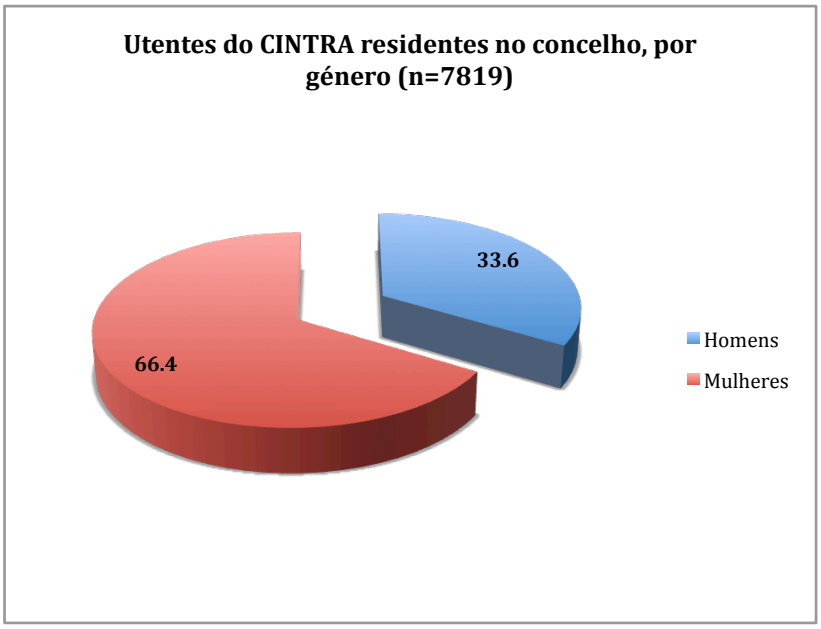
Do total de 7819 utentes a residir no concelho de Sintra e seguidos em consulta externa no CINTRA, observou-se um claro predomínio do género feminino sobre o masculino, sendo quase o dobro. Isto é, 66,4% mulheres (5189) face a 33,6% homens (2630) (Quadro N.º 26 e Figura N.º 26).

Quadro N.º 26 – Distribuição dos utentes do CINTRA a residir no concelho de Sintra por grupo etário e género - 01/09/2008 a 31/08/2009.

Grupos idades	Concelho de Sintra					
	H		M		HM	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
15-19	60	0,8	52	0,7	112	1,4
20-24	122	1,6	107	1,4	229	2,9
25-44	1157	14,8	1690	21,6	2847	36,4
45-64	1008	12,9	2480	31,7	3488	44,6
65-74	170	2,2	626	8,0	796	10,2
>=75	113	1,4	234	3,0	347	4,4
Total	**2630**	**33,6**	**5189**	**66,4**	**7819**	**100,0**

Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

Figura N.º 26 – Distribuição dos utentes do CINTRA a residir no concelho de Sintra, por género - 01/09/2008 a 31/08/2009.



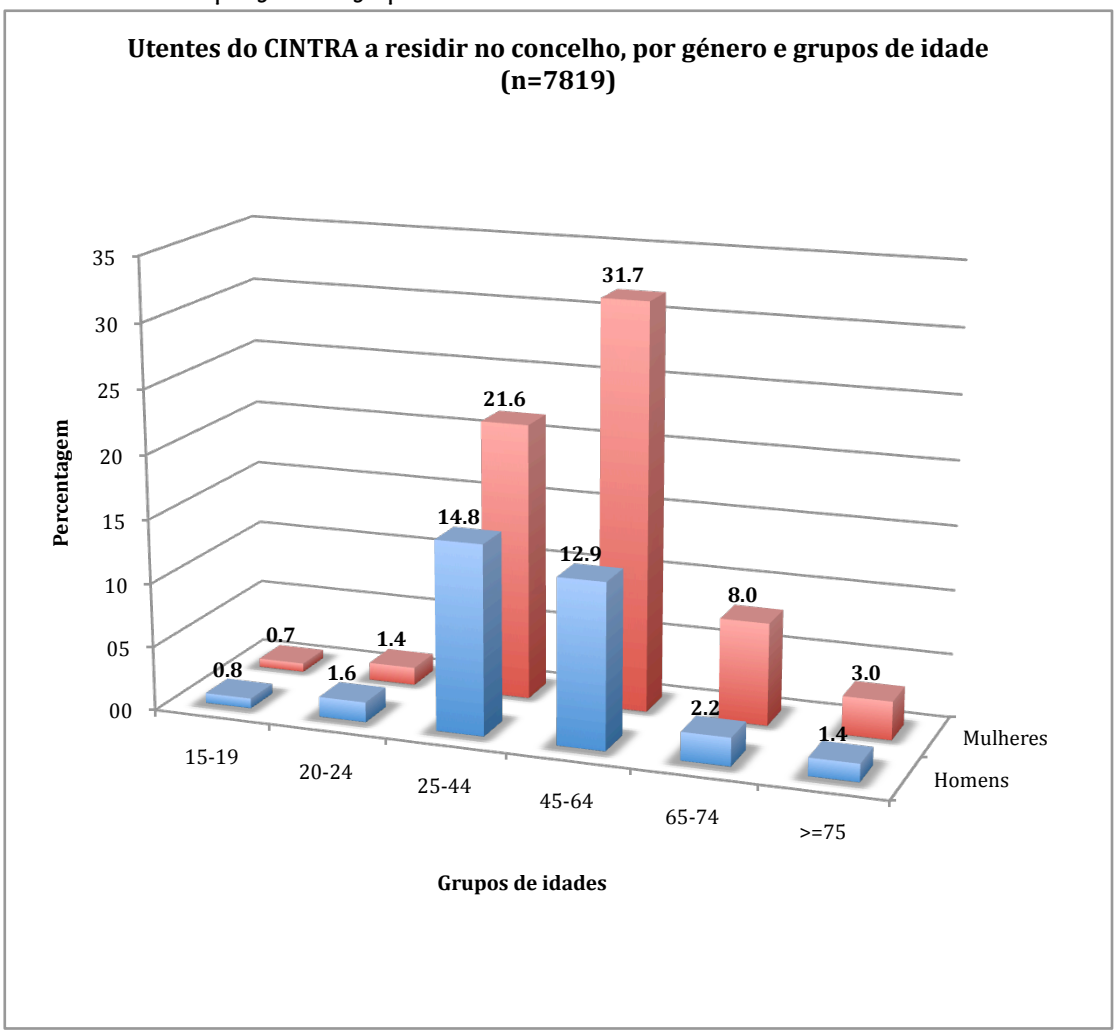
Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

Em termos da distribuição por grupos etários o grupo dos 45 aos 64 anos representa quase 50% da totalidade dos utentes do CINTRA a residir no concelho, ou

seja 44,6% (3488 utentes). Sendo o grupo dos 15 aos 19 anos aquele que tem menor representatividade (1,4%) (Quadro N.º 26 e Figura N.º 26 e N.º 27).

Embora de um modo global a sobre representatividade do género feminino seja muita marcada, nos grupos etários dos 15-19 e dos 20 -24 anos, esta situação não se verifica (Figura N.º 27).

Figura N.º 27 – Distribuição dos utentes do CINTRA a residir no concelho, por género e grupos de idade - 01/09/2008 a 31/08/2009.



Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

2.3 – Freguesias de residência

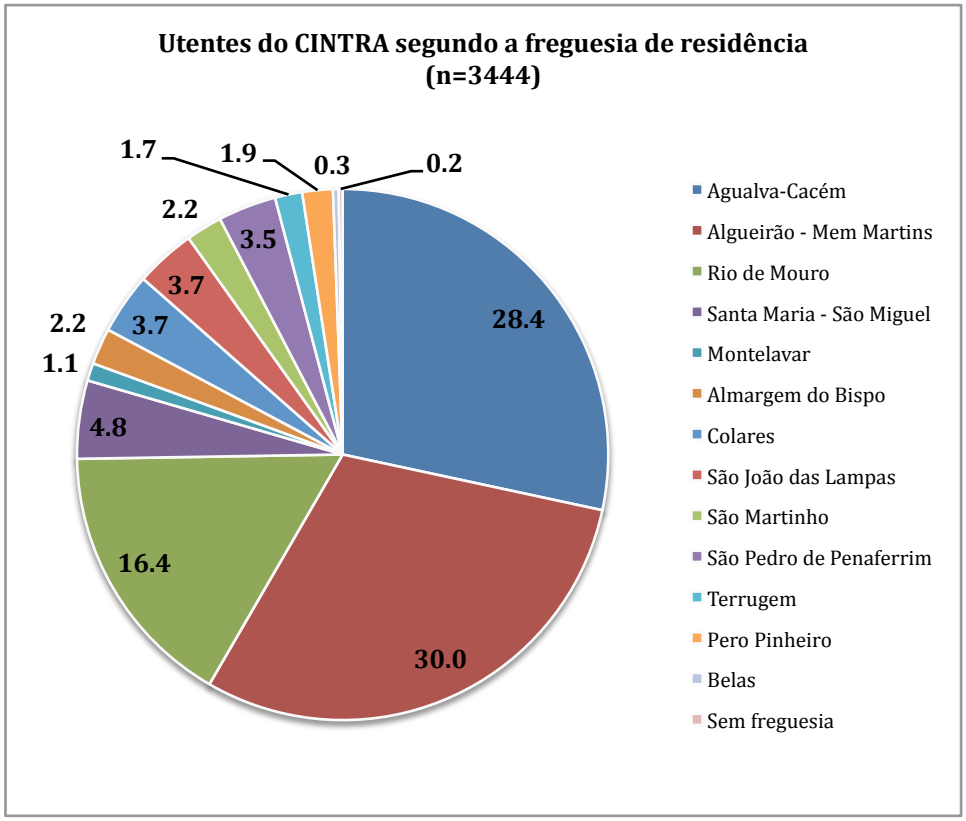
No que concerne à distribuição dos utentes por freguesia de residência do concelho de Sintra, as freguesias mais representativas foram: Algueirão-Mem Martins (30,0%), Agualva-Cacém (28,4%) e Rio de Mouro (16,4%). Todas as restantes freguesias apresentam um peso relativo inferior a 5% (Quadro N.º 27 e Figura N.º 28).

Quadro N.º 27 – Distribuição dos utentes do CINTRA a residir no concelho por freguesia de residência - 01/09/2008 a 31/08/2009.

Freguesias concelho de Sintra	Doentes em consulta externa	
	N.º	%
Agualva-Cacém	977	28,4
Algueirão - Mem Martins	1033	30,0
Almargem do Bispo	76	2,2
Colares	128	3,7
Montelavar	37	1,1
Rio de Mouro	564	16,4
Santa Maria - São Miguel	164	4,8
São João das Lampas	126	3,7
São Martinho	76	2,2
São Pedro de Penaferrim	122	3,5
Terrugem	57	1,7
Pêro Pinheiro	64	1,9
Belas	12	0,3
Sem freguesia	8	0,2
Total	3444	100,0

Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

Figura N.º 28 – Distribuição dos utentes do CINTRA a residir no concelho por freguesia de residência - 01/09/2008 a 31/08/2009.

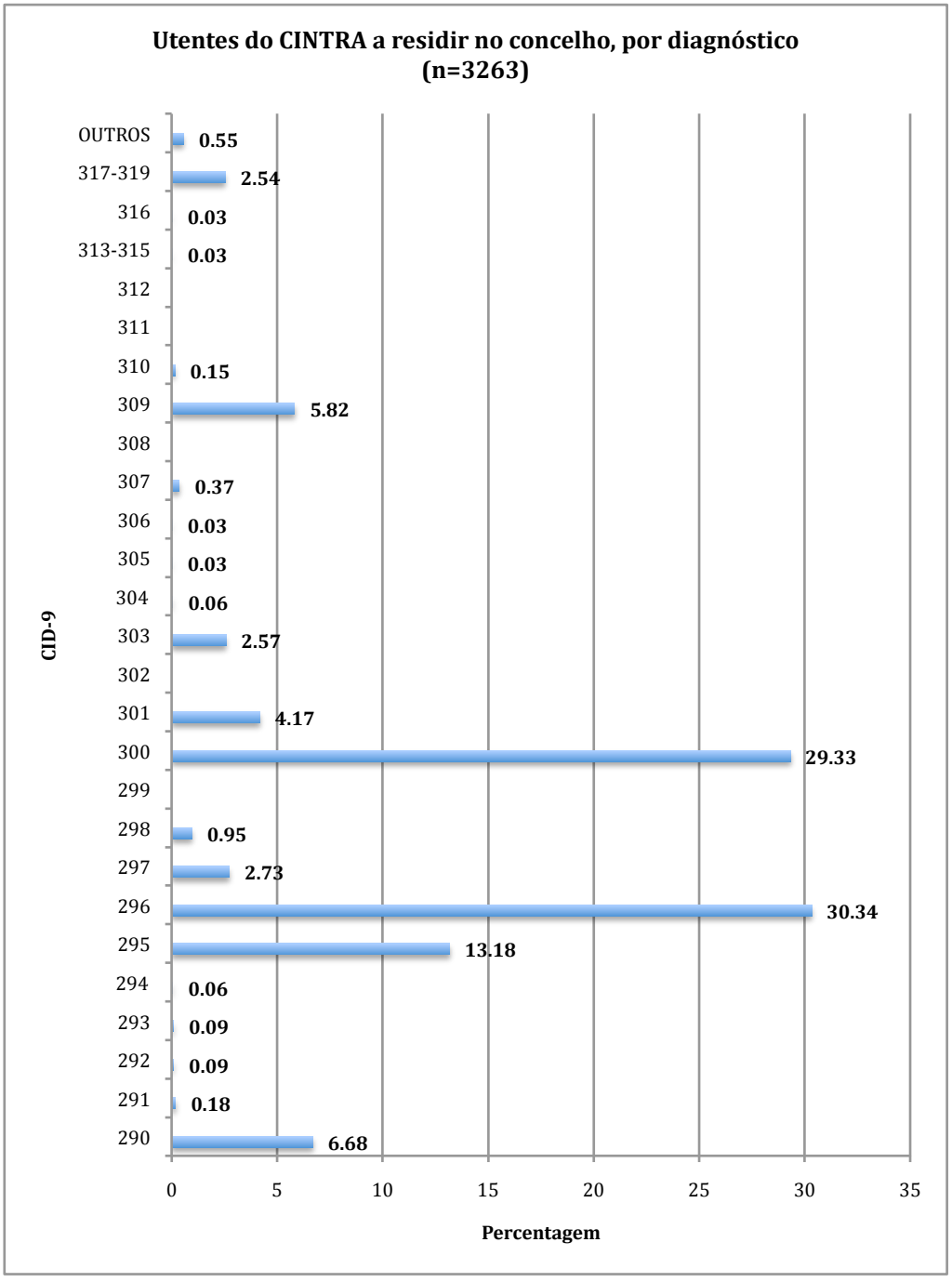


Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

2.4 - Diagnósticos

No que concerne à distribuição por diagnósticos dos utentes em consulta no CINTRA, observa-se um claro predomínio das Psicoses Afectivas (CID-9: 296) com 30,34%, seguido das Neuroses (CID-9: 300) com 29,33% e das Psicoses Esquizofrénicas (CID-9: 295) com 13,18% (Quadro N.º 28 e Figura N.º 29).

Figura N.º 29 – Distribuição dos utentes do CINTRA a residir no concelho, por diagnóstico - 01/09/2008 a 31/08/2009.

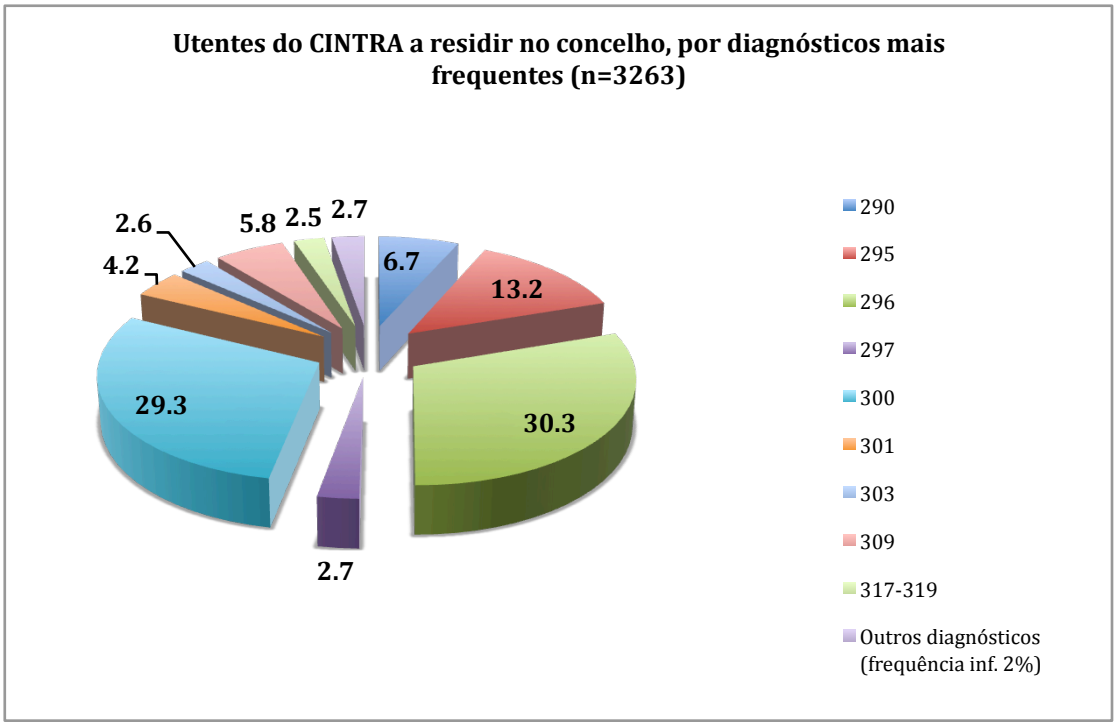


Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

A soma dos diagnósticos com frequência inferior a 2% ocupam um peso relativo de apenas 2,7%. Sendo os restantes 97,3% ocupados por apenas 9 diagnósticos. São eles: Psicoses Afectivas (CID-9: 296 com 30,04%); Neuroses (CID-9: 300 com 29,33%); Psicoses Esquizofrénicas (CID-9: 295 com 13,18%); Psicoses Orgânicas

Senis/Pré-Senis (CID-9: 290 com 6,68%); Perturbações de Adaptação (CID-9: 309 com 5,82%); Perturbações da Personalidade (CID-9: 301 com 4,17%); Psicoses Delirantes Paranoides (CID-9: 297 com 2,73%); Dependência Alcoólica (CID-9:303 com 2,57%); e por último Debilidades Mentais (CID-9: 317-319 com 2,54%) (Figura N.º 30).

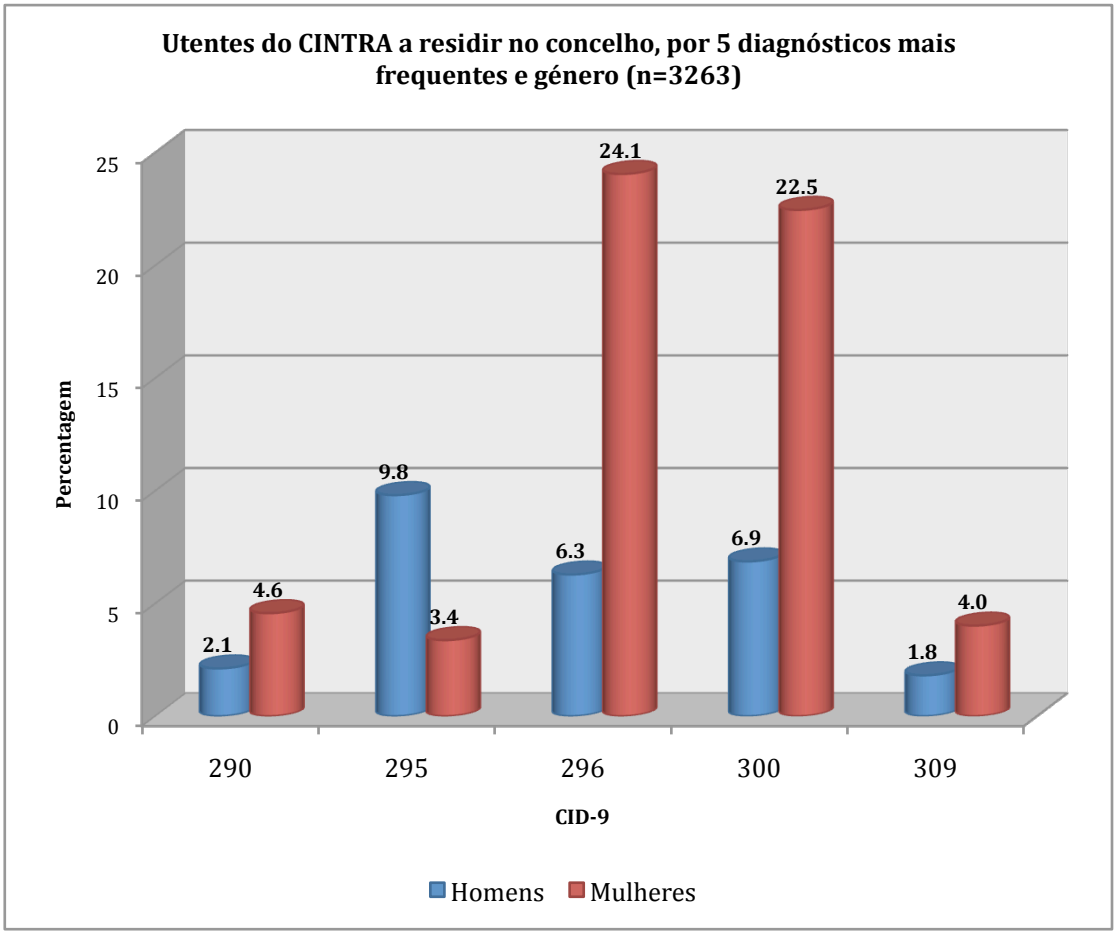
Figura N.º 30 – Distribuição dos utentes do CINTRA a residir no concelho, por diagnósticos mais frequentes - 01/09/2008 a 31/08/2009.



Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

No que concerne à repartição por género dos cinco diagnósticos mais frequentes para o período em análise observou-se que é nas Psicoses Afectivas (CID-9: 296) e nas Neuroses (CID-9: 300) que a distribuição entre homens e mulheres é mais assimétrica, verificando-se uma sobre representatividade das mulheres face aos homens. Apenas nas Psicoses Esquizofrénicas (CID-9: 295) observamos uma inversão da distribuição por género, ou seja, um predomínio dos homens sobre as mulheres (Figura N.º 31).

Figura N.º 31 – Distribuição dos utentes do CINTRA a residir no concelho pelos cinco diagnósticos mais frequentes e género - 01/09/2008 a 31/08/2009.



Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.

Quadro N.º 28 – Distribuição dos episódios e Utentes seguidos no CINTRA por diagnósticos e género - 01/09/2008 a 31/08/2009.

CID-9	Episódios						Utentes					
	H		M		HM		H		M		HM	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
290	113	2,12	225	4,22	337	6,32	69	2,11	149	4,57	218	6,68
291	5	0,09	2	0,04	7	0,13	2	0,06	4	0,12	6	0,18
292	3	0,06	0	0,00	3	0,06	3	0,09	0	0,00	3	0,09
293	1	0,02	3	0,06	4	0,08	1	0,03	2	0,06	3	0,09
294	1	0,02	0	0,00	1	0,02	1	0,03	1	0,03	2	0,06
295	569	10,67	201	3,77	770	14,44	320	9,81	110	3,37	430	13,18
296	339	6,36	1503	28,19	1842	34,55	205	6,28	785	24,06	990	30,34
297	101	1,89	50	0,94	151	2,83	56	1,72	33	1,01	89	2,73
298	18	0,34	30	0,56	48	0,90	11	0,34	20	0,61	31	0,95
299	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
300	325	6,10	1089	20,42	1414	26,52	224	6,86	733	22,46	957	29,33
301	76	1,43	103	1,93	179	3,36	55	1,69	81	2,48	136	4,17
302	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

CID-9	Episódios						Utentes					
	H		M		HM		H		M		HM	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
303	129	2,42	31	0,58	160	3,00	62	1,90	22	0,67	84	2,57
304	2	0,04	1	0,02	3	0,06	1	0,03	1	0,03	2	0,06
305	0	0,00	1	0,02	1	0,02	0	0,00	1	0,03	1	0,03
306	0	0,00	1	0,02	1	0,02	0	0,00	1	0,03	1	0,03
307	4	0,08	11	0,21	15	0,28	2	0,06	10	0,31	12	0,37
308	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
309	80	1,50	163	3,06	243	4,56	59	1,81	131	4,01	190	5,82
310	3	0,06	4	0,08	7	0,13	3	0,09	2	0,06	5	0,15
311	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
312	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
313-315	1	0,02	0	0,00	1	0,02	1	0,03	0	0,00	1	0,03
316	0	0,00	2	0,04	2	0,04	0	0,00	1	0,03	1	0,03
317-319	50	0,94	69	1,29	119	2,23	36	1,10	47	1,44	83	2,54

CID-9	Episódios						Utentes					
	H		M		HM		H		M		HM	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
OUTROS	13	0,24	11	0,21	24	0,45	10	0,31	8	0,25	18	0,55
TOTAL	**1833**	**34,38**	**3500**	**65,64**	**5332**	**100,00**	**1121**	**34,35**	**2142**	**65,65**	**3263**	**100,00**

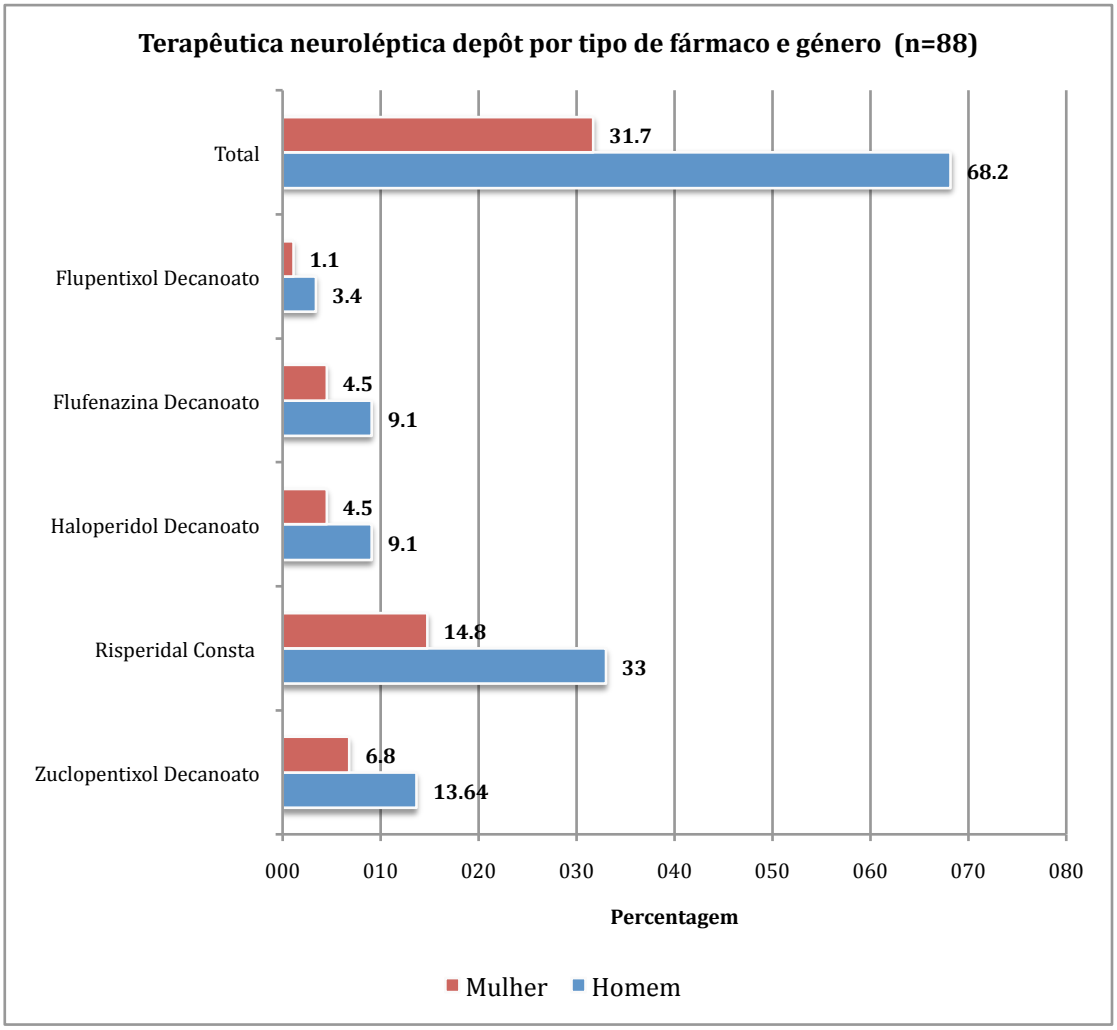
Fonte: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2009.
Nota: Inclui consultas sem agenda

3 – UTENTES EM TERAPÊUTICA NEUROLÉPTICA DEPÔT NO CINTRA

Segundo os dados fornecidos, de 1 de Janeiro a 31 de Outubro de 2009, 88 utentes seguidos no CINTRA foram sujeitos a terapêutica neuroléptica depôt. Destes, 68,2% eram homens e 31,7% mulheres (Quadro N.º 29 e Figura N.º 32).

Este predomínio dos homens sobre as mulheres mantém-se para todos os tipos de terapêutica neuroléptica depôt.

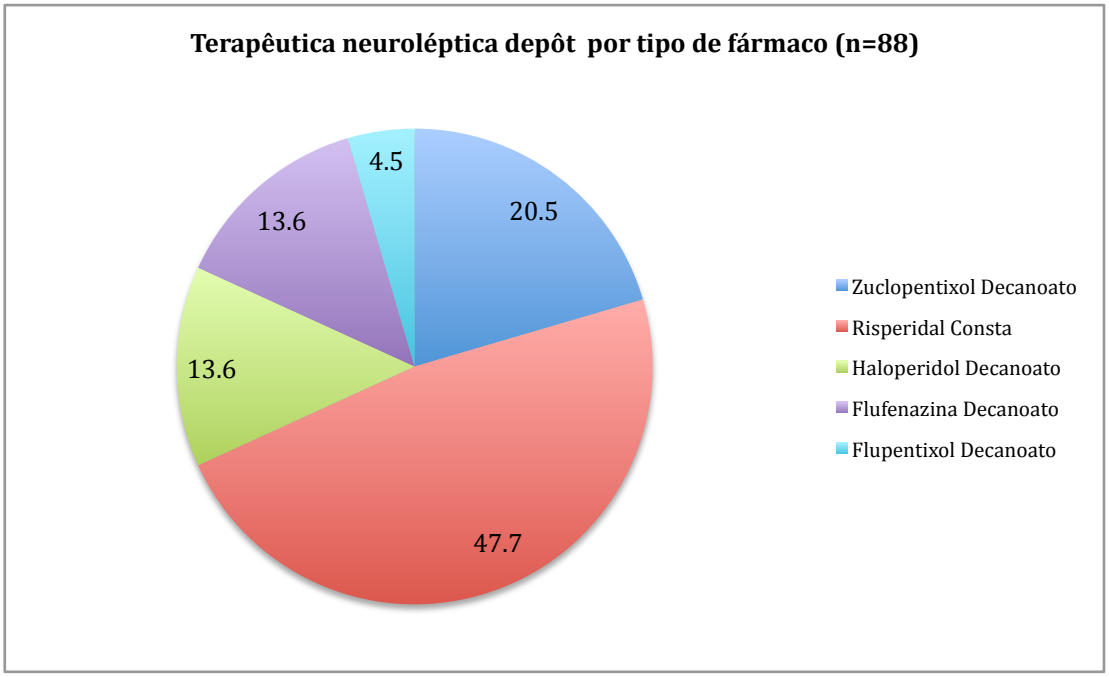
Figura N.º 32 – Distribuição dos utentes em terapêutica neuroléptica depôt no CINTRA, por tipo de fármaco e género – 01/01/2009 a 31/10/2009.



Fonte: CINTRA, 2009.

Do conjunto dos cinco neurolépticos depôt, o Risperidal Consta é o fármaco de eleição, com um peso relativo de aproximadamente 50%. Já o Flupentixol Decanoato, com 4,7%, é o menos administrado (Figura N.º 33).

Figura N.º 33 – Distribuição dos utentes em terapêutica neuroléptica depôt no CINTRA, por tipo de fármaco – 01/01/2009 a 31/10/2009.

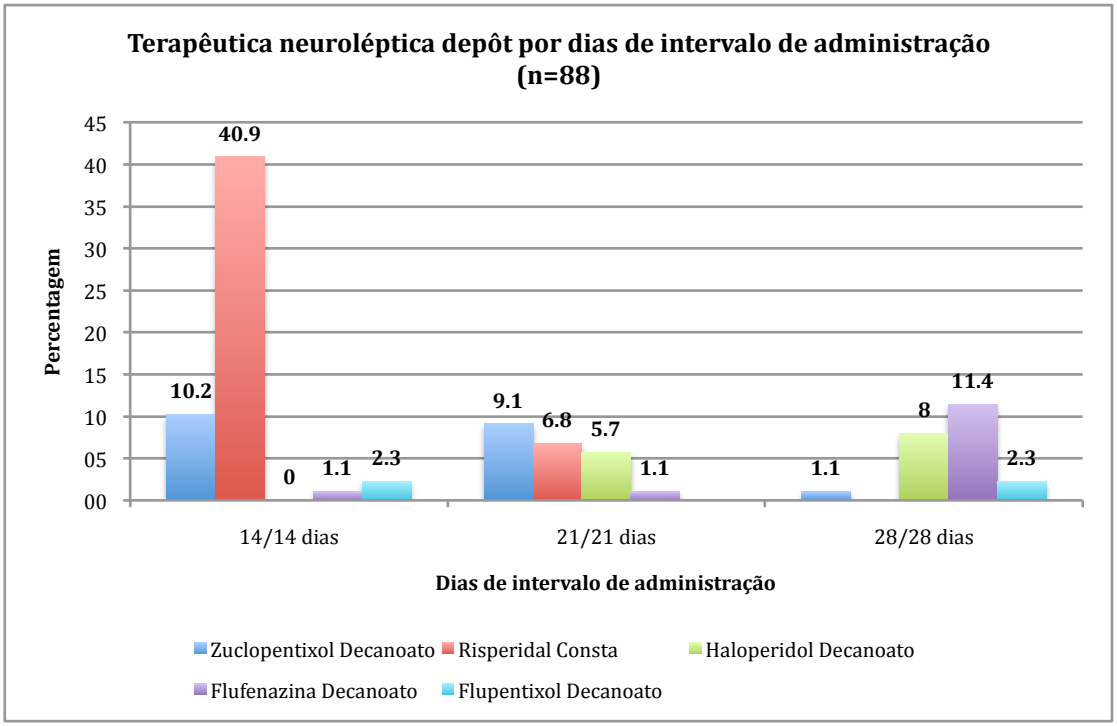


Fonte: CINTRA, 2009.

Em termos de intervalos de administração da terapêutica neuroléptica depôt dos utentes do CINTRA, predomina a administração de 14/14 dias (54,5% do total), sendo o Risperidal Consta o fármaco mais administrado para este intervalo de tempo.

Os restantes intervalos apresentam um peso relativo quase igual. Isto é, 22,8% para o total da terapêutica administrada de 28/28 dias e 22,7% para o total da terapêutica administrada de 21/21 dias. Assim sendo, a Flufenazina Decanoato é o fármaco mais administrado de 28/28 dias (11,4%) e o Zuclopentixol Decanoato corresponde ao mais administrado de 21/21 dias (9,1%) (Figura N.º 34).

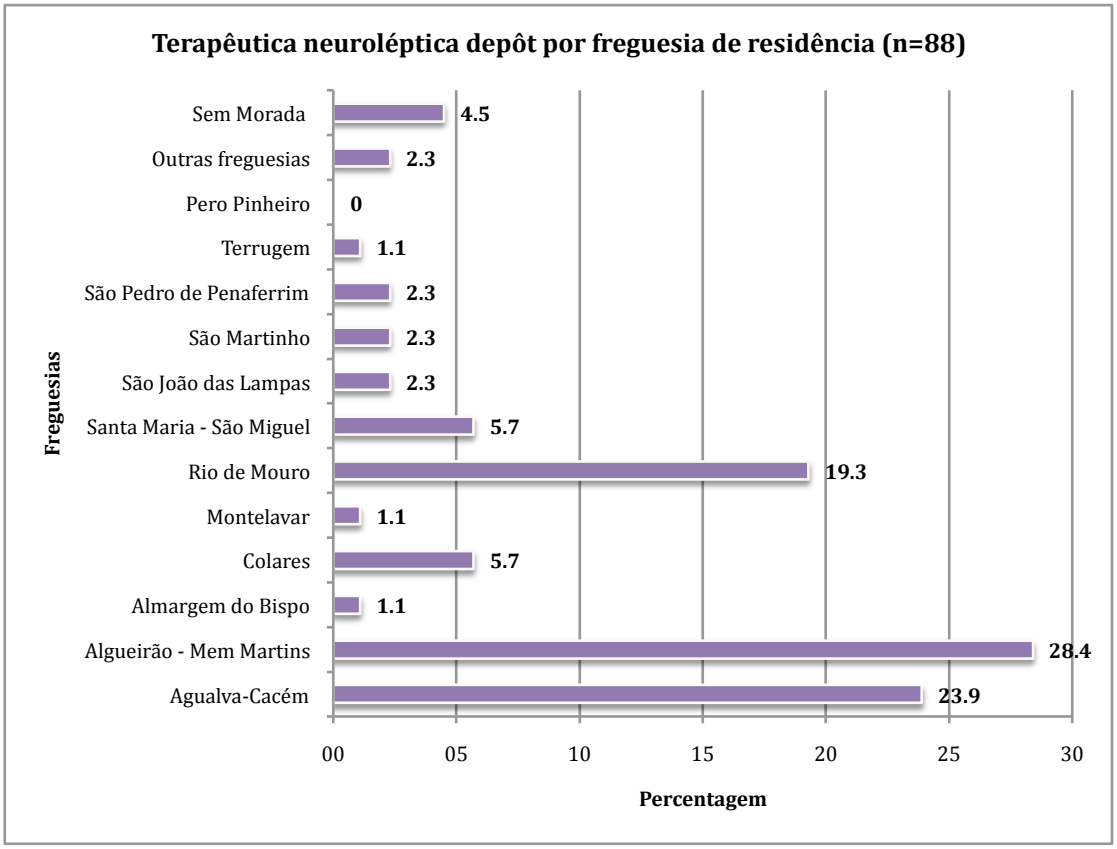
Figura N.º 34 – Distribuição dos utentes em terapêutica neuroléptica depôt no CINTRA, por tipo de fármaco e intervalos de administração – 01/01/2009 a 31/10/2009.



Fonte: CINTRA, 2009.

Em termos da distribuição por freguesias de residência dos utentes em terapêutica neuroléptica depôt no CINTRA observa-se que Algueirão-Mem Martins (28,4%) é a freguesia com maior peso relativo, logo seguido das freguesias de Agualva-Cacém (23,9%) e Rio de Mouro (19,3%). Todas as restantes freguesias apresentam uma frequência inferior a 6%.

Figura N.º 35 – Distribuição dos utentes em terapêutica neuroléptica depôt no CINTRA, por freguesia de residência – 01/01/2009 a 31/10/2009.



Fonte: CINTRA, 2009.

Quadro N.º 29 – Distribuição dos utentes em terapêutica neuroléptica depôt no CINTRA, por freguesia de residência, género, tipo de fármaco e intervalos de administração – 01/01/2009 a 31/10/2009.

	Género	Zuclopentixol Decanoato			Risperidal Consta			Haloperidol Decanoato (*)			Flufenazina Decanoato			Flupentixol Decanoato		
		14/14	21/21	28/28	14/14	21/21	28/28	14/14	21/21	28/28	14/14	21/21	28/28	14/14	21/21	28/28
Agualva-Cacém	HM	2	4	0	9	0	0	0	0	2	1	1	1	0	0	1
	H	2	4	0	5	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1
	M	0	0	0	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Algueirão - Mem Martins	HM	4	3	0	8	3	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0
	H	2	2	0	7	2	0	0	1	2	0	0	1	1	0	0
	M	2	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Almargem do Bispo	HM	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	H	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	M	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Colares	HM	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
	H	0	0		0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	M	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Rio de Mouro	HM	1	0	10	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0	0	1
	H	1	0	7	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	1
	M	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Santa Maria – São Miguel	HM	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
	H	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	M	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
São João das Lampas	HM	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
	H	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	M	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
São Martinho	HM	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	H	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
São Pedro de Penaferrim	HM	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	H	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	M	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Terrugem	HM	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	H	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	M	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pêro Pinheiro	HM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	H	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Género	Zuclopentixol Decanoato			Risperidal Consta			Haloperidol Decanoato (*)			Flufenazina Decanoato			Flupentixol Decanoato		

Lara Santos e Silva
Leonor Ribas

		14/14	21/21	28/28	14/14	21/21	28/28	14/14	21/21	28/28	14/14	21/21	28/28	14/14	21/21	28/28
Montelavar	**HM**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
	H	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
	M	**0**	**0**	**0**		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Outras freguesias	**HM**	**0**	**1**	**0**	1	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
	H	**0**	1	**0**	1	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
	M	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Sem morada	**HM**	**1**	**0**	**3**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
	H	**0**	**0**	3	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
	M	1	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
TOTAL	**HM**	**9**	**8**	**1**	**36**	**0**	**0**	**0**	**5**	**7**	**1**	**1**	**10**	**2**	**0**	**2**
	H	5	7	**0**	25	**0**	**0**	**0**	3	5	**0**	**0**	6	1	**0**	**0**
	M	4	1	1	11	**0**	**0**	**0**	2	2	1	1	4	1	**0**	2

Fonte: CINTRA, 2009.

Nota: (*) para efeitos de simplificação incluímos neste item intervalos de tempo de 28/28 dias ou mais.

ANEXO XIII- Acção de Formação "O Enfermeiro nos Cuidados de Saúde na Área das Toxicodependências"

MINISTÉRIO DA SAÚDE

I.D.T.
Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Dec. Reg. N. º 35 / 2002 de 23 Abril

IDT, I.P. – Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.
Praça de Alvalade, N.º 7 – 5.º ao 13.º andar • 1700 – 036 Lisboa
NIPC: 506452654
Unidade Formativa Acreditada pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.
Processo N.º 094/25-09-2002, nos termos da Portaria N.º 782 / 97, de 29 de Agosto

Certifica-se que **Maria Leonor Gonçalves Ribas**, natural de Montalegre, nascida a 02/11/1969 , nacionalidade Portuguesa , sexo Feminino , portadora do Bilhete de Identidade n.º 9336858, emitido pelo Arquivo de Identificação de Lisboa, em _____, frequentou a Acção de Formação:

«O Enfermeiro nos Cuidados de Saúde na Área das Toxicodependências»

que decorreu de 30 de Março a 03 de Abril de 2009, com a duração total de 30 Horas, organizada e promovida pela **Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo** do **Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.**

Lisboa, 03 de Abril de 2009

O Delegado Regional da DRLVT do IDT, I.P.

António Manuel Figueiredo Maia

ACÇÃO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

«O ENFERMEIRO NOS CUIDADOS DE SAÚDE NA ÁREA DAS TOXICODEPENDÊNCIAS»

Lisboa, 03 de Abril de 2009

- MODALIDADE DE FORMAÇÃO: FORMAÇÃO PROFISSIONAL CONTÍNUA DE APERFEIÇOAMENTO
- ÁREA DE FORMAÇÃO: 720 SAUDE
- SAÍDA PROFISSIONAL(SE APLICÁVEL):
- COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS:

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	DURAÇÃO
Dinâmicas de Grupo	1,30 Horas
Substâncias de Abuso: Compreender, prevenir e tratar (Mala da Prevenção)	2,30 Horas
Relação com o Toxicodependente. Transferência/Contra-transferência	2 Horas
Formação sobre Álcool	1,30 Horas
Contexto IDT/DRLVT/UD — Centro das Taipas	2,30 Horas
Experiências em Prevenção	2 Horas
Noção de Toxicodependência — Substâncias Psicoactivas, Terapêuticas na Prevenção da Recaída	1,30 Horas
Abuso e dependência de Álcool	2,30 Horas
Reinserção Social — Projecto Percursos	2 Horas
Agressividade e Violência	2 Horas
Experiência da Unidade de Desabituação	2 Horas
Visitas à Comunidade Terapêutica do Restelo, Centro de Dia, Serviço Terapias medicamentosas e Unidade de Desabituação	3 Horas
Famílias e grávidas toxicodependentes	4 Horas
Avaliação da Acção de Formação	1 Horas
Total	**30 Horas**

OBSEVAÇÔES: A Acção de Formação não prevê nenhum processo de Avaliação.

IDT, I.P. • Unidade Formativa Acreditada pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.

ANEXO XIV- Cronograma de Actividades – Módulo III

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESTÁGIO	**MÓDULO III- AMI**

Ano	2009								
Meses	Abril/Maio						Junho		
Semanas	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª
Dias Semanas	20-25	27-02	04-09	11-16	18-23	25-30	01-06	08-13	15-20
Objectivo 1- Integração na equipa multidisciplinar, estrutura física e orgânico-funcional do projecto Equipa de Rua.									
Reunião informal e visita guiada com o elemento responsável do projecto de forma a conhecer a equipa e o serviço									
Conhecimento da equipa multidisciplinar									
Integração na equipa multidisciplinar, de forma a conhecer a sua dinâmica									
Conhecimento de normas e protocolos de actuação/encaminhamento para outros serviços e instituições									
Visita guiada á Unidade móvel que serve de atendimento aos utentes									
Reconhecimento dos critérios de admissão da população ao projecto									
Observação e participação activa nas técnicas de abordagem da equipa com os utentes									
Pesquisa bibliográfica									
Objectivo 2- Promoção de estilos de vida saudáveis									
Promoção da prática baseada na evidência de forma a promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados aos sem abrigo									
Colaboração com a equipa de rua, na adequação dos programas de intervenção									
Promoção da avaliação do impacto das intervenções em curso									
Dar visibilidade às intervenções de enfermagem e os resultados obtidos em saúde, na equipa multidisciplinar.									
Avaliação contínua dos cuidados de enfermagem, de forma a planear as intervenções necessárias									
Esclarecer os utentes sobre os perigos da dependência do álcool									
Promoção de estilos de vida saudáveis									

Proporcionar estratégias de coping eficazes									
Pesquisa bibliográfica									
Objectivo 3- Prestar cuidados de enfermagem especializados a pessoas em situação de sem-abrigo									
Realização de consultas de enfermagem que visem a avaliação do estado físico e mental da população em situação de sem-abrigo									
Treino de competências para o desenvolvimento de capacidades assertivas na resolução de problemas									
Criação de sessões psicoeducativas sobre a problemática da adição/dependência									
Intervenções de enfermagem no domínio relacional/relação de ajuda									
Articulação com outras instituições da comunidade									
Reunião com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar									
Aconselhamento individual									
Pesquisa bibliográfica									

ANEXO XV- I Encontro de Saúde Mental Comunitária "Desafios Actuais"

Certificado

Certifica-se que _____

participou no I Encontro de Saúde Mental Comunitária – "Desafios Actuais", organizado pelo Grupo de Acção Comunitária em parceria com o Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital Santa Maria, realizado nos dias 14 e 15 de Maio de 2009, no Auditório da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A Organização

GRUPO DE ACÇÃO COMUNITÁRIA - (G.A.C.)
- I.P.S.S. -

Rua Vítor Santos, Lote R-8, Loja R-8A
1600-785 LISBOA

Organização:

Apoios::

ANEXO XVI- O Meu Diário

1 – O MEU DIÁRIO

SEMANA DE 20 A 24 DE ABRIL

Compareci na cede da AMI (Marvila) tendo amavelmente sido recebida pelo Sr. Enfermeiro Serafim Jorge que se dispôs a fazer-me uma visita guiada ás instalações.
Descreveu-me sucintamente a historia desta ONG e mostrou-me o jardim, o seu ex-líbris precioso (onde existem plantas de toda a parte do mundo, por onde andou em missões).

Considero que fui bem recebida no entanto, senti (e foi-me verbalizada) a necessidade de haver um enfermeiro na Equipa de Rua para que exista a continuidade dos cuidados prestados, principalmente, no que concerne á minha área de especialização uma vez, que na rua, é muito evidente a existência da patologia psiquiátrica. È importantíssimo a alteração de estilos de vida. Os sem-abrigo sofrem graves carências ao nível da auto-estima, promoção de interacções sociais.

Como cidadãos, o que sabemos nós dos sem-abrigo? *" (…) São aqueles que dormem ao relento, envoltos em cartões ou em farrapos, passando o dia (…) nesses lugares, acompanhados de uns objectos muito vulgares nas sociedades modernas: os sacos de plástico" (***ABREU***.* 2005).

Passei o resto do tempo, em reunião com a equipa de rua onde me foram expostos os vários casos que têm no activo.
Expuseram-me as suas histórias de vida relacionadas com este trabalho tão dignificante e, tão desconhecido pela população em geral (na qual eu me incluía).
Fiz pesquisa bibliográfica, relacionada com este tema: **"SEM-ABRIGO".**

3ª Feira – 21 de Abril

"*Um vagabundo não é um vagabundo. È alguém de quem não sabemos nada, mas onde projectamos tudo". (***PINTO PEDRO***, 2009, p.12).*

Sr. A. T. A., nasceu a 13 de Março de 1917; não tem BI, é dos PALOP (Cabo Verde), solteiro. Desconhece-se formação profissional, embora já tenha tido alguns "trabalhos" esporádico arrumador de carros. Vive sozinho, sem-abrigo e pernoita na rua. Esta na rua há mais de quatro anos, consome álcool e desconhece se tem patologia infecciosa. Tem um irmão mas que não quer saber do utente.

LOCAL DE CONTACTO: SÂO JOÃO

Este utente já esteve no Abrigo do Boato mas foi expulso, por mau comportamento (chegava alcoolizado). Estava sentado no banco do jardim a beber álcool. Aproximamo-nos e identificamo-nos (já conhecia a Dr.ª Cristina e o Dr. Gonçalo). Sorriu quando eu disse ser enfermeira e disse-me não estar doente. Perguntei-lhe onde dorme e ele respondeu que o faz no Martim Moniz. Perguntamos-lhe se necessitava de algum tipo de apoio, por exemplo mantas ou saco cama, disse que não. Apenas referiu que lhe roubaram as panelas e que um amigo lhe bebe todo o vinho e não lhe paga.
Aspecto geral: muito descuidado, mau estado de higiene mas, recusa todo o tipo de apoio. Aparentemente orientado no tempo/espaço/pessoa. Cordato com a nossa aproximação. Perguntei-lhe se sofria de algum tipo de doença (que soubesse), para fazer-mos a triangulação com instituições específicas, mas diz-me ser muito saudável.

De certa maneira, senti alguma proximidade com este intente, visto receber com alguma frequência, doentes sem-abrigo, no hospital psiquiátrico.
Senti alguma angústia por não poder fazer mais nada. Voltaremos lá na próxima semana. "*Quanto mais dissocializados são as pessoas, menor o desejo de mudança (…)"* (**MINORET-CALLES**).
Pude observar as dinâmicas da Equipa de Rua e como eles inter-agem com a população da rua.
Creio que iniciei aqui uma futura relação empática com esta população, tão carente de cuidados e afectos. *" (…) O sem-abrigo não carece apenas de um bem material chamado casa mas igualmente de um sentimento <psicológico> de casa" (***MORAIS**, 2000, p.8).

Este primeiro dia ficará para sempre gravado na minha memória por ter sido a primeira vez que tive um contacto tão próximo com esta população, sem ser em contexto hospitalar. Foi como se lhe tivesse invadido "o próprio espaço". Mas, "*entre a indiferença*

*de nada fazer ou a <limpeza> das ruas (que tem ocorrido em vários países), a melhor solução é, sem dúvida, aquela que começa com uma avaliação (…) in loco (…)" (***BENTO**, 2002, p.206).

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- Conflito de decisões entre viver de forma independente versus numa comunidade;
- Auto cuidado: beber – Alterado;
- Auto cuidado: higiene – Deficiente.

SINAIS E/OU SINTOMAS

- Afastamento face aos amigos e grupos sociais;
- Higiene muito descuidada;
- Comportamento alterado, relacionado com consumos de álcool.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Apresentação ao utente;
- Utilização do toque terapêutico (cumprimento á chegada e partida);
- Dirigir-me ao utente pelo nome próprio;
- Avaliação das expectativas do utente;
- Ajudar o utente a explorar estratégias alternativas de ajuste para obter satisfação;
- Promoção da auto-estima;
- Fiz ensino sobre o funcionamento dos tratamentos de desabituação do álcool e como enfrentar a mudança;
- Não tecer juízos de valor;
- Tentei promover estratégias de coping eficaz, auxiliando o utente a novas adaptações de estilos de vida e ao possível desempenho de novos papéis;

AVALIAÇÃO

- Visitação na próxima semana e observação de alterações no comportamento/ postura do utente.

4ª Feira – 22 de Abril

Sr. P. C. tem 42 anos de idade, raça caucasiana, sexo masculino. O empresário da área dos congelados e ex-toxicodependente (esta abstinente há já 7 anos). Divorciado e pai de 2 filhos, que não vê porque um nem sabe dele e o outro, a ex-mulher não permite que ele a veja.

LOCAL DE CONTACTO: BEATO

Trata-se de um utente com bom estado geral e de nutrição. Aspecto geral muito cuidado. Orientado auto e alopsiquicamente. Refere estar na rua há já 5 anos "quando perdeu tudo"-SIC. È HIV positivo em esquema de anti-retrovirais mas que abandonou há 6 meses. È seguido em consulta de infecciologia no HSAC, tendo também abandonado as consultas. A par disto, não consome drogas ilícitas "*estou limpo há 7 anos*"-SIC, mas consome frequentemente álcool.

Segundo o **DSM-IV** (2004), o abuso de substâncias refere-se a uma utilização repetida das substâncias que provocam um padrão desadaptativo manifestado por consequências adversas; e como dependência define que além das características anteriores existe dependência física, podendo caracterizar-se por tolerância ou abstinência.

Como enfermeira, e da área da Saúde Mental e Psiquiatria, reconheço que tenho que estar desperta para as possíveis necessidades físicas e psicológicas destes utentes.

Após sessão de psicoeducação onde fui reforçando o treino de habilidades de enfrentamento cognitivos comportamental (**MONTI** et al., 2005, p.12), visto estes autores defenderem que esta terapia deve incidir sobre o ensino de habilidades de comunicação e assertividade, com as quais eu também concordo. O indivíduo tem que fazer a sua aprendizagem social, de forma a obter respostas adaptativas aos eventos provocadores de grande stress. "*Só quem tem uma tarefa, conhece as suas dificuldades"* (**PAULO COELHO**, 2000).

Penso que o primeiro objectivo, deve ser o estabelecer de uma relação pessoal e de confiança com a pessoa sem-abrigo. " *(…) A capacidade de escuta, uma atitude de interesse, e o respeito pelo sem-abrigo criam bases para uma relação pessoal entre os técnicos* e os *sem-abrigo*" (**BENTO,** 2002, p.111).

Este objectivo, penso ter sido conseguido. Fiz-lhe ensino sobre a necessidade urgente do controlo urgente da carga viral e consequente retoma da terapêutica.

Em relação á dependência alcoólica, a **DSM-IV** define como "*um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicativos de que o sujeito continua a utilizar a substância apesar dos problemas significativos relacionados com esta" (***DSM-IV**, p. 192).

Sendo o álcool completamente aceite na nossa sociedade, desde épocas remotas e ate considerado por muitos como promotor da imagem social, de partilha, de convívio e até relacionado com hábitos religiosos; estas características servem apenas para mascarar o verdadeiro problema de saúde pública em que a substancia se pode tornar, quando a sua ingestão deixa de ser apenas meramente social.

Os enfermeiros, como principais prestadores de cuidados, têm que estar muito despertos para as necessidades físicas e psicológicas, da pessoa dependente.

Ficamos de marcar consulta de infecciologia para o P. o mais rapidamente possível. Voltaremos na próxima semana.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- Ansiedade – Presente;
- Manutenção da Saúde – Alterada;
- Compromisso da interacção social;
- Coping defensivo;
- Auto-estima – Diminuída.

SINAIS E/OU SINTOMAS

- Afastamento face aos amigos e grupos sociais;
- Abandono de tratamento para o HIV;
- Apatia.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Apresentação ao utente;
- Utilização do toque terapêutico (cumprimento á chegada e partida);
- Dirigir-me ao utente pelo nome próprio;
- Proporcionei uma comunicação aberta, sendo assertiva;
- Proporcionei auto-estima mais eficaz, dando-lhe reforços positivos;
- Ser sensível, tendo sempre cuidado com as perguntas que fiz;
- Tentei evitar situações em que o utente se sinta em perigo;
- Tentei ser empática;

- Executei treino de assertividade dando assistência na efectiva expressão de sentimentos, necessidades e ideias;
- Mostrei aceitação positiva e incondicional em relação ao utente;
- Efectuei ensinos sobre os perigos da dependência do álcool;
- Ajudar no contacto com serviços de apoio complementar e encaminhamento para outras instituições, se necessário;
- Efectuei ensinos sobre a medicação anti-rectroviral;
- Tentei promover estratégias de coping eficaz, auxiliando o utente a novas adaptações de estilos de vida e ao possível desempenho de novos papéis.

AVALIAÇÃO

- Visitação na próxima semana e observação de alterações no comportamento/ postura do utente.

REFLEXÃO SEMANAL

Após esta intervenção, considero-me uma aprendiz pois por muito que saiba sobre o assunto, nunca consigo ter a noção completa da sua dimensão

Penso também ser fundamental o ensino individual para a promoção de hábitos saudáveis. No entanto, há que ter em atenção que "*As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação de preservar a dignidade e liberdade da pessoa humana" (***CÓDIGO DEONTOLÓGICO ENFERMEIROS**, Artigo 78º).

Durante esta semana, tive também a oportunidade de analisar os relatórios anuais da Equipa de Rua. Fiz também pesquisa bibliográfica sobre o tema " **SEM-ABRIGO"**

SEMANA DE 27 DE ABRIL A 1 DE MAIO

3ª Feira – 28 de Abril

Sr. O. Natural de Cabo Verde, Cidade da Praia. Nasceu a 13 de Março de 1947. Foi armador de ferro e pedreiro. È solteiro e esta a viver na rua há já muitos anos. Esteve no Exercito de Salvação mas foi expulso por não cumprir as normas. Já conhece a Equipa de Rua, tivemos uma fácil aproximação.

LOCAL DE CONTACTO: XABREGAS

Quando me identifiquei como enfermeira, disse logo que "tinha um problema no olho"- SIC. Após o estabelecimento de uma relação de confiança (relação mais próxima), consegui encaminhar o Sr. O. á carrinha onde pude prestar cuidados de enfermagem gerais, fazendo – lhe uma lavagem ocular com soro fisiológico e avaliando os sinais vitais. Tentei fazer sessão de psicoeducação, abordando vários temos tais como: a dependência do álcool (o utente consome grandes quantidades de álcool por dia), alterações comportamentais ou psicológicas desadaptarias associadas a estes consumos, no entanto, o utente não se mostrou receptivo e abandonou a carrinha.
Segundo PIO ABREU " *(…) em primeiro lugar está o querer. Não se nega que exista margem de liberdade nas nossas decisões. Mas cada decisão é apenas uma escolha entre algumas opções possíveis" (***PIO ABREU**, 2007, p. 17).

Como já referi anteriormente, um dos grandes problemas que envolvem os sem-abrigo, tem a ver com o alcoolismo e consumos de drogas ilícitas. È importante perceber as razões do abuso destas substâncias e a interacção de diversos factores biopsicossociais. As preocupações com a família, o emprego e os estilos de vida, são factores de stress que necessitam de ser resolvidos de forma adaptativa.
Há estudos que revelam que indivíduos com deficits na capacidade de enfrentar eventos stressantes correm maior risco de dependência do álcool como resposta de adaptação á

situação. "*O desespero pode sobrevir quando a pessoa que sofre se sente abandonada" (***VIEIRA**, 2008, p. 114).

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- Manutenção da Saúde – Alterada;
- Compromisso da Interacção Social;
- Coping Ineficaz – devido a factores psicológicos que alteram a condição física.

SINAIS E/OU SINTOMAS

- Queixas oculares;
- Isolamento Social, com afastamento face aos amigos e ao grupo (Exercito de Salvação).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Apresentação ao utente;
- Utilização do toque terapêutico (cumprimento á chegada e á partida);
- Dirigir-me ao utente pelo nome próprio;
- Proporcionar uma comunicação aberta;
- Executei treino de assertividade dando assistência na efectiva expressão de sentimentos, necessidades e ideias;
- Mostrei aceitação positiva e incondicional em relação ao utente;
- Efectuei ensinos sobre os perigos da dependência do álcool;
- Prestei cuidados de enfermagem gerais tais como: avaliação dos sinais vitais e efectuei-lhe lavagem dos olhos;
- Fiz ensino ao utente sobre como efectuar ele próprio a lavagem;
- Tentei promover estratégias de coping eficaz, auxiliando o utente a novas adaptações de estilos de vida e ao possível desempenho de novos papéis.

AVALIAÇÃO

- Visitação na próxima semana e observação de alterações no comportamento/ postura do utente.
- Observar na próxima semana o estado dos olhos.

4ª Feira – 29 de Abril

Fomos ter novamente com o Sr. P. para lhe comunicarmos que a consulta de infecciologia já esta marcada para 4 de Maio. Ficou radiante. Achei-o muito eufórico, humor muito expansivo mas com comportamento adequado. Referiu ter bebido " *umas cervejinhas*"- SIC. Questionei-o sobre uma possível consulta de alcoologia mas disse não ser necessário " *porque agora bebo muito menos e vou largar este vício"* – SIC.

Percebi que o P., assim como outros utentes, têm grande falta de conhecimentos sobre as perturbações relacionadas com o álcool e principalmente, sofrem de grande baixa de auto-estima.

Enquanto conversávamos com este utente, foi-se aproximando o Sr. E., 45 anos de idade, raça caucasiana, sexo masculino. Esta desempregado e é ex-toxicodependente (segundo ele, não consome há 2 meses). Esta a viver na rua há já vários anos e não tem qualquer tipo de apoio familiar. Esteve internado no H. S. Marta por quadro de trombo embolismo no membro inferior esquerdo (na sequencia de uma injecção de heroína – administrada na veia femural esquerda). Referiu alguma ansiedade relacionada com a execução do penso no local visto pertencer a um Centro de Saúde demasiado distante e não lhe ser possível efectua-lo noutro local mais próximo. Encaminhei o utente á carrinha onde lhe executei o penso e onde tive a oportunidade de lhe fazer ensino sobre os cuidados a ter com o local. A Equipa ficou de encaminhar o seu processo para o Centro de Saúde da Graça. Foi-lhe perguntado se faz parte do projecto de vida dele, ir para uma Comunidade Terapêutica (onde já esteve há 8 anos e onde cumpriu todo o programa); disse-nos que iria pensar sobre isso, "*agora estou limpo e iniciei o programa de metadona, mas ainda tenho que dar mais tempo para decidir o que vou fazer á minha vida*"-SIC.

Mais uma vez me deparo com o problema de baixa de auto-estima e consumos de substâncias, por força de laços familiares ausentes ou muito ténues.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- Auto cuidado: Beber – Alterado;
- Processo de Pensamento: Alterado;
- Coping individual: Ineficaz:

SINAIS E/OU SINTOMAS

- Aumento da energia;
- Andar cambaleante;
- Pensamentos galopantes e conversação rápida.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Utilização do toque terapêutico (cumprimento á chegada e á partida);
- Honestidade para com o utente;
- Ser paciente;
- Efectuei ensinos sobre os perigos da dependência do álcool;
- Fiz ensino sobre o funcionamento dos tratamentos de desabituação do álcool e como enfrentar a mudança;
- Fiz ensino sobre a importância da alimentação (estes utentes muitas vezes não comem);
- Tentei não tecer juízos de valor;
- Tentei promover estratégias de coping eficaz, auxiliando o utente a novas adaptações de estilos de vida e ao possível desempenho de novos papéis;
- Ajudei no contacto com serviços de apoio complementar e encaminhamento para outras instituições, se necessário (feito encaminhamento para a Comunidade Vida e Paz).

AVALIAÇÃO

- Visitação na próxima semana e observação de alterações no comportamento/ postura do utente.

Em relação ao Sr. E, delineei-lhe o seguinte plano de cuidados:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- Ansiedade: Presente;
- Auto cuidado: Actividade física comprometida;
- Conflito de decisões entre viver de forma independente versus numa comunidade.

SINAIS E/OU SINTOMAS

- Afastamento face aos familiares e grupos sociais;
- Desânimo;
- Penso repassado de líquido sero-hematico;
- Deterioração física e moral.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Apresentação ao utente;
- Utilização do toque terapêutico (cumprimento á chegada e á partida);
- Dirigir-me ao utente pelo nome próprio;
- Escuta activa, dialogo com o utente acerca do seu projecto de vida;
- Executei treino de assertividade dando assistência na efectiva expressão de sentimentos, necessidades e ideias;
- Mostrei aceitação positiva e incondicional em relação ao utente;
- Não tecer juízos de valor;
- Fiz ensino sobre os cuidados a ter com o membro lesionado;
- Efectuei penso do membro lesionado;
- Ajudei no contacto com serviços de apoio complementar e encaminhamento para outras instituições, se necessário (feito encaminhamento para o Centro de saúde da Graça);
- Tentei promover estratégias de coping eficaz, auxiliando o utente a novas adaptações de estilos de vida e ao possível desempenho de novos papéis.

AVALIAÇÃO

- Visitação na próxima semana e observação de alterações no comportamento/ postura do utente.
- Observação na próxima semana, do estado do membro.

REFLEXÃO SEMANAL

Quero destacar um dos principais problemas que afecta esta população sem-abrigo: o problema da auto-estima. Denota-se um nível de auto estima muito baixo. Segundo TOWNSEND, auto-estima é o "*grau de consideração ou respeito que os indivíduos têm em*

relação a si mesmo e é uma medida de valor que eles atribuem ás suas capacidades e seus julgamentos" (TOWNSEND, 2002, P. 183).
Uma boa auto-estima irá facilitar a mudança de estilos de vida e vai ajudar a encarar os problemas de forma mais adaptativa.

Todos nós, ao longo do nosso ciclo de vida, vamos passando por várias crises: quando estas crises são superadas com êxito, o indivíduo desenvolve estratégias adaptativas correctas, as quais serão utilizadas posteriormente, para resolução de crises. Se isto não acontecer, o indivíduo desenvolve comportamentos e visões negativas de si mesmo tais como: insegurança, sentimentos de culpa, de incompetência e vergonha e por conseguinte, vai alterando os seus mecanismos de defesa para a resolução dos problemas futuros.

Estes indivíduos, são pessoas com uma história de vida muito complexa, por vezes com uma estrutura familiar e conjugal muito desfasada e que com o passar do tempo foram perdendo a capacidade de se relacionar física e emocionalmente com alguém.

SEMANA DE 4 A 8 DE MAIO

2ª Feira – 4 de Maio

LOCAL DE CONTACTO: JARDIM CONSTANTINO

A D. N., oriunda dos países de Leste (Moldávia), desconheço a idade mas aparenta ter aproximadamente uns 50 anos. Estava sentada num banco de jardim, rodeada de mais 5 utentes do sexo masculino e todos eles estavam alcoolizados: são apenas 10 horas da manha.
Segundo a utente, é Economista de profissão e Directora de marketing numa loja de telecomunicações. Terá consumido álcool durante 7 anos. Neste momento e segundo a utente, estará abstinente há já uns meses. Na terra dela, tinha problemas com o marido (violento e agressivo fisicamente) e resolveu sair do país, viajando pela Europa "*tirar umas férias do marido"*-SIC. Em Portugal, "*roubaram-lhe todo o dinheiro que tinha"*-SIC e inclusive o passaporte. Anda pela rua desde que cá chegou (há já 4 meses).

Apresenta um discurso aparentemente orientado e coerente. Postura tensa e algo hostil ao contacto, agressiva verbalmente quando contrariada pelos seus colegas. È nitidamente a líder do grupo. Refere que continua sem beber e diz não querer ir para a sua terra por causa do marido. Faz elogios rasgados á Equipa de Rua, referindo que somos " *uma dádiva de Deus"-SIC.* Refere querer sair da rua pelo que foi encaminhada para o Centro Porta Amiga (este centro tem que ver com duas grandes áreas de intervenção: suprir necessidades básicas e suprir necessidades sociais).

Os sem-abrigo, isolados, sem família, sem rede social fiável, são indivíduos que por vezes só contam com o apoio das instituições. È importante trabalhar para a constituição de uma rede social única, envolvendo tanto quanto possível, os familiares e toda a comunidade em geral para que todos trabalhem com o intuito final de melhorar a qualidade de vida destes utentes.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- Ansiedade: Presente;
- Auto-estima: Diminuída.

SINAIS E/OU SINTOMAS

- Suspeição e desconfiança em relação aos outros;
- Dificuldade em manter contacto visual;
- Pouca interacção social;
- Disposição instável e alterável.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Apresentação ao utente;
- Utilização do toque terapêutico (cumprimento á chegada e á partida);
- Mostrei aceitação positiva e incondicional em relação ao utente;
- Não tecer juízos de valor;
- Ajudei no contacto com serviços de apoio complementar e encaminhamento para outras instituições, se necessário (feito encaminhamento para o Centro Porta Amiga).

AVALIAÇÃO

- Visitação na próxima semana e observação de alterações no comportamento/ postura do utente.

4ª Feira – 6 de Maio

LOCAL DE CONTACTO: XABREGAS

Fomos novamente á procura do Sr. O. Encontrava-se sentado na rua (em frente ao Exercito de Salvação), não veio ao nosso encontro. Fomos ter com ele e disse-nos que não consegue andar. Segundo um elemento da Equipa, esta situação já terá acontecido mais vezes. Nessa altura foi internado no H. S. José e estava tudo encaminhado para que após a alta hospitalar, iria para uma comunidade terapêutica (Vida e Paz), no entanto, o utente terá recusado. Melhorou e voltou para a rua. Neste momento, refere que quer ir para o hospital. Está francamente deprimido com fácies triste e choro fácil; humor muito lábil. Fugidio ao contacto.

Não podemos usar a carrinha de rua para transportar estes utentes e também não se pode contactar o INEM dado que não se trata de nenhuma emergência. Foi confrontado com o facto de após um possível tratamento, não poderá voltar para a rua e terá de cumprir todo o processo proposto; referiu que sim, que desta vez irá cumprir todo o tratamento. Ficamos de resolver o problema, vamos tentar contactar a Comunidade Vida e Paz porque, como têm carrinhas de transporte de utentes, poderão transportar estes utentes ao serviço de urgência do H. S. José.

Segundo PHANEUF, a "*utilização da confrontação é uma habilidade que exige muita perícia (…) é mesmo posta em questão uma pratica de relação de ajuda porque (…) consideram que o parentesco entre a palavra <afrontamento> e o termo <confrontação> lhe confere um carácter agressivo (…). Certas confrontações podem tomar a forma de juízos de valor ou parecer serem acusações que suscitam a argumentação e a justificação"* (**PHANEUF**, 2005, p.66).

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- Andar: Comprometido;
- Auto estima: Diminuída;
- Processo de pensamento: Alterado.

SINAIS E/OU SINTOMAS

- Aparenta sentir-se desamparado e evita responsabilidade;
- Medo obsessivo de ficar gravemente doente;
- Diminuição de funções físicas (andar);
- Incapacidade de cortar ou parar consumos;
- Pena de si mesmo;
- Negligência em relação á alimentação;
- Deterioração física;
- Tremores das extremidades.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Utilização do toque terapêutico (cumprimento á chegada e á partida);
- Comunicar com autenticidade;
- Ajuda ao utente na identificação de pensamentos e sentimentos;
- Encorajar na participação em grupos de treino de assertividade;
- Não tecer juízos de valor;
- Apoio ao utente;
- Ajudei no contacto com serviços de apoio complementar e encaminhamento para outras instituições, se necessário (foi contactada a Comunidade Vida e Paz para encaminhar o utente ao SU do H.S.José).

AVALIAÇÃO

- Visitação na próxima semana e observação de alterações no comportamento/ postura do utente.

LOCAL DE CONTACTO: BEATO

Fomos ao encontro do Sr. P. para tentar perceber se teria ido á consulta de infecciologia. Não estava em casa (barraca), mas segundo o utente que mora com ele, foi á consulta e foi também fazer exames para depois levar ao HSAC. Não o vimos.

Estivemos com o Sr. E., estava algo lentificado porque segundo o próprio, "*tomou dois comprimidos para acalmar*"-SIC. Apresentava humor muito depressivo, referindo que "*esta vida é uma porcaria*" – SIC. Tinha o membro inferior esquerdo muito edemaciado com godé muito positivo e com sinais de hipoperfusao periférica. Aconselhei-o a ir ter com o

seu médico ao H. S. Marta (local onde esteve internado anteriormente com a mesma sintomatologia e com o diagnostico de trombose venosa profunda). Caso não o recebam, disse-lhe para ir ao SU do H. S. José. Prometeu-me que ainda hoje iria tratar desse assunto. Questionei-o sobre o cumprimento do tratamento (toma de terapêutica com varfine e repouso no leito), disse que o comprimido tomava sempre mas "*não podia fazer repouso senão morria á fome, deitado na cama"*-SIC.

Percebi que o Sr. E. é um utente lúcido, conhecedor do seu estado de saúde e que entende o quão complicado é esta situação de saúde. Relembrei de que é fundamental levar todo o processo clínico que lhe deram a quando do seu internamento no H. S. Marta. Disse-nos para nós (equipa) ficar-mos descansados porque vai cumprir a medicação e irá ter com o médico.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- Angustia: Presente;
- Mobilidade: Comprometida;
- Medo: Presente;
- Tristeza: Presente;
- Sentimentos de impotência: Presente.

SINAIS E/OU SINTOMAS

- Choro fácil;
- Humor deprimido;
- Membro Inferior Esquerdo muito edemaciado e com sinais de hipoperfusao periférica.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Utilização do toque terapêutico (cumprimento á chegada e á partida);
- Comunicar com autenticidade;
- Ajuda ao utente na identificação de pensamentos e sentimentos;
- Não tecer juízos de valor;
- Apoio ao utente;
- Ter em atenção a quaisquer sinais e pensamentos suicidas;
- Fiz ensino sobre a importância da toma da medicação (varfine);
- Dar tempo de resposta ao utente;

- Mostrei aceitação positiva e incondicional em relação ao utente;
- Auxiliei nos planos para a terapia de seguimento (encaminhamento ao SU do H.S.José).

AVALIAÇÃO

- Visitação na próxima semana e observação de alterações no comportamento/ postura do utente;
- Observação do membro lesionado e fazer despiste de alterações neurocirculatorias do membro.

5ª Feira – 7 de Maio

LOCAL DE CONTACTO: CALVÁRIO

Sr. F.A. P., 62 anos de idade, raça caucasiana, sexo masculino e natural de Santarém. È solteiro, diz ter filhos mas não sabe deles. Segundo informação da equipa de rua, não se sabe se este facto será verdadeiro. Esta na rua há muitos anos, segundo o utente "*desde sempre"*-SIC. Consome álcool compulsivamente desconhece-se se tem doenças infecciosas.

Aspecto geral: higiene muito descuidada, mal estado geral e de nutrição. Aparentemente orientado no espaço mas desorientado no tempo e pessoa. Contacto fácil com humor disfórico, muito sorridente e com muito sentido de humor. Solilóquios frequentes mas nega alucinações auditivo-verbais. Quando confrontado com a situação em que vive, refere que se sente muito bem naquele espaço, que é só dele. Diz que todos nós temos que morrer e ele que mais tarde ou mais cedo, irá morrer na rua. Tem ligadura elástica no membro inferior esquerdo, segundo a Equipa, por uma úlcera de varicosa mas já há três meses que o penso não é feito. O utente recusa tomar banho e ir fazer o penso ao Centro de Saúde onde é seguido.

Como o Sr. F. recusa sair do local onde esta, nada mais podemos fazer, de momento, visto não estar agressivo nem por em risco a sua própria vida ou revelando perigosidade para bens jurídicos (**LEI Nº 36/98 de 24 de Julho)**.

Resta-nos a esperança, de que um dia, ele possa mudar de ideias.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- Auto cuidado: beber - Alterado;
- Úlcera de pressão: Presente no Membro Inferior Esquerdo;
- Infecção: Risco presente.

SINAIS E/OU SINTOMAS

- Desorientação no Tempo/Pessoa;
- Sem insight;
- Comportamento anti – social;
- Penso da úlcera varicosa do MIE.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Apresentação ao utente;
- Utilização do toque terapêutico (cumprimento á chegada e á partida);
- Dirigir-me ao utente pelo nome próprio;
- Dei tempo de resposta ao utente;
- Utilizei uma linguagem verbal clara e simples;
- Não teci juízos de valor;
- Tentei ajudar no contacto com serviços de ajuda complementares (Centro de Saúde da Ajuda), mas o utente não demonstrou qualquer interesse na informação;
- Tentei ser honesta na postura que tomei, tive paciência;
- Tentei fazer ensino ao utente sobre os riscos de uma possível infecção generalizada.

AVALIAÇÃO

- Visitação na próxima semana e observação de alterações no comportamento/ postura do utente;
- Observação do membro lesionado e fazer despiste de alterações neurocirculatorias do membro.

REFLEXÃO SEMANAL

È muito difícil ver e sentir o sofrimento humano e, pouco poder fazer para atenuar esse sofrimento. Segundo VIEIRA, " *(…) para ajudar, a enfermeira tem de tomar a iniciativa ou facilitar o primeiro contacto relacional. Neste primeiro contacto enfermeira orienta-se para a experiencia de outrem; abre-se e observa: escuta, olha, toma conhecimento, escolhe dados, toma consciência das expectativas e das necessidades da pessoa" (**VIEIRA citando PHANEUF***, p.115). Neste seguimento, "*só a sensibilidade ao outro e a mim, me permitirá ser coerente entre o que digo e o que sinto, para que a confiança surja"* (**VIEIRA**, 2008, p.116). Por outro lado, acredito que para alguns utentes, é fácil arranjar uma boa desculpa para as "asneiras" que fazem, esquecem-se os problemas reais da vida e desaparece a difícil tarefa de os tentarem resolver.

Segundo ABREU " *(…) nós não sabemos muito claramente como definir um são de um louco (…)"* (**ABREU citando ROSENHAM**, 2007, p.10). E, considerarmos uma vida saudável não é necessariamente uma vida com sucesso. Ter sucesso é fazer algo que os outros reconheçam como útil e, por isso, nos recompensem de algum modo. A vida é feita de pequenos e grandes encontros que, se tiverem sucesso, nos ajudam a prosseguir. Ora, parafraseando PIO de ABREU, " *(O que se torna difícil, mas também aquilo que pode diferenciar de um doente mental, è (…) aprender com a experiencia. Os doentes não aprendem: estão sempre a fazer o que sempre fizeram " (PIO* **ABREU**, 2007,p.143).

Penso que é fundamental, e de uma vez por todas, assumir o erro e a derrota, pois, todos nós e em algum momento da nossa vida, já erramos e já sofremos derrotas, em qualquer sentido da nossa existência, No entanto, sem nos tornar-mos vítimas do fracasso, ou vítimas da sociedade, "é *necessário assumir a completa responsabilidade pelo que se fez"* (**PIO ABREU**, 2007, p. 144).

4ª Feira – 13 de Maio

Hoje, antes de comparecer no meu local habitual de estágio (Sede da AMI), fui ao Calvário verificar se o Sr. F. ainda lá estava. Isto porque, houve uma informação de que o

utente teria caído e teria sido levado para o hospital. Ontem, após contactos para o HSFX, HEM, Psiquiatria da Ajuda e esquadra da PSP do Calvário, tendo sempre respostas negativas no sentido de não conseguirem localizar a pessoa, resolvi averiguar pessoalmente. Afinal, o utente está no sítio onde sempre esteve. Como ia sozinha, e pelo facto de o utente ainda não me reconhecer como elemento da Equipa de Rua, resolvi não me aproximar demasiado, não lhe impondo a minha presença.

LOCAL DE CONTACTO: XABREGAS

Estacionamos a carrinha frente ao Exercito de Salvação, local onde se encontrava o Sr. O. Hoje estava melhor referindo que "*já consegue andar alguma coisinha"-SIC. Diz continuar a beber* "porque tem que ocupar o tempo com alguma coisa"-SIC. Segundo informação fornecida pelos elementos da Equipa de Rua, este utente não tem os documentos em ordem. Falta-lhe a certidão de nascimento, que a irmã ficou de lhe mandar de Angola. Por este motivo, não é aceite nos albergues.

Pareceu-me estar resignado com a sua situação. Sorridente, apenas pediu uma gillete para a barba. Diz que tem um amigo que lhe traz comida. Dorme ao relento, num colchão em plena calçada Lisboeta. Ficamos de falar com a Junta de Freguesia para ver se permite que possa entrar no balneário para tomar um banho.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- Auto cuidado: beber - Alterado;
- Auto cuidado: higiene – Deficiente;

SINAIS E/OU SINTOMAS

- Comportamento anti – social;
- Higiene muito descuidada.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Utilização do toque terapêutico (cumprimento á chegada e á partida);
- Facultado produtos de higiene;

- Auxiliei nos planos para a terapia de seguimento (encaminhamento á Junta de Freguesia para a possível entrada no Balneário Publico, para que cuide da sua higiene).
- Escuta activa, dialogo com o utente acerca do seu projecto de vida;
- Efectuei ensinos sobre os perigos da dependência do álcool;
- Tentei ser persistente nos ensinos efectuados.

AVALIAÇÃO

- Visitação na próxima semana e observação de alterações no comportamento/ postura do utente;

LOCAL DE CONTACTO: BEATO

Fomos á procura do Sr. E. e foi-nos comunicado de que já não aparecia por ali há já alguns dias e que possivelmente estaria internado. Fui averiguar esta situação e após alguns contactos para o H. S. José, fiquei a saber que esta internado nesse hospital, serviço de cirurgia.

REFLEXÃO SEMANAL

Não me considero uma boa samaritana, reconheço-me apenas como uma pessoa comum que aceita os desafios e os paradoxos da vida. Tento fazer os possíveis para, e em cada momento, dar o que posso e actuar em conjunto com os outros tentando fazer sempre o meu melhor mas tendo a plena consciência, que nem sempre isso é possível. Penso que todos temos que assumir a responsabilidade pelas nossas acções, porque, "*(…) todos fomos expulsos do Paraíso e condenados á solidariedade"* (**PIO ABREU**, 2007, p.156). A ideia de que não podemos controlar os nossos sentimentos, acredito que seja um mito. A sociedade consumista actual, com o posto avançado das televisões privadas, é uma perfeita máquina de manipular emoções. Se quisermos levar alguém á certa, não há como manipular-lhe os sentimentos e embotar-lhe o pensamento.

Esta semana fui ainda ao I Encontro de Saúde Mental Comunitária – organizado pelo GAC (Grupo de Acção Comunitária) que é uma Instituição de Solidariedade Social criada pelo serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria e tem como objectivos principais, garantir a continuidade de cuidados a pessoa com doença mental, contribuir para a sua melhor integração social e prestar apoio ás suas famílias, através da mobilização de estruturas e meios na comunidade.

SEMANA DE 18 A 22 DE MAIO

A partir de agora, irei descrever por semanas o que de mais importante se passou no meu estágio visto já conhecer os utentes que são seguidos pela Equipa de Rua. Continuarei com reflexões sobre alguns temas que considere importantes abordar.

Nesta semana:

Vimos o Sr. A., estava fugidio ao contacto e com uma agressividade verbal latente. Recusou a nossa aproximação e apenas nos pediu dois cobertores. Percebi que estava alcoolizado, apresentando alteração do comportamento e com andar cambaleante. Cheirava a álcool. Mesmo assim, perguntamos se estaria interessado em ir para o Abrigo mas disse logo que não. Estava muito negativista, negando qualquer abordagem.

A Equipa foi também ao H. S. José ver o Sr. E. Ficou muito agradecido e muito sensibilizado quando os viu (eu não fui por não me ter sido possível em termos profissionais). Esta mal fisicamente pois o membro inferior esquerdo apresenta grandes sinais de hipoperfusao periférica e já com compromisso neurocirculatório, correndo o risco de ser amputado. Ocasionalmente, aquando da minha entrevista inicial, o utente referiu-me que o pai tinha "*morrido com um problema numa perna"*-SIC, o que demonstrou a angústia da transferência deste problema, que segundo o utente, "*pode ser o mesmo problema do pai"*-SIC.

Ainda vai continuar internado no hospital. Segundo a Equipa, o utente perguntou por mim, inclusive disse o meu nome. Entendo que já ganhei a sua confiança estabelecendo com ele uma relação empática, passo importantíssimo no estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz.

REFLEXÃO SEMANAL

Destaca-se aqui o estabelecimento de uma relação de confiança o que implica uma boa relação terapêutica. Esta relação terapêutica é aquela que é estabelecida entre a equipa e o utente e onde o profissional de saúde utiliza todo o seu autoconhecimento, a sua habilidade pessoal e a sua formação técnica para procurar alterações no utente.

HILDEGARD PEPLAU definiu a relação terapêutica como sendo algo contínuo, que decorre entre o enfermeiro e o utente. Implica para isso, que haja grande empatia neste processo enfermeiro/utente, para que a relação terapêutica seja eficaz.

Segundo TOWNSEND**,** a empatia facilita o cliente "*a identificar sentimentos que foram suprimidos ou negados"* (**TOWNSEN**, 2002, p.78). Permite que os utentes exprimam as suas emoções, facilitando o conhecimento de si mesmos o que, pode facilitar a construção de uma auto-imagem muito positiva.

SEMANA DE 25 A 29 DE MAIO

Nesta semana, fomos á Avenida de Liberdade e encontramos lá um utente que a Equipa seguiu há já uns tempos mas que entretanto lhe tinham perdido o rasto. Chama-se A., aparenta cerca de 45 anos e diz viver na rua há já muito tempo. Trata-se de um utente com consumos excessivos de álcool, tendo tido vários internamentos no H. J. Matos e tendo sido encaminhado para uma comunidade terapêutica. Trata-se de um utente com agressividade latente e passando ao acto muito facilmente, diz ter batido numa médica do referido hospital.

Durante a entrevista, consegui perceber que já estava alcoolizado (hálito muito cetonico) e com algum desequilíbrio na marcha. Postura muito tensa mas nega alucinações visuais e nega delírios (alteração do conteúdo do pensamento). Humor disfórico com hostilidade e irritabilidade muito fácil. Orientado no tempo, espaço e pessoa, lúcido e sem alterações aparentes da memoria. Tem insight, refere que "*esta muito bêbado"*-SIC, mas não apresenta qualquer juízo crítico para a situação referindo que não esta doente e que não precisa de tomar medicação (mecanismo de defesa – negação). Quando o abordei sobre uma possível consulta/internamento, reagiu de uma forma violenta, referindo que as

pessoas do hospital "*são todas más e incompetentes"* – SIC e que "*a instituição não presta"* – SIC. Estão aqui subjacentes os mecanismos de defesa: clivagem e projecção.

Segundo o **DSM-IV** (2004), o abuso de substâncias refere-se a uma utilização repetida das substâncias que provocam um padrão desadaptativo manifestado por consequências adversas.

O álcool esta fortemente enraizado na nossa sociedade desde épocas remotas sendo mesmo considerado por muitos, como promotor da imagem social, de partilha, de convívio e inclusive, é muito usado em actos religiosos. No entanto, o consumo excessivo de álcool é considerado como um verdadeiro problema de Saúde Publica.

Para que o critério de abuso seja diagnosticado, deverão manifestar-se um ou mais dos seguintes problemas durante pelo menos dose meses:

-"*Incapacidade de cumprir obrigações importantes;*

- Utilização repetida de situações em que é fisicamente perigoso faze-lo;

- Problemas legais múltiplos;

-conflitos sociais e interpessoais recorrentes". (**DSM-IV**, 2004, p. 198).

A ingestão excessiva de álcool, pode também afectar todos os sistemas do organismo, em especial, o SNC, sistema cardiovascular e o gastrointestinal. Por tudo isto, o combate ao alcoolismo torna-se de vital importância e ao que os profissionais de saúde deverão estar muito despertos.

Fomos ainda falar com o Sr. N., que também estava alcoolizado mas, pediu ajuda para deixar de beber.

Após vários contactos telefónicos, consegui falar com a Dr.ª Teresa Mota do H. J. Matos que se dispôs a observar o utente na próxima semana (na 3ª feira).

Há que realçar aqui, a importância da relação de ajuda. Trata-se de uma ajuda profissional e, segundo CHALIFOUR, "*a relação de ajuda consiste na interacção particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal, o interveniente adopta um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal em função dos objectivos a alcançar. Os objectivos estão ligados ao pedido do cliente e á compreensão que o profissional tem dessa dificuldade"* (**CHALIFOUR**, 2008, p. 33).

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- Auto cuidado: beber - Alterado;

- Coping: Não eficaz relacionado com o consumo de substâncias (álcool).

SINAIS E/OU SINTOMAS

- Aumento da energia;
- Andar cambaleante;
- Pensamentos galopantes e conversação rápida.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Apresentação ao utente;
- Utilização do toque terapêutico (cumprimento á chegada e á partida);
- Dirigir-me ao utente pelo nome próprio;
- Dei tempo de resposta ao utente;
- Utilizei uma linguagem verbal clara e simples;
- Não teci juízos de valor;
- Tentei ajudar no contacto com serviços de ajuda complementares (contactei a Dr.ª Teresa Mota do H.J.Matos no sentido de conseguir consulta de Alcoologia).

AVALIAÇÃO

- Visitação na próxima semana e observação de alterações no comportamento/ postura do utente;
- Encaminhamento ao H.J.Matos, consulta de Alcoologia.

Nesta semana, tive ainda a oportunidade de assistir a uma conferência que decorreu na AMI, sobre os Sem-Abrigo. Esta formação serviu-me ainda mais como complemento da minha aprendizagem sobre estes utentes. Nela, foi debatida a temática do que é considerado um sem-abrigo segundo a **FEANTSA** (já descrito anteriormente). Houve ainda apresentação de estudo de caso, da Equipa de Rua de Almada. Considero muito importante esta troca de experiencias entre equipas pois torna-se um meio de aprendizagem essencial e evita que alguns erros possam acontecer.

REFLEXÃO SEMANAL

Nesta semana, poderemos tentar verificar o comportamento dos sem-abrigo no que diz respeito ao consumo de álcool. Na realidade, existe um consumo abusivo destas

substâncias e, quando isto acontece, nada mais tem importância. O respeito pelo outro e por si mesmo, já não lhes faz sentido. Vivem para o seu mundo, como que fechados numa concha. Os seus valores têm falta de reconhecimento e estão banidos do universo simbólico.

SEMANA DE 1 A 5 DE JUNHO

Fomos ter com o Sr. N., no sentido de o encaminhar para a consulta de alcoologia, como combinado na semana anterior. Desta vez estava sóbrio e recusou livremente qualquer tipo de apoio. Disse que " *tem que ser ele próprio a curar-se do álcool"* – SIC. Recusou ir á consulta. Pareceu-me apresentar discurso adequado, no entanto, pouco critico para a sua situação. Diz que quem bebe álcool não precisa de ir para um hospital psiquiátrico.

Transtornos ou doenças mentais resultam de numerosos factores e têm, muitas vezes, uma origem física no cérebro. Os sintomas da doença mental podem ser causados por factores orgânicos como a deterioração das células do cérebro ou por descompensações bioquímicas, mas algumas vezes o álcool e as drogas ilícitas podem conduzir também ás doenças mentais. A saúde mental e a doença mental dependem do nosso estilo de vida, da qualidade de vida das relações afectivas que temos, da nossa capacidade de amar e aceitar as outras pessoas, de dar confiança e apoio e de os receber e acima de tudo, da nossa compreensão e tolerância.

Fomos ao encontro do Sr. P. para combinar com ele a ida para a Comunidade terapêutica.
A Equipa conseguiu também uma vaga numa Comunidade para o Sr. E., pois foi-nos comunicado que alta brevemente do H. S. José. O próprio utente referiu vontade em ir para uma Comunidade, pois segundo este, "*fora dela não tenho como sobreviver*"-SIC.
Parafraseando SERAFIM JORGE, "*Na verdade, todo o problema depois de resolvido parece muito simples. A grande vitória, que hoje parece fácil, foi o resultado de pequenas vitorias que passaram despercebidas"* (**SERAFIIM JORGE**, citando **PAULO COELHO**).

Fomos a Stª Apolónia onde se encontra o Sr. S. C., é natural de Porto Rico, foi marinheiro e aparenta ter uns 60 anos (ele próprio já não sabe dizer que idade tem). Vive

na rua há já muitos anos, "*desconheço-lhe a conta"*-SIC. Apresenta-se em muito mau estado geral, com bizarrias comportamental e muitos maneirismos. Afectos incongruentes (a manifestação do estado de espírito não condiz com o sentimento verbalizado). Delírios megalómanos dizendo "*Eu sou Deus e que vim a este mundo para o salvar"*-SIC, e com alucinações auditivo-verbais.

A Esquizofrenia "*é uma doença mental grave e crónica que atinge cerca de 1% da população mundial"* (**OMS**, 2002). Embora não seja a perturbação mental mais comum, é responsável por uma perturbação significativa de morbilidade psiquiátrica e do trabalho desenvolvido nos serviços de psiquiatria. Os dados mostram-nos que "*estes doentes ocupam 25% das camas, representam 50% dos internamentos em psiquiatria e fazem parte das dez principais causas de incapacidade no mundo*" (**HARRISON, GUEDES e SHARPES**, 2006, p.235).

Os cientistas continuam á procura de provas que possam explicar as doenças mentais, mas ainda há poucas certezas. A Esquizofrenia continua a ser um dos maiores desafios da medicina. È uma doença incurável mas, os fármacos de que já dispomos, embora não curem as doenças mentais crónicas, atenuam a vulnerabilidade neurobiólogica e existe uma clara evidencia cientifica de que são capazes de atenuar os sintomas agudos e previnem as recaídas.

No entanto, existe o grupo da anti-psiquiatria que vê na Esquizofrenia uma positividade "*o que o esquizofrénico tem a mais do que as outras pessoas é a sensibilidade"* (**SZASZ**, 1978).

O diagnóstico é difícil de fazer. Para que este seja feito correctamente, os sinais e sintomas devem surgir até 6 meses antes de se poder diagnosticar positivamente esta doença.

Em termos de enfermagem, a minha abordagem foi feita no sentido de tentar manter o doente na nossa realidade, não reforçando os delírios e as alucinações. Falei-lhe de frente, nunca lhe virando as costas e respeitando-o sempre, para que não se sentisse rejeitado. Tentei transmitir-lhe confiança, tentando ser o mais coerente possível, mantendo uma comunicação simples e clara. No entanto, ao fim de algum tempo, o utente desencadeou um comportamento tipo "autista", tendo-nos ignorado completamente e não demonstrando qualquer interesse pela realidade exterior.

Este utente, é um sem-abrigo já referenciado a várias instituições de solidariedade social mas as quais o utente sempre recusou, tendo negado qualquer tipo de ajuda.

REFLEXÃO SEMANAL

Acredito que quando a pessoa perde a noção de que esta doente, não tendo qualquer insight e negando qualquer tipo de apoio, é muito difícil estabelecer um processo terapêutico. No entanto, não podemos desistir, é necessário, segundo **H. PEPLAU** (1962) que "*ajudar o utente é recordar e compreender totalmente o que se passa".* Mas, convém termos a noção de que a esquizofrenia e outras patologias do foro psiquiátrico, são difíceis de tratar do ponto de vista médico e de enfermagem.

Acredito que Saúde Mental é qualidade de vida e não só ausência de doença

SEMANA DE 8 A 12 DE JUNHO

Nesta semana, fomos informados de que um utente que a Equipa conseguiu tirar da rua e colocar numa Comunidade Terapêutica, após ter recebido a reforma, fugiu daquele local. Trata-se de um utente com consumo de tóxicos, com um irmão também consumidor. Os pais já faleceram. O que muito possivelmente vai acontecer é que este utente vai voltar a consumir drogas ilícitas.

Percebi a angústia e a decepção dos elementos da Equipa, pois após tanto trabalho e dedicação, estes utentes pura e simplesmente, viram as costas a tanto trabalho feito e abandonam os projectos que para eles foram destinados. Num futuro próximo, terão que recomeçar tudo do início.

Estou convicta de que é preciso acreditar-se fervorosamente no trabalho que se faz, para depois de uma, duas, varias decepções, ainda haja força para prosseguir.

Mas, sou de acordo que a persistência é um excelente mecanismo para atingirmos os fins planeados. Na verdade, "por morrer uma andorinha, não desaparece a primavera", e isto quer dizer que pelo facto de um utente se perder do seu caminho, não implica que o trabalho não prossiga para os restantes. A própria vida é feita de avanços e recuos, por isso, acredito piamente que não podemos desistir do trabalho para o qual nos propusemos deliberadamente.

REFLEXÃO FINAL

Estou plenamente de acordo quando se diz que, existe uma grande dificuldade na definição do conceito de normalidade e o traçar fronteiras entre o normal e o patológico. Tal com é sabido em tempos não tão remotos como isso, o doente mental ou "*ALIENADO"* era a "*morada do demónio",* sendo que, para o exorcizar, era queimado na fogueira.

Até há bem pouco tempo, o "*louco"* era escondido pelos familiares, no sentido de evitar a vergonha de contar com um elemento tão desestruturado pelos padrões vigentes. Acredito que seja neste contexto que muitos utentes vão parar á rua.

As relações humanas são fonte de conflitos, uma vez que existe uma grande diversidade de valores e os métodos utilizados para os atingir são muito vastos.

Cabe-me aqui também salientar a importância da interacção social, o que para quem trabalha com pessoas em situação de sem-abrigo, é um dos pontos fundamentais esta interacção.

Segundo a **CIPE** (2005, p.60), a interacção social é "*o tipo de acção interdependente com as características específicas: acções de intercâmbio social mútuo, participação e trocas sociais entre indivíduos e grupos".* Torna-se assim primordial o estabelecimento de uma aliança social, onde devem ser reforçadas todas as relações não só familiares mas também com o resto da sociedade para uma correcta inserção social destas pessoas.

Qualquer que seja a concepção que cada um tenha das pessoas em situação de sem-abrigo, se efectivamente proporcionar uma melhoria na qualidade de vida destes utentes, depois de analisadas as várias valências pessoais, familiares, sociais, culturais, e todos aqueles que contribuam para a unicidade de cada ser humano; a nossa consciência ética deve impelir-nos ao cumprimento do dever que nos foi incumbido no seguimento da formação de que beneficiamos. Não podemos desistir quando aparecem obstáculos, estes, têm que ser contornados.

No entanto, penso que é importantíssimo, tentarmos primeiro perceber até que ponto estas pessoas estão dispostas a mudar o seu estilo de vida.

ANEXO XVII- Recensão Critica: “Sem-Amor/Sem-Abrigo”

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICA DE SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL
E PSIQUIATRIA

RECENSÃO CRÌTICA

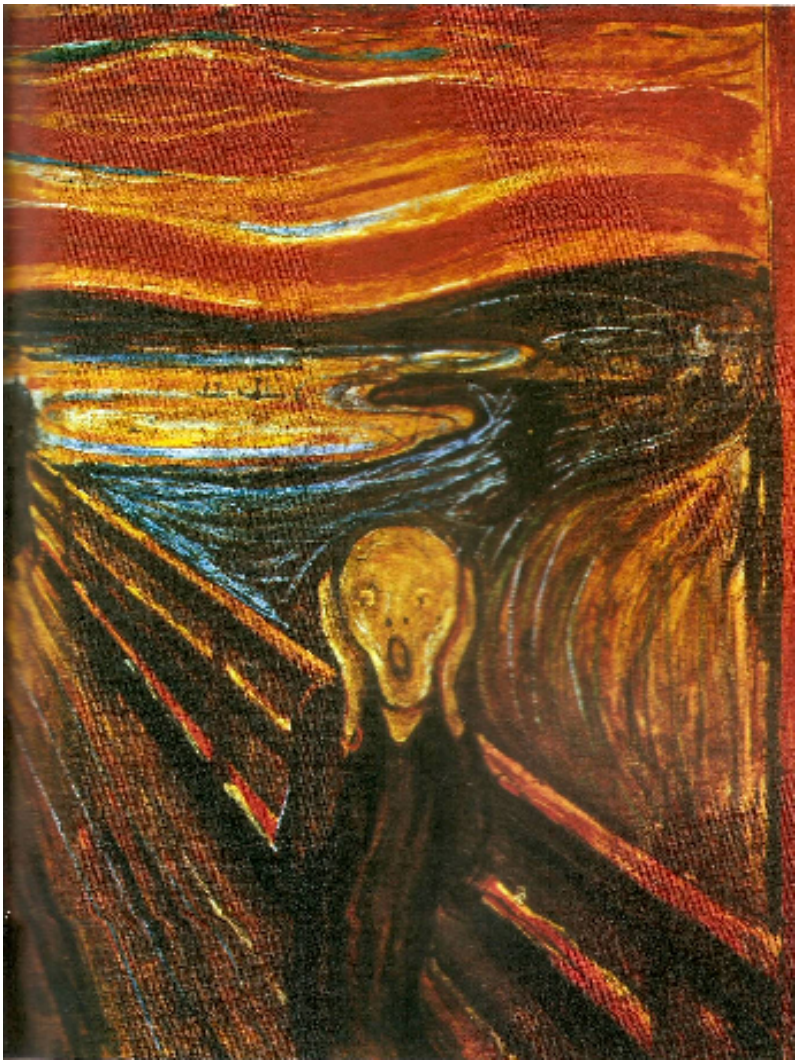
Sem- Amor / Sem- Abrigo

ALUNA: Maria Leonor Gonçalves Ribas
NUMERO: 192008087

Lisboa ,

Julho de 2009

“O GRITO” – Edvard Munch



“Quando a humanidade boceja,
o abismo dentro dela
abre-se completamente”

Theodor W. Adorno

SEM- AMOR/ SEM-ABRIGO

"…ninguém nos pergunta o que faz falta, o que pensamos, o que desejamos…"

António, Sem-Abrigo

"A situação dos sem-abrigo não é somente uma realidade ante a qual as instâncias responsáveis e todos nós devemos reagir, mas do ponto de vista ético, é também um escândalo e mais uma prova da injusta distribuição dos bens originalmente destinados a todos"(**Comissão Pontifícia Justiça e Paz,** ***2001)***

No âmbito da avaliação da disciplina de Enfermagem de Saúde Mental, foi proposta uma recensão critica, neste sentido, a minha escolha face a este tema, prende-se com uma notícia do Jornal Expresso, sobre um utente Sem-Abrigo. Este tema para mim, causa-me alguma ambiguidade de sentimentos porque se por um lado é extremamente injusto e desumano ver nas nossas ruas, á nossa porta, gente feita em farrapos, tratados, por muitos, como se fossem bichos pestilentos; por outro lado, causa-me grande curiosidade e qui sá, admiração pela escolha/ ousadia deste modo de vida. Sim, reconheço que há utentes em que a rua terá sido a consequência de muitas desventuras, outros há, em que foi pura escolha, escusando-se inclusive, a aceitar qualquer tipo de ajuda externa, para abandonarem esse modo de vida. " *Só podes sobreviver se não precisares de nada"(* **PAUL AUSTER** in The Country of Last Things).

Considero então, que haverá um infinito de explicações para este fenómeno.

Pessoas na situação de Sem - Abrigo sempre existiram no nosso país, no entanto este fenómeno só começou a ter maior visibilidade nos últimos 12/13 anos. Até então, a sobrevivência deste grupo estava associada a prestações mínimas de segurança social. As acções tipo oferecidas aos sem-abrigo nas duas principais cidades portuguesas, consistia essencialmente no fornecimento de refeições e dormidas, o que lhes dava um carácter pontual e imediatista. Consequentemente, não preparavam um acompanhamento no aspecto da reintegração social desta população.

Segundo alguns autores, com os quais eu também concordo, a multidimensional idade do fenómeno, exige uma acção concertada dos diversos sectores e a diferentes níveis. Não se trata apenas de um problema de alojamento, mas também de saúde, emprego e educação e de acesso aos serviços, de forma geral. Os serviços dirigidos aos Sem - Abrigo têm de trabalhar com os outros serviços sociais. Para além da satisfação das necessidades básicas, os políticos devem visar também reintegrar as pessoas Sem - Abrigo na sociedade. Creio no entanto, que os Sem - Abrigo tanto podem servir de bandeira para politicas sociais como para políticas de «limpeza» das cidades.

O plano nacional para a inclusão (**PNAI**), tem como objectivo principal apresentar propostas de medidas políticas.

Trabalhar em rede não implica que cada entidade ou instituição abdique da sua missão específica ou identidade própria. Pelo contrário, ao trabalhar dessa forma, cada uma, não só irá enriquecer-se e reforçar a sua identidade com as experiências dos outros, como agirá com reciprocidade.

O trabalho em rede terá de assumir várias fases: as equipas de rua, os centros de acolhimento para a supressão das necessidades básicas, a transição com residências, oficinas ocupacionais, programas de reabilitação e finalmente a integração com o emprego criando empresas de inserção social, família, instituições.

A " sociedade" define que os Sem - Abrigo necessitam de habitação, segurança social, saúde, emprego, legislação, etc. Paralelamente, "*a mentalidade portuguesa tem que mudar para que os vários actores trabalhem na mesma direcção fazendo convergir as sinergias"(* **Ana Martins, AMI**), no entanto, raros são os indivíduos que perguntam a estas pessoas, do que verdadeiramente necessitam.

Acredito que estes utentes, vivem frequentemente **Situações de crise** gravíssimas. Estas crises são definidas como acontecimentos da vida, de uma intensidade tal que provocam alterações, quer no sistema individual quer no sistema familiar. As crises são períodos de maior instabilidade onde se impõe um reajustamento ás mudanças ocorridas, passando a constituir situação de crise toda aquela que seja assumida e reconhecida pelo indivíduo ou família, resultando num pedido de ajuda.

O Inverno, que nos últimos anos foi tão rigoroso, continuará a ser passado por muitos ao frio, ao relento, á chuva. Certamente muitos outros irão entretanto engrossar o caudal dos que ao relento na rua ou no banco do jardim, sob um plástico ou uma caixa de cartão, têm na rua, as escadas, as ruínas… o céu, como abrigo.

"Vagueiam, teimosos como vespas, persistentes como moscardos, impertinentes como os mais insaciáveis parasitas, pelas ruas e praças princípais, os pedintes de profissão" (**JORNAL O SÈCULO,** 1931, Citado por **BENTO**, 2002, p.55)

O problema da falta de habitação é, sem dúvida, uma das questões sociais mais graves á escala mundial. De facto, o clamor de angústia proveniente de quantos, homens e mulheres, crianças e adultos, padecem esta necessidade de um tecto sob o qual alojar-se.

Penso que a dimensão do problema dos Sem - Abrigo, não pode reduzir-se apenas a uma expressão quantitativa, tem também uma dimensão qualitativa inerente aos **Direitos do Homem**, á **dignidade da pessoa humana**. Todos os Seres Humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência, por isso devem agir fraternalmente uns com os outros **(DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS – Art. 1º**). Então, se são dotados de razão e consciência, o por quê desta nossa necessidade emergente de retirar das ruas todos estes seres humanos? Será que esta, não foi uma escolha deliberada?

" *(…) Um homem inteligente há muitos deste género entre os vagabundos (…) há qualquer coisa de absorvente e irresistível na vagabundagem* (…)" (**MÁXIMO GORKI** em " **O Vagabundo Filósofo**").

Trata-se de uma realidade extremamente complexa e heterogénea cujas causas são muito diversificadas: a par da falta de uma oferta de habitação a preços módicos facilitadora do acesso ao alojamento por parte das pessoas de fracos recursos, observa-se o desemprego, a manipulação social, as

rupturas e cortes das relações e laços familiares. Cada um suporta o peso de um problema diferente: a falta de emprego, a falta de alojamento, o alcoolismo, as substancias ilícitas, a delinquência, a incompreensão, a falta de cuidados médicos, de sentimentos, de solidariedade, etc. Quando abordamos a problemática dos Sem - Abrigo, a *"(…) primeira ideia que, (…) nos ocorre, perante uma pessoa nesta situação, (…), é a falta de casa.(…) Na maior parte dos casos os Sem-Abrigo têm casa. O que acontece é que não vivem lá, por corte de relações familiares. (…) O abandono da casa pode não ser mais do que a consequência do verdadeiro problema,* (…)." (**COSTA**, 2001, p.81).

"(…) uma casa é tudo aquilo que possamos imaginar: lugar de conforto, de segurança, de intimidade, de protecção, de vida em família…mas é também um lugar psíquico, onde construímos a nossa identidade e aprendemos que há um dentro e um fora, separados de uma porta (…), é a porta que nos permite criar um espaço psíquico interior, que é nosso" (PINTO **PEDRO**, 2009, p. 11).

Segundo a **FEANTSA**- Federação Europeia de Organização que trabalham com pessoas sem – abrigo, considera-se pessoa sem – abrigo aquela que, independentemente da sua nacionalidade, idade, sexo, condição socioeconómica e condição de saúde física e mental, se encontre sem tecto, vivendo no espaço publico, alojada em abrigo de emergência ou com paradeiro em local precário, ou sem casa, encontrando-se em alojamento temporário destinado para o efeito.

Acredito piamente que os Sem - Abrigo não têm falta apenas de um bem material chamado casa, mas igualmente e também, de sentimentos "psicológicos" e falta de afectos. " *Tornar-se Sem - Abrigo resulta de um processo progressivo de perdas dos laços afiliativos com as várias estruturas sociais : a família, a escola. O trabalho, a religião, a política e o lazer*" (**BAHR**, 1973, citado por **BENTO**, 2002, p. 33). Convém referir que por desafiliação entende-se como " *(…) não reconhecimento do lugar na sociedade*, (…)" (AMARO, 2001, citado por **ANTUNES,** 2005, p. 25).

" (…) não tenho nada…nada…apenas as pedras da calçada por onde ando…e esta amiga (" Laica", a cadela) que nunca me abandona, … "

(ARMANDO, Sem - Abrigo, 2009).

Responder de modo adequado a este problema exige um tipo de intervenção humanizada, personalizada, caso a caso, pouco compatível com a habitual rigidez e massificarão dos programas operacionais, bem como uma consciência da responsabilidade colectiva, para o futuro da sociedade.

Os mais pobres de entre os pobres, os Sem - Amor e Sem - Abrigo, sem voz e sem força para aclamarem a sua dignidade, a sua pertença á sociedade, arrastam o estigma de injustiçados. " *Quantos de nós, a caminho de casa, numa ida ás compras, num passeio á beira mar, já não passou por um, dois, (…) despojados nas pedras da calçada, ou a dormir no banco do jardim?"(* **ABREU**, 2005, p.1). Nós o que fazemos nesta situação? Desviamos o olhar, mudamos de passeio, fingimos que não existem e nem os vemos porque para nós, eles são invisíveis. As nossas necessidades básicas, para eles são miragens, sonhos ou apenas saudades de uma vida perdida e que pensam não mais encontrar.

No entanto, estou ciente de que no decorrer deste processo, o Sem - Abrigo vai perdendo a noção de quem é e onde pertence. " *Um vagabundo também não é um vagabundo. È alguém de quem não sabemos nada, mas onde projectamos tudo*" (PINTO **PEDRO**,

2009, p. 12). Convém referir que a **Constituição da República Portuguesa** legislou, no decorrer da **Lei da Saúde Mental** (DEC - Lei 365 de 1976), a abolição da repressão á mendicidade e vagabundagem.

Acredito que independentemente das escolhas que tenham feito, e se não aceitarem a nossa ajuda, têm de ser respeitados como seres humanos que são.

Estes indivíduos vão ter também grandes carências de saúde, mas, contrariamente ao que seria de esperar, são os que têm menos acesso ao Serviço Nacional de Saúde (**SNS**) - umas vezes por falta de dinheiro para pagar a taxa moderadora ou os medicamentos, outras vezes por medo de recorrerem aos serviços devido ás atitudes estigmatizantes dos próprios prestadores.

A questão do estigma tem grande relevância para a saúde pública, para a saúde das pessoas que sofrem de doenças psiquiátricas, para a saúde mental e para a saúde moral. Por isso a **OMS** e a **Associação Psiquiátrica Mundial** inscrevem o combate ao estigma como uma importante tarefa no sentido de igualizar as pessoas com doenças mentais ás pessoas que sofrem de outras doenças.

Na luta contra a exclusão, há que ter em conta dois factores, são eles: a consciência de que só os excluídos sabem o que é a exclusão, para isso há que saber ouvi-los. O segundo, relaciona-se com o facto de que o desenvolvimento só poderá ser alcançado pelo próprio indivíduo.

O **TER** sobrepõem-se ao **SER**, os menos dotados económica, cultural e socialmente são excluídos pela sociedade. A sociedade industrializada do bem-estar, exaltam valores como a competição, concorrência, sucesso económico/individual. Os que não acompanham esta situação, são "empurrados" para a primeira situação de exclusão.

Sabemos que *"(…) a situação dos Sem- - Abrigo contribui para uma diminuição do nível da saúde, devido ao número de factores físicos e stress psíquico da vivência em ambientes sobreocupados e caóticos, aos problemas sociais associados com a pobreza, ao estigma de serem Sem - Abrigo, e ainda á exposição a um longo espectro de bactérias e vírus (…)"* (**PORTUGA**L, 1993. p. 5). Torna-se por isso essencial fazer um acompanhamento de saúde a estes indivíduos, actuando, sempre que possível, a nível da prevenção mas, se esta não for possível, providenciando os cuidados curativos necessários.

A Promoção **de Saúde** é definida na **CARTA de OTTAWA** (1986) como um processo que visa por um lado, criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e ao mesmo tempo, agir sobre os factores que a influenciam.

"*Entre a indiferença de nada fazer ou as «limpezas» das nossas ruas (que tem ocorrido em vários países), a melhor solução é, sem dúvida, aquela que começa com uma avaliação, (…) multidisciplinar in loco, (…)*" (**BENTO**, 2002, p. 206). Como tal, considero que esta equipa cuidadora, deve ser multidisciplinar, para que os utentes avaliados na rua, e posteriormente no Abrigo, sejam servidos por programas que vão de encontro ás suas múltiplas necessidades.

Na verdade, " (…) *todo o problema depois de resolvido, parece muito simples. A grande vitória, que hoje parece fácil foi o resultado de pequenas vitórias que passaram despercebidas*" (**PAULO COELHO**, 2001).

Interessa referir ainda que é de veras importantíssimo, permitirmos que estes utentes, aqueles que assim o

desejarem, melhorem a sua qualidade de vida. Para isso, implica criar condições quer ao nível governamental, dos serviços e profissional, ou desencadear processos participativos de cada indivíduo ou de cada grupo, para actuarem como sujeitos do seu próprio desenvolvimento de saúde. Tudo isto, só é possível através do conhecimento e da praxis da condição humana; isto é, promover saúde é comunicar saúde.

È importante no entanto referir, que **QUALIDADE de VIDA** é um conceito subjectivo, dependendo do contexto cultural e dos sistemas de crenças e valores em que as pessoas se inserem, dos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. Importa referir o **Artº** 82º **do CÒDIGO DEONTOLÒGICO,** referente aos **DIREITO á VIDA** e á **QUALIDADE de VIDA**. Assim, o enfermeiro, no âmbito pelo direito á vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de atribuir á vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias; respeitar a integridade bio- psicossocial, cultural e espiritual da pessoa; participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida

E, citando **FLORANCE NIGHTINGALE,**

" Enfermagem é a mais bela das Belas Artes".

Mas, não podemos descorar que " *Todo o Homem tem direito de duvidar da sua tarefa, e a abandona-la de vez em quando; a única coisa que não pode fazer é esquece-la"* (PAULO **COELHO**, 2001, p. 76).

Considero fundamental, a existência de motivação pessoal para a ajuda ao outro. Devemos preocupar-nos em promover a cidadania tentando construir uma solidariedade mais justa, responsável e solidária com o intuito final de visar uma transformação da comunidade, tentando alcançar um mundo melhor. No entanto, devemos acima de tudo, respeitar a vontade e os " tempos" de cada um, porque cada um, é um **SER ÙNICO**.

" Quem não sabe nada, não ama nada. Quem não pode fazer nada, não entende nada. Quem não entende nada, não serve para nada. Mas quem entende também ama, percebe, vê…Quanto mais o conhecimento é inerente a uma coisa, maior o amor… Quem imagina que todas as frutas amadurecem ao mesmo tempo que os morangos, não conhece nada de uvas."

PARACELSO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Paulo; **ANTUNES**, Veras **Cuidados de Saúde aos Sem Abrigo Que realidade?** Lisboa: Lusociência, 2005. 107p. ISBN: 972-8383-90-8.

AMI, Fundação **AMI em Portugal**. Disponível em http://www.fundacao-ami.org.

BENTO, António; **BARRETO**, Elias –**Sem-Amor/ Sem-Abrigo**. Lisboa: Climepsi Editores, 2002. 263p. ISBN: 972- 796-070-7.

COELHO, Paulo –**Maktub**. 2ª ed. Cascais: Editora Pergaminho, 2000. 197p. ISBN: 972-711-156-4.

MORAIS, Tiago dos Reis – **A personalidade (perfil clínico) do Sem-Abrigo segundo o S.C.L.**- 90-R. Lisboa: ISPA, 2000. 164p.

POBREZA não - **Erradicação da pobreza**, 1997- 2006. Ministério da Solidariedade e Segurança Social.

PINTO PEDRO, Risoleta - **O pecado do Vagabundo. Entre a prisão do conforto e a liberdade do desconforto**. Padrões Culturais Editora, 2009. 54p. ISBN: 978-989-8160-15-7.

PORTUGAL, Rui Gentil; **FERNANDES**, Vasconcelos – **Os Sem-Abrigo da Cidade de Lisboa. Avaliação do Estado de Saúde dos Sem - Abrigo. Utentes do refeitório dos Amigos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa**. Lisboa: Centro de Saúde da Alameda. 1993. 73p.

VIEIRA, Margarida - **Ser Enfermeiro - Da Compaixão á Proficiência**. Lisboa: Universidade Católica Editora. 2ª Edição. 2008. 155p. ISBN: 978-972-54-0195-8.

LEGISLAÇÃO:

- Constituição da República Portuguesa

-Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários á Analise de Casos.

- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril)

-Lei da Saúde Mental (Lei nº 36/98 de 24 de Julho)