



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto Domiciliário

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

Por Elsa Maria Martins Gaspar

Sintra, Março de 2011



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto Domiciliário

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

Por Elsa Maria Martins Gaspar

Sob orientação de Alexandra Sarreira Santos

Sintra, Março de 2011

Resumo

O presente relatório pretende traduzir o percurso formativo que desenvolvi no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Deste percurso faz parte a componente curricular e a sua aplicação ao estágio que realizei, na Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas, local onde exerço funções e onde tive oportunidade de dar início a uma nova abordagem de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria – sistematizar a consulta de enfermagem de saúde mental psiquiátrica em contexto domiciliário.

De modo a tornar exequível a sistematização desta consulta, estabeleci como estratégia organizar duas fases importantes neste processo: A primeira relativa ao planeamento, que decorreu no módulo I do estágio e a segunda que decorreu no módulo III e visou a implementação da consulta de enfermagem de saúde mental psiquiátrica no domicílio.

No que diz respeito ao planeamento desta consulta foi importante efectuar o diagnóstico de situação, desenvolver um conjunto de instrumentos de apoio e orientação para a consulta e desenvolver estratégias de articulação efectivas com outras estruturas da comunidade.

Quanto à implementação da mesma foi útil mobilizar os instrumentos elaborados no momento do planeamento e dinamizar a rede de articulação como forma de apoiar o utente e família com necessidades em saúde mental.

Para avaliar a implementação da consulta de enfermagem de saúde mental psiquiátrica no domicílio auscultei a satisfação dos utilizadores desta consulta operacionalizada em quatro dimensões acessibilidade, efectividade, continuidade e aspectos interpessoais.

O desenvolvimento pessoal e profissional que vivenciei no decorrer deste percurso formativo foi enquadrado pela minha particular sensibilidade à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na comunidade.

Tendo em conta os objectivos estabelecidos, as actividades desenvolvidas e a reflexão crítica efectuada procurarei demonstrar, neste relatório que aprofundei e adquiri as competências inerentes ao perfil do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, tal como preconizado no plano de estudos deste curso e aprovado pela Ordem dos Enfermeiros.

Palavras-chave: **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Intervenção especializada, Consulta de Enfermagem, Domicílio.**

Abstract

This report is intended to demonstrate the training path that I developed in the Masters of Nursing in a professional nature in the area of specialization in Mental Health Nursing and Psychiatry.

This route is part of the curriculum component and its application to the stage that I made in the “Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas”, where I practice, and where I had the opportunity to initiate a new approach to mental health nursing - a systematic consultation of psychiatric mental health in the home.

In order to make possible the systematization of this consultation, I established as a strategy to organize two important stages in this process: the first relating to planning, which took place in Stage I of the internship and the second held in Module III and aimed at implementing the psychiatric mental health consultation in the home.

For the planning of the consultation in the home, it was important to make the diagnosis of the situation, develop a set of support tools and guidance for consultation, and develop strategies for effective liaison with other community facilities.

For the implementation of outpatient the consultation, it was helpful mobilizing the instruments developed at the time of planning and energize the network of advocacy as a way of supporting users and families with mental health needs.

To evaluate the implementation of the consult, I conducted an instrument, that sought to know the opinion of the users of this consultation, in four dimensions: accessibility, effectiveness, continuity and interpersonal aspects.

The personal and professional development that I experienced during this formative journey was framed by my particular sensitivity to the intervention in mental health nursing and psychiatric in the community.

Taking into account the objectives, the activities and critical thinking that I have made. This report shows that I have acquired and deepened the skills related to the profile of nurse specialist in psychiatric and mental health, as outlined in the syllabus of this course and approved by the Order of Nurses.

Keywords: Mental Health Nursing and Psychiatric Intervention specialist, Nursing Consultation, Home.

Agradecimentos

O meu reconhecimento à Professora Alexandra Sarreira Santos pelo voto de confiança, demonstrado ao longo deste processo de crescimento.

À enfermeira Madalena Martins pela disponibilidade.

A toda a equipa da Unidade de Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas e muito em particular aos utentes e familiares.

A tantas pessoas que marcaram o meu percurso pessoal e profissional, cujos nomes não caberiam nesta página mas que estão no meu coração.

À enfermeira Teresa Faia pela honestidade intelectual.

À Margarida, à Susana, pelos contributos tão reais, com elas esta etapa foi mais positiva e fecunda.

À Sara e à Inês pela discreta presença.

À Ana G pela efectividade e à Susana P pelo companheirismo.

À Neusa pelas indicações tão preciosas.

À mãe pelo apoio incondicional e ao Cunha (onde quer que esteja estará a zelar sempre pela nossa família, apesar da sua partida tão súbita quanto silenciosa).

À Sónia e ao João pela presença.

Ao Guilherme...

Ao meu filho Pedro... (que soube crescer e aprender... que tantas vezes se admirou que as mães tivessem tantos trabalhos de casa para fazer, que soube brincar silenciosamente e fazer os seus trabalhos com um apoio reduzido).

Siglas e Abreviaturas

ACSM – Alto Comissariado para a Saúde Mental.

CIPE® - Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EC – Estruturas Comunitárias

Ed. – Edição

EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

HJM – Hospital Júlio de Matos

HMB – Hospital Miguel Bombarda

Nº. - Número

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

OE – Ordem dos Enfermeiros

SIC – Segundo Informação Colhida

Sr. ^a – Senhora

UCCPO – Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	9
1. INTERVENÇÃO NA CRISE EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO	12
2. INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO	15
2.1. Sistematização da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário	15
2.2. Planeamento da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário	18
2.2.1. Conceptualização da consulta de enfermagem.....	20
2.2.2. O domicílio como contexto de intervenção	23
2.2.3. A consulta de enfermagem em contexto domiciliário	25
2.3. Implementação da consulta de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário	31
2.3.1. Intervenções de enfermagem em contexto domiciliário	31
2.3.2. Avaliação da consulta de enfermagem em contexto domiciliário	38
3. CONCLUSÃO	52
4. BIBLIOGRAFIA	55
ANEXOS	58
ANEXO 1 – Projecto Pro-Actus divulgação	59
ANEXO 2 – Caracterização da população.....	65
ANEXO 3 – Notação Social da Família (escala de Graffar adaptada)	72
ANEXO 4 - Guia de orientação para a consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário	74
ANEXO 5 – Instrumento de colheita de dados	124
ANEXO 6 – Divulgação da Consulta de Enfermagem em Contexto Domiciliário	132
ANEXO 7 - Avaliação da satisfação dos utentes seguidos em consulta	141
ANEXO 8 – Exemplo de Registo de Enfermagem.....	145

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Avaliação da satisfação global por dimensão	42
Gráfico 2: Resultado percentual da proposição <i>Penso que o número de vezes que a enfermeira vem a minha casa é suficiente para as minhas necessidades</i>	42
Gráfico 3: Resultado percentual da proposição <i>É importante que, quando necessito, a enfermeira peça ajuda a outros profissionais</i>	43
Gráfico 4: Resultado percentual da dimensão <i>Efectividade</i>	44
Gráfico 5: Resultado percentual da proposição <i>Para mim é importante que a enfermeira venha a minha casa quando eu não posso ir à unidade</i>	45
Gráfico 6: Resultado percentual da proposição <i>Penso que os horários em que a enfermeira vem a minha casa são ajustados às minhas rotinas</i>	45
Gráfico 7: Resultado percentual da proposição <i>Quando eu preciso de falara com a enfermeira é fácil contactá-la</i>	46
Gráfico 8: Resultado percentual da dimensão <i>Acessibilidade</i>	46
Gráfico 9: Resultado percentual da proposição <i>Desde que a enfermeira vem a minha casa, sinto-me capaz de fazer coisas que antes não fazia</i>	47
Gráfico 10: Resultado percentual da proposição <i>Acho que a enfermeira me ajuda a resolver as minhas dificuldades</i>	47
Gráfico 11: Resultado percentual da dimensão <i>Continuidade</i>	48
Gráfico 12: Resultado percentual da proposição <i>Acho que a enfermeira compreende as minhas dúvidas</i>	49
Gráfico 13: Resultado percentual da proposição <i>Considero que a enfermeira usa uma linguagem que eu compreendo</i>	49
Gráfico 14: Resultado percentual da proposição <i>Penso que a enfermeira respeita as minhas decisões</i>	50
Gráfico 6: Resultado percentual da dimensão <i>Aspectos Interpessoais</i>	50

0. INTRODUÇÃO

O presente documento, surge no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, como resposta à necessária apresentação de um relatório ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

O plano de estudos do Curso Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica contempla a realização de prática clínica de cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contextos específicos: serviços de psiquiatria e serviços da comunidade (saúde mental). Prevê que estes sejam organizados em três módulos, dois dos quais direccionados aos contextos atrás mencionados e um de opção. Contextos clínicos, que na perspectiva da Ordem dos Enfermeiros (2008), facultam e potenciam o desenvolvimento de um vasto conjunto de competências especializadas, ao enfermeiro, através da prestação de cuidados à pessoa/família e comunidade. Os serviços de saúde mental na comunidade incluem valências desde a promoção, tratamento e reabilitação. Mobilizam uma multiplicidade de intervenções que vão ao encontro das novas políticas de saúde mental, nas quais se preconiza a existência de equipas especializadas, que actuem na comunidade e respondam às necessidades específicas da pessoa/família e grupos com necessidades em saúde mental.

A Unidade na qual realizei, os dois módulos de estágio, módulo I -Promoção da Saúde e módulo III opção – Prevenção, Reabilitação e Adaptação aos Processos de Saúde e Doença¹, é uma estrutura comunitária pertencente ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), localizada em Odivelas sendo esta constituída por diferentes valências, que descreverei adiante.

Destaco desde já o projecto *Pro-Actus*, onde especificamente realizei o meu estágio. Este consiste num projecto de articulação da Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas (UCCPO) com os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e as estruturas comunitárias (EC) do concelho, criando uma rede de articulação pró-activa. Tem como principal base de actuação a prestação de Cuidados de Saúde Mental e Psiquiátricos na Comunidade às pessoas com doença mental e suas famílias, de que resulte incapacidade psicossocial grave e se encontrem em situação de dependência, numa perspectiva de continuidade de cuidados.

Este projecto surgiu em Março de 2010, foi financiado pelo Alto Comissariado para a Saúde Mental (ACSM), no âmbito dos Projectos Inovadores em Saúde Mental. O estágio coincidiu

¹O módulo II - Unidades de Intervenção na Crise do Adulto foi-me creditado.

com o período inicial de implementação deste projecto, *Pro-Actus*, momento em que, em equipa, se tornou fundamental estruturar uma intervenção interdisciplinar, que permitisse ir ao encontro das especificidades da população alvo do projecto.

Após contacto com a realidade da pessoa/família em contexto domiciliário e tendo em conta as necessidades em saúde mental apresentadas, ficou clara a importância de estruturar a intervenção de enfermagem em contexto de visita domiciliária, à luz dos contributos teóricos, da opinião de peritos na área e da partilha com os pares.

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® 1.0, 2005) Visita Domiciliária classifica-se como “Consulta” (CIPE® 1.0, 2005, p.151), nesta perspectiva, foquei-me na sistematização da mesma. Assim sendo, passo a referir-me a consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário, como a intervenção do enfermeiro na visita domiciliária.

De modo a tornar exequível a sistematização desta consulta, estabeleci como estratégia organizar duas fases: O planeamento e a implementação da consulta de enfermagem de saúde mental psiquiátrica no domicílio, criando para cada módulo de estágio, um objectivo geral correspondente:

Para o Módulo I – Planear a consulta de enfermagem de saúde mental psiquiátrica ao indivíduo/família em contexto domiciliário;

Para o Módulo III - Implementar a consulta de enfermagem de saúde mental psiquiátrica ao indivíduo/família em contexto domiciliário.

O relatório que apresento, pretende analisar o percurso formativo realizado no decorrer dos módulos de estágio (I e III), bem como do módulo II que me foi creditado.

O primeiro capítulo - Intervenção na Crise. Apresenta, sucintamente, experiência profissional, desenvolvida no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem em unidades de intervenção na crise do adulto e as competências adquiridas, (correspondentes ao módulo II do estágio que me foi creditado).

O segundo capítulo denomina-se: Intervenção na Comunidade e apresenta o percurso efectuado na sistematização da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário. Trata-se, do trabalho desenvolvido no módulo I e ao qual foi dado continuidade no módulo III.

Este capítulo, subdivide-se em:

- Contexto da Intervenção, no qual apresento uma breve caracterização e contextualização acerca do local onde o estágio decorreu e os objectivos traçados.
- Planeamento da Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, onde relato e analiso o trabalho desenvolvido nesta fase de sistematização da consulta, as

actividades e estratégias realizadas bem como as competências que considero ter adquirido e aprofundado, corresponde ao módulo I de estágio - promoção da saúde.

- Implementação da Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, no qual exponho e faço uma breve reflexão sobre os cuidados prestados no âmbito desta consulta, as actividades/ estratégias desenvolvidas e a avaliação efectuada. Referenciando as competências desenvolvidas e os aspectos que mais contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, enquanto enfermeira no percurso da especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Por último, apresento a Conclusão onde efectuo a análise dos principais aspectos da sistematização da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário, tecendo considerações acerca do meu processo de aprendizagem, reflectindo acerca dos contributos deste processo, das dificuldades sentidas e expondo sugestões.

Apresentarei, ainda em anexo, alguns documentos que referencio no desenvolvimento e que considero pertinente incluir.

Os cuidados de enfermagem encontram-se numa etapa de profunda transformação, consequência dos desenvolvimentos científicos, sociais e políticos. O crescente envelhecimento da população e os consecutivos avanços da ciência aumentam as expectativas, quer dos utilizadores quer dos prestadores, em matéria de qualidade, diferenciação e segurança de cuidados.

Contudo, o desejo de ser “mais e melhor” pessoa e a crença firme de que a construção do futuro (da enfermagem) está em grande parte nas mãos de cada um de nós, leva-me a olhar para a realidade reflectindo sobre ela, vivendo de forma determinada e comprometida com a existência de cada um dos que são destinatários dos cuidados de enfermagem.

A saúde mental surge no meu percurso como uma área de especial interesse, pela diversidade de dimensões que condiciona e é condicionada, pela sua extensa aplicabilidade (dirige-se a qualquer etapa do seu ciclo vital da pessoa sã ou doente) e pela constatação, pessoal, de que a vida humana encerra em si um conjunto de potencialidades onde a promoção saúde mental é um factor capaz de transformar crise em desenvolvimento.

1. INTERVENÇÃO NA CRISE EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO

A prestação de cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiatria à pessoa e família em fase aguda da doença apresentou-se como um contexto privilegiado para o auto - desenvolvimento de conhecimentos/competências, através da procura de intervenções terapêuticas mais ajustada em situações de grande diversidade e complexidade de cuidados.

Dou início, ao presente capítulo, expondo o meu percurso profissional na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa/família em fase aguda da sua doença mental.

A minha experiência como enfermeira, na área da saúde mental e psiquiátrica, vem-se desenvolvendo, essencialmente, nos últimos dez anos. Considerando o meu percurso profissional, o tempo de experiência na prestação de cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiatria e a aquisição de saberes que esta experiência me proporcionou foi-me concedida creditação a este módulo de estágio.

A reflexão e a conseqüente (re)formulação da minha experiência no contexto de intervenção na crise do adulto contribuiu para a aquisição de uma visão mais crítica na dinâmica de prestação de cuidados de enfermagem à pessoa/família com doença mental.

O desejo de prestar melhores cuidados de enfermagem, o espírito de iniciativa de aprender fazendo e fazer aprendendo e o frequente questionamento sobre as práticas conduziram-me a iniciativas de formação (formais e informais), que em muito contribuíram para o auto-desenvolvimento profissional e pessoal, facilitando uma progressiva diferenciação dos cuidados de enfermagem por mim prestados, nesta área.

Exerci funções em diferentes serviços de internamento de psiquiátrica de adultos, refiro-me aqui à experiência com o doente/família, em fase aguda da sua doença.

A multiplicidade de dificuldades apresentadas pelos doentes/famílias, a diversidade de patologias psiquiátricas, as fases da própria doença e as diferentes etapas do ciclo vital em que a pessoa se encontrava permitiram-me, aprender a conceber e mobilizar um conjunto de intervenções terapêuticas imediatas, dirigidas à pessoa/família em crise. Apoiando-me nas boas práticas, que defendem que a intervenção na crise deve proporcionar uma resposta rápida e estruturada, de modo a que a pessoa em crise readquira o seu funcionamento ao nível da fase anterior à crise, minimizando tanto quanto possível o sofrimento da pessoa (Stuart e Laraia, 2001).

Através do estabelecimento de uma relação de ajuda foi possível aproximar-me ao universo do doente permitindo-me descobrir, compreender, (co)construir e melhorar as necessárias adaptações no binómio saúde/doença. Esta realidade ajudou-me a “desenvolve(r) o auto-

conhecimento e a assertividade”, (OE, 2009; p.13); competência que a OE atribui aos enfermeiros especialistas de saúde mental e psiquiátrica.

Aprendi a estabelecer um processo individualizado e interactivo de resolução de problemas, porque as semelhanças nas dificuldades não correspondem à repetição da intervenção. Os cuidados de enfermagem prestados à Pessoa, enquanto ser integral, único e dotado de inigualável valor foram o grande cerne do meu cuidar. Esta aprendizagem contribuiu para o desenvolvimento de competências do “Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal”; (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.13).

Na área da concepção dos cuidados de enfermagem prestados ao doente/família em fase aguda, destaco as actividades efectuadas com vista à gestão eficaz de situações críticas em psiquiatria, administração e monitorização de intervenções terapêuticas e intervenção psicopedagógica ao doente/família; concretamente:

- Mobilizando um acolhimento adaptado à pessoa doente;
- Assistindo a família, do doente, de modo a acolhê-la, tranquilizá-la e mobilizá-la para a cooperação no projecto terapêutico;
- Gerindo estratégias, com o doente, para diminuir culpa, ansiedade, depressão, raiva e isolamento;
- Informando sobre intervenções terapêuticas realizadas;
- Monitorizando a adesão e eficácia ao projecto terapêutico;
- Informando sobre os limites que a doença impõe à pessoa, explicando-os à família e promovendo a aceitação familiar destas realidades;
- Determinando com o doente/família expectativas realistas em relação ao seu quotidiano;
- Gerindo habilidades do doente/ família para monitorizar sinais precoces de doença e reforçar a participação na implementação/ realização de actividades de prevenção da recaída;
- Orientando doente/família nos comportamentos e acções a desenvolver na suspeita de fases de agudização da doença.

Na área da gestão dos cuidados desenvolvi actividades relacionadas com a coordenação de equipas, formação, avaliação e integração de elementos, nas quais como uma das enfermeiras com mais experiência, na equipa que integrava, fui chamada a colaborar. Estas actividades contribuíram para o desenvolvimento de competências no “domínio da gestão dos cuidados”; competência que a OE (2009, p.17) atribui aos enfermeiros especialistas.

De acordo com a síntese apresentada, considero ter adquirido um conjunto de saberes que se enquadram no perfil de competências (comuns e) específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

As competências desenvolvidas na intervenção de enfermagem com a pessoa com doença mental em fase aguda permitiram-me mobilizar competências imprescindíveis ao desenvolvimento da intervenção comunitária, numa perspectiva contínua de prestação de cuidados (fase aguda/intervenção comunitária) necessárias e imprescindíveis ao processo de reabilitação tal como passarei a apresentar no capítulo seguinte.

2. INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (2007) defende que a prestação de cuidados de saúde deve ser acessível a todas as pessoas com doença mental, este preconiza o envolvimento dos próprios/familiares e defende a articulação das EC de modo a integrar um conjunto de cuidados diversificados que facilitem a autonomia e a integração social da pessoa. Assumindo as recomendações emanadas no próprio plano de saúde mental os serviços de saúde mental e psiquiatria comunitários organizam a sua actividade de modo a prestar cuidados de saúde mais ajustados às necessidades da população.

2.1. SISTEMATIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

A sistematização da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica no domicílio surgiu como meta do meu percurso de estágio, o qual desenvolvi em dois módulos distintos (I e III). O meu gosto pelo trabalho comunitário aliado à necessidade de preencher uma lacuna na prestação de cuidados à pessoa/família com doença mental em contexto domiciliário, conduziram-me ao necessário planeamento e implementação desta consulta.

O CHPL surgiu em 2007, na sequência da fusão do Hospital Júlio de Matos (HJM) e do Hospital Miguel Bombarda (HMB), serve uma população de mais de um milhão de habitantes e presta cuidados a mais de 15.000 utentes por ano (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 2010). O CHPL pode ser caracterizado como um espaço de cuidados, de investigação, de arte, de solidariedade e um espaço aberto à comunidade. O recinto onde se localizam a maioria dos seus serviços denomina-se Parque de Saúde de Lisboa, nomenclatura esta que representa, em minha opinião, a sua receptividade à comunidade e à diversidade de instituições com que partilha a área que ocupa (Escola Superior de Enfermagem, Centro de Saúde de Alvalade, entre outras).

O CHPL encontra-se, organizado em diferentes sectores locais de saúde mental destinados a prestar cuidados diferenciados à população residente nas áreas geo-demográficas que lhes estão atribuídas. Cada um dos sectores tem um serviço de internamento associado, destinado à prestação de cuidados à pessoa em situação de doença aguda. Alguns, destes, têm ainda unidades de cuidados na comunidade que oferecem serviços de psiquiatria e saúde mental de proximidade, e promovem uma maior articulação com as estruturas locais.

O serviço no qual realizei o meu estágio é uma destas EC pertencente a um dos sectores do CHPL. Localiza-se em Odivelas e abrange as sete freguesias do concelho. É considerado um centro especializado que exerce a sua acção na comunidade promovendo actividades no

domínio da prevenção, tratamento e reabilitação de utentes com necessidades em saúde mental. Foi a primeira unidade, do então HJM, a exercer uma prestação de cuidados inseridos na comunidade e conta com uma experiência de mais de vinte anos. Sediada num prédio de habitação adaptado, com quatro pisos, sem elevador, conta com uma equipa interdisciplinar com uma missão comum: prestar cuidados de proximidade de saúde mental e psiquiátrica dando ênfase ao envolvimento comunitário.

Os serviços prestados pela UCCPO, são agrupados em três valências, a saber:

- Uma valência terapêutica de internamento parcial denominada Hospital de Dia que disponibiliza um conjunto de cuidados incisivos, através de actividades terapêuticas dirigidas a utentes em fase sub-aguda. O enfermeiro insere-se na equipa interdisciplinar como terapeuta/co-terapeuta.
- Uma de apoio e reabilitação a qual integra a Área de Dia, destinada a utentes com dificuldades de adaptação/integração no meio familiar, profissional e comunitário, na qual o enfermeiro tem como função estruturar cuidados que visem a prevenção das recaídas.
- E ainda uma valência de Consultas Externas onde o papel do enfermeiro se destaca na administração de terapêutica neuroléptica depôt (aproximadamente cento e vinte utentes por mês - Relatório Interno de Actividades do CHPL 2010), efectuando a respectiva gestão de cuidados, faz ainda todas as terças feiras, a consulta de enfermagem pós alta destinada aos doentes que foram encaminhados do internamento, fazendo a avaliação da situação e se necessário a sinalização respectiva para outros profissionais da equipa.

No âmbito da consulta externa existe um projecto de intervenção comunitária – *Pro-Actus*.

As novas políticas de saúde mental pretendem apoiar a pessoa a recuperar a sua vida na comunidade, com apoio especializado, garantir o acesso aos cuidados de saúde mental a todas as pessoas que deles necessitem e promover a reabilitação e a integração na sociedade, em articulação com as outras EC (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2007).

O espírito empreendedor da equipa da UCCPO, a sua sensibilidade às necessidades da comunidade bem como a capacidade de aproveitar as directivas políticas e institucionais levou os profissionais, da UCCPO, a elaborarem um projecto pró-activo de articulação com a comunidade, em sintonia com as recomendações do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016. Este projecto foi denominado – *Pro-Actus*.

A candidatura a este projecto *Pro-Actus* foi acolhida com êxito pela direcção do CHPL, uma vez que as inúmeras solicitações efectuadas nas diferentes valências impediam que os cuidados prestados às pessoas, que pela sua doença não se deslocavam à unidade, se fizessem de modo pouco consonante com as necessidades apresentadas por esta população (Anexo 1). A consciencialização desta lacuna e o reconhecimento de que este projecto traria ganhos em saúde resultou na aprovação do mesmo *Pro-Actus*, pelo Conselho de Administração do CHPL

e com o financiamento deste pelo ACSM.

O *Pro-Actus* consiste num projecto de articulação da UCCPO com os CSP e as EC do concelho de Odivelas, criando uma rede de articulação pró-activa. Rege-se pelos seguintes princípios orientadores:

- Promoção da saúde mental da população e redução do impacto das perturbações mentais;
- Prestação de Cuidados de Saúde Mental numa perspectiva de proximidade;
- Promoção do tratamento, reabilitação e integração na comunidade envolvendo activamente utentes, família e EC;
- Promoção do *empowerment*² e da autonomia.

Este projecto é constituído por uma equipa técnica interdisciplinar, dela fazem parte: duas enfermeiras, (a trinta e cinco e catorze horas semanais, respectivamente), sendo eu a enfermeira a tempo inteiro, uma assistente social e dois médicos internos de psiquiátrica (a tempo parcial).

Tem como objectivo geral prestar Cuidados de Saúde Mental e Psiquiátricos na Comunidade às pessoas com doença mental grave e suas famílias, de que resulte incapacidade psicossocial e se encontrem em situação de dependência, numa perspectiva de continuidade de cuidados.

O projecto abrange toda a população com mais de 16 anos, residente na área geodemográfica de Odivelas, faz parte integrante da UCCPO e localiza-se no segundo andar do edifício.

Sendo (eu) uma das enfermeiras convidadas a integrar a equipa do *Pro-Actus*, e aceitando o desafio que me fora proposto, definir as intervenções de competências do enfermeiro no seio da equipa deste projecto *Pro-Actus*, pareceu-me que poderia estar perante uma oportunidade ímpar, num contexto único - a prestação de cuidados à pessoa/família com doença mental no domicílio. Deste modo, partindo de um olhar enquanto futura enfermeira especialista, poderia dar início a uma nova abordagem de enfermagem em saúde mental – sistematizar a consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário.

De modo a tornar exequível a sistematização desta consulta, estabeleci como estratégia para

²Empowerment pode ser definido como: “um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder – psicológico, político e económico – que permite a estes sujeitos aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania” (Pinto, citado por Fazenda, 2008, p. 98).

organizar este processo em duas fases: O planeamento e a implementação da consulta, criando para cada módulo de estágio, um objectivo geral correspondente; assim:

- Para o Módulo I - Promoção da Saúde – Planear a consulta de enfermagem de saúde mental psiquiátrica ao indivíduo/família em contexto domiciliário;
- Para o Módulo III - Opção – Prevenção, Reabilitação e Adaptação aos Processos de Saúde e Doença - Implementar a consulta de enfermagem de saúde mental psiquiátrica ao indivíduo/família em contexto domiciliário.

2.2. PLANEAMENTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA AO INDIVÍDUO/FAMÍLIA EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO- MÓDULO I

A etapa do planeamento da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica consistiu no diagnóstico de situação e posteriormente na selecção das estratégias mais adequadas, antecipando factores promotores de sucesso como o envolvimento de toda a equipa e a liderança do planeamento.

O módulo I, cuja análise apresento agora, decorreu no período de dezanove de Abril a dezanove de Junho de 2010, tal como previsto no plano de estudos e teve como objectivo planear a consulta de enfermagem ao indivíduo/família em contexto domiciliário, integra-se num projecto de intervenção interdisciplinar – O *Pro-Actus*.

O planeamento é um exercício chave no quotidiano dos profissionais de enfermagem, confrontados com os recursos existentes, definem antecipadamente acções que procuram atingir um determinado fim. Planear pressupõe percorrer diferentes etapas, num processo contínuo, passando pelo diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objectivos, selecção de estratégias, com vista à elaboração de um projecto, à preparação, execução e avaliação (Imperatori, 1986).

Como estratégia para desenvolver um planeamento eficiente considere fundamental efectuar uma análise da realidade, partindo de uma perspectiva multidimensional.

Para tal procurei conhecer diferentes dimensões:

- Primeiramente, foi importante conhecer os destinatários da consulta de enfermagem em contexto domiciliário e as necessidades que apresentavam. Assim, através da relação estabelecida com os utentes/famíliares³ caracterizei o conjunto das trinta pessoas que estavam já referenciados ao projecto por apresentarem em comum: incapacidade

³Baseando-me no conceito Família que a CIPE® 1.0 “Cliente com as características específicas: Grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente (...)” CIPE® 1.0, 2005, p. 171).

psicossocial, isto é: “Situação objectiva de redução total ou parcial da capacidade da pessoa com doença mental grave para desempenhar as actividades da vida diária, no contexto social, familiar e profissional” (Dec-Lei nº 8/2010, de 28 de Janeiro 2010) impossibilitando-as de saírem de casa. Nesta caracterização incluí informação sociodemográfica, origem e motivo de referenciação, avalei ainda se, na perspectiva dos utentes, existiam cuidadores⁴ que pudessem ser um suporte efectivo (Anexo 2).

Das 30 pessoas (100%) referenciadas, 50% eram do sexo masculino, na sua maioria portuguesas - 86,6% e maioritariamente solteiras - 66,6%. Apresentam baixo nível de habilitações literárias - 46,6% apresentavam menos de quatro anos de escolaridade. A distribuição pelas faixas etárias desta população mostrou-se muito diversificada, apresentando maior concentração a faixa etária dos 30 aos 49 anos com 46,6% das pessoas referenciadas. Verificou-se, quanto à situação profissional que são na sua maioria reformados - 50% e desempregados - 40%. 100% dos utentes, têm como cuidador, mais vezes referenciados, as mães - 23,3%, resultado que vem ao encontro do descrito em vários estudos (Campos, 2008). 20% vivem sozinhos referindo não ter qualquer cuidador. Quanto ao tipo de família verificou-se que 40% estão integrados em família monoparental (Anexo 2).

No sentido de perceber a classe social, procedi à aplicação da Escala de Notação Social da Família - Graffar Adaptado (Amaro, 2001). A escala de Graffar é uma classificação internacional que possibilita a determinação da posição social da família. Baseia-se num conjunto de cinco critérios - profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspecto do bairro onde habita. Preenche-se de acordo com o elemento que tem maior rendimento do agregado familiar e faz a soma das pontuações obtidas em cada um destes parâmetros (Anexo 3). Verifiquei que 43,3% dos utentes se posicionavam na classe baixa (grau V) e 33,3% na classe média baixa (grau IV) - .Significando assim que a maioria dos utentes/famílias referenciados apresentam um baixo nível sócio-económico. Como defende Costa (*et. al.*, 2008, p.147): “a situação de pobreza afecta negativamente a situação com a saúde...”

O principal motivo desta, referenciação, foi a não adesão ao regime terapêutico, 63,3%, facto descrito na literatura (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Após esta caracterização, efectuei recolha de pareceres e recomendações de peritos na área e, através de um espaço informal de reflexão na equipa inter e intradisciplinar, recolhi sugestões para planear a consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto

⁴Cuidador (es) – “ a pessoa adulta, membro ou não da família, que cuida da pessoa com incapacidade psicossocial, com ou sem remuneração, no sentido de realizar e proporcionar as actividades da vida diária com vista a minorar ou até mesmo suprir o *deficit* de autocuidado da pessoa que cuida” (Dec-Lei n.º8/2010, Artigo 2.º, alínea b)

domiciliário. Esta etapa permitiu-me identificar em que medida a realidade da prática estava em consonância com o conhecimento teórico.

Coloquei-me perante os pares numa postura de aprendizagem conjunta, disponibilizando-me para dinamizar espaços de reflexão e partilha. Criando espaços para o amadurecimento de intervenções, que atestassem um crescente investimento, na procura da implementação de boas práticas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Alarcão (2008) defende que a reflexão expande o auto-conhecimento e potencia a auto-exigência, consciencializa para a necessidade de procurar e construir conhecimento para a razão e o modo de agir. Por outro lado, a OE defende que o enfermeiro especialista, deve promover a inclusão de conhecimentos que favoreçam a melhoria da qualidade na prática (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Consciente da importância fundamental dos contributos teóricos, efectuei uma actualização de conhecimentos necessários, à consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário. O avanço no conhecimento técnico científico, as exigências dos utilizadores, cada vez mais informados, e a progressiva transferência de cuidados de saúde mental para a comunidade, com o necessário aumento da complexidade destes, exige que o enfermeiro especialista integre no seu exercício profissional práticas baseadas em robustos e válidos padrões do conhecimento, assegurando deter um conjunto de saberes que mobiliza a fim de ponderar as respostas de intervenção mais adequadas às necessidades identificadas (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

De acordo com Imperatori (1986), para dar continuidade ao planeamento, e uma vez efectuado o diagnóstico de situação, foi necessário, definir prioridades, fixar os objectivos da consulta, seleccionar as estratégias a utilizar. Todos os recursos a utilizar estavam já adstritos ao projecto *Pro-Actus*, no qual efectuei o estágio.

2.2.1. Conceptualização da Consulta de Enfermagem

Sendo a relação, entre a enfermeira e utente, a essência dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2003), o meio através do qual a enfermeira pode conhecer o utente, compreendê-lo e constituir por si próprio um valor terapêutico pareceu-me que as teorias de interacção fornecem linhas de orientação úteis para o planeamento da consulta de enfermagem saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário. Neste sentido, a consulta de enfermagem assume um processo interactivo entre uma pessoa que necessita de ajuda e outra que se disponibiliza a ajudá-la.

A complexidade da intervenção do enfermeiro na consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário, levou-me a recorrer a conceitos de vários modelos teóricos de enfermagem numa perspectiva integrativa de cuidados. Não prescindindo, nem

excluindo o que não fica apresentado de cada uma das diferentes concepções mas antes convocando conceitos chave para a compreensão das necessidades de saúde mental que a população já descrita apresenta.

Revejo-me na definição que Hildegard Peplau apresenta ao referir-se à enfermagem como: “um processo interpessoal, significativo e terapêutico”, com o objectivo de se articular com outros processos humanos para assegurar a saúde das pessoas nas comunidades. Peplau considera a Enfermagem como um “instrumento educativo” que ajuda o indivíduo a desenvolver a sua personalidade, de modo a torná-la madura, para que a sua vida possa ser mais completa: “criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária” (Peplau citada por Tomey & Alligood 2004, p.428).

Identifico-me, também com Phil Barker no modelo de Tidal (o qual parte de Peplau), e onde enfatiza que as enfermeiras podem contribuir para consciencializar a pessoa (família/grupo) das mudanças que vão ocorrendo, contribuindo para que a pessoa possa vir a estar o melhor possível na situação que está a vivenciar (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Numa perspectiva fenomenológica o autor centra-se na experiência de vida da pessoa, acredita, que as pessoas são capazes de encontrar significado na sua vida, e concretiza, como que dez princípios, os compromissos na terminologia de Tidal, que o enfermeiro utiliza como ferramenta que pode ampliar o potencial da pessoa para um processo de *recovery*- estar o melhor possível na situação que está a vivenciar.

Os 10 compromissos que Barker & Buchanan-Barker (2005) propõe ao enfermeiro são:

- Valorizar a voz (trata-se de uma voz de experiência vivida; a história individual é o centro do encontro enfermeiro/pessoa/família).
- Respeitar a linguagem (a linguagem utilizada pela pessoa é única e clarifica o caminho para Recovery).
- Desenvolver curiosidade (o enfermeiro deve mostrar-se interessado na história do utente, conseguindo compreender a pessoa que conta a história).
- Tornar-se aprendiz (o utente tem todos os dados da sua história: é “perito” nela; o enfermeiro só tem acesso à compreensão da história do utente se adoptar uma postura de “aprendiz”).
- Revelar sabedoria pessoal (o utente vai revelando os seus elementos. O enfermeiro devolve ao utente a compreensão que apreendeu da situação descrita, ajudando a clarificar e a consciencializá-lo dos diferentes aspectos em causa).
- Ser transparente (o enfermeiro deverá levar a pessoa à compreensão daquilo que vai ser feito, considerando que enfermeiro e utente se constituem como um a verdadeira equipa).
- Usar o kit de ferramentas (toolkit) (a história e os elementos que a pessoa revela acerca

de formas/estratégias que já utilizou com sucesso constituem-se instrumentos que o enfermeiro deve utilizar na construção de uma nova história, com o utente – a história da recuperação: Recovery).

- Construir cada passo (enfermeiro e utente, em equipa, efectuam uma apreciação daquilo que pode ser efectuado a curto prazo, já que o primeiro passo, por parte do utente é o mais importante).
- Dar tempo (torna-se de grande importância o tempo dado ao encontro do enfermeiro e pessoa/família).
- A mudança é constante (constata-se que existe mudança constante e isso é inevitável, porém o enfermeiro tem o papel de ajudar a pessoa/família a tomar consciência da forma como as mudanças ocorreram e como essa consciência pode ser bastante importante para a pessoa e para o seu processo de recuperação/Recovery(Barker & Buchanan-Barker, 2005).

As perspectivas de Peplau (citado por Tomey e Alligood, 2004) e Barker & Buchanan-Barker (2005) parecem-me unificarem-se em torno da interacção pessoal, significativa e terapêutica entre utente/enfermeiro, onde em conjunto é possível encontrar a melhor “chave” para viver a imprevisibilidade da experiência humana, parafraseando Barker e Buchanan-Barker (2005).

Por outro lado, sendo o contexto (deste estágio) a consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário, considereei que algumas teóricas como Bety Neuman (Teoria dos Sistemas) ou Callista Roy (Modelo de Adaptação) poderiam, também trazer contributos importantes no planeamento desta consulta. Uma vez que o equilíbrio, a estabilidade e a homeostasia são considerados objectivos importantes no papel do enfermeiro.

Neuman assume uma perspectiva holística, define a pessoa como um sistema aberto em interacção com o meio envolvente, progredindo nesta interacção para o equilíbrio, encontrando estratégias de adaptação em conjunto com o utente e coma família, no sentido de encontrar um equilíbrio mais saudável em termos individuais e familiares, tendo em atenção as diferentes variáveis que podem conduzir a um efeito de maior ou menor vulnerabilidade, resistência e ou defesa (Kéroac,*et. al.*, 1996). Utilizando a terminologia do modelo teórico da Adaptação de Callista Roy, a interacção para o equilíbrio faz-se através de respostas de adaptação, que na perspectiva da autora são: “as que promovem a integridade em termos dos objectivos dos sistemas humanos.” (e a enfermagem é “a ciência e a prática que expande capacidades de adaptação e melhora a transformação ambiental e da pessoa.” (Roy citada por Tomey & Alligood, 2004, p. 307).

Uma vez revisto o suporte conceptual foi útil reflectir acerca do contexto domiciliário, local com características e especificidades próprias.

2.2.2.O Domicílio como Contexto de Intervenção

O domicílio como contexto de intervenção tem sido tema de interesse em diversas áreas da enfermagem. Este surge como um espaço de oportunidade para uma maior proximidade enfermeiro/utente/família, facilitando o estabelecimento de uma relação de confiança/ ajuda entre as partes, permitindo uma identificação precoce e adequada das necessidades da família, chave estratégica no acompanhamento da pessoa/família com doença mental.

Segundo a CIPE®1.0o domicílio é “estrutura social” (CIPE® 1.0,2005, p. 168), e o termo visita domiciliária refere-se a “consulta” (CIPE® 1.0, 2005, p. 151).

Assim, adoptei o termo domicílio (“estrutura social” (CIPE® 1.0,2005, p. 168),) para fazer referência à localização na qual decorre a consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

A prestação de cuidados de enfermagem no domicílio foi uma intervenção de referência nas várias épocas da história, influenciando correntes de pensamento e os cuidados de enfermagem prestados. Assim, desde intervenção focada na doença (Paradigma da Categorização) até à intervenção com enfoque na promoção da saúde (Paradigma da Transformação) o contexto domiciliário tem estado presente na história da enfermagem. (Vieira, 2008). Ainda hoje é descrita na literatura como uma actividade essencial na prestação de cuidados de saúde junto ao indivíduo, à família e à comunidade. O seu objectivo primordial é contribuir para a concretização das premissas de promoção, manutenção ou recuperação de saúde, ao longo do ciclo vital, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

O tratamento centrado na comunidade, a promoção da saúde mental associada às directivas políticas, fazem da consulta de saúde mental e psiquiátrica no domicílio tema de actual interesse e desafio aos enfermeiros de saúde mental e psiquiátrica.

A intervenção no domicílio aproxima a enfermeira do contexto (da pessoa) e favorece a articulação entre o utente, a sua família, os serviços de saúde e os recursos da comunidade.

Intervir no domicílio, surge, também, pela sensibilidade de que o ser humano não vive sozinho, mas num contexto social, em que a família/vizinhos são, por vezes, a sua rede de suporte mais próxima. Deste modo, ao cuidar da pessoa é necessário vê-la como um todo integrado nesse contexto maior (Gomes, *et. al.*, 1998). Para o mesmo autor, o enfermeiro de saúde mental e psiquiátrica deve trabalhar “fora de muros”- mais do que no domicílio/habitação do utente, deve trabalhar no e com o contexto emocional, social, profissional e cultural, no sentido de contribuir para a redução do estigma na doença mental.

“O domicílio é cada vez mais o ambiente dos cuidados de enfermagem, na medida em que é ali que as pessoas crescem, se desenvolvem, vivem e sofrem os diferentes eventos da vida e, espera-se, seja também cada vez

mais o local para morrer, com assistência adequada” (Vieira 2008, p. 85)

O enfermeiro deve ter presente que o domicílio representa o espaço privado da vida familiar. (Labete, Galera & Avanci, 2004) Os quartos e as demais dependências são os espaços de intimidade, onde os membros estabelecem as relações mais privadas. Quando se encontra o utente e a sua família na instituição (comunitária ou hospitalar) temos contacto com os aspectos públicos da pessoa/família. Porém, quando vamos a casa do utente entramos em contacto com a dimensão mais íntima e tudo o que a compõe e envolve. Dentro da família convivem o espaço público e o privado inter-relacionando-se. Assim, enquanto profissionais, devemos estar conscientes da existência destes espaços, das ténues barreiras entre eles, compreendendo que quando chegamos à casa de um utente o tempo e o espaço são as “coordenadas” daquela pessoa/família.

Considero que, a consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário, possibilita a observação do indivíduo no (e do) seu espaço “físico e emocional/social”, possibilita uma aproximação ao próprio, ao seu meio ambiente, permite perscrutar as relações afectivas e sociais entre os membros da família e o meio envolvente. A consulta de enfermagem neste contexto torna-se essencial, pois o enfermeiro ao entrar no espaço privado (interno) da pessoa e da família poderá, de forma mais real, obter dados mais precisos sobre a pessoa, o que vivencia e como se relaciona e ainda sobre o contexto social e a relação com a comunidade. Deste modo, o enfermeiro potencia as possibilidades de estabelecer uma relação mais próxima, parcerias e intervenções mais adequadas ao utente/família, direccionadas a um cuidar mais global e efectivo.

A consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário pode fomentar o estabelecimento de práticas colaborativas com o utente/família conduzindo ao encontro de formas de adaptação/minimização das dificuldades identificadas, utilizando as forças e os recursos (internos ou externos) existentes. Também, a possibilidade de realizar esta reflexão em âmbito mais alargado (comunidade) permite equacionar propostas sobre o que mais pode contribuir para a saúde do utente/família. Na partilha é, muitas vezes, possível envolver outros recursos, como vizinhos, amigos ou EC potenciando as redes de suporte. A comunidade aparece assim, como possibilidade para se estabelecerem ou fortalecerem espaços de *empowerment* e de cidadania.

Em minha opinião, para cuidar em contexto domiciliário, o enfermeiro deve ter uma percepção clara do seu papel, bem como das suas competências enquanto profissional. Deve conhecer, não apenas a pessoa e o modo como a patologia a afecta a si e à sua família, deve estar consciente do domínio/vivência que o cuidador tem da situação, a mudança no estado de saúde da família, a tensão da relação entre o cuidador e o utente, a restrição da actividade social e a exaustão relacionada com a prestação de cuidados. Deve, ainda ter presente os

valores e crenças da família e ser capaz de articular o tipo de recursos/ajudas que podem ser mobilizadas.

No âmbito das diferentes situações que podem causar grande desgaste à família, a doença mental grave de um familiar é considerada um factor de elevado stress. Ainda que frequentemente a família se depare com o binómio saúde/doença, ao tratar o seu familiar, com doença mental, tem normalmente pela frente uma tarefa de vários anos e lida com sentimentos complexos – desde sensação de não estar à altura até aos sentimentos de culpa, frustração e cansaço (Campos, 2008).

Consciente das potencialidades e desafios do contexto domiciliário fez-me, então sentido organizar os conceitos subjacentes à consulta de enfermagem, reflectir sobre eles, (re)elaborando o seu planeamento e aplicação. Deste modo, procedi à sua (re)conceptualização organizando as etapas a ter em conta no seu planeamento e definindo um conjunto de actividades a desenvolver.

Como primeira etapa deste percurso foi imprescindível reflectir sobre o que é e para que serve a consulta de enfermagem.

2.2.3.A Consulta de Enfermagem em Contexto Domiciliário

Tomei, então, como um dos pontos de partida a definição de *consulta* segundo a CIPE® 1.0 (2005, p.151), a qual se define como um “evento” e evento é “qualquer coisa que acontece”.

Procurei, também, basear-me nos documentos da OE para identificar o que sustenta os eventos que os enfermeiros são chamados a realizar (a fazer acontecer) evidenciando-se como a grande responsabilidade no exercício da enfermagem a tomada de decisão.

(é)“a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistemática e sistémica. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efectuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p.10).

Assim, na perspectiva descrita anteriormente, penso que se poderá considerar que a consulta de enfermagem é um período no qual acontece uma sequência de acções próprias e autónomas do enfermeiro, (direccionadas a uma área da sua intervenção) que através da tomada de decisão responde à prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo e à família. Sendo que o Indivíduo é o “cliente com as características específicas: Um ser humano” (CIPE® 1.0,2005, p. 171). E família um

“Cliente com as características específicas: Grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente”(CIPE® 1.0, 2005,p. 171).

Após partilha com a equipa de enfermagem da UCCPO e em consonância com a equipa interdisciplinar do projecto (*Pro-Actus*), definiu-se que a consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica no domicílio seria dirigida a qualquer pessoa, residente no concelho de Odivelas, com necessidade de avaliação em saúde mental, por incapacidade psicossocial e se encontre impossibilitada de se deslocar à UCCPO.

E teria como objectivos:

- Promover uma relação terapêutica entre utente/família e enfermeira em contexto domiciliário;
- Avaliar situações que possam comprometer ou alterar o estado de saúde mental da pessoa/família;
- Promover estratégias adaptativas ao binómio Saúde/Doença;
- Implementar intervenções psicoeducativas no âmbito do reconhecimento precoce de sinais e sintomas de descompensação;
- Melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde mental na comunidade.

Efectuado o diagnóstico de situação, revistos conceitos e determinados os objectivos da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário, foi então necessário dar continuidade ao planeamento e assim como actividade resultante, deste, surgiu a necessidade de elaborar um guia de orientação para a esta consulta.

Como estratégia promotora de sucesso no planeamento da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário, procurei envolver toda a equipa de enfermagem, criando momentos de formação, reflectindo e partilhando sobre as práticas desta equipa.

Optei assim, por propor aos enfermeiros da UCCPO, a elaboração conjunta de um guia de orientação para a consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário, dinamizando eu esta acção. Consciente da amplitude do desafio, pareceu-me que esta poderia constituir uma modalidade de trabalho que motivasse toda a equipa. Esta estratégia (embora com momentos de menor adesão por parte da equipa e de um necessário maior investimento da minha parte), foi vantajosa, em minha opinião e também na da equipa, pois pôde proporcionar espaços de partilha e auto-formação, privilegiar momentos de reflexão perante desafios reais da prática, relacionando-os com outras formas de sistematização dos cuidados a prestar. Tal como defende Abreu (2001) ao referir que a formatividade do adulto se faz através de uma lógica mais abrangente e multidimensional, através do informal e do formal, argumentando que é nesta dinâmica que o indivíduo constrói uma profissionalidade, na qual

percorre um trajecto pessoal, em que o próprio é o actor do seu percurso.

Em partilha com a equipa pareceu-me oportuno dinamizar um espaço semanal de aproximadamente quarenta minutos de partilha de concepções, reflexões, dúvidas, apresentação/compilação da informação a incluir no guia de orientação da consulta de enfermagem. Foram trabalhadas temáticas de apoio à elaboração do guia como, importância dos modelos teóricos enquanto suporte de sustentabilidade da prática do enfermeiro, uso de linguagem padronizada e papel das normas e procedimentos de enfermagem. A organização global do documento em questão ficou sob a minha responsabilidade.

A experiência de liderar um trabalho conjunto permitiu-me progredir na aquisição de competências, enquanto futura enfermeira especialista, contribuindo para um maior auto-desenvolvimento no âmbito da Gestão da Qualidade, tal como a OE (2009, p.13) defende, o “enfermeiro especialista desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”.

Na elaboração do guia de orientação para a consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica no domicílio (ANEXO 4) considerámos fundamental incluir:

- Apresentação dos conceitos a mobilizar na avaliação de enfermagem/Definições Conceptuais;
- Clarificação de termos utilizados na avaliação de enfermagem (Glossário CIPE® 1.0, 2005);
- Normalização de procedimentos a utilizar na consulta de enfermagem no domicílio;
- Organização da recolha de informação relativa ao utente/família descrevendo os aspectos relevantes da avaliação de enfermagem, provenientes de uma observação completa e experiente capazes de sustentar a pertinência das intervenções a realizar e a avaliar.

O primeiro conteúdo trabalhado foi a clarificação dos objectivos e conceitos subjacentes, à consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário.

Seguidamente efectuou-se a selecção e compilação de termos utilizados no âmbito da consulta, transcrevendo o seu significado de acordo com a terminologia CIPE® 1.0 (2005). O uso de uma linguagem comum melhora a comunicação, permite representar os conceitos usados nas práticas locais e descrever os cuidados de enfermagem prestados às populações, ideia defendida pela OE (2009).

Numa terceira etapa elaborou-se uma norma de procedimentos a utilizar na consulta (de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário) organizando etapas e recursos necessários. Abreu (2001, p. 145), refere que: “cada vez mais os profissionais de saúde desenvolvem a sua prática” utilizando “protocolos” ou “*guidelines* aprovadas”,

defendendo que o uso destes instrumentos são úteis como referências para as decisões a tomar no quotidiano profissional.

Contei com a subjectividade de cada enfermeiro para o estabelecimento de uma relação terapêutica que substancie a utilização de qualquer norma ou orientação, esta pretende ser, apenas, um meio, nunca um fim na prestação de cuidados.

Realizou-se também, um instrumento de colheita de dados, para facilitar a necessária e pertinente recolha de informação, acerca do estado de saúde dos utentes (ANEXO 5). Para o construir foram recolhidos diferentes formulários de colheita de dados de enfermagem: os utilizados no momento nesta unidade, documentos sugeridos por estudantes que efectuaram os seus estágios neste serviço e outros impressos utilizados no CHPL. Nesta compilação, foram excluídos os instrumentos de registo de dados de enfermagem totalmente abertos sem qualquer orientação ao seu preenchimento, nos restantes procurou-se encontrar quais os itens que mais se repetiam na orientação da informação a recolher no momento da avaliação inicial em enfermagem e confrontados com as recomendações da literatura.

Uma vez que não foram encontradas referências na literatura significativas relativas à informação a incluir num instrumento de avaliação em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário, complementou-se a recolha de informação com recomendações da literatura de enfermagem comunitária, enfermagem de família e a consulta a peritos na área. Recorrendo, assim, à triangulação como estratégia metodológica de identificação dos elementos a incluir num momento de recolha de dados numa avaliação de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica a utilizar em contexto domiciliário.

Na sequência do descrito anteriormente, foi organizado o instrumento da colheita de dados de enfermagem, o qual contém os dados de identificação do utente, informação relativa à referenciação, dados sociodemográficos, cuidadores, antecedentes pessoais e familiares e avaliação de saúde. Foi anexado um espaço para texto livre para o registo de diagnósticos de enfermagem, prescrição de intervenções a desenvolver, data a serem avaliadas e outras observações consideradas oportunas para a continuidade de cuidados.

Após esta fase solicitei o contributo de cinco enfermeiros, (dois destes estagiários a realizar o curso de Pós Licenciatura na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica nesta unidade, três enfermeiros da equipa da UCCPO) para efectuarem dez avaliações de enfermagem utilizando as linhas de orientação propostas no sentido de verificar a sua compreensão, sequência e o aspecto global. As sugestões sugeridas introduziram-se proporcionando um aspecto mais atractivo ao documento.

Uma vez recolhidos os contributos dos enfermeiros da UCCPO e elaborado o guia de orientação para a consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto

domiciliário houve necessidade de o apresentar formalmente. Esta actividade tornou-se pertinente como forma de apresentar o resultado do trabalho de equipa realizado reforçando o empenho de cada um dos enfermeiros na procura e divulgação de boas práticas no exercício da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

A estratégia utilizada foi efectuar uma exposição oral dirigida à equipa (enfermagem, e restantes profissionais) com o tema: “*A Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto Domiciliário. Um percurso de Reflexão... Momentos de Partilha... e de (Co)-Construção*”.

A participação e interacção dos elementos presentes parece-me ter sido um momento que a equipa considerou importante e formativo. Considero que a parceria com a Sr.^a Enf.^a Orientadora Madalena Martins como elemento perito na área, foi fundamental, pois a partilha de conhecimentos foi relevante e o facto de ser um elemento de referência na UCCPO permitiu-me a mobilização, de diversos conhecimentos e recursos relacionados com a intervenção do enfermeiro na consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Por sugestão de toda a equipa, esta apresentação foi também efectuada no serviço de internamento do CHPL (com a qual nos articulamos directamente), com toda a equipa interdisciplinar no sentido de apresentar e reflectir sobre o trabalho realizado e promover uma maior articulação de cuidados.

Dada a fase de implementação do *Pro-Actus*, considerei oportuno divulgar a Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto Domiciliário junto das EC.

A apresentação ocorreu no Centro de Saúde de Odivelas com a coordenadora de enfermagem e outros profissionais dos CSP e com as principais EC que prestam assistência à população, de cada uma das freguesias do concelho (Anexo 6).

Este momento de divulgação resultou no estabelecimento de relações de parceria, abrindo novos espaços de partilha que passaram a promover momentos de reflexão conjuntos. Momentos estes que, vão desenvolvendo espaço para que diferentes profissionais (enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, médicos, bombeiros, agentes da autoridade) possam ir tomando contacto com a realidade da saúde/doença mental e das intervenções a realizar, potenciando a rede de suporte social.

Decorrentes do descrito anteriormente, foram implementadas reuniões periódicas como:

- Implementação de reuniões de discussão de casos com a autoridade de saúde pública do concelho;
- Implementação de reuniões mensais de discussão de casos com os profissionais das EC do concelho;

- Integração em duas reuniões de articulação de cuidados já existentes, uma na Unidade de Cuidados Comunitários da Pontinha e na integração da reunião de discussão de casos da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Odivelas.

Considero que a fase de divulgação bem como a criação de espaços de parceria é fundamental na (co)responsabilização da comunidade para a criação de uma rede de apoio que suporte respostas sustentadas e adequadas à especificidade desta população.

Em suma, para efectuar o planeamento da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica no domicílio tive como ponto de partida a identificação do diagnóstico de situação, posteriormente reuni as bases teóricas que permitem a sua sustentação, clarifiquei conceitos e especificidades do contexto domiciliário (enquanto “palco” da intervenção planeada). Daqui resultou a elaboração de instrumentos de apoio à consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica no domicílio, fruto de um espírito de equipa e trabalho conjunto. Considero que o planeamento efectuado foi fulcral na implementação da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica no domicílio que adiante explicitarei.

No decorrer deste módulo I de estágio, ficou claro que a prática é um espaço privilegiado de aprendizagem, onde se confrontam saberes práticos e formais. Estes promoveram em mim a revisão dos cuidados que como futura enfermeira especialista sou chamada a prestar.

Considero ter atingido o objectivo a que me tinha proposto - Planear a consulta de enfermagem de saúde mental psiquiátrica ao indivíduo/família em contexto domiciliário. Julgo que este momento formativo me permitiu consolidar competências enquanto futura enfermeira especialista, ao nível da “Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, da Gestão de Cuidados e Gestão de Qualidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 13).

2.3. IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

A implementação da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário consistiu num conjunto de acções diferenciadas com vista a dar resposta às necessidades em saúde mental, só possível com o estabelecimento de uma relação terapêutica. A continuidade da relação e a mobilização do contexto comunitário proporcionou uma experiência securizante e gratificante permitindo mobilizar recursos promotores da saúde mental. Como forma de consolidar a própria consulta foi importante auscultar a satisfação dos utentes.

A exequibilidade da sistematização da consulta de enfermagem de saúde mental psiquiátrica em contexto domiciliário resultou no seu planeamento e implementação.

Uma vez efectuado o planeamento, já descrito anteriormente, urgia concretizar a etapa da implementação.

Este será o percurso de aprendizagem, que passo agora a comentar, apresentando uma análise reflexiva construída a partir da experiência vivenciada. Este percurso decorreu no módulo III, opção – Prevenção, Reabilitação e Adaptação aos Processos de Saúde e Doença, no período de 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010, tal como previsto no plano de estudos.

Para este módulo de estágio formulei como objectivo geral:

- Implementar a consulta de enfermagem de saúde mental psiquiátrica ao indivíduo/família em contexto domiciliário.

E estabeleci, como objectivos específicos:

- Prestar cuidados diferenciados de enfermagem à pessoa/ família na optimização da sua qualidade de vida;
- Prestar cuidados de âmbito psicossocial e psicoeducacional à pessoa/família ou comunidade com necessidades em saúde mental;
- Mobilizar o contexto e dinâmica individual de forma a manter, melhorar ou recuperar a saúde mental da pessoa/família;
- Dinamizar a articulação com as estruturas de saúde locais e outros parceiros sociais da comunidade.

2.3.1 – Intervenções de Enfermagem em Contexto Domiciliário

A implementação da consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto domiciliário, consistiu num conjunto de acções diferenciadas e inter-relacionadas, que possibilitaram a avaliação de problemas de saúde, determinando as intervenções necessárias com vista à sua resolução, adaptação ou minimização, tal como descrito pela OE

“as intervenções do EESM (Enfermeiro Especialista em Saúde Mental) visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, auto cuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objectivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família” (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Dos 15 utentes acompanhados por mim ao longo do módulo III de estágio, em consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica no domicílio, saliente, o acompanhamento de seis, por se tratar de pessoas que recusavam qualquer intervenção terapêutica, apresentando necessidade de uma intervenção imediata, encontravam-se em situações de descompensação, da sua patologia psiquiátrica, sendo esta intervenção, definida em equipa, como o último recurso antes de encaminhar os utentes para o internamento.

Os utentes foram referenciados por apresentarem como principais diagnósticos de enfermagem não adesão ao regime medicamentoso e interação social comprometida, recusavam qualquer intervenção de enfermagem (ou de outro profissional de saúde) e habitavam apenas com um familiar. Apresentavam isolamento social, tristeza, expressão desmotivada, permanecendo fechados no quarto a maior parte do dia, condições de higiene deficitárias, recusa alimentar (parcial) e declinavam qualquer sugestão para saírem de casa, opunham-se à toma da terapêutica oral, raras vezes aceitavam a administração de terapêutica intramuscular neuroléptica depôt. Os seis utentes tinham como diagnóstico médico esquizofrenia, apresentando grande dificuldade no reconhecimento dos sintomas da sua doença “a ausência de percepção da doença é um sinal clássico das psicoses (...) a atitude perante a doença afecta a adesão ao tratamento e, assim, o prognóstico” (Harrison, 2006, p.27) – ausência de *insight*.

Confrontada com a ausência de reconhecimento da doença, por parte do utente, que em termos práticos parecia condicionar o estabelecimento de uma relação terapêutica, e considerando a pessoa como um ser global nas suas necessidades de saúde/doença, foi fundamental identificar as necessidades valorizadas por cada um dos utentes, que tendo em conta o que já foi dito, poucas vezes se prendiam directamente com a doença mental. Digo “directamente” porque considero o ser humano como biopsicosocial e espiritual e assim sendo, o que pode parecer numa primeira fase pouco relacionado com a situação de doença mental, sendo uma necessidade do próprio, como reconhecimento de mal-estar, sofrimento, falta, abre caminho para a consciência crítica da doença. Para além do que já foi dito ter em conta e responder de forma autentica ao “pedido” do utente, ainda que aparentemente possa não ter

haver com o plano institucional (cumprir/retomar o projecto terapêutico/cumprir o plano medicamentoso) é factor fundamental para o estabelecimento de uma aliança terapêutica.

Pedidos, necessidades valorizadas pelos utentes tão variadas como “*ajude-me a tratar da minha reforma*” (SIC), “*preciso que alguém leve a comida ao meu filho*” (SIC), “*não consigo dormir, estão toda a noite a bater lá em cima*” (SIC), “*tenho dores no joelho*” (SIC) “*eu quero é me ajudem a escrever uma carta para o advogado*” (SIC), “*Não tenho roupa lavada*”, (SIC)

Como defende Lazure (1994, p.13) “Para se poder ajudar de forma adequada, a enfermeira deve, em primeiro lugar, saber e acreditar que o cliente, independentemente da natureza do seu problema de saúde, é o único detentor dos recursos básicos para o resolver.”

Grande parte das vezes o pedido institucional (adesão ao regime medicamentoso, reforçar a interacção social) não foi coincidente com as necessidades verbalizadas pelo utente, inicialmente. A relação terapêutica estabeleceu-se no equilíbrio entre as respostas dadas às necessidades sentidas pelo utente e a resposta ao pedido institucional, na aproximação do utente ao reconhecimento do seu estado de saúde (sinais e sintomas de descompensação/reconhecimento da rede de suporte social, entre outras).

Após uma primeira abordagem, negocie com cada um dos utentes/familiares a realização (de acordo com a especificidade de cada situação em causa) de duas a três consultas em contexto domiciliário por semana, durante quatro semanas.

A cada um dos familiares destes utentes foi, também, oferecida a possibilidade de terem uma consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na UCCPO, no sentido de avaliar as necessidades do familiar, disponibilizar presença, permitir a expressão de sentimentos, prevenir o *burden*⁵, efectuando encaminhamentos caso houvesse necessidade. Dos seis familiares apenas três aceitaram manter este acompanhamento, durante as quatro semanas, os restantes verbalizaram que quando sentissem necessidade me contactariam. (Anexo 7)

Em meu entender o empenho no percurso de continuidade da relação de ajuda pode ser catalizador de processos de mudança, proporcionando uma experiência securizante e gratificante, que abre caminho ao utente/família para o estabelecimento de relações mais ajustadas, numa dimensão bio-psico-social e espiritual.

Ao fim das quatro semanas efectuei uma avaliação do plano de cuidados elaborado onde constatei alterações no estado de saúde dos utentes, como:

- Uma das pessoas passou a fazer terapêutica oral com a colaboração de um familiar

⁵ Burden: “presença de problemas, dificuldades ou eventos adversos, que [afectavam] as vida(s) do(s) outro(s) significativo(s) dos doentes psiquiátricos, exemplo membros da casa e/ou da família” (PLATT 1985 citado por CAMPOS 2009 p. 57)

(pouco presente no projecto terapêutico até ao início desta intervenção), está no quarto apenas no período da noite, mantém os estores abertos, (durante o dia), não evita o contacto ocular (realidade anterior), verbaliza - “estava à sua espera (...) gosto que venha cá” (SIC); aceita fazer pequenos percursos em torno da sua casa, cerca de cem metros, ainda recusa, por exemplo, deslocar-se ao seu centro de saúde, bem como à UCCPO.

- Um outro utente, aceitou ser internado voluntariamente (na sexta consulta) por degradação do seu estado de saúde geral (até então sempre internado compulsivamente).
- Dois utentes aceitaram fazer regularmente a terapêutica neuroléptica depôt no domicílio, sair de casa para ir ao café do bairro uma vez por dia, passaram a fazer três refeições por semana à mesa com a família, a colaborar, agora, na limpeza dos seus quartos. E um destes, utentes, aceitou que os objectos perigosos com que decorava o seu quarto fossem guardados noutra compartimento da sua casa, numa caixa fechada, (por se tratarem de armas brancas, armas de fogo que pertenceram aos seus avós).
- Duas utentes passaram a manifestar agrado pela minha presença, bem como dos restantes técnicos, quando me acompanharam. Passaram a abrir a porta, mesmo, quando se encontravam sozinhas em casa e ofereciam da sua comida, comportamentos nunca apresentados anteriormente, aceitavam a administração de terapêutica neuroléptica depôt no domicílio, já com menor resistência, mas mantendo recusa em sair das suas casas.

Neste contexto domiciliário da intervenção em saúde mental e psiquiátrica - “casa” suscita-me, muito para além do espaço físico, uma continuação do espaço psíquico, numa dimensão de organização própria, contentora, onde os limites pessoais se revêem e inscrevem no próprio espaço físico.

Penso que o próprio acto “entrar em casa” do utente, foi muitas vezes o início do estabelecimento da aliança terapêutica. Grande parte dos utentes inicialmente receberam-me à porta de sua casa, progressivamente permitiram que entrasse numa das divisões, alargando com o tempo o número de divisões apresentadas/conhecidas. Parece-me que este movimento tem correspondência à evolução do estabelecimento e consolidação da relação terapêutica numa dimensão de abertura do “espaço psíquico” do utente.

Nenhum dos utentes permitiu que entrasse em sua casa na primeira consulta, a não ser quando se encontravam acompanhados. No final das quatro semanas, três dos utentes permitiram que eu conhecesse outra divisão, da casa, para além daquela em que era recebida

habitualmente.

A relação pretende promover a receptividade do destinatário aos cuidados, aceitando-os, fomentando a auto-responsabilização num clima de acolhimento, respeito, disponibilidade e continuidade. Na medida em que só a relação em continuidade permite conhecer, reconhecer e aprender; no sentido de integrar as pequenas ou grandes diferenças que não tinham sido vislumbradas anteriormente (Sá, 2007).

Na operacionalização da consulta foi importante, em minha opinião, a sistematização da colheita de dados, concretizada na criação de um guia de apoio à consulta.

Considero ter desenvolvido um conjunto de competências terapêuticas no âmbito das técnicas de comunicação, valores e experiência de vida na relação de ajuda atingido um dos objectivos a que me tinha proposto neste módulo - “Prestar cuidados diferenciados de enfermagem à pessoa/ família na optimização da sua qualidade de vida”, consolidando saberes que a OE define como fundamentais no perfil do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica:

“Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diferentes contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.” e “Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família e comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2009 p.22 e 23).

Para responder aos objectivos estabelecidos para a consulta de enfermagem no domicílio foi também essencial a análise da informação colhida (e registada), e a tomada de decisão como estratégia para (re)elaborar planos de cuidados em colaboração com o utente/família. Daqui surgiram cuidados ao utente/família que responderam a necessidades concretas e anteciparam problemas potenciais. Neste processo foi fundamental apoiar os pontos fortes de cada utente/família em proveito de novas oportunidades de ensino/aprendizagem promovendo um crescente auto-cuidado e potenciando um papel mais activo no projecto terapêutico.

Considero que um importante contributo para a concretização dos ganhos em saúde obtidos se relacionou com a necessidade (por mim sentida) de investir, de modo contínuo, na relação com o utente/família com necessidades em saúde mental. Esta necessidade exigiu em mim uma maturidade pessoal e profissional onde a ética, a deontologia e o auto-questionamento se constituíram referenciais permanentes. Considero que, este investimento, me fez encontrar um novo e maior sentido nas palavras de Vieira (2008, p.7).

“Os enfermeiros trabalham com as pessoas ao longo do ciclo de vida, saudáveis e doentes, em ambientes de alta tecnologia como as Unidades de Cuidados Intensivos, ou no domicílio mais pobre do país, onde a principal arma terapêutica é o próprio enfermeiro e a relação que estabelece”.

Através da relação de ajuda estabelecida e da avaliação dos cuidados prestados aos utentes/famílias, foi possível atingir os objectivos da consulta.

- Avaliar situações que possam comprometer ou alterar o estado de saúde mental da pessoa,
- Promover estratégias adaptativas ao binómio Saúde/Doença;
- Implementar intervenções psicoeducativas no âmbito do reconhecimento precoce de sinais e sintomas de descompensação;

E deste modo atingir outro dos objectivos a que me tinha proposto neste módulo III do estágio - Prestar cuidados de âmbito psicossocial e psico-educacional à pessoa/família ou comunidade com necessidades em saúde mental, fortalecendo competências que a OE define como fundamentais no perfil do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica:

“Identifica os resultados esperados com a implementação dos projectos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.”;
“Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.”; *“Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente e família, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados” e “Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental”* (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.25 e 26).

Segundo, Fazenda (2008) as funções e laços de solidariedade da rede social pessoal⁶ representam um enorme contributo para a manutenção da saúde e para inserção social das pessoas com doença mental grave.

A mobilização do contexto individual e comunitário do utente/família constituíram mais-valias no projecto terapêutico e conseqüentemente na qualidade de vida dos utentes/famílias com doença mental. Pois tratando-se, a doença mental, de um fenómeno complexo, que afecta não só a pessoa mas também todo o seu meio envolvente, os cuidados de enfermagem prestados, aos utentes, *in loco* permitiram uma intervenção global mais efectiva.

Foi possível, por exemplo diminuir o isolamento social na maioria das situações. A concretização da melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde mental na comunidade permitiram-me alcançar o objectivo - Mobilizar o contexto e dinâmica individual de forma a manter, melhorar ou recuperar a saúde mental da pessoa/família, consolidando competências que a OE define como fundamentais no perfil do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica:

⁶ Rede Social pessoal Sluzki (1996, citado por Fazenda, 2008, p. 82) define-a “como a soma de todas as relações que o individuo percebe como significativas e define como diferenciadas da massa anónima da sociedade. Essa rede contribui para o seu próprio reconhecimento como individuo, para o seu papel, competência e protagonismo da sociedade e ainda a capacidade de enfrentar a adversidade ou outras situações de crise”.

“Compromete-se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiátrica, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.24).

A consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário surge integrada no *Pro-Actus*, o qual tem como objectivo prestar de cuidados de saúde mental e psiquiátricos na comunidade às pessoas com doença mental grave e suas famílias. Assim a dinamização deste projecto (*Pro-Actus*) surgiu como a oportunidade de ampliar a consciência dos parceiros comunitários, procurando prestar cuidados de saúde mental integrados, mais humanos “sensíveis e completos” tal como defende Leff (2000, p.54,) porém para que esta condição se possa verificar importa “maior consciencialização da humanidade das necessidades dos doentes mentais” nas palavras do mesmo autor (Leff, 2000, p.56).

Deste modo, a possibilidade de solicitar o contributo das diferentes estruturas da comunidade na identificação de recursos a mobilizar para os utentes/famílias que acompanhei no módulo III do meu estágio contribuíram para uma maior aproximação da comunidade à pessoa/família com necessidades de saúde mental, contribuindo para estes poderem ter condições mais favoráveis ao exercício da sua cidadania.

Considero ter atingido o objectivo: Dinamizar a articulação com as estruturas de saúde locais e outros parceiros sociais da comunidade, indo ao encontro de uma das competências definidas pela OE para o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica (*EESM*):

“Concebe, planifica e desenvolve projectos de Desenvolvimento Comunitário Participativo para o estabelecimento de ambientes promotores de saúde mental, em estreita colaboração entre os cuidados de saúde primários e os parceiros sociais” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.25).

2.3.2. Avaliação da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário

A implementação da consulta de enfermagem constituiu-se como o culminar de um processo

construtivo (sistematização, planeamento e implementação), de uma prática de enfermagem direccionada às especificidades de pessoas com doença mental grave a residir na comunidade. Ciente da importância da perspectiva do utente na estruturação da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário e como estratégia de melhoria contínua da qualidade pareceu-me útil auscultar a satisfação dos utentes por mim seguidos.

O conceito de satisfação surge referenciado na literatura como um conceito subjectivo, multifactorial e complexo, que reflecte as intervenções terapêuticas e o funcionamento global do serviço (Basauri, 1993). Assim e devido à subjectividade deste conceito foi necessário primeiramente, proceder à operacionalização do mesmo. Para tal solicitei à equipa do Pro-Actus que identificasse elementos associados ao conceito de satisfação susceptíveis de avaliar.

Na confrontação, com os objectivos estabelecidas para a própria consulta de enfermagem, dos elementos identificados pela equipa como relevantes na auscultação da satisfação e de acordo com pesquisa bibliográfica efectuada foram identificadas quatro dimensões a auscultar:

- Acessibilidade (ligada ao acesso a cuidados e também relativa a tempos de espera e horário de funcionamento)
- Efectividade (relaciona-se com a relação entre os recursos disponíveis e as necessidades da população)
- Continuidade (refere-se à garantia de continuidade de cuidados ao longo do tempo e à coordenação com outros elementos da equipa ou outros serviços)
- Aspectos interpessoais (diz respeito à mobilização de competências interpessoais necessárias no estabelecimento e continuidade de uma relação terapêutica)

(Basauri, 1993)

Estas dimensões constituíram-se como o referencial para a elaboração de um instrumento passível de aferir a satisfação dos utentes acompanhados em consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário, indo ao encontro das recomendações da OE que referem que “Na procura permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.11).

Foram ainda definidos, para cada dimensão identificada, indicadores que permitissem medir o conceito de satisfação associado. Posteriormente, foram elaboradas um conjunto de proposições, passíveis de auscultar a satisfação dos utentes.

Assim para a dimensão **acessibilidade** enumeraram-se os factores envolvidos na intervenção no contexto domiciliário, como: utilidade da enfermeira se deslocar ao domicílio, tempo e esforço dispendido para a marcação da consulta de enfermagem no domicílio e horário em que a intervenção é efectuada.

Elaboraram-se então as seguintes proposições:

“Para mim é importante que a enfermeira venha à minha casa quando eu não posso ir à unidade”.

“Penso que os horários em que a enfermeira vem à minha casa são ajustados às minhas rotinas”.

“Quando eu preciso de falar com a enfermeira é fácil contactá-la”.

Para a dimensão **efectividade** foram considerados os aspectos relacionados com o número de enfermeiros disponíveis e articulação interdisciplinar, construindo as seguintes proposições:

“Penso que o número de vezes que a enfermeira vem à minha casa é suficiente para as minhas necessidades”.

“É importante que, quando necessito, a enfermeira peça ajuda a outros profissionais (assistente social, terapeutas ocupacionais e médicos) ”.

Para a dimensão **continuidade** dos cuidados foram identificadas a regularidade dos cuidados prestados ao utente e ganhos obtidos (em saúde), elaborando as proposições:

“Desde que a enfermeira vem à minha casa, sinto-me capaz de fazer coisas que antes não fazia. (Alimentação, higiene, tomar os medicamentos). ”

“Acho que a enfermeira me ajuda a resolver as minhas dificuldades (medicação, alimentação, higiene) ”.

Na dimensão relacionada com os **aspectos interpessoais** consideraram-se: empatia, respeito, uso de uma linguagem adequada, como aspectos que facilitam o estabelecimento de uma relação terapêutica e contribuem para a resolução de problemas concretos, elaborando as seguintes proposições:

“Acho que a enfermeira compreende as minhas dúvidas.”

“Considero que a enfermeira usa uma linguagem que eu compreendo.”

“Penso que a enfermeira respeita as minhas decisões.”

Optei por respostas fechadas deixando um campo aberto para que os utentes pudessem deixar comentários ou sugestões.

Quanto à apresentação do documento foi minha preocupação identificar a instituição, o objectivo deste e a garantia de anonimato, colocar uma referência precisa sobre o modo de preenchimento e equacionar a disposição gráfica e o número de páginas.

O número de proposições consideradas adequado foi de 10 e estas abrangem toda as dimensões que pretendi conhecer. Procurei que o número de proposições não fosse exaustivo, razão pela qual não incluí questões de confirmação mútua. Esta foi uma opção consciente de modo a evitar o efeito dissuasor sobre os inquiridos, e a probabilidade de não respostas. Procurei elaborar proposições claras e compreensíveis.

No sentido de verificar a compreensão, sequência e o aspecto global do instrumento apliquei-o a três utentes, que haviam tido alta do Pro-actus. Por sugestão de um destes utentes, foi aumentado o tamanho da letra e o espessamento entre elas para facilitar a leitura do documento (Anexo 7).

As respostas ao instrumento operacionalizaram-se através da utilização de uma escala de Likert, a qual pressupõe a apresentação de uma serie de proposições, devendo o utente indicar a sua opinião, associando a cada uma delas um número: 1 - concordo totalmente, 2 - concordo, 3 - discordo e 4 - discordo totalmente. Eliminei a opção *sem opinião*, uma possibilidade validada na literatura (Fortin, 2009), de forma a medir respostas negativas ou positivas a uma afirmação. As respostas foram cotadas com as pontuações +2, +1, -1, -2, respectivamente.

Apliquei o instrumento, no período de 15 a 19 de Novembro de 2010, a todos os utentes a quem efectuei mais de três consultas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica no domicílio, no período de 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010 (duração do III módulo de estágio).

Como critérios de exclusão à aplicação do instrumento estabeleci:

- Pessoas em fase aguda da doença (sintomatologia psicótica) e portadoras de síndromes demenciais e tóxicos. Uma vez que, do ponto de vista ético-deontológica as pessoas poderiam não ser capazes de assumir a sua participação de forma livre e esclarecida e também porque a coerência das respostas e a consequente validade poderia ficar comprometida.
- Foram também excluídos todos os utentes que não sabiam ler nem escrever. Este critério de exclusão foi introduzido por não estarem acauteladas as condições necessárias à confidencialidade e viabilidade das respostas.

Dos 15 utentes acompanhados em consultas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário, no período acima mencionado, destaco que:

- Três utentes foram excluídos, dois por se apresentarem em fase aguda das suas doenças (sintomatologia psicótica) e o outro, utente, por ter sido internado;
- 12 utentes responderam.

Após explicitado o objectivo desta auscultação, foi solicitado o seu preenchimento, e que posteriormente fosse colocado no envelope e fechado. Envelope este que foi entregue na consulta seguinte.

Após a recolha procedeu-se à análise dos resultados obtidos dos doze utentes auscultados.

Verificou-se que os utentes acompanhados em consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário manifestam elevado grau de satisfação, o que significa que na maioria das proposições a opção de resposta variou entre *concordo* e *concordo totalmente*. Importa salientar que em nenhuma das proposições se registou a *resposta discordo* ou *discordo totalmente*.

Numa análise da satisfação global por dimensões apurou-se que a dimensão que obteve maior grau de satisfação foi a efectividade – remetendo, como já foi dito, para a adequação ajustada entre os recursos disponíveis e as necessidades identificadas pelos utentes com grande ênfase na prestação de cuidados em contexto domiciliário, como se observa no gráfico 1.

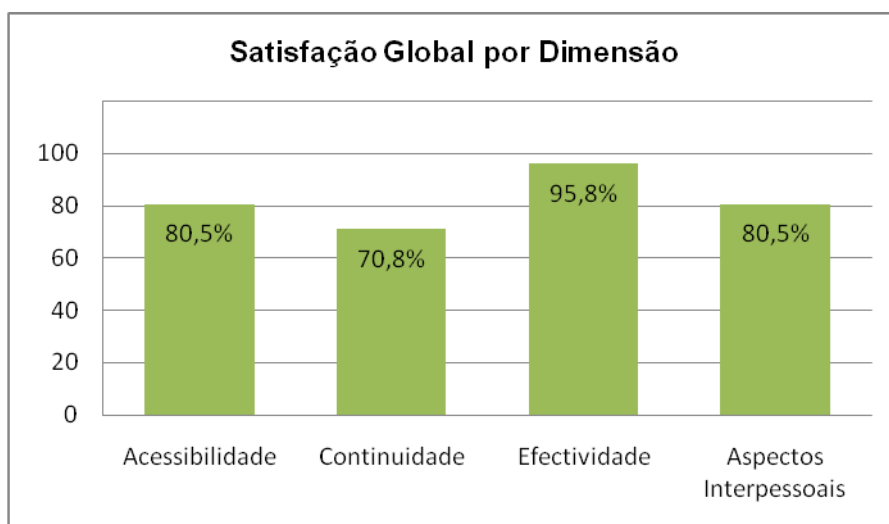


Gráfico 1: Avaliação da satisfação global por dimensão

Passando à análise de cada uma das dimensões avaliadas, verifica-se que na dimensão **efectividade** (relação entre recursos disponíveis e necessidades) em que as proposições analisadas foram:

- “Penso que o número de vezes que a enfermeira vem à minha casa é suficiente para as minhas necessidades”
- “É importante que, quando necessito, a enfermeira peça ajuda a outros profissionais”

100% dos inquiridos, no caso da primeira proposição, respondeu concorda totalmente, como se pode verificar no gráfico nº2, e na segunda 92% afirmou concordar totalmente e 8% concordar (ver gráfico nº3).



Gráfico 2: Resultado percentual da proposição *Penso que o número de vezes que a enfermeira vem à minha casa é suficiente para as minhas necessidades.*



Gráfico 3: Resultado percentual da proposição *É importante que, quando necessito, a enfermeira peça ajuda a outros profissionais.*

Em termos globais esta dimensão (efectividade) obteve 96% de respostas *concordo totalmente* e 4% *concordo*. Este resultado parece reflectir um dos objectivos inerentes à própria consulta

de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário, uma vez que pretende colmatar um défice de resposta, reconhecido pela própria equipa da UCCPO, às pessoas que pela sua vulnerabilidade não conseguem mobilizar recursos e meios para aceder aos cuidados de saúde. Esta consulta afigurou-se como uma possibilidade de adequar as respostas em saúde mental e psiquiatria ao contexto e às necessidades identificadas pelos próprios utentes e famílias.

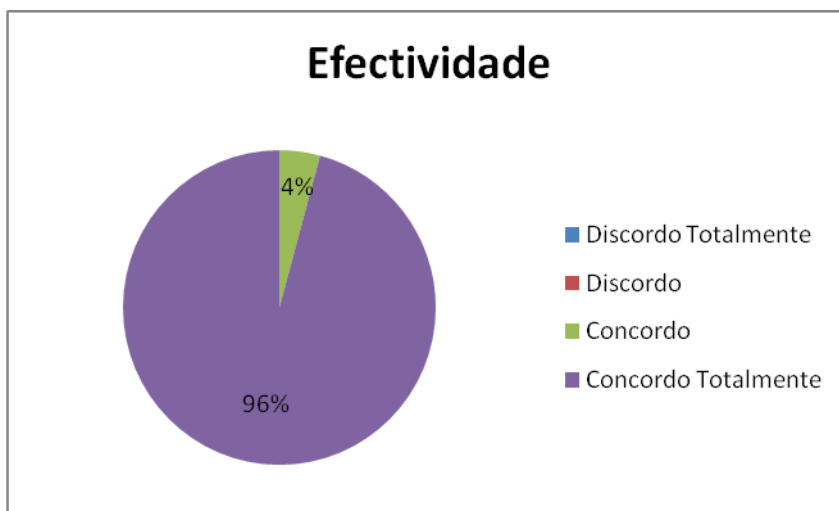


Gráfico 4: Resultado percentual da dimensão *Efectividade*

Quanto à dimensão **acessibilidade**, a qual está relacionada com o acesso equitativo aos cuidados de saúde, e que engloba as proposições:

- “Para mim é importante que a enfermeira venha à minha casa quando eu não posso ir à unidade”.
- “Penso que os horários em que a enfermeira vem à minha casa são ajustados às minhas rotinas”.
- “Quando eu preciso de falar com a enfermeira é fácil contactá-la”.

Apurou-se que na primeira proposição enumerada nesta dimensão, 92% *concorda totalmente* e 8% *concorda* como ilustra gráfico nº 5. Mais uma vez não se registam respostas de *discordo* e *discordo totalmente*.

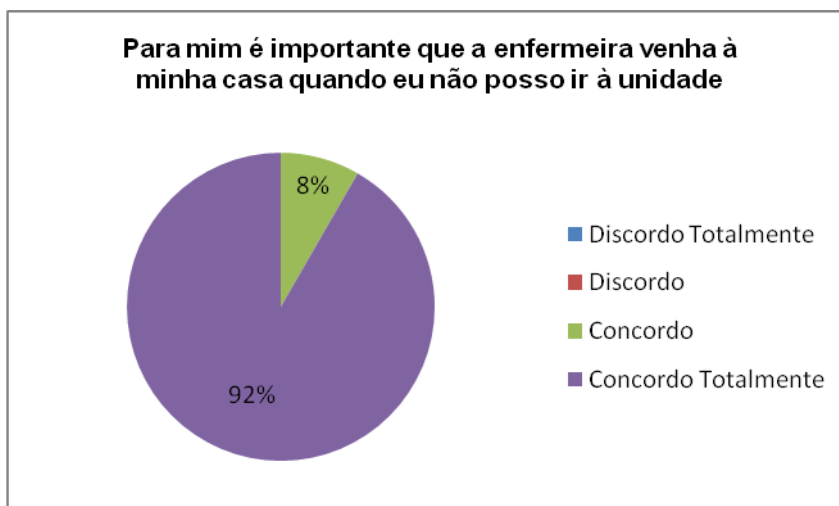


Gráfico 5: Resultado percentual da proposição *Para mim é importante que a enfermeira venha à minha casa quando eu não posso ir à unidade.*

Na avaliação da adequação dos horários da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário às rotinas dos utentes (segunda proposição analisada) 58% responderam *concordo totalmente* e 42% *concordo*, tal como está ilustrado no gráfico nº 6.

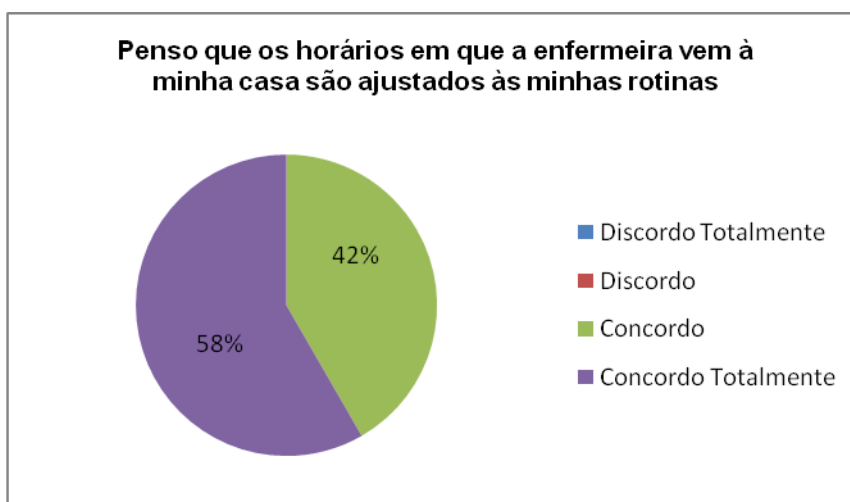


Gráfico 6: Resultado percentual da proposição *Penso que os horários em que a enfermeira vem à minha casa são ajustados às minhas rotinas.*

No que se refere à facilidade de contacto com a equipa de enfermagem (terceira proposição) 92% dos inquiridos responderam *concordo totalmente* e 8% *concordo*, como está demonstrado no gráfico nº7.

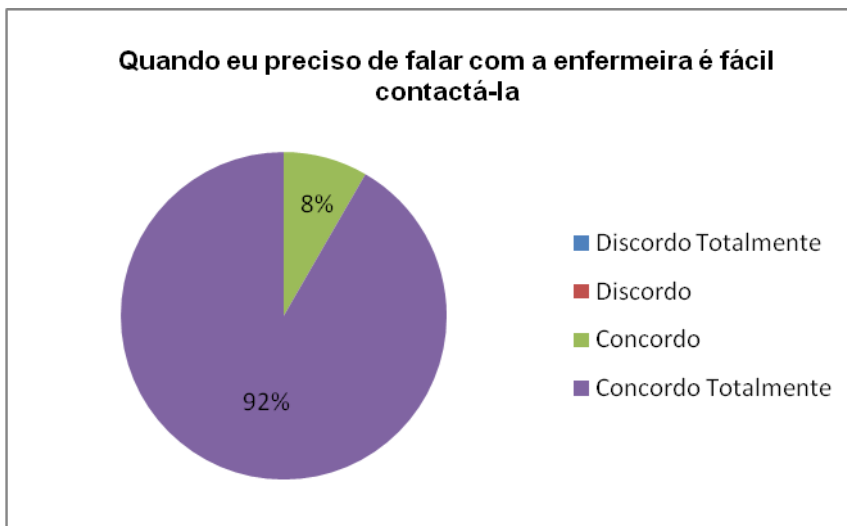


Gráfico 7: Resultado percentual da proposição *Quando eu preciso de falar com a enfermeira é fácil contactá-la*.

Na caracterização global desta dimensão os resultados obtidos foram 81% *concordo totalmente* e 19% *concordo* como se ilustra no gráfico nº8. Na estruturação da consulta de enfermagem a questão da acessibilidade é um aspecto fundamental atendendo a que a dificuldade em reconhecer e procurar cuidados de saúde compromete o acesso aos mesmos, desta forma a intervenção em contexto domiciliário parece ser a resposta mais ajustada promovendo a equidade nos cuidados de saúde.

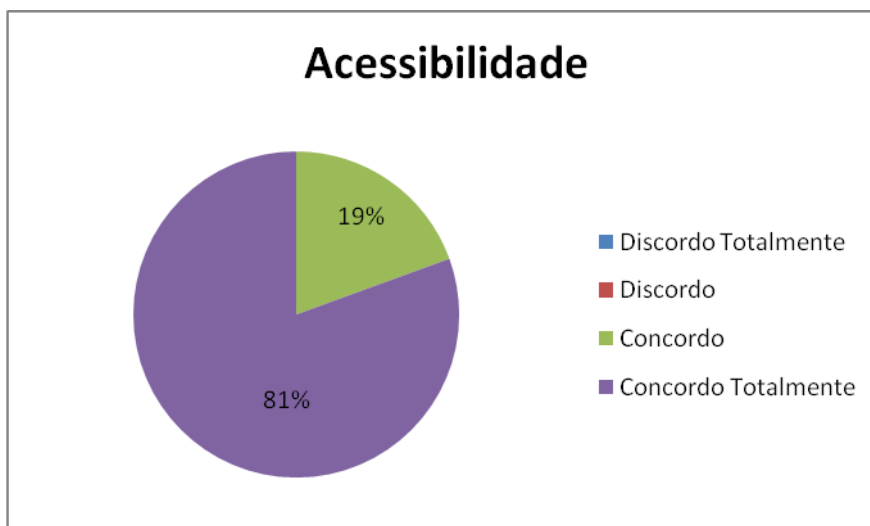


Gráfico 8: Resultado percentual da dimensão *Acessibilidade*

A dimensão **continuidade** pretende avaliar a continuidade e a coordenação dos cuidados prestados e inclui, como já referido, as seguintes proposições:

- “Desde que a enfermeira vem à minha casa, sinto-me capaz de fazer coisas que antes não fazia (Alimentação, higiene, tomar os medicamentos). ”
- “Acho que a enfermeira me ajuda a resolver as minhas dificuldades (medicação, alimentação, higiene) ”.

Na primeira proposição 75% dos utentes responderam *concordo totalmente* e 25% *concordo*, tal como se observa no gráfico nº9. Quanto à segunda proposição analisada verificou-se que 67% das respostas se situavam no *concordo totalmente* e 33% no *concordo*, tal como ilustra o gráfico nº10.

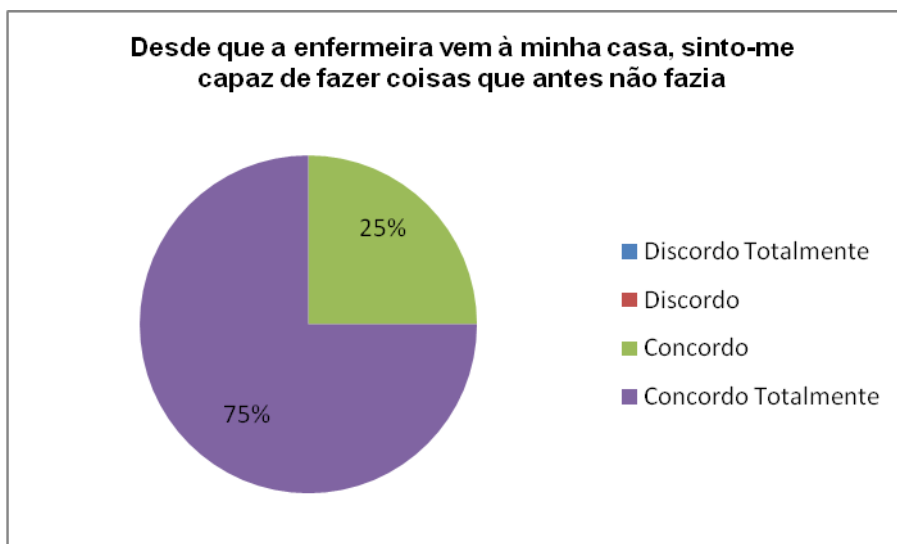


Gráfico 9: Resultado percentual da proposição *Desde que a enfermeira vem à minha casa, sinto-me capaz de fazer coisas que antes não fazia*.

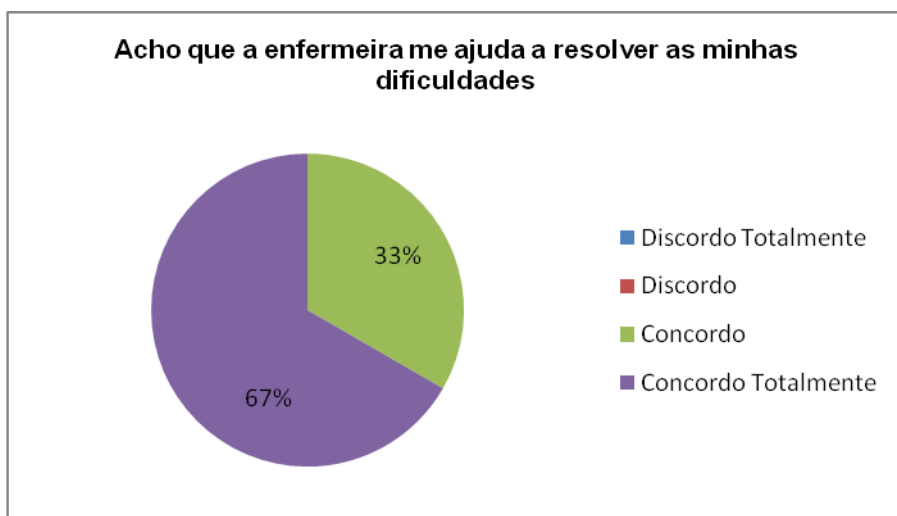


Gráfico 10: Resultado percentual da proposição *Acho que a enfermeira me ajuda a resolver as minhas dificuldades*.

Na dimensão continuidade, numa perspectiva geral, 71% responderam *concordo totalmente* e 29% *concordo*, como se pode constatar no gráfico nº11. Em grande parte dos utentes acompanhados verificava-se uma não adesão/descontinuidade ao projecto terapêutico. Assim, a consulta de enfermagem parece possibilitar o retomar do projecto terapêutico numa dimensão de continuidade. Importa salientar que, na minha óptica, esta dimensão da continuidade é influenciada pelo tempo de intervenção, isto é, um utente acompanhado quatro semanas terá uma perspectiva diferente desta dimensão do que um utente acompanhado há quatro meses. Numa avaliação posterior parece-me importante relacioná-la com o tempo de acompanhamento.

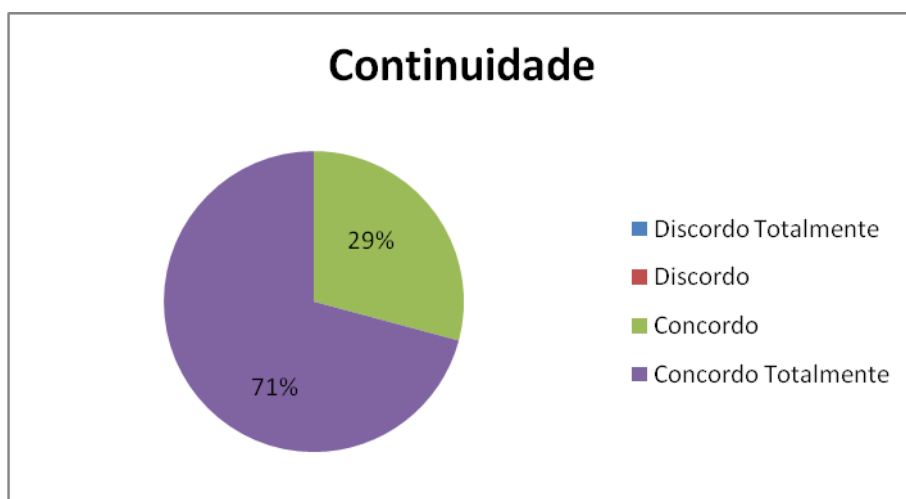


Gráfico 11: Resultado da dimensão *Continuidade*

Por último, a dimensão dos **aspectos interpessoais**, que se relaciona com a mobilização de competências interpessoais no estabelecimento da relação terapêutica, abarca as seguintes proposições:

- “Acho que a enfermeira compreende as minhas dúvidas.”
- “Considero que a enfermeira usa uma linguagem que eu compreendo.”
- “Penso que a enfermeira respeita as minhas decisões.”

Na primeira proposição 67% responderam *concordo totalmente* e 33% *concordo*, não se obtiveram respostas *discordo* e *discordo totalmente*, como se confirma no gráfico nº 12.

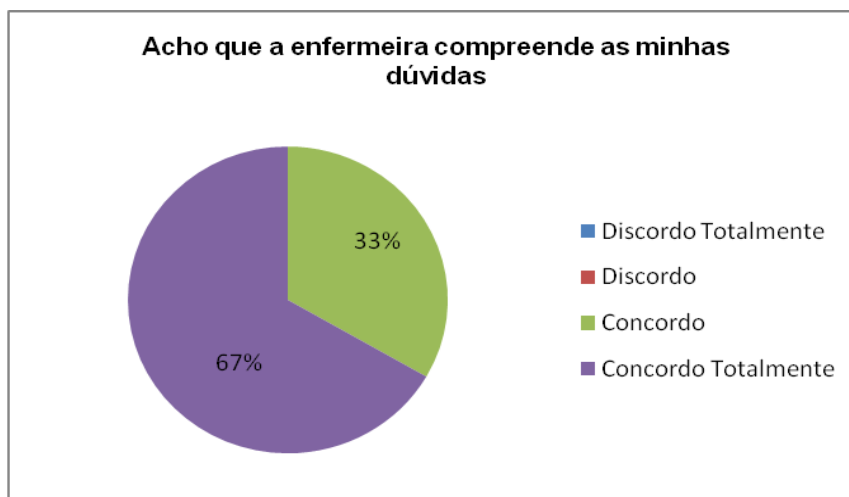


Gráfico 12: Resultado percentual da proposição *Acho que a enfermeira compreende as minhas dúvidas*

Na questão *Considero que a enfermeira usa uma linguagem que eu compreendo* 83% dos utentes responderam *concordo totalmente* e 17% *concordo*, como o gráfico nº 13 ilustra.

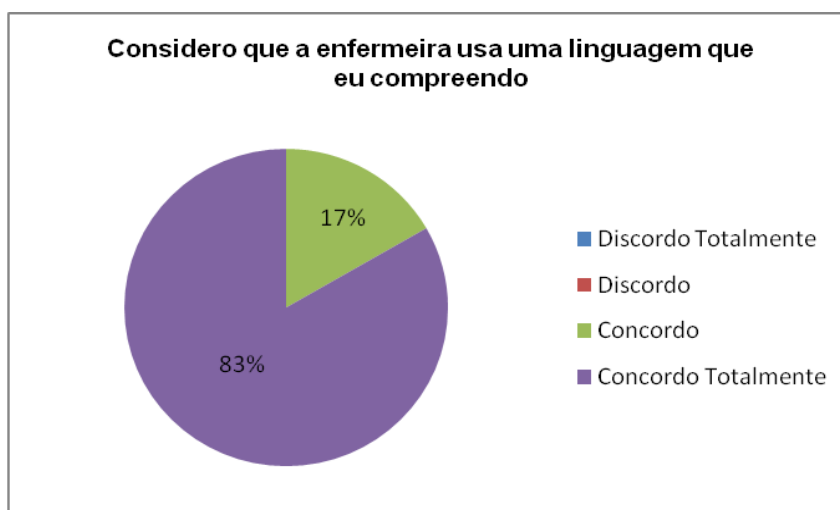


Gráfico 13: Resultado percentual da proposição *Considero que a enfermeira usa uma linguagem que eu compreendo*.

E na proposição *Penso que a enfermeira respeita as minhas decisões* 92% refere *concordo totalmente* e 8% *concordo*, como se observa no gráfico nº14.



Gráfico 14: Resultado percentual da proposição *Penso que a enfermeira respeita as minhas decisões*.

Nesta dimensão, em termos gerais, 81% dos utentes diz *concordar totalmente* e 19% *concorda*, como se conclui na observação do gráfico nº 15. Em minha opinião, esta dimensão encerra uma multiplicidade de factores intersubjectivos por si só difíceis de avaliar. Factores que parecem prender-se com a intersubjectividade no estabelecimento da relação terapêutica: empatia, autenticidade, respeito da decisão do utente. O estabelecimento de uma relação terapêutica, na possibilidade da partilha autêntica da tomada de decisão com o utente parece constituir-se como basilar na estruturação da consulta de enfermagem e fundamental para a continuidade do projecto terapêutico. A aproximação ao outro numa dimensão de cuidado, relação terapêutica parece constituir-se como um factor de franca satisfação dos utentes.

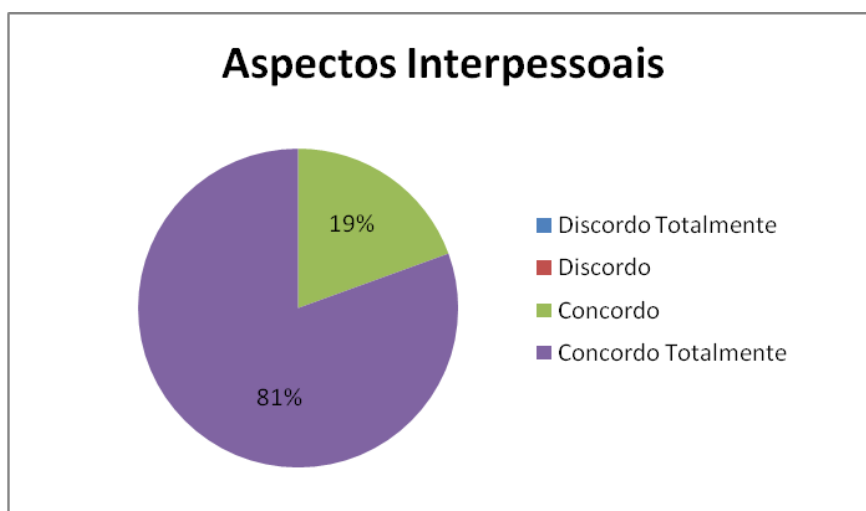


Gráfico 15: Resultado percentual da dimensão *Aspectos Interpessoais*

É de salientar que em nenhuma das proposições se verificou a resposta *discordo totalmente* e *discordo*. Neste sentido, os resultados aqui apresentados reflectem uma resposta que varia entre o *concordo totalmente* e o *concordo*.

Os resultados obtidos na auscultação da satisfação dos utentes seguidos em consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário não podem, em minha opinião, ser extrapolados e generalizados uma vez que foram aplicados num contexto específico e pela equipa que presta cuidados. A sua utilidade pode ser considerada indicativa e orientadora dos aspectos a reconsiderar na estruturação desta intervenção e na própria prestação de cuidados, numa estratégia de melhoria contínua da qualidade. Nesta linha, parece-me útil auscultar a satisfação dos utentes aquando da alta da consulta.

Relativamente ao espaço destinado a sugestões e comentários apenas um utente fez uma sugestão que por ser única, não foi trabalhada e passo a transcrever: “Desculpe ter que cá vir mas é bom para mim.” SIC [Q7].

Sintetizando, este capítulo focalizou as intervenções, por mim desenvolvidas, enquanto aluna do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Assim, descrevi as etapas subjacentes à implementação da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário, estabelecendo objectivos, para este módulo de estágio, concordantes com os previamente definidos para a consulta. As actividades foram seleccionadas de acordo com as necessidades em saúde mental apresentadas.

A relação terapêutica foi a plataforma que permitiu sustentar todas as intervenções. Considero que o uso desta e a continuidade dos cuidados foram a base da estruturação da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário.

Consciente da importância da interacção pessoa/ambiente foi fundamental sensibilizar, mobilizar e envolver a comunidade, dinamizando a articulação entre o *Pro-Actus* e as estruturas comunitárias. Intervir na comunidade implica a responsabilização do todo na criação de uma rede social pró-activa como fonte de suporte (emocional e funcional).

Implementada a consulta, tornou-se relevante auscultar a satisfação dos utentes, a seu respeito, de modo a imprimir um controlo na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

A reflexão, partilha e necessidade de envolvimento do “eu na relação” possibilitaram-me progredir ao encontro de uma elevada capacidade de promoção do desenvolvimento pessoal e profissional.

Colocar-me perante os outros numa postura de clara disponibilidade, partilha e aprendizagem, explicitando o desejo de crescer enquanto pessoa e enfermeira, exigindo em mim a capacidade de extrair significado das vivências da prática fez-me mobilizar, o maior conjunto de exigências e saberes, adquiridos ao longo do meu percurso académico e profissional. Como refere Neto (2004) é fundamental integrar as nossas próprias limitações e potencialidades, disponibilizando-nos a descobrir com aqueles que cuidamos e não temendo a partilha de poder, na aliança terapêutica que com eles criamos.

Também a reflexão sistemática sobre o conhecimento, a mobilização de conceitos, e a possibilidade de os integrar, foram importantes contributos para a gestão da incerteza e para a complexidade de cuidados com que me deparei. Julgo, que a reflexão sobre o conhecimento e a integração dos sentimentos, pensamentos e acções foi uma estratégia que em muito contribui para a elevada capacidade de promoção do desenvolvimento pessoal.

O crescimento proporcionado quando se ousa reflectir, é, em meu entender, muito semelhante ao conceito de aprendizagem significativa de Novak (2000), o qual defende que, esta é a base da integração construtiva do pensamento, dos sentimentos e das acções que levam à capacitação humana, ao compromisso e à responsabilidade. Penso que este pensamento crítico do processo formativo me permitiu um maior desenvolvimento do meu desempenho a vários níveis, procurando aperfeiçoar a minha capacidade para prestar cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Uma outra estratégia que se mostrou fulcral para aumentar a minha capacidade de promoção do desenvolvimento pessoal e profissional foi indubitavelmente a inter-visão e a supervisão enquanto espaços de partilha, de questionamento, de reformulação da vivência da prática clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

A inter-visão e a supervisão mostraram-se úteis no garante da qualidade, da segurança, da satisfação e desenvolvimento de competências perante situações ora de elevada subtileza ora de grande complexidade.

Também a partilha de uma visão abrangente das várias áreas interligadas à enfermagem foi uma mais-valia no meu desenvolvimento pessoal e profissional, pois a especialização e a interdisciplinaridade do conhecimento constituem-se especificidades da intervenção na comunidade, na área da saúde mental e psiquiátrica, a qual só se completa se os profissionais de diferentes áreas aceitarem a partilha do comum, a responsabilização do individual e o reconhecimento de que o destinatário dos cuidados é o elemento central, a finalidade última da intervenção - a Pessoa e a sua envolvente.

3. CONCLUSÃO

A enfermagem localiza-se hoje numa plataforma onde a especialização, a interdisciplinaridade e a internacionalização do conhecimento se constituem desafios na trajectória da construção à apropriação do saber.

Como enfermeira, sou chamada a exercer a minha profissão de acordo com elevados padrões de conhecimento e assim, sou responsável do meu próprio desenvolvimento.

Este relatório surge no culminar de uma etapa formativa e apresenta o trabalho desenvolvido no âmbito dos módulos de estágio do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O objectivo que estabeleci para os dois módulos do meu estágio (tendo em conta que um dos módulos me foi creditado) foi sistematizar a consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário. Procurei apresentar o percurso efectuado nesta trajectória desde o planeamento (módulo I) à implementação da consulta (módulo III).

Penso que a consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário é uma estratégia de enfermagem diferenciada que o enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica desenvolve, indo ao encontro das necessidades de saúde mental da população, tal como preconizado no PNSM 2007/ 2016 (2007).

A realização da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário foi implementada e actualmente é uma actividade diária que as enfermeiras realizam, no âmbito do projecto de intervenção comunitária – *Pro-Actus*, na UCCPO.

A sistematização, desta consulta, permitiu a elaboração de um conjunto de instrumentos que a apoiam e orientam. Possibilitou, ainda, espaços de partilha e reflexão, potenciou redes de articulação com as estruturas locais, proporcionou a avaliação de situações que possam comprometer ou alterar o estado de saúde mental da pessoa/família e melhorou a acessibilidade aos cuidados de saúde mental na comunidade.

O instrumento criado: Guia de Orientação da Consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário permite basear a intervenção em condutas sustentadas teoricamente, conferindo maior qualidade e consistência à prática dos cuidados de enfermagem prestados.

A aproximação a uma linguagem padronizada (CIPE® 1.0, 2005) e o uso de linhas orientadoras é, em meu entender, um importante contributo na sistematização da informação, para a prestação dos cuidados de enfermagem, facilitando a sua avaliação contínua, transmissão de informação e a articulação com os parceiros.

A implementação da consulta de enfermagem veio responder a uma lacuna identificada pela

equipa, uma vez que encontrando-se o *Pro-Actus* em fase de arranque era oportuno delinear moldes de intervenção capazes de responder eficazmente às pessoas com necessidades em saúde mental.

O conhecimento prévio do contexto de actuação e a planificação da intervenção, na minha opinião, reflecte-se em ganhos em saúde na medida em que criou espaços propícios para (re)construir (pré)conceitos associados à doença mental, sensibilizando os parceiros comunitários na promoção da cidadania.

A existência de uma intervenção estruturada permite monitorizar e avaliar o trabalho realizado de uma forma mais fidedigna.

O percurso formativo/reflexivo, por mim, vivenciado em torno da sua preparação e implementação contribuiu para o meu desenvolvimento, este decorreu como que num movimento de espiral crescente, onde foi importante muitas vezes: parar para olhar com maior distância, escutar os que me acompanhavam nesta inter e supervisão, procurar compreender o que os destinatários dos cuidados muitas vezes expressavam, pensar como tudo se poderia co-relacionar para passar a agir de modo sistematizado e apoiado na evidência.

Estou convicta, de que a experiência adquirida em contexto profissional, a formação efectuada e os ensinamentos clínicos realizados me proporcionaram um desenvolvimento de competências, nos vários domínios do saber e da mestria próprios da especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Penso que adquirir a capacidade para me mobilizar como “instrumento terapêutico”, que desenvolvi “conhecimentos e capacidades” que me permitem “estabelecer relações de confiança e parceria” com as pessoas, famílias e comunidades a quem cuido. Revejo-me nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Ao concluir esta etapa da minha formação, e com ela o presente relatório estou consciente de que o acesso ao título de enfermeira especialista de saúde mental e psiquiátrica, amplia as minhas responsabilidades, todavia considero que me mune também de:

“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 especializado” (OE 2009, p.10).

Como dificuldades deste estágio aponto o factor tempo. A sistematização da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário engloba um conjunto de procedimentos complexos, difíceis de concretizar nas horas previstas para o estágio. Assim, foi necessário otimizar recursos e envolver os pares. O módulo III de estágio não permitiu avaliar

o grau de satisfação dos familiares dos utentes acompanhados nesta consulta, aspecto que está neste momento a decorrer mas cujos resultados não estarão disponíveis para incluir no presente relatório.

Considero importante, em trabalhos futuros, avaliar em que medida a implementação da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário permite ampliar as funções da rede de suporte social; bem como, o impacto que tem na mobilização dos recursos internos dos utentes, nesta perspectiva da pessoa como “casa” de si própria e “casa” como dimensão maior de cada pessoa. Numa perspectiva de profunda inter-relação entre o ambiente interno e o ambiente externo e na importância da significação dos mesmos, numa convergência à relação.

Penso que será, igualmente, pertinente avaliar o impacto da consulta ao nível da redução do abandono ao projecto terapêutico, número de dias de internamento ou redução do número de internamentos compulsivos, dos utentes acompanhados em consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário.

Por fim, parece-me que seria interessante a possibilidade de estabelecer um protocolo com Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa no sentido de promover um grupo de investigação na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Comunidade.

4. BIBLIOGRAFIA

- ABREU, Wilson – **Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico: Fundamentos, Teorias e Considerações Didácticas**. Coimbra: Formasau, 2007. 295p. ISBN 978-8485-87-0.
- ALARCÃO, Isabel; ROLDÃO, Maria do Céu Supervisão. **Um contexto de desenvolvimento profissional dos professores**. Edição Pedagogo, 2008. 95 p. ISBN: 978-972-8980-57-3
- ALMEIDA, Caldas - **Plano Nacional de Saúde Mental. 2007-2016**. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental., 2009.
- AMARO, Fausto - **A Classificação das Famílias segundo a Escala de Graffar**. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso, 2001.
- BARKER, Phil; BUCHANAN-BARKER, Poppy. **The Tidal Model – A guide for mental health professionals**. Ed. Brunner- Routledge. Hove and New York. 2005. 274p. ISBN: 0-203-34017-5
- BASAURI, Victor – **Evaluación de Servicios de Salud Mental**. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatria, 1993. 479p. ISBN 84-604-7206-X
- BOLANDER, Verolyn -**Sorensen e Luckmann enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica**.Lisboa : Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5.
- CAMPOS, Luísa – **Doença Mental e prestação de cuidados** Lisboa: UC Editora Unipessoal, Lda, 2008. 155p. ISBN 978-972-0240-5.
- CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE LISBOA, Relatório Interno de Actividades, 2010
- DECRETO-LEI n.º 161/1996. **D.R. I Série** 205 (1996-09-04) 2959 – 2962
- DECRETO-LEI n.º 104/98. **D.R. I Série** 93 (1998-04-21) 1739 – 1757
- DECRETO-LEI n.º 8/2010. **D.R. I Série** 19 (2010-01-28) 257 – 263
- DECRETO-LEI n.º 35/2011. **D.R. II Série**(2011-02-18) 8662 – 8666
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Relatório Mundial da Saúde - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. 1.ª edição, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002. ISBN 972-675-082-2
- FAZENDA, Isabel - **O puzzle desmanchado: Saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania**. 1ª Ed.Lisboa: Climepsi Editores, 2008. 174p. ISBN 978-972-796-291-4.
- FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures : Lusodidacta, 2009. 595p. ISBN 978-989-8075-18-5.

GOMES, José. et al **Intervenção Comunitária em Psiquiátrica Breve Abordagem**. Revista de Saúde Amato Lusitano; 1998; 8: 22-31.

HARRISON, Paul; GEDDES, John; Sharpe Michael - **Guia Prática de Psiquiatria**. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. 403p. ISBN 972-796-237-8.

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria – **Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 2ª ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1986.150p.

KÉROUAC, Suzanne; *et al* – **El Pensamiento Enfermero**. 1.ª ed., Barcelona: Masson, 1996. 166p.

LABETE, Curi Renata; GALERA, Sueli; AVANCI, Rita – **Visita domiciliária: um olhar de enfermagem psiquiátrica**. Revista Brasileira de Enfermagem, v.57, nº5, 2004

LAZURE, Hélène – **Viver a Relação de Ajuda**. Lisboa: Lusodidacta, 1994. 214p. ISBN 972-95399-52

LEFF, Jullian – **Cuidados Na Comunidade**. Lisboa: Climepsi Editores, 2000.257p. ISBN 972-8449-47-x.

NETO, Galriça Isabel; AITKEN, Helena-Hermine; TSERING, Paldron - **A Dignidade e o Sentido da Vida – Uma Reflexão sobre a Nossa Existência**. Cascais: Editora Pergaminho, 2004. ISBN 972-711-645-0.

NOVAK, Joseph D. – **Aprender criar e utilizar o conhecimento**. 1ª ed. Lisboa: Plátano Edições Técnicas, 2000. ISBN 972-707-279-8

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Caderno Temático - Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem, Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. 45p

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® versão 1.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. 210p. ISBN: 92-95040-36-8.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Divulgar. Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003. 24p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. 16p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Matriz para análise dos planos de estudo dos CPLEE**, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008. [consult. 2008.10.21] Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/Matrizparaanalise.aspx>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [em linha]**.Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 1998. [consult. 2010.06.04] Disponível em [www: URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/inde.php?page=168](http://www.ordemenfermeiros.pt/inde.php?page=168).

PFANEUF, Margot. – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência. 2005. 633p. ISBN: 972-8383-84-3.

PEREIRA, Manuel; et al. Intervenções familiares na esquizofrenia. Dos aspectos teóricos à situação em Portugal. 2006. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 1-8.

RIVERO, Catarina; MARUJO, Helena Águeda – **Positiva-mente** Lisboa: A Esfera dos Livros, 2011. 269p. ISBN 978-989-626-263-1.

SÁ, Eduardo – *Textos com educação*. 1ª Ed. Coimbra: Edições Almedina, 2007.

SERRANO, Gloria P. – **Elaboración de Proyectos Sociales – Casos prácticos**. Madrid: Narcea; S.A. de Ediciones.1996. ISBN 84-277-1041-0

SILVA, Margarida; GRAVETO, João - **Modelo Conceptual Versus “Modelo Oculto” para a (na) Prática da Enfermagem Pensar Enfermagem**Vol. 12 N.º 2 2º Semestre de 2008

STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária: promoção de saúde de grupos, famílias e indivíduos**. 4º ed. Loures: Lusociência, 1999. 1225 p. ISBN 972-8383-05-3.

STUART Gail Wiscarz; LARAIA, Michele Teresa - **Enfermagem Psiquiátrica – Princípios e Prática**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed editora, 2001. ISBN 85-7307-713-1

TOMEY, Ann e ALLIGOD, Martha – **Teóricas de enfermagem e sua obra**. Loures: Edições Lusociência, 2004. 750p. ISBN: 972-8383-74-6.

TOMEY, Ann e ALLIGOD, Martha – **Modelos y Teorías en enfermería** 6ª Ed.: ELSEVIER 2011. 700 p. ISBN: ISBN13: 978848086716-0

VIEIRA, Margarida – **Ser enfermeiro, Da paixão à Proficiência**. Lisboa: UCP Editora Unipessoal, Lda, 2008. 155p. ISBN 978-972-54-0195-8.

WRIGHT, Lorraine; LEAHEY, Maureen – **Enfermeiras e Famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família**. 3.ª ed., São Paulo: ROCA, 2002. .327p.ISBN85-7241-346-4.p.327

ANEXOS

ANEXO 1 – Projecto Pro-Actus Divulgação



CLÍNICA PSIQUIÁTRICA I (Sector A)
Director: J. Cabral Fernandes
Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas (U.C.C.P.O)
Coordenadora: Ana Cristina Farias

Pro – Actus

Projecto de articulação da Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas com os Cuidados de Saúde Primários e as estruturas comunitárias do concelho de Odivelas. Criação de uma rede pró activa.

Documento Interno elaborado pela equipa do Pro – Actus

Odivelas, 2010

Pro – Actus

O *Pro-Actus* consiste num projecto de articulação da Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas (UCCPO) com os Cuidados de Saúde Primários do concelho de Odivelas (CSP) e as estruturas comunitárias (EC)⁷ do município de Odivelas, criando uma rede de articulação pró-activa. Teve início em Março de 2010, surge no âmbito da Candidatura aos Projectos Inovadores em Saúde Mental, promovida pela ACSS (Administração Central de Sistema de Saúde).

É constituído por uma equipa técnica interdisciplinar com o objectivo a dar uma resposta global às diferentes necessidades do utente e família/comunidade.

Este projecto faz parte integrante da UCCPO e faz uma articulação mais efectiva entre esta e os restantes parceiros sociais.

“A abordagem da Saúde Mental Comunitária dá cada vez maior ênfase à manutenção dos doentes na respectiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os confinar, mais ou menos permanentemente, a instituições psiquiátricas.” (Relatório para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016). O *Pro-Actus* segue esta linha de acção indo ao encontro das necessidades sentidas *in loco* pela equipa da UCCPO, nomeadamente a necessidade de formalizar a articulação com as estruturas da comunidade.

“O objectivo da nova política de Saúde Mental é ajudar a pessoa a recuperar plenamente a sua vida na comunidade, com apoio especializado quando necessário, garantir o acesso aos cuidados de saúde mental a todas as pessoas que deles necessitem, fora das grandes instituições e na proximidade dos locais onde as pessoas vivem, e promover a reabilitação e a integração na sociedade, em articulação com outros serviços da comunidade.” (Relatório para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016)

O projecto rege-se pelos seguintes princípios orientadores:

- Redução do impacto das perturbações mentais e promoção da saúde mental da população;

⁷Instituições Particulares de Solidariedade Social, Instituto de Segurança Social, Instituto de Emprego e Formação Profissional, Associação de Saúde Mental de Odivelas, Autarquia, Polícia de Segurança Pública, Bombeiros, Saúde Pública e Outros

- Prestação de Cuidados de Saúde Mental numa perspectiva de proximidade;
- Promoção do tratamento, reabilitação e integração na comunidade envolvendo activamente utentes, família e estruturas comunitárias. “ O tratamento e a reabilitação, nesta perspectiva holística, são interdependentes, interagindo um sobre o outro. A combinação dos dois pode ser simultânea, sequencial ou intermitente, conforme as necessidades da pessoa, mas existem diferenças entre os métodos utilizados e as metas a longo e a curto prazo. O tratamento pretende limitar a sintomatologia, diminuir pensamentos bizarros e sentimentos de ansiedade e angustia e normalizar o comportamento. A reabilitação pretende capacitar a pessoa disfuncional para atingir um nível máximo de funcionamento pessoal, social, profissional e familiar, num meio menos restritivo possível” (Relatório para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016)
- Promoção do *empowerment* e da autonomia.

Objectivo geral:

- Prestar Cuidados de Saúde Mental e Psiquiátricos na Comunidade às pessoas com doença mental grave e suas famílias, de que resulte incapacidade psicossocial e se encontrem em situação de dependência, numa perspectiva de continuidade de cuidados.

Objectivos específicos são:

- Prestar cuidados à pessoa/família com necessidades de saúde mental e psiquiatria;
- Realizar uma prática de ligação efectiva entre os CSP, as EC e o *Pro-Actus*;
- Assegurar a continuidade de cuidados de saúde mental aos utentes/família cujo projecto terapêutico é inexistente ou está fragilizado;
- Intervir precocemente na suspeita de patologia Psiquiátrica Grave e quando se verifique incapacidade psicossocial e ou situação de dependência⁸, bem como, partilhar responsabilidade dos utentes com doenças psiquiátricas mais comuns com outras instituições, nomeadamente com os cuidados de saúde primários e outras estruturas na comunidade;
- Melhorar a qualidade na prestação de cuidados de Saúde Mental;

⁸Situações em que os utentes não têm forma de aceder aos cuidados de saúde, houve uma quebra na prestação de cuidados, e ou não têm suporte social capaz de os ajudar a retomar/accionar os cuidados necessários

- Apoiar familiares e /ou prestadores de cuidados informais.

O processo de admissão à equipa do *Pro-Actus* pressupõe a existência de três filtros, de acordo com o esquema de Goldberg (1980) - (tal como o preconizado na UCCPO).

“Segundo este modelo, da comunidade ao internamento hospitalar, o doente tem de atravessar diversos filtros passando por diferentes níveis de cuidados na área da psiquiatria. O primeiro filtro é representado pela decisão de ir à consulta de clínica geral; o segundo filtro consiste na identificação ou reconhecimento pelo clínico geral da patologia psiquiátrica. Só depois aparece a decisão de encaminhar para a especialidade o que representa o terceiro filtro” (Teixeira e Cabral, 2008, p. 567)

Após esta referenciação efectua-se uma avaliação inicial pela equipa interdisciplinar, no sentido de aferir critérios de admissão, os quais serão mencionados posteriormente. Reunidos os critérios procede-se à discussão do caso, em equipa, e define-se o plano de intervenção (que inclui um conjunto de respostas bio-psico-sociais). Segue-se a intervenção delineada, sujeita a uma avaliação contínua que permita uma (re)formulação do plano de intervenção mais adequado.

Relativamente aos critérios de admissão ao *Pro-Actus* reforçamos a ideia de que este projecto está, essencialmente, direccionado a pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e se encontrem em situação de dependência, numa perspectiva de continuidade de cuidados aos residentes no concelho de Odivelas.

Entende-se que se encontram nesta situação todos os utentes/famílias com dificuldade na adesão aos cuidados de saúde, nomeadamente:

- Impossibilidade de observação na UCCPO;
- Não adesão ao tratamento (farmacológico);
- Incapacidade para reconhecer situações de perigo,
- Acontecimentos de vida precipitantes de agudização da doença;
- Doença mental grave, isto é: doença psiquiátrica que pelas características e evolução do seu quadro clínico afecta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa (Decreto-Lei n.º 8/ 2010, Artigo 2.º, alínea e).

Consideram-se critérios de exclusão:

- Alterações de comportamento por consumo de tóxicos, sem outra co-morbilidade psiquiátrica associada;
- Risco elevado de auto ou heteroagressividade com passagem ao acto(ex. plano suicida estruturado);

Para efectuar a referênciação é necessário:

- Número do utente SNS/ou número do sub-sistema válido
- Número Bilhete de Identidade/ Cartão do Cidadão
- Contacto do utente/ Contacto da pessoa de referência
- Morada completa (com residência no concelho de Odivelas)
- Informação relevante.
- **E-mail:proactus@chpl.min-saude.pt**
- **Telemóveis Pro - Actus: 92 5664976/8**
- **Telefone UCCPO: 21 9313420**
- **Fax UCCPO: 219331630**

Técnicos da Equipa do Pro - Actus:

Ana Catarina Castro (médica interna de psiquiatria, a tempo parcial)

Elsa Gaspar (enfermeira)

Eva Gonçalves (médica, a tempo parcial)

Margarida Esteves (assistente social)

Patrícia Pedro (médica, a tempo parcial)

Susana Correia (enfermeiro, a tempo parcial)

Bibliografia:

- Diário da República, 1.ª série — N.º 19 — 28 de Janeiro de 2010
- Plano Nacional Saúde Mental 2007-2016

ANEXO 2 – Caracterização da População

**Caracterização dos utentes referenciados ao *Pro-Actus*
(Março e Abril de 2010)**

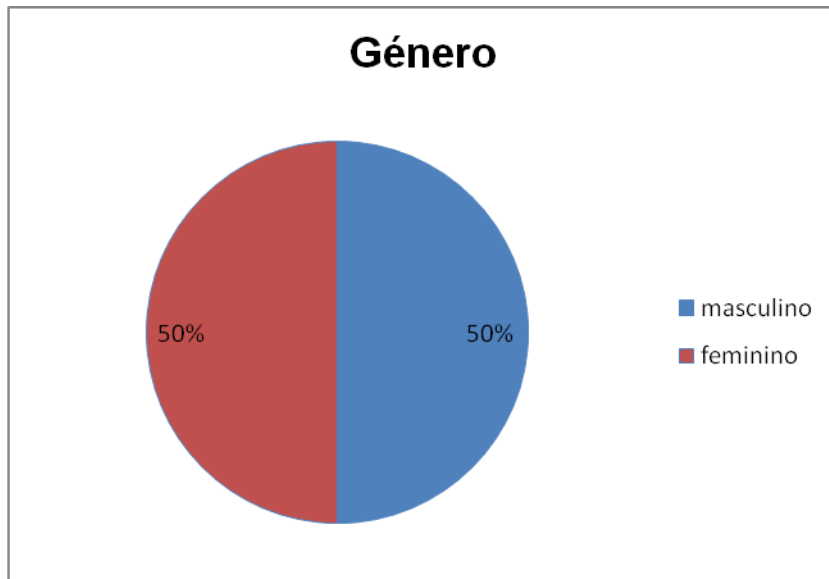


Gráfico 16: Distribuição dos utentes referenciados ao Pro-Actus por género

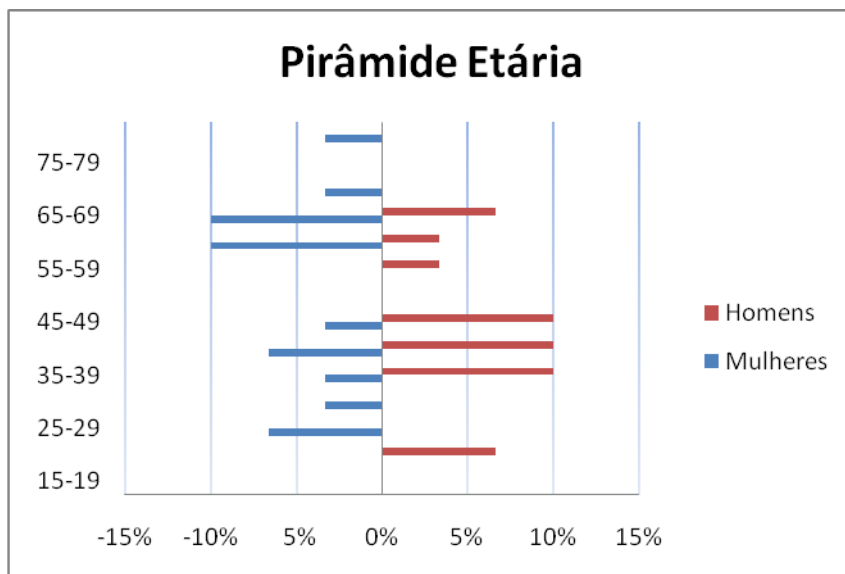


Gráfico 17: Pirâmide etária

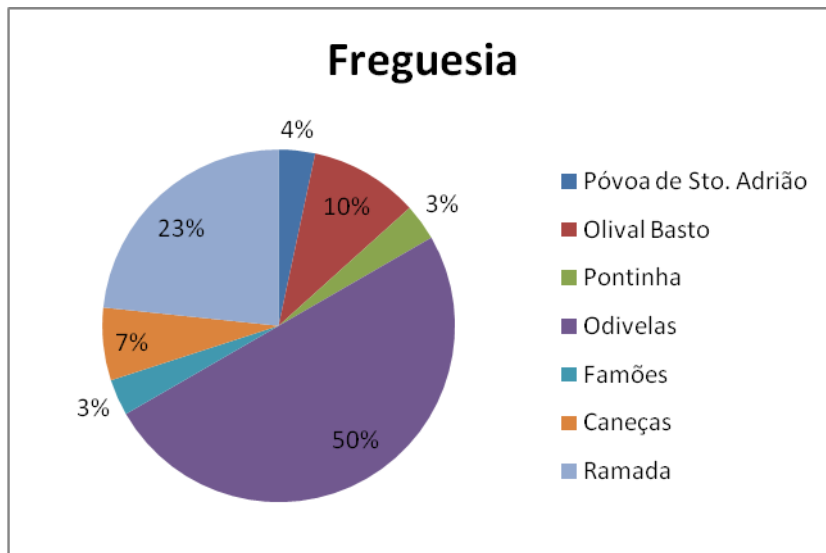


Gráfico 18: Utentes referenciados ao Pro- Actus por freguesia

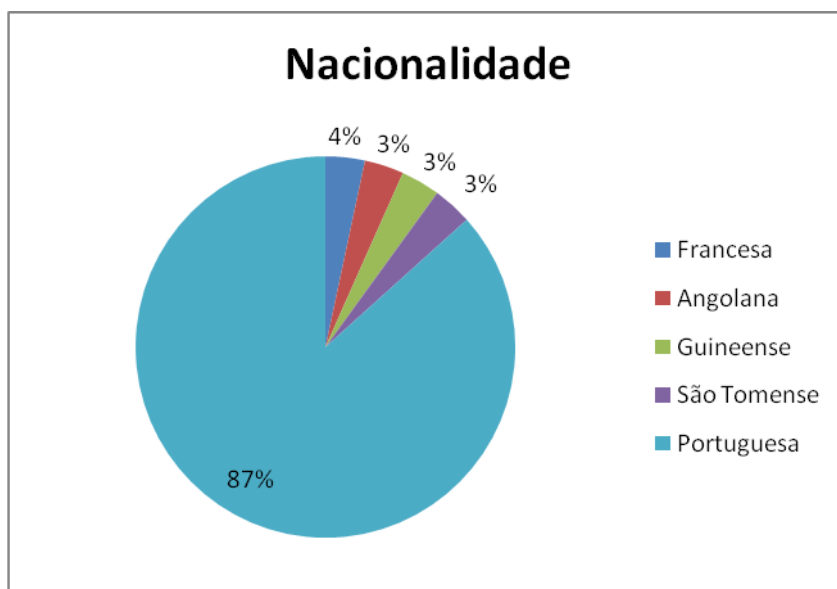


Gráfico 19: Utentes referenciados ao Pro-Actus por nacionalidade

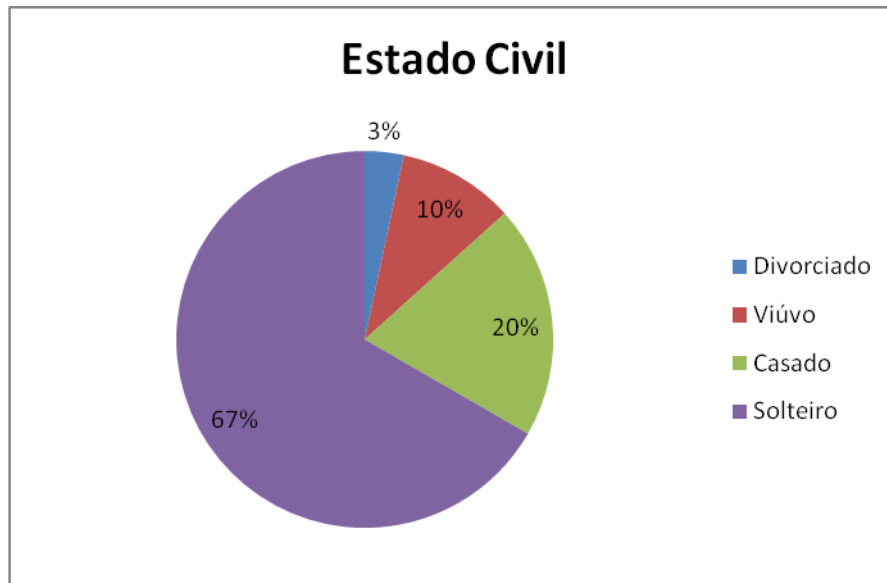


Gráfico 20: Utentes referenciados ao Pro-Actus por estado civil

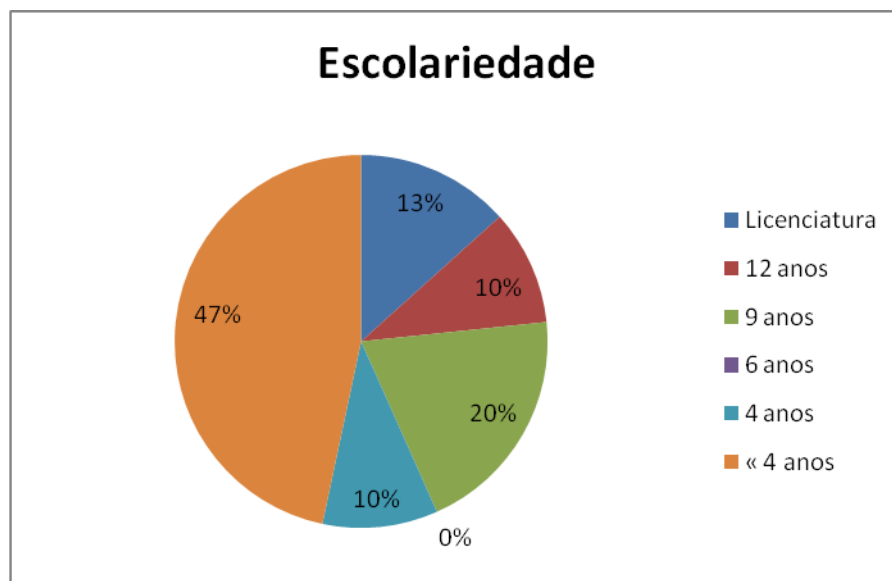


Gráfico 21: Utentes referenciados ao Pro-Actus por escolaridade

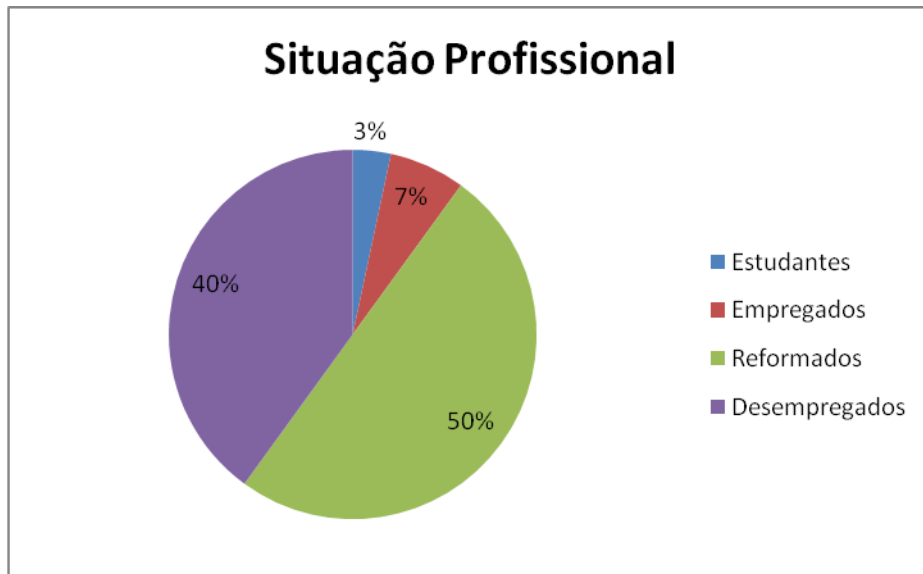


Gráfico 22: Utentes referenciados ao Pro-Actus por situação profissional

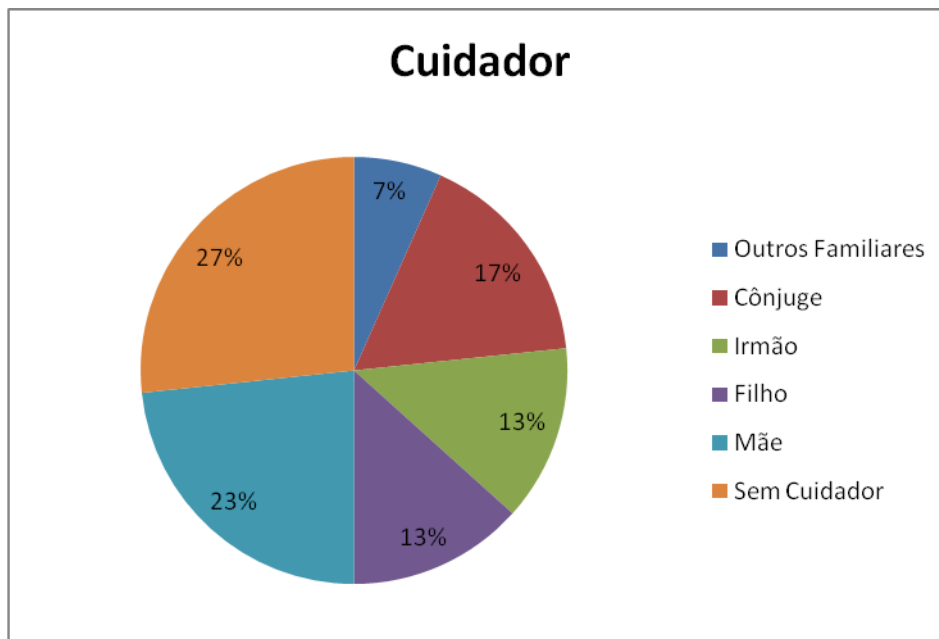


Gráfico 23: Principal cuidador dos utentes referenciados ao Pro-Actus

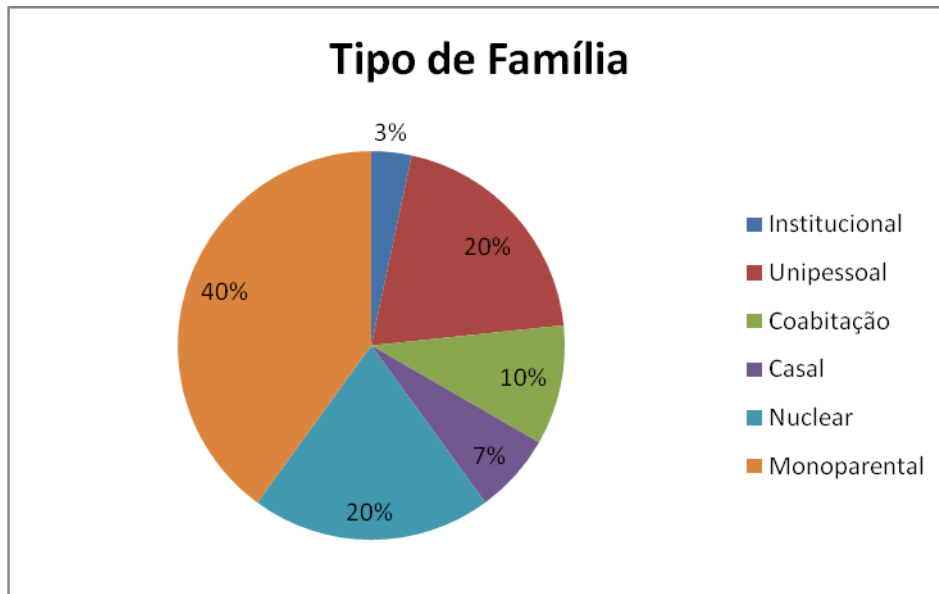


Gráfico 24: Tipo de família dos utentes referenciados ao Pro-Actus

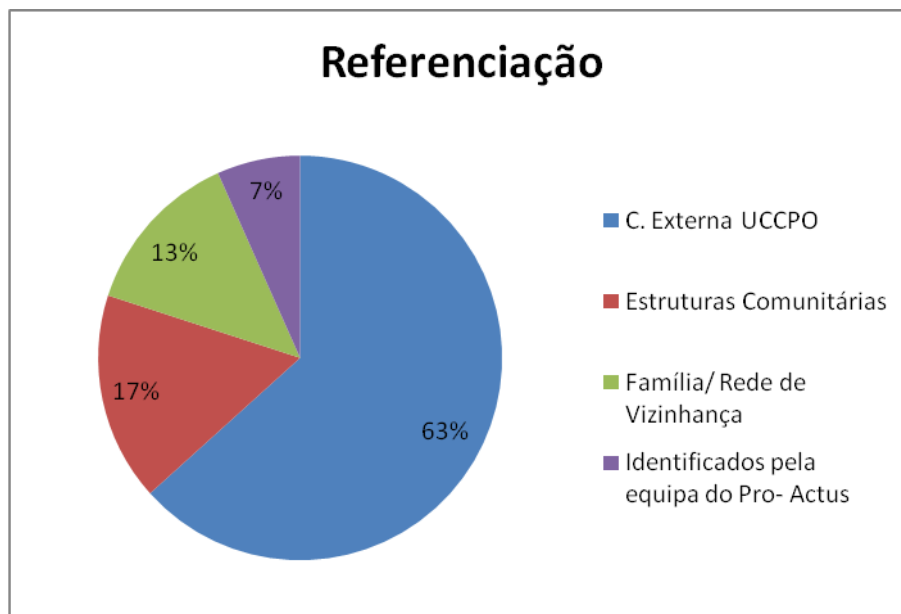


Gráfico 25: Estruturas que referenciaram utentes ao Pro-Actus

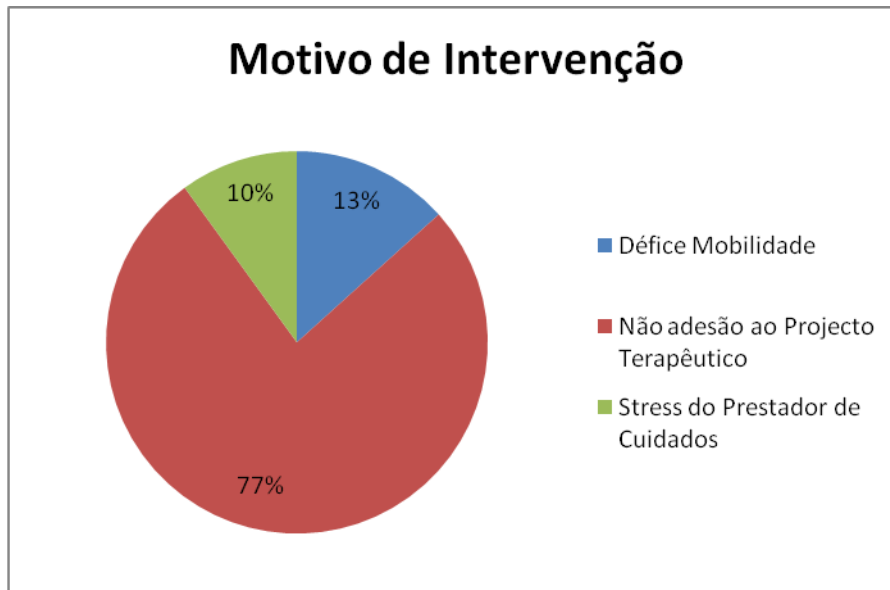


Gráfico 26: Motivo de referência dos utentes referenciados ao Pro-Actus

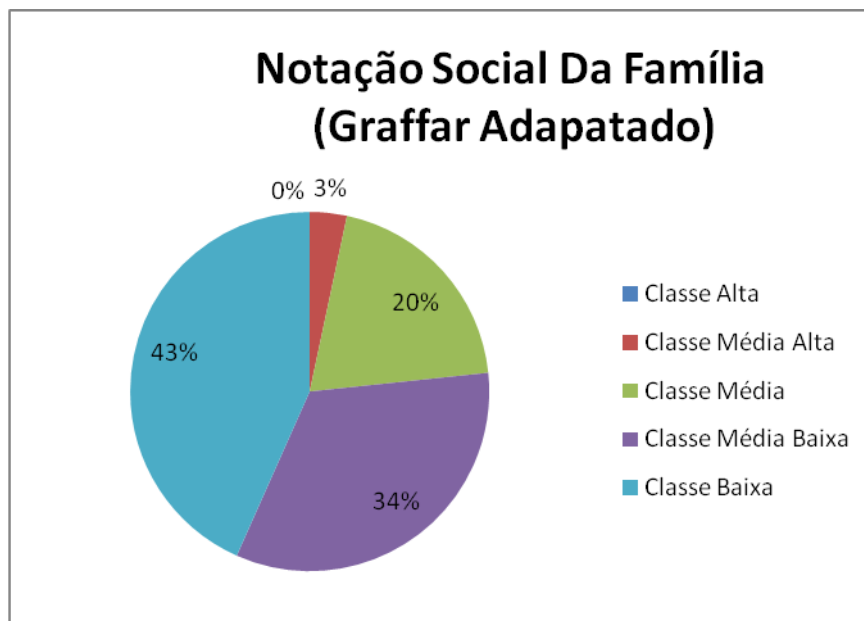


Gráfico 27: Notação social da família dos utentes referenciados ao Pro-Actus



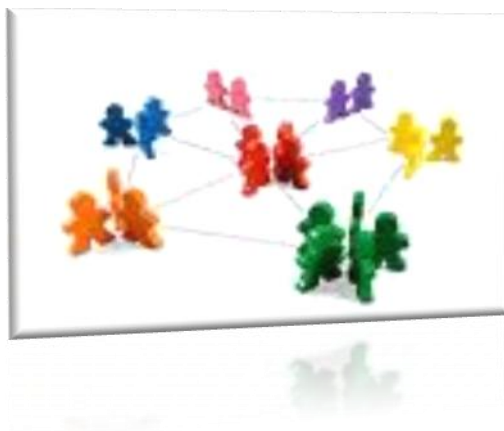
ANEXO 3 – Notação Social da Família (Escala de Graffar Adaptada)

Graus	Profissão	Instrução	Origem do Rendimento Familiar	Tipo de habitação	Local de Residência	Pontuação			Posição Social
						C/ 5 itens	C/ 4 itens	C/ 3 itens	
1º	<ul style="list-style-type: none"> - Gr. Industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento 	<ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaços c/ máximo de conforto 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante 	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I Classe Alta Data _/_/_
2º	<ul style="list-style-type: none"> - Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores/ Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões Liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou Curso Superior c/ duração ≤ 3 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom local 	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	6	II Classe Média Alta Data _/_/_
3º	<ul style="list-style-type: none"> - Peq Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau I) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados 	<ul style="list-style-type: none"> - 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, c/ cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia 	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III Classe Média Data _/_/_
4º	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Agricultores/ Rendeiros - Emp. Escritório (grau I) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F. A. ou militarizados de nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade ≥ 4 anos < 2 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Remuneração ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro social / operário - Zona antiga 	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV Classe Média Baixa Data _/_/_
5º	<ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios) - RGM 	<ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação promiscuidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente 	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V Classe Baixa Data _/_/_

ANEXO 4 - Guia da Consulta

PRO-ACTUS

“Projecto de articulação da UCCPO com os Cuidados de Saúde Primários do Concelho de Odivelas – Criação de Rede Pró – Activa”



**Guia de Orientação para a CONSULTA DE ENFERMAGEM
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO**

Índice

0 - Introdução

1 - Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no Domicílio

1.1 Norma de Procedimento Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no Domicílio

1.2 Colheita de Dados

1.2.1 Guia de Preenchimento do Instrumento de Avaliação

2 – Enquadramento Conceptual da Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no Domicílio

2.1 Modelos Teóricos de Enfermagem de Apoio à Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no Domicílio

2.2 Conceitos Mobilizados na Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no Domicílio

2.3 Glossário (CIPE® 1.0);

3 - Bibliografia

4 - Anexos

Anexo 1 - Boas Práticas Clínicas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Anexo 2 - Perfil de Competências do Enfermeiro Especialista

Anexo 3 – Legislação de apoio à Prática de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

Introdução

O presente guia pretende contribuir para a sistematização da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário. Foi elaborado como forma de apoiar a actuação do enfermeiro, na consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário. Resulta de uma reflexão conjunta e de um trabalho de equipa desenvolvido pelos enfermeiros da Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas (UCCPO). Este documento está em permanente desenvolvimento, não pretende limitar a prática de enfermagem, antes ser um instrumento facilitador de prestação de cuidados.

O Guia apresenta os seguintes conteúdos:

Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no Domicílio

Norma de Procedimento Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto Domiciliário Colheita de Dados

Instrumento de colheita de dados de enfermagem

Guia de Preenchimento do Instrumento de dados de enfermagem

Enquadramento Conceptual da Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no Domicílio

Modelos Teóricos de Enfermagem de Apoio à Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto Domiciliário

Conceitos Mobilizados na Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto Domiciliário

Glossário (CIPE® 1.0);

Bibliografia

Anexos

1 - Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto domiciliário

População Alvo

Qualquer pessoa, residente no concelho de Odivelas, com necessidade de avaliação em saúde mental por incapacidade psicossocial e se encontre impossibilitada de se deslocar à UCCPO.

Objectivos

- Promover uma relação de ajuda entre utente/família e enfermeira em contexto domiciliário;
- Avaliar situações que possam comprometer ou alterar o estado de saúde mental da pessoa/família;
- Promover estratégias adaptativas ao binómio Saúde/Doença;
- Implementar intervenções psicoeducativas no âmbito do reconhecimento precoce de sinais e sintomas de descompensação;
- Melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde mental na comunidade.

Recursos

- ✓ Recursos adstritos ao projecto Pro -Actus

1.1 Norma de Procedimento Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto Domiciliário

5. OBJECTIVOS

Geral

Prestar Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátricos na Comunidade, às pessoas com doença mental grave e suas famílias, de que resulte incapacidade psicossocial e se encontrem em situação de dependência, numa perspectiva de continuidade de cuidado, residentes no concelho de Odivelas.

Específicos

- Promover uma relação de ajuda entre utente/família e enfermeira em contexto domiciliário;
- Avaliar situações que possam comprometer ou alterar o estado de saúde mental da pessoa/família;
- Promover estratégias adaptativas ao binómio Saúde/Doença;
- Implementar intervenções psicoeducativas no âmbito do reconhecimento precoce de sinais e sintomas de descompensação;
- Melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde mental na comunidade.

6. CAMPO DE APLICAÇÃO

1.2 Procedimento executado pelos Enfermeiros a exercer funções na UCCPO, no âmbito da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário, integrada no Pro-Actus.

7. POPULAÇÃO

- ✓ Utentes inscritos na UCCPO e residentes na área de abrangência da unidade, que aceitem a CESMPD e com idade superior a dezasseis anos.

8. ESTRATÉGIAS DE DIVULGAÇÃO

- ✓ Informar todas as estruturas de saúde comunitárias, localizadas na área de abrangência;
- ✓ Divulgar e propor parcerias/consultadorias aos profissionais dos CSP de Odivelas e outras estruturas da comunidade de Odivelas;

-
- ✓ Fornecer folheto informativo em locais estratégicos.

9. **ESTRATÉGIA DE ACESSIBILIDADE**

- ✓ Agilizar a recepção da solicitação à equipa;
- ✓ Contacto efectuado pelo utente/família/estrutura de suporte: este contacto pode ser efectuado por qualquer elemento da equipa e deve ser encaminhado para os técnicos do Pro-Actus. Se não for possível, pede-se a qualquer profissional que proceda à recolha da identificação e contacto;
- ✓ Facilitação do contacto telefónico, email e fax.

10. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM**

Intervenção pré-visita	Contactar utente/família/estrutura de suporte para organizar os detalhes da Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria em Contexto Domiciliário (CESMPD): <ul style="list-style-type: none">• Identifica-se;• Valida os objectivos da CESMPD;• Reve os registos e valida a informação;• Agenda uma ocasião conveniente para a visita;• Confirma a morada;• Planeia a visita e prepara materiais necessários (e programa a forma de deslocação).
-------------------------------	---

<p>Fase do domicílio:</p>	<p>Reapresenta-se e mostra a identificação (se necessário):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explica o objectivo da CESMPD e tipo de apoio disponível; • Dá ao utente/família/estrutura de suporte a oportunidade para esclarecer as suas expectativas sobre o contacto; • Estabelece uma comunicação eficaz; • Implementa o processo de enfermagem, dando início à colheita de dados; • É nesta altura que se desenrola a interacção entre enfermeiro utente/família/estrutura de suporte, que irá permitir o estabelecimento de uma relação de colaboração e confiança entre ambos. <p>Colhe informação para a Colheita de Dados com os seguintes dados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação; • Referenciação; • Contexto familiar; • Redes de suporte; • Antecedentes Pessoais e familiares; • Avaliação de saúde mental; • Outros dados de avaliação global de saúde; • Construir Plano de Cuidados Conjunto; • Fornecer contacto da equipa e explicar sua importância.
<p>Fase do Terminus</p>	<p>Encerramento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em conjunto com o utente/família/estrutura de suporte, resumir as actividades e os principais pontos da visita; • Rever o plano de ensino e fornecer suporte escrito se necessário; • Analisar com utente/ família os registos efectuados se adequado; • Avaliar recursos, necessidades e dificuldades do utente/ família; • Programar nova consulta se necessário.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- ✓ Guia de Apoio à CESMPD;
- ✓ Pasta com documentos necessários para a CESMPD;
- ✓ Instrumento de colheita de dados de enfermagem.

MATERIAL A LEVAR

- ✓ Pasta com documentos;
- ✓ Mala de Materiais/ Fármacos SOS.

Este documento pretende ser instrumento de orientação para a consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário. A ordem dos procedimentos não é rígida, devendo ser efectuada de acordo com as características e dúvidas do utente/ família/estrutura de suporte.

1.2 Instrumento de colheita de dados de enfermagem

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: Data Nascimento:
 Nº Processo:
 Nacionalidade: Estado Civil:
 Escolaridade: Situação Profissional:
 Nº Utente: Nº Segurança Social
 Morada:
 Contacto:
 Pessoa Referência: Contacto:

REFERENCIAÇÃO

Motivo:
 Pessoa/ Entidade/ Instituição: Data:

CONTEXTO FAMILIAR

Genograma:

Graffar:
 (Preencher no impresso próprio e transcrever o grau)

REDES DE SUPORTE

Ecomapa:

ANTECEDENTES PESSOAIS

Gestação/ Parto

Gravidez Não Desejada Gravidez Não Planeada Gravidez Não Viguada Gravidez Não Aceite

Obs.:

Parto Eutócico Parto Distócico Cesariana Com Complicações

Obs.:

Ausência de Amamentação Neonatal Não Viguido Presença de Infecções Neonatal
 Gravidez Saudável

Vigilância Saúde Desenvolvimento

0 - 24 Meses Viguada Não Viguada

2 - 4 Anos Viguada Não Viguada

5 - 6 Anos Viguada Não Viguada

7 - 10 Anos Viguada Não Viguada

Relação Família: Comprometida Não Comprometida

Relação Escola: Comprometida Não Comprometida

Relação Pares: Comprometida Não Comprometida

Comportamentos de Risco: Sim Não

11 - 13 Anos Vigiaada Não Vigiaada

Relação Família: Comprometida Não Comprometida

Relação Escola: Comprometida Não Comprometida

Relação Pares: Comprometida Não Comprometida

Comportamentos de Risco: Sim Não

15 - 18 Anos Vigiaada Não Vigiaada

Relação Família: Comprometida Não Comprometida

Relação Escola: Comprometida Não Comprometida

Relação Pares: Comprometida Não Comprometida

Comportamentos de Risco: Sim Não

Obs.:

ANTECEDENTES DE SAÚDE

Alergias Conhecidas: Sim Não

Obs.:

Co-Morbilidade Conhecida: Sim Não

Cardiovascular
Respiratória
Hepática
Renal
Endócrina
Digestiva
Neurológica
Diabetes
Outras:

Outras Terapêuticas em Curso: Sim Não

Posologia:

Obs.:

Doença Mental Prévia Conhecida: Sim Não

Qual: Esquizofrenia

Internamentos Anteriores em Psiquiatria: Sim Não

Faz Terapêutica: Sim Não

Obs.:

Seguimento no Momento: Sim Não

Obs.:

AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Estado de consciência: Comprometida Não comprometida

Confuso desorientado: no espaço

no tempo

na pessoa

Obs.:

Atenção: Comprometida Não comprometida

Obs.:

Memória: Comprometida Não comprometida

Amnésia

Obs.:

Concentração:

Comprometida

Não comprometida

Obs.:

Pensamento:

Comprometido

Não comprometido

Curso

Estrutura das associações:

Pensamento desagregado

Pensamento incoerente

Pensamento circunstancial

Pensamento prolixo

Pensamento perseverante

Velocidade das associações:

Pensamento lentificado

Pensamento inibido

Pensamento acelerado

Bloqueio de pensamento

Forma

Pensamento mágico

Pensamento autista

Conteúdo

Ideias erradas ou crenças

Ideias sobrevalorizadas

Delírios primários

Delírios secundários

Humor delirante

Percepção delirante

Intuição delirante

Posse

Delírio de influência

Delírio de autorelação

Delírio persecutório

Delírio de roubo de pensamento

Delírio de difusão de pensamento

Delírio de inserção de pensamento

Delírio de grandeza

Delírio místico

Delírio erotomaníaco

Delírio de ruína

Delírio de culpa

Delírio hipocondríaco

Delírio de auto-desvalorização

Obs.:

AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Percepção:

Comprometida

Não comprometida

Intensidade:

Hiperestesia

Hipoestesia

Experiências próximas da alucinação:

Pseudo-Alucinação

Ilusão

Alucinose

Alucinação:

Visual

Auditiva

Olfacto/gustativa

Tácteis

Afectividade

Comprometida

Não comprometida

Obs.:

Emoção

Comprometida

Não comprometida

Obs.:

Humor

Comprometida

Não comprometida

Obs.:

Energia Vital e Motricidade

Comprometida

Não comprometida

Obs.:

Linguagem

Comprometida

Não comprometida

Alterações quantitativas

Alterações qualitativas

Obs.:

Vivência do EU

Comprometida

Não comprometida

Obs.:

Vontade

Comprometida

Não comprometida

Obs.:

Inteligência

Comprometida

Não comprometida

Obs.:

insight Ausente Parcial
 Obs.:
 Juízo Crítico Ausente Parcial
 Obs.:
 Mecanismos de Coping: Eficaz Não Eficaz
 Obs.:
Interacção Social: Comprometida Não Comprometida
 Obs.:
Apresentação: Comprometida Não comprometida
Auto-cuidado/ Higiene pessoal: Comprometida Não Comprometida
Vestuário: Adequado Não Adequado
 Obs.:

AVALIAÇÃO GLOBAL DE SAÚDE MENTAL (CONTINUAÇÃO)

Segurança/ Violência: Comprometida Não Comprometida
Risco de:
 Ideação Suicida Avaliação Risco Tentativas Anteriores
 Automutilação História de Família Suicida Ideias de Morte
 Agressão a Terceiros Agressão Objectiva
 Obs.:

Ingestão de Alimentos: Comprometida Não Comprometida
 Anorexia Bulimia
 Obs.:

Audição: Comprometida Não comprometida
 Hiperacusia Surdez
 Obs.:

Visão: Comprometida Não comprometido
 Diminuída Corrigida
 Obs.:

Eliminação: Comprometida Não comprometida
 Diminuída Aumentada
 Obs.:

Respiração: Comprometida Não comprometida
 Obs.:

Tensão Arterial: **Frequência Respiratória:**
Frequência Cardíaca: **Temperatura Axilar:**
Peso: **Altura:** **IMC:**
Glicemia: **Dor (1-5):**
Pele/ Mucosas: **Integridade:**
 Obs.:

1.2.1 Guia de Preenchimento do Instrumento de dados de enfermagem

O enfermeiro deve preencher o Instrumento de avaliação de acordo com as informações do processo clínico, validar e completar de acordo com a informação recolhida durante a consulta de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no Domicílio. No final de cada item de avaliado, o enfermeiro deve rubricar, datar e referenciar a fonte de informação.

GUIA DE PREENCHIMENTO

Estado de consciência:

Comprometido:

Estado julgado como negativo, alterado, inadequado, ou ineficaz.

Consciência:

Cotovio 2010: Conjunto de processos psíquicos que permitem num dado momento o conhecimento do próprio EU e da vida exterior – função integradora das outras funções, na relação consigo, com os outros e com o mundo

CIPE® 1.0: Resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos, mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior.

Confuso:

CIPE® 1.0: Pensamento Distorcido: Memória comprometida, com desorientação em relação ao tempo, local ou pessoa.

Orientação:

Cotovio 2010: Capacidade de se conhecer e de se situar (tempo, espaço e situação)

CIPE® 1.0: Certeza das relações com o ambiente em termos de tempo, como o ano, a estação, o mês, o dia, a hora exacta; em termos de lugar, como país, província, cidade, local de trabalho ou casa e em termos de consciência da própria identidade, como a idade e data de nascimento e em termos de reconhecimento das pessoas em redor.

Alterações quantitativas

Diminuição da vigiidade: obnubilação, sonolência, torpor, pré-coma e coma

Nível de consciência – escala de Glasgow (3 -COMA; 14 – TOTALMENTE CONSCIENTE)

Turvação da consciência: perda da acuidade/clareza da apreensão do mundo exterior/interior

Alterações qualitativas

Estreitamento da consciência: polarização do campo da consciência / diminuição selectiva dos estímulos apreendidos; ex. Estados Crepusculares

Expansão da consciência: aumento da apreensão do mundo exterior/interior; ex. Psicoses, Alucinogéneos, Meditação

Atenção:

Cotovio 2010: Focar a actividade consciente num determinado estímulo ou experiência

CIPE® 1.0: Não definido.

Comprometido:

Estado julgado como negativo, alterado, inadequado, ou ineficaz.

Memória:

Cotovio 2010: Capacidade de reter, fixar e recordar as experiências

CIPE® 1.0: Processo Psicológico: Actos mentais através dos quais são armazenadas e recordadas sensações, impressões e ideias; registo mental, retenção e recordação de experiências, conhecimentos, ideias, sensações e pensamentos passados.

Comprometido:

Estado julgado como negativo, alterado, inadequado, ou ineficaz.

Amnésia:

Memória Comprometida: Perda de recordação mental associada a lesão cerebral ou crise emocional.

Concentração:

Cotovio 2010: Intensidade e fixação da atenção ao longo do tempo, capacidade de dirigir a atenção para um único objecto, ponto ou foco

CIPE® 1.0: Não definido.

Comprometido:

Estado julgado como negativo, alterado, inadequado, ou ineficaz.

Pensamento:

Cotovio 2010: Função que permite processar, elaborar, associar e significar o que se passa em nós e fora de nós

CIPE® 1.0: Acção: Processo de separar, ordenar e classificar pensamentos, pensar de uma maneira lógica, apresentar os pensamentos através do discurso; associado à orientação para objectivos; uso de formação de conceitos e mudança dos esquemas mentais.

Comprometido:

Estado julgado como negativo, alterado, inadequado, ou ineficaz.

Curso

Estrutura das associações:

- Pensamento desagregado
- Pensamento incoerente
- Pensamento circunstancial
- Pensamento prolixo
- Pensamento perseverante

Velocidade das associações

- Pensamento lentificado
- Pensamento inibido
- Pensamento acelerado
- Bloqueio de pensamento

Forma

- Pensamento mágico
- Pensamento autista

Conteúdo

- Ideias erradas ou crenças
- Delírios primários
- Delírios secundários
- Ideias sobrevalorizadas
- Humor delirante
- Percepção delirante
- Intuição delirante

Posse

- Delírios de influência
- Delírios de autorelacionamento
- Delírio persecutório
- Delírios de roubo de pensamento
- Delírios de inserção de pensamento
- Delírios de difusão de pensamento
- Delírios de grandeza
- Delírio místico
- Delírios erotomaniaco
- Delírios de ruína
- Delírios de culpa
- Delírios hipocondríacos
- Delírios de auto-desvalorização

Percepção:

Cotovio 2010: Função que permite captar através de canais sensoriais o que se passa dentro e fora de nós – é a representação de um objecto exterior ou vivência que se segue a uma sensação ou a um conjunto de impressões sensoriais. 1º- impressão sensorial, 2º- associação de ideias

CIPE® 1.0: Processo do Sistema Nervoso: Registo mental consciente de estímulos sensoriais; ter noção de objectos ou outros dados através dos sentidos.

Comprometido:

Estado julgado como negativo, alterado, inadequado, ou ineficaz.

Intensidade

- Hiperestesia
 - Aumento global da intensidade perceptiva.
- Hipoestesia
 - Diminuição global da intensidade perceptiva.

Experiências próximas da alucinação

Pseudo-alucinação

Ilusão

CIPE® 1.0: Percepção com as características específicas: Interpretação falsa de estímulo sensorial registado, interpretação errónea de objectos ou estímulos externos.

Alucinose

Alucinação

CIPE® 1.0: Percepção com as características específicas: Aparente registo de estímulos sensoriais que realmente não estão presentes; classificam-se, segundo os sentidos, em alucinações auditivas, visuais, olfactivas, gustativas ou tácteis.

Alucinações visuais

Percepções visuais que não existem.

Alucinações auditivas

Percepções auditivas que não existem.
Alucinações olfactivas/gustativas
Percepções olfactivas/gustativas que não existem.
Alucinações tácteis
Percepções tácteis que não existem.

Afectividade:

Cotovio 2010: Reacção subjectiva do EU (conj. dos sentimentos – estado de humor) conscientemente às percepções derivadas das mais diversas impressões sensitivosensoriais
CIPE® 1.0: Não Definido.

Emoção:

Cotovio 2010: Estados internos vivenciados com tonalidade agradável ou desagradável (prazer, ódio, raiva...), - são transitórios e acompanham-se de alterações fisiológicas (SNA)
CIPE® 1.0: Processo Psicológico com as características específicas: Sentimentos e disposições para manter ou abandonar acções tendo em conta sentimentos de consciência de prazer ou dor; os sentimentos são conscientes ou inconscientes, expressos ou não expressos; os sentimentos básicos aumentam habitualmente em períodos de grande stress, perturbação mental ou doença, e durante várias fases de transição da vida.

Afecto ou Humor

Cotovio 2010: Estado emocional duradouro em que toda a experiência psicológica da pessoa (percepção, cognição, comportamento...) é influenciada pela emoção prevalente
CIPE® 1.0: Não Definido.

Energia Vital e Motricidade:

Cotovio 2010: Força independente da vontade que determina o grau de interesse, iniciativa, capacidade de realização... - estabelece a relação entre esfera psíquica e motora permitindo a concretização das iniciativas psíquicas nas respectivas componentes motoras intencionais
CIPE® 1.0: Não Definido.

Comprometido:

Estado julgado como negativo, alterado, inadequado, ou ineficaz.

Linguagem:

Cotovio 2010: Função que permite a interacção através da codificação/expressão de sinais/símbolos, cuja representação e significação permite estabelecer a comunicação
CIPE® 1.0: Não Definido.

Comprometido:

Estado julgado como negativo, alterado, inadequado, ou ineficaz.

Alterações quantitativas

Afasia motora
Discurso emitido com dificuldade, frases curtas ou fragmentos de palavras.
Afasia sensorial
Perda de capacidade de compreender a linguagem.
Agrafia
Incapacidade isolada para escrever.
Alexia
Ausência de compreensão das palavras escritas.
Mutismo
Ausência da fala.
Logorreia
Expressão verbal aumentada (é difícil interromper).
Hiperfonia
Elevação do volume da voz.
Hipofonia
Redução do volume da voz.
Taquilália
Aumento da velocidade da expressão verbal.
Bradilália
Diminuição da velocidade da expressão verbal.
Latência da resposta
Tempo de resposta.

Alterações qualitativas

Ecolália
Repetição, eco da última palavra.
Palilália
Repetição involuntária da última palavra do próprio.
Verbigeração
Repetição monótona inadequada e sem sentido.
Neologismos
Palavras novas criadas pelo próprio.
Solilóquio
Falar sozinho.

Coprolália
 Palavras obscenas.
Glossolália
 Como se estivesse falando noutra língua.
Maneirismo
 Uso de palavras difíceis, formalismo exagerado, pronuncia ou sotaque.
Pedolália
 Voz infantilizada.
Para-respostas
 Respostas desadequadas em relação à pergunta.

Vivência do EU:

Cotovio 2010: Estabelece a unidade e identidade do EU, bem como as fronteiras que delimitam o EU do mundo externo
 CIPE® 1.0: Não Definido.

Comprometido:

Estado julgado como negativo, alterado, inadequado, ou ineficaz.

Vontade:

Cotovio 2010: Energia intencional que permite expressar o que se deseja/necessita e que conduz à acção consciente (consciente dos meios, fins e consequências). As acções podem ser decorrentes da vontade ou de impulsos e instintos. Capacidade de associar o livre arbítrio e o determinismo
 CIPE® 1.0: Não Definido.

Comprometido:

Estado julgado como negativo, alterado, inadequado, ou ineficaz.

Inteligência:

Cotovio 2010: Capacidade de aprender, perceber, escolher, de pensar, interpretar, operacionalizar, “logicar”, abstrair, conceptualizar, simbolizar, intuir, prevenir, inferir, deduzir, analisar e decidir – gerir a si, aos outros e à situação
 CIPE® 1.0: Não Definido.

Comprometido:

Estado julgado como negativo, alterado, inadequado, ou ineficaz.


CONTEXTO FAMILIAR

Genograma:

COMO ELABORAR UM GENOGRAMA

Genograma: representa a estrutura familiar interna é apropriada a sua elaboração na primeira reunião com a família, podendo, sempre que se justificar, completar-se.

Simbologia do Genograma:

 Sexo Masculino

Pessoa Índice



 Sexo Feminino

Pessoa Índice



 a) Casamento

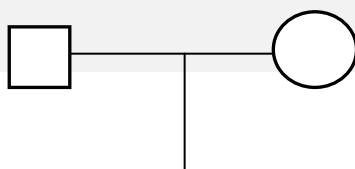
a) Sobre esta linha colocam-se símbolos que nos dão informação sobre o casal, assim como as datas relativas a esses acontecimentos:

c – Casamento (marido surge sempre do lado esquerdo)

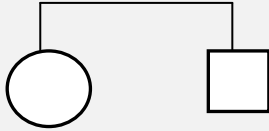
cc – Casamento consensual (união)


s – Separação conjugal (sobre o traço coloca-se um /)

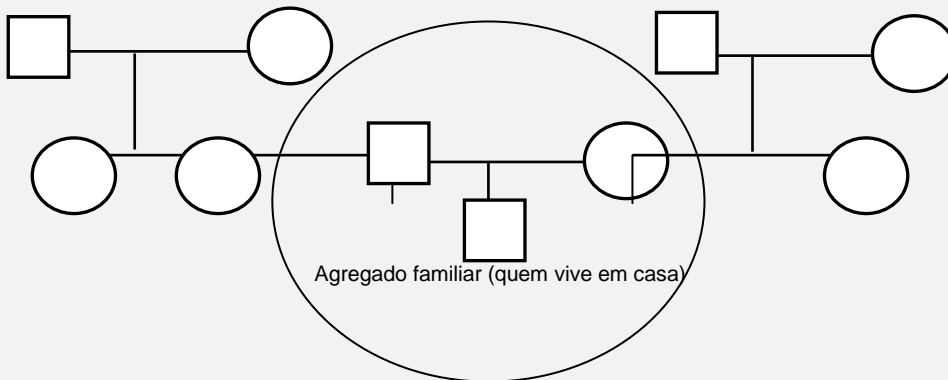
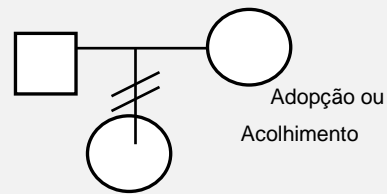
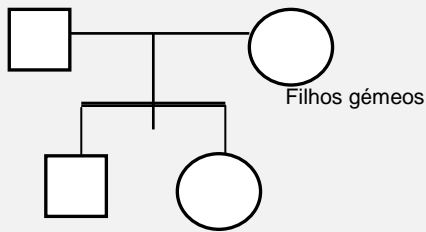
d – Divórcio (sobre o traço coloca-se dois //)



Filhos do casal: colocar sempre por ordem de nascimento
(mais velho à esquerda)



Aborto simbolizado com um  (colocar data)



Informação adicional a colocar no genograma

- Nome
- Data de Nascimento
- Profissão
- Local de Nascimento
- Problemas de Saúde / drogas / alcool
- Causa de Morte
- Datas de casamento/ separação / mortes e outras
- Escolaridade
- Naturalidade
- Imigração – data e direcção ex. 1994 (França – Portugal) e principais mudanças de residência
- Etnia (que língua falam) e religião
- Problemas com a lei

Regras na construção do genograma:

É desejável incluir pelo menos três gerações.

O nome e a idade devem ser registados no interior do símbolo.

No exterior devem ser registados todos os dados significativos, (ex. viaja muito, depressivo).

Tipo de vínculos afectivos entre os todos os elementos registados.

CONTEXTO FAMILIAR

Graffar:

(Preencher no impresso próprio e transcrever o grau)

É uma classificação internacional, adaptada por AMARO 2001. Baseia-se num conjunto de cinco critérios - profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspecto do bairro onde habita. Preenche-se de acordo com o elemento que tem maior rendimento do agregado familiar e faz a soma das pontuações.

REDES DE SUPORTE

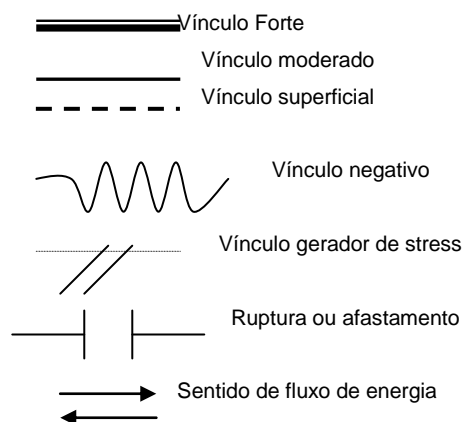
Ecomapa:

COMO ELABORAR UM ECOMAPA

Ecomapa: é uma representação visual da unidade familiar em relação à comunidade.

- Coloca-se o genograma da unidade familiar num círculo central.
- Em diferentes círculos externos representam-se pessoas, órgãos ou instituições que pertençam ao contexto familiar.
- São desenhadas linhas entre a família e os círculos externos para indicar a natureza dos vínculos afectivos.

Tipo de vínculos afectivos:



- Podem ser desenhadas setas ao longo de linha, que nos indicam o fluxo de energia e os recursos.
- Escrever, em notas, tudo o que achar significativo sobre a família e o que a família possa concluir com a visualização do ecomapa, para posteriormente ser trabalhado.

Graus	Profissão	Instrução	Origem do Rendimento Familiar	Tipo de habitação	Local de Residência	Pontuação			Posição Social
						C/ 5 itens	C/ 4 itens	C/ 3 itens	
1º	<ul style="list-style-type: none"> - Gr. Industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento 	<ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaços c/ máximo de conforto 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante 	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I Classe Alta Data _/_/_
2º	<ul style="list-style-type: none"> - Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores/ Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões Liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou Curso Superior c/ duração ≤ 3 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom local 	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4	II Classe Média Alta Data _/_/_
3º	<ul style="list-style-type: none"> - Peq Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados 	<ul style="list-style-type: none"> - 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, c/ cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia 	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7	III Classe Média Data _/_/_
4º	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Agricultores/ Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F. A. ou militarizados de nível ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade ≥ 4 anos 2 < anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Remuneração ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, electrodomésticos de menor nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro social / operário - Zona antiga 	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10	IV Classe Média Baixa Data _/_/_

5º	<ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios) - RGM 	<ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente 	<p style="text-align: center;">22 ↑ ↓ 25</p>	<p style="text-align: center;">17 ↑ ↓ 20</p>	<p style="text-align: center;">13 ↑ ↓ 15</p>	<p style="text-align: center;">V Classe Baixa Data _/_/_</p>
----	--	--	--	---	---	--	--	--	---

2– Enquadramento Conceptual da Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto Domiciliário

2.1 Modelos Teóricos de Enfermagem de Apoio à Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto Domiciliário

2.1.1 Modelo Teórico de Enfermagem de Peplau

Enfermagem é “um processo interpessoal, significativo e terapêutico” (Tomey e Alligood 2002, p.428), com o **objectivo** de se **articular** com outros processos humanos para **assegurar a saúde** das pessoas nas comunidades.

Quatro fases distintas na relação:

- **Orientação** A enfermeira é procurada pelo doente e **assume a função** de o ajudar a **reconhecer o seu problema**, assim como a determinar a sua necessidade de ajuda;
- **Identificação** O doente **procura identificar-se** com **quem o pode ajudar**, explorando assim a relação entre ambos, favorecendo a expressão de sentimentos e emoções;
- **Exploração** O doente aproveita ao máximo a relação com a enfermeira e em que esta começa a traçar objectivos atingíveis através do esforço pessoal;
- **Resolução** O doente começa a traçar novos objectivos, quando os anteriores estão solucionados e abandonando progressivamente a identificação com a enfermeira.

O papel da enfermeira é, de acordo com as fases da relação, o de pessoa desconhecida, recurso, professora, líder, conselheira. (Tomey e Alligood 2002, p.428).

2.1.2 Modelo Teórico de Enfermagem de Tidal

Este Modelo enfatiza a forma como é possível aos enfermeiros **consciencializar a pessoa/família/grupo das mudanças** que vão ocorrendo e que por vezes lhes podem parecer insignificantes; o **seu objectivo é contribuir** para a **Recovery** (estar o melhor possível na

situação que está a vivenciar). **O enfermeiro constitui-se como a ferramenta base** que pode **abrir o potencial** do cliente **para a Recovery**.

O Modelo Tidal inclui **10 compromissos**, a saber:

Valorizar a voz (trata-se de uma voz de experiência vivida; a história individual é o centro do encontro enfermeiro / pessoa-família).

Respeitar a linguagem (a linguagem utilizada pela pessoa é única e clarifica o caminho para a *Recovery*).

Desenvolver curiosidade (o enfermeiro deve mostrar-se bastante interessado na história do utente, conseguindo compreender a pessoa que conta a história).

Tornar-se aprendiz (o utente tem todos os dados da sua história: é “perito” nela; o enfermeiro só tem acesso à compreensão da história do utente se adoptar uma postura de “aprendiz”).

Revelar sabedoria pessoal (o utente vai revelando elementos bastante interessantes. O enfermeiro devolve ao utente a compreensão que apreendeu da situação descrita, ajudando a clarificar e a consciencializá-lo dos diferentes aspectos em causa).

Ser transparente (o enfermeiro deverá levar a pessoa à compreensão daquilo que vai ser feito, considerando que enfermeiro e utente se constituem como um a verdadeira equipa).

Usar o kit de ferramentas (*toolkit*) (a história e os elementos que revela acerca de formas/estratégias que já utilizou com sucesso constituem-se nos instrumentos que o enfermeiro deve utilizar na construção de uma nova história, com o utente – a história da recuperação: *Recovery*).

Construir cada passo (enfermeiro e utente, em equipa, efectuam uma apreciação daquilo que pode ser efectuado a curto prazo, já que o primeiro passo, por parte do utente é o mais importante).

Dar tempo (torna-se de grande importância o tempo dado ao encontro do enfermeiro e pessoa/família).

A mudança é constante (constata-se que existe mudança constante e isso é inevitável; porém o enfermeiro tem o papel de ajudar a pessoa/família a tomar consciência da forma como as mudanças ocorreram e como essa consciência pode ser bastante importante para a pessoa e para o seu processo de recuperação/*Recovery*).

(JÚDICE 2009)

2.1.3 Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neumann

O Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neumann oferece uma **perspectiva abrangente, flexível** e também **holística**. Este Modelo concentra-se na **resposta do sistema cliente** real

ou potencial de pressão ambiental e ainda na aplicação de prevenção primária e terciária para a retenção, obtenção e manutenção do bem-estar do cliente como elemento do sistema.

No Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neumann **o cliente é constituído por diferentes variáveis** de interacção pessoal:

Fisiológica
Psicológica
Sócio cultural
Desenvolvimento
Espiritual

O Modelo de Betty Neumann concebe a **pessoa como uma estrutura circular e constituída por núcleo** (estrutura básica), onde se incluem: estrutura genética, padrões de resposta e estrutura do ego; essa estrutura circular é, ainda, constituída por **linhas de defesa que funcionam como mecanismos protectores do núcleo**: flexível, normal resistência.

É considerado o **ambiente interno, externo e o ambiente criado**.

Quanto aos **stressores**, a autora considera os **intrapessoais, os interpessoais e os extrapessoais**.

2.2 Conceitos Mobilizados na Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto Domiciliário

Ambiente

«Ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa / ambiente». (OE 2009)

Autonomia

«Autonomia: conjunto de competências necessárias para o desempenho das actividades da vida diária, da vida social e relacional bem como para a tomada de decisões independentes ao longo do percurso da vida.» (Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro: Diário da República, 1.ª Série, n.º 19)

Comunicação

«Comunicação: Parte integrante do comportamento humano; processo comunicacional; emissor/receptor/mensagem/código; métodos de comunicação». (AMENDOEIRA, j. et al, 2003)

«Os seres humanos não podem NÃO comunicar e a comunicação interpessoal é um processo complexo. A comunicação terapêutica ou de ajuda é uma linguagem que é aprendida e partilhada pelos enfermeiros; é uma capacidade que requer prática. As pessoas comunicam verbal e não verbalmente: a comunicação não verbal envia uma mensagem mais forte que a comunicação verbal. A comunicação pode ser assertiva ou agressiva: as afirmações assertivas são as mais úteis e começam com a palavra “EU”; as afirmações agressivas destinam-se a responsabilizar outra pessoa e começam com a palavra “TU”. Os enfermeiros precisam de estar conscientes de quais os obstáculos à comunicação terapêutica e das técnicas a utilizar no sentido do encorajamento eficaz da comunicação de ajuda. São utilizadas técnicas especiais quando se comunica com pessoas que têm necessidades de comunicação especiais». (NEEB, K., 2000: 34).

Competência

«... um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros, implicando saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado.» LE BOTERF (1995),

Consulta

«Evento ou Episódio: Ocorrência, qualquer coisa que acontece.» CIPE® 1.0

Crise

«Um estado de crise produz-se quando uma pessoa afronta um obstáculo a um objectivo importante da sua vida que, por certo tempo, é intransponível pelo recurso aos métodos habituais de resolução de problemas. Segue-se um período de desorganização e de desconforto, durante o qual diferentes tentativas de resolução são utilizadas em vão. Eventualmente uma certa forma de adaptação é produzida, que pode ser ou não, no melhor interesse da pessoa e seus próximos.» (Caplan citado por Chalifour 2009, p.185)

Cuidador

«Cuidador: a pessoa adulta, membro ou não da família, que cuida da pessoa com incapacidade psicossocial, com ou sem remuneração, no sentido de realizar e proporcionar as actividades de vida diária com vista a minorar ou até mesmo suprir o *deficit* de auto cuidado da pessoa que cuida.» (Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro: Diário da República, 1.ª Série, n.º

19)

Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

«Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental: conjunto de intervenções sequenciais de saúde mental e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na reabilitação e recuperação das pessoas com incapacidade psicossocial entendida como o processo de reabilitação e de apoio social, activo e contínuo, que visa a promoção da autonomia e a melhoria da funcionalidade da pessoa em situação de dependência com vista à sua integração familiar e social.» (Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro: Diário da República, 1.ª Série, n.º 19)

Cuidados de enfermagem

«Cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.» (REPE)

Dependência

«Dependência: a situação em que se encontra a pessoa com incapacidade psicossocial, que, por falta ou perda de autonomia psíquica, intelectual ou física, resultante de doença mental grave, não consegue, por si só, realizar as actividades de vida diária.» (Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro: Diário da República, 1.ª Série, n.º 19)

Doença Mental Grave

«Doença Mental Grave: doença psiquiátrica que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afecta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa.» (Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro: Diário da República, 1.ª Série, n.º 19)

Enfermagem

«Enfermagem – É a Profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.» (REPE)

Enfermagem

«Enfermagem, como parte integrante dos sistemas de saúde, abrange a promoção de saúde, a prevenção da doença e os cuidados de todas as pessoas de todas as idades com doença

física, mental ou com deficiência, em qualquer dos contextos dos cuidados de saúde.» (Conselho Internacional de Enfermagem).

Enfermeiro

«Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.» (REPE)

Enfermeiro Especialista

«Enfermeiro especialista – É o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.» (REPE)

Estratégias de *Coping*

«Segundo uma concepção dinâmica do *stress*, o *coping* é considerado como um processo cognitivo e comportamental que um indivíduo interpõe entre ele e a agressão para controlar ou diminuir o seu impacto sobre o seu estado físico e psicológico.» (RAFAEL, M., Internet, em Janeiro de 2010)

Empowerment

«Processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder – psicológico, político e económico – que permite a estes sujeitos aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania.» (Pinto, citado por Fazenda, 2008)

Família

«Grupo com as características específicas: Grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou de legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo.» CIPE® 1.0

Funcionalidade

«Funcionalidade: a capacidade da pessoa com doença mental grave, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, se relacionar com o meio envolvente e participar na vida social.» (Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro: Diário da República, 1.ª Série, n.º 19)

Incapacidade Psicossocial

«Incapacidade Psicossocial: a situação objectiva de redução total ou parcial da capacidade da pessoa com doença mental grave para desempenhar as actividades da vida diária, no contexto social, familiar e profissional.» (Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro: Diário da República, 1.ª Série, n.º 19)

Pessoa

«A pessoa sujeito de cuidados, entendida como individuo ou como grupo, como elemento nuclear a qualquer modelo, porque é em torno dela que se conjugam outros indicadores de natureza diversa que convergem para duas grandes áreas: a área relativa à saúde e à doença e a área relativa ao ambiente, ambas influenciadas pelas orientações e determinações políticas nacionais e internacionais.» (OE 2009)

Processo de Enfermagem

«Processo de enfermagem: envolve uma relação interactiva entre o cliente e o enfermeiro. Cinco etapas: Histórico, Diagnóstico, Planeamento, Implementação e Avaliação. É intencional, sistemático, dinâmico, interactivo, flexível e baseado em Teorias. Conhecimento global da Ciência e da Teoria; Competências: científica, técnica e relacional.» (AMENDOEIRA, j. et al, 2003).

Qualidade

«Cuidados prestados com um nível de acordo com o estado da arte, no momento preciso e no doente certo, são certamente cuidados de qualidade» (FRAGATA, 2006)

Recovery

«Recovery é um processo fundamentalmente pessoal de redescoberta de um novo sentido de identidade, de autodeterminação e de fortalecimento pessoal para viver, participar e contribuir para a comunidade. É um processo de fortaleza pessoal, de controlo sobre as decisões importantes para a vida de cada pessoa, na sua participação na vida da comunidade através do desempenho de papéis profissionais, educacionais ou familiares relevantes.» (JÚDICE, H.,

2009)

Rede Primária

Conjunto dos “indivíduos que têm afinidades pessoais num quadro não institucional” (Lacroix, 1990, citado por Guadalupe, 2001:2).

Reabilitação psicossocial

«Reabilitação psicossocial: o processo de desenvolvimento das capacidades psíquicas remanescentes e de aquisição de novas competências para o auto cuidado, actividades de vida diária, relacionamento interpessoal, integração social e profissional e participação na comunidade» (Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro: Diário da República, 1.ª Série, n.º 19).

Recuperação

«Recuperação: o processo que visa alcançar a autodeterminação e a procura de um caminho pessoal por parte das pessoas com problemas de saúde mental» (Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro: Diário da República, 1.ª Série, n.º 19).

Registos

«Registos: Comunicação escrita de factos essenciais: documentação do cuidado de enfermagem; instrumento disciplinar transversal; testemunho da prática do cuidar; suporte do pensamento complexo». (AMENDOEIRA, j. et al, 2003)

Relação de Ajuda

«Relação de Ajuda: Interação entre duas pessoas; holismo; Abordagem Humanista; vertente relacional formal e informal: atitudes específicas» (AMENDOEIRA, j. et al, 2003)

Resiliência

«Resiliência é a capacidade do indivíduo para uma adaptação bem sucedida, funcionamento positivo ou competências na presença de adversidade, envolvendo múltiplos riscos e ameaças internas e externas, ou ainda, a capacidade de recuperação na sequência de uma experiência traumática prolongada» (JÚDICE, H., 2009)

Saúde

«A saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjectivo; por tanto, não

pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença.

A representação mental da condição individual e do bem estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural.» (OE 2001)

Saúde Mental

«Saúde Mental é um estado de bem-estar, no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere» (OMS: 2005)

Tomada de Decisão

«Tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistemática e sistémica. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efectuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.» (OE 2001)

Transtorno Mental

«Transtorno Mental é caracterizado por um comportamento, uma síndrome psicológica ou um padrão que está associado a uma perturbação ou deficiência» (KAPLAN, 2007: 31)

Treino da Autonomia

«Treino da Autonomia: o conjunto de intervenções psicossociais destinado a promover a aquisição e/ou a manutenção de competências para o desempenho, o mais independente possível, das actividades de vida diária e social.» (Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro: Diário da República, 1.ª Série, n.º 19)

2.3 Glossário (CIPE® 1.0);

Termos	Definição	Ref. ^a CIPE® 1.0
alergias	Resposta Física Comprometida: Resposta imunitária a um antigénio estranho.	10002163
alexia	Afasia Sensorial: Ausência de compreensão das palavras escritas.	10002159
altura	Dimensão Física	10008912
amamentação	Padrão Alimentar ou de Ingestão de Líquidos: Alimentar uma criança oferecendo leite materno.	10003645
ambivalente ambivalência (existe)	Emoção: Estado de experienciar sentimentos contraditórios e opostos sobre o mesmo objecto.	10002205
amnésia	Memória Comprometida: Perda de recordação mental associada a lesão cerebral ou crise emocional.	10002233
anorexia	Ingestão de Alimentos Deficitária	10004896
ansiedade	Emoção Negativa: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia.	10002429
audição	Percepção Sensorial: Faculdade de perceber os sons devida às respostas a estímulos por parte dos órgãos auditivos; capacidade para ouvir.	10008814
aumentada (existe aumentar)	Alterar: Ajustar alguma coisa para obter o resultado desejado: para um nível superior.	10009961
autocuidado	Capacidade para realizar o autocuidado	10023410
automutilação	Comportamento Autodestrutivo: Execução de agressões auto-infligidas mas não letais, que produzem lesão dos tecidos, tais como cortes e queimaduras, com o objectivo de se agredir ou de aliviar a ansiedade.	10017795
bulimia	Comportamento Alimentar Comprometido: Comer repetidamente, comportamentos relacionados com a atracção irresistível para comer apesar de não ter fome.	10004896
Cesariana	Cirurgia	10004143
cognição	Processo Psicológico: Processo intelectual que envolve todos os aspectos da percepção, pensamento, raciocínio e memória.	10004485
comportamento agressivo	Comportamento Comprometido: Acção ou atitude enérgica de auto-assertividade imposta a outro, expressa física, verbal ou simbolicamente.	10002026

comprometido	Juízo Positivo ou Negativo com as características específicas: Estado julgado como negativo, alterado, inadequado, ou ineficaz.	10012938
comunicação	Comportamento Interactivo: Dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados.	10004705
confuso	Pensamento Distorcido: Memória comprometida, com desorientação em relação ao tempo, local ou pessoa.	10004947
consciente (existe consciência)	Status: Resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos, mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior.	10004975
coping	Atitude: Gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico.	10005208
curso (existe clinical pathway)	Plano	10004463
diminuído	Sentimentos de Impotência	10027120
disartria	Disfasia: Enunciação pouco clara de palavras, as palavras não são completamente enunciadas, misturam-se ou são parcialmente eliminadas; associado com fraqueza dos músculos da articulação, lesão do sistema nervoso, uso de drogas ou pronúncia descuidada.	10018304
dispositivo de suporte	Dispositivo	10019157
dor	Percepção Comprometida: Aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.	10013950
eliminação	Processo Corporal: Movimento e excreção de resíduos corporais.	10006720
emoção	Processo Psicológico: Sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stress ou com a doença.	10006765
Escola	Estrutura Social com as características específicas: Estrutura concebida e construída para educação e treino.	10017537
euforia	Emoção: Sentimento de júbilo, alegria e optimismo, com sensação exagerada de bem-estar físico e emocional, não se baseando na realidade e não sendo proporcional à situação.	10007050

Família	Grupo com as características específicas: Grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou de legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo.	10007554
frequência cardíaca	Taxa	10008833
frequência respiratória	Taxa: Número de ciclos respiratórios por minuto.	10016904
gaguez	Disfasia: Enunciação espasmódica de palavras, envolvendo hesitações excessivas, tropeços e repetições das mesmas sílabas e sons prolongados; associada a lesão dos órgãos da articulação, defeitos cerebrais e neuromusculares ou situações emocionais.	10018944
gravidez não planeada	Gravidez Comprometida: Acções que se relacionam com o enfrentar de uma gravidez não planeada ou não intencional e de ter um filho não planeado.	10020292
hipersónia	Sono Comprometido: Duração anormalmente longa de um sono excessivamente profundo, confusão ao acordar, sonolência extrema, letargia, associada a factores mais psicológicos do que físicos.	10009387
ideação suicida	Cognição comprometida	10024100
Identidade	Status	10009715
Identificar	Avaliar: Estabelecer sistematicamente a identidade de alguém ou de alguma coisa.	10009631
infecção	Processo Patológico: Invasão do corpo por microorganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reacção antigénio-anticorpo.	10010104
insónia	Sono Comprometido: Incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante os períodos de sono planeados, apesar do posicionamento confortável num ambiente agradável; espertina, falta de sono; frequentemente associada a factores psicológicos ou físicos como o stress emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas	10010330

Insónia	Sono com as características específicas: Incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante os períodos de sono planeados, apesar do posicionamento confortável num ambiente agradável; espertina, falta de sono; frequentemente associada a factores psicológicos ou físicos como o stress emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas.	10010330
instruir	instruir	10010382
integridade	Status: Estar completo, inteiro, não diminuído, ou intacto.	10010416
memória	Processo Psicológico: Actos mentais através dos quais são armazenadas e recordadas sensações, impressões e ideias; registo mental, retenção e recordação de experiências, conhecimentos, ideias, sensações e pensamentos passados.	10011907
mobilidade	Capacidade com as características específicas: Movimento voluntário e psicomotor do corpo, incluindo a coordenação dos movimentos musculares e articulares, bem como o desempenho do equilíbrio, o posicionamento corporal e o deslocamento.	10012108
movimentos dirigidos	insuficiente para definir	
mucosa	Componente do Sistema Tegumentar: Camadas de revestimento natural, sem queratina, na superfície interna do corpo, forrando cavidades ou canais que abrem para o exterior do corpo; incluem as mucosas da boca, nariz, vagina, tubo digestivo, vias respiratórias e tracto genito-urinário; as mucosas protegem as estruturas subjacentes, segregam muco que lubrifica as estruturas associadas, absorvem água, sais e outros solutos.	10012288
orientação	Status: Certeza das relações com o ambiente em termos de tempo, como o ano, a estação, o mês, o dia, a hora exacta; em termos de lugar, como país, província, cidade, local de trabalho ou casa e em termos de consciência da própria identidade, como a idade e data de nascimento e em termos de reconhecimento das pessoas em redor.	10013810
padrão alimentar	Padrão Alimentar ou de Ingestão de Líquidos	10006529
padrão de eliminação	Padrão de Eliminação	10005637
parcial	Dimensão	10014081
pele	Componente do Sistema Tegumentar: Superfície natural mais externa do corpo, robusta e flexível, com funções relacionadas com a elasticidade, textura e espessura, no sentido de manter a camada queratinizada intacta, hidratada, macia e com temperatura adequada.	10018239

pensamento	Acção: Processo de separar, ordenar e classificar pensamentos, pensar de uma maneira lógica, apresentar os pensamentos através do discurso; associado à orientação para objectivos; uso de formação de conceitos e mudança dos esquemas mentais.	10019663
percepção	Processo do Sistema Nervoso: Registo mental consciente de estímulos sensoriais; ter noção de objectos ou outros dados através dos sentidos.	10014270
percepção	Processo do Sistema Nervoso: Registo mental consciente de estímulos sensoriais; ter noção de objectos ou outros dados através dos sentidos.	10014270
período neonatal	Período Infantil	10013059
pressão	Dimensão Física	10015608
relação sexual	Realizar: Actividade sexual entre duas pessoas, usualmente de sexo oposto; união sexual com a finalidade de excitação mútua e orgasmo.	10017965
repouso	Processo Corporal: Redução recorrente da actividade corporal permanecendo acordado e consciente, posição imóvel enquanto acordado e consciente.	10017101
risco	Potencialidade: Existir em possibilidade, risco.	10015007
saúde	Status: Processo dinâmico de adaptar-se a, e de lidar com o ambiente, satisfazer necessidades e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social, não meramente a ausência de doença ou de enfermidade.	10008711
segurança	Papel: Estar seguro, livre de perigo, risco ou lesão.	10017441
sistema musculo-esquelético	Sistema Corporal	10012344
sistema reprodutor	Sistema Corporal	10016841
sistema sensorial	Sistema Corporal	10017867
sistema tegumentar	Sistema Corporal: Revestimento da superfície corporal: pele, epiderme, mucosas, tecido conjuntivo e derme, incluindo glândulas sudoríparas e sebáceas, cabelo e unhas, tendo como funções: a manutenção da temperatura corporal; a protecção do tecido subjacente da abrasão física, da invasão bacteriana, da desidratação e da radiação ultravioleta; o arrefecimento do corpo quando a temperatura sobe; a detecção, através dos órgãos sensoriais, de estímulos relacionados com a temperatura, o tacto, a pressão e a dor; a perspiração, através de órgãos excretores, de água, sais e compostos orgânicos; a secreção do suor e do sebo; a síntese de vitamina D e a activação dos componentes do sistema imunitário.	10010428

sono	Repouso: Redução recorrente da actividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, actividade corporal diminuída, e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos.	10018273
temperatura	Dimensão Física	10019556
temperatura	Dimensão Física	10019556
tentativas de suicídio	Comportamento Autodestrutivo: Tentar acabar com a própria vida.	10002907
terapia	Conjunto de Actos	10019628
trabalho de parto	Evento ou Episódio: Processos perinatais do organismo, desde o início da dilatação do colo do útero até à expulsão da placenta.	10004311
vigiar	Monitorizar: Averiguar minuciosamente alguém ou alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo.	10019283
vigilância	Monitorizar: Observação atenta de uma pessoa ou grupo, monitorização continua.	10019277
violência	Comportamento Agressivo: Demonstração enérgica de acções ou do uso desleal de força ou de poder com a finalidade de ferir, causar dano, maus tratos ou atacar: acções violentas, prejudiciais, ilegais ou culturalmente proibidas para com outros; estado de luta ou conflito pelo poder.	10020789
visão	Percepção sensorial: Capacidade para ver, devido a respostas a estimulação dos órgãos visuais; capacidade para ver.	10018124

3 - Bibliografia

ALARCÃO, Isabel; ROLDÃO, Maria do Céu Supervisão. **Um contexto de desenvolvimento profissional dos professores**. Edição Pedagogo, 2008. 95 p. ISBN: 978-972-8980-57-3

AMENDOEIRA, J. (et al.) – **Os Instrumentos básicos na construção da disciplina de enfermagem: expressões e significados, ESES, GIDEA**, 2003. Consult. 21-10-2010), Disponível em <http://www.chmt.min-saude.pt>.

APONTAMENTOS tirados nas aulas de **Enfermagem** de Saúde Mental e Psiquiatria I, dados pela Enfermeira Helena Júdice, no Curso de Pós- Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na Escola Superior de Enfermagem S. Francisco da Misericórdias, Outubro 2009.

BISCAIA, J.- Qualidade de Saúde Primários. Revista **Portuguesa de Saúde Pública**, vol temático: 2, 2001. Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-04-2001.pdf>

CERDEIRA, A. – Revista Ordem dos Enfermeiros, n.º 29, Maio 2008, Lisboa, ISBN: 1646-2629.

DECRETO-LEI n.º 161/1996. **D.R. I Série** 205 (1996-09-04) 2959 – 2962

DECRETO-LEI n.º 104/98. **D.R. I Série** 93 (1998-04-21) 1739 – 1757

DECRETO-LEI n.º 36/1998. **D.R. I Série** 169 (1998-07-24) 3544 – 3550

DECRETO-LEI n.º 247/2009. **D.R. I Série** 247 (2009-09-22) 6758 – 6761

DECRETO-LEI n.º 8/2010. **D.R. I Série** 19 (2010-01-28) 257 – 263

DECRETO-LEI n.º 35/2011. **D.R. II Série** (2011-02-18) 8662 – 8666

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Relatório Mundial da Saúde - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. 1.ª edição, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002. ISBN 972-675-082-2

FAZENDA, Isabel - **O puzzle desmanchado: Saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania**. 1ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2008. 174p. ISBN 978-972-796-291-4.

FERNANDES, M.T.- **Metodologia de Projecto**. Servir. Lisboa. ISSN: 0871-2370.47:5(Setembro/Outubro 1999)

FRAGATA José. - A segurança dos doentes: indicador de qualidade em saúde. **Revista Portuguesa Clínica Geral**. Lisboa. ISSN 0870-7103. Nov-Dez 2010; 26 (6): 564-70

KAPLAN & SADOCK's – **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 9ª Edição, Artmed, Editora, S.A., Porto Alegre, 2007, ISBN: 978-85-363-0763-3.

KÉROUAC, Suzanne; et al – **El Pensamiento Enfermero**. 1.ª ed., Barcelona: Masson, 1996. 166p.

LE BORTEF, G. – **La Competence: essai sur un attracteur étrange**. Paris, Éditions d'Organisation, 1995 ;

NEEB, Kathy – **Enfermagem de Saúde Mental**. Loures: Lusociência, 2000, p. 178-179, ISBN 972 8383 14 2;

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® versão 1.0.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. 210p. ISBN: 92-95040-36-8.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. 16p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Caderno Temático - Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem, Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. 45p

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL – **Manual de Boas Práticas Canadianas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica:** edição portuguesa, Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Porto, 2009. ISBN 978-989-96144-0-6.

TOMEY, Ann e ALLIGOD, Martha – **Teóricas de enfermagem e sua obra.** Loures: Edições Lusociência, 2004. 750p. ISBN: 972-8383-74-6.

WRIGHT, Lorraine M. LEAHEY, Maureen. **Enfermeiras e Famílias – um guia para avaliação e intervenção na família.** 3ª ed. São Paulo: Editora Roca Ltda, 2002. 327p. ISBN85-7241-346-4.p.327

Anexos

Guia de Orientação para a Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto Domiciliário

Anexo 1 - Boas Práticas Clínicas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Anexo 1 - Boas Práticas Clínicas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Boas Práticas Clínicas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Síntese Manual de Boas Práticas Canadianas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Edição portuguesa, 2009.

A criação de “Boas Práticas” orienta os enfermeiros no exercício de uma enfermagem de maior qualidade, e leva os utentes a conhecerem quais os cuidados que os enfermeiros têm para oferecer e como poderá deles usufruir caso seja necessário, tal como defendido no “Manual de Boas Práticas Canadianas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Edição portuguesa, 2009”.

Em síntese: trata-se de um documento que nos permite viajar entre o expectável para o exercício da enfermagem no contexto da Saúde Mental e Psiquiatria, em termos das características pessoais, do diagnóstico, da intervenção, dos resultados e da participação do enfermeiro numa organização de cuidados de saúde e, de uma forma geral, na sociedade» (Sequeira, C., 2009: 6)

O documento **descreve sete competências** do enfermeiro de Saúde Mental em **sete domínios**, a saber:

A **relação terapêutica**

A **avaliação sistemática e tomada de decisão**

A **administração e monitorização de intervenções** terapêuticas

A **gestão eficaz** de situações críticas

A intervenção **ensino/treino**

A **monitorização e garantia da qualidade** das práticas de cuidados de saúde

As **competências organizacionais** e do papel e trabalho (funcionais)

Anexo 2 - Perfil de Competências do Enfermeiro Especialista

Anexo2 - Perfil de Competências do Enfermeiro Especialista

PERFIL/COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSQUIATRIA E ÁREAS DE INTERVENÇÃO

Segundo o Ordem dos Enfermeiros (2008) “o título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade”.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) em Dezembro de 2009, desenvolve o Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE), o qual consiste em definir especificamente a área de actuação de cada especialidade de enfermagem.

Neste sentido, para a área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a OE (2009:22 a 26), definiu, que o Enfermeiro Especialista detentor deste título profissional, deve desenvolver as seguintes competências:

» Deter um elevado conhecimento e consciência de si, enquanto Pessoa e Enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;

Integrado neste item, pretende-se que a capacidade de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas, é central para a prática de Enfermagem de Saúde Mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psico-educativas, condiciona os resultados esperados.

» Assistir a Pessoa ao longo do seu ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental;

Com a aquisição desta competência, pretende-se que o Enfermeiro recolha informação necessária e pertinente à compreensão do estado de Saúde Mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, protecção da saúde, e a prevenção da perturbação mental. O processo de

avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação de comportamento, de revisão de registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes.

» **Ajudar a Pessoa ao longo do seu ciclo de vida, integrada na família, grupos, comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;**

Pretende-se com a aquisição desta competência, que o Enfermeiro seja pro-activo através da sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente, a família e a equipa de saúde.

» **Prestar cuidados do âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à Pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar ou recuperar a saúde.**

A implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ou a adaptar e a integrar em “si mesmo” a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional.

O tratamento para recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação, e o treino em saúde mental tem como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório, e contribuir para a sociedade em que se insere.

Envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de actividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, e supervisionar.

As quatro competências anteriormente descritas, são consideradas como os pilares fundamentais da prestação de cuidados do Enfermeiro Especialista na área específica da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

De acordo com a nova Carreira de Enfermagem, as áreas de intervenção são as de um qualquer enfermeiro e ainda outras, específicas, que se destacarão, a seguir, a “negrito”:

«O conteúdo funcional da categoria de enfermeiro/enfermeiro especialista é inerente às

respectivas qualificações e competências em enfermagem, compreendendo plena autonomia técnico-científica, nomeadamente, quanto a:

Identificar, planear e avaliar os cuidados de enfermagem e efectuar os respectivos registos, bem como participar nas actividades de planeamento e programação do trabalho de equipa a executar na respectiva organização interna;

Realizar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção de saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional;

Prestar cuidados de enfermagem aos doentes, utentes ou grupos populacionais sob a sua responsabilidade;

Participar e promover acções que visem articular as diferentes redes e níveis de cuidados de saúde;

Assessorar as instituições, serviços e unidades, nos termos da respectiva organização interna, Desenvolver métodos de trabalho com vista à melhor utilização dos meios, promovendo a circulação de informação, bem como a qualidade e eficiência;

Recolher, registar e efectuar tratamentos e análise de informação relativa ao exercício das suas funções, incluindo aquela que seja relevante para os sistemas de informação institucionais na área da saúde;

Promover programas e projectos de investigação, nacionais ou internacionais, bem como participar em equipas ou orientá-las;

Colaborar no processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;

Integrar júris de concursos ou outras actividades de avaliação, dentro da sua área de competência;

Planear, coordenar e desenvolver intervenções no seu domínio de especialização;

Identificar necessidades logísticas e promover a melhor utilização dos recursos adequando-os aos cuidados de enfermagem a prestar;

Desenvolver e colaborar na formação realizada na respectiva organização interna;

Orientar os enfermeiros, nomeadamente nas equipas multiprofissionais, no que concerne à definição e utilização de indicadores;

Orientar as actividades de formação de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional». (Nova Carreira de Enfermagem: Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de Setembro)

Também em 2009 a Coordenação Nacional para a Saúde Mental apresenta as Competências Próprias do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, bem como as Competências

Partilhadas, no âmbito do “Documento de Consenso para a Estrutura e Funções das Equipas de Saúde Mental Comunitária”:

Competências Próprias:

- Prescrever, executar e/ou prestar cuidados de enfermagem;
- Desenvolvê-los segundo metodologia científica, através do Processo de Enfermagem, consistindo em:
 - Colher dados para identificação das necessidades do utente/cliente/família/cuidadores, mediante entrevista e observação;
 - Elaborar os diagnósticos de enfermagem tendo em conta as necessidades afectadas;
 - Realizar o plano de cuidados estabelecendo prioridades, tendo em conta os recursos disponíveis. Neste contexto são desenvolvidas actividades de vária ordem, partilhadas com outros profissionais da equipa multidisciplinar;
 - Avaliar os cuidados de enfermagem desenvolvidos e simultaneamente reavaliar necessidades em termos de cuidados de enfermagem quando subsistem;
 - Efectuar os respectivos registos;
 - Estabelecer a Relação de Ajuda que em enfermagem tem características peculiares e bem definidas, que a distinguem de qualquer outra profissão;
 - Supervisionar a e gerir a medicação;

Competências Partilhadas:

- Avaliar as necessidades de saúde;
- Obter e descrever a história de saúde relevante dando ênfase à história de saúde mental;
- Contribuir para o diagnóstico multidimensional do estado de saúde;
- Implementar e desenvolver programas de educação para a saúde com vista à reabilitação e reinserção psicossocial, desenvolvendo intervenções educativas para os indivíduos, famílias e grupos, de modo a promover o *empowerment*;
- Desempenhar o papel de Terapeuta de Referência;
- Participação na coordenação e dinamização das actividades inerentes à situação de saúde/doença, quer o utente seja seguido em internamento, ambulatório ou domicílio;
- Participação na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos;
- Trabalhar, tal como os outros profissionais da equipa multidisciplinar, em complementaridade (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2007).

Anexo 3 – Legislação de Apoio à Prática de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

Anexo 3 – Legislação de Apoio à Prática de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (aprova o “REPE”)

Tal como é descrito no presente Diploma, este Decreto-Lei aprova o exercício Profissional dos Enfermeiros: “Clarifica conceitos, procede à caracterização dos cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais, dissipando, assim, dúvidas e prevenindo equívocos por vezes suscitados não apenas a nível dos vários elementos integrantes das equipas de saúde mas também junto da população em geral.” (Lopes, F., 1999: 133).

Este Decreto-Lei apresenta ainda os principais conceitos: “enfermagem”, “enfermeiro”, “enfermeiro especialista” e “cuidados de enfermagem”; apresenta também uma caracterização dos cuidados de enfermagem, que passa por:

- Terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade
- Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente
- Utilizarem metodologia científica.

O “REPE” refere-se ainda ao acesso ao exercício profissional dos enfermeiros, bem como à intervenção dos mesmos; refere-se também aos direitos, deveres e incompatibilidades dos enfermeiros, no âmbito do exercício da sua profissão, como enfermeiros.

Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril (cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto), alterado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, (que formalizou a 1.ª alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros)

“A Ordem dos Enfermeiros” (OE) é a associação pública representativa dos enfermeiros inscritos com habilitação académica e profissional legalmente exigida para o exercício da respectiva profissão”.

“A OE goza de personalidade jurídica e é independente dos órgãos do Estado, sendo livre e autónoma no âmbito das suas atribuições”.

“A OE exerce as atribuições conferidas no presente Estatuto no território da República Portuguesa, tem a sua sede em Lisboa e é constituída por secções regionais”.

“A OE tem como desígnio fundamental promover a defesa da qualidade dos cuidados de

enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional”.

“O título de enfermeiro reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade, nos três níveis de prevenção”.

“O título de enfermeiro é atribuído ao membro titular de cédula profissional provisória que faça prova de aproveitamento no final de um período de exercício profissional tutelado ou que comprove exercício anterior efectivo na profissão por um prazo de duração mínima igual ao previsto nesse regime, nos termos previstos no n.º 8 do artigo 6.º”.

“O título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem”.

“O título de enfermeiro especialista é atribuído ao detentor do título de enfermeiro, após ponderação dos processos formativos e de certificação de competências, numa área clínica de especialização, nos termos em que a especialidade vier a ser definida”.

Na Secção II apresenta-se o Código Deontológico do Enfermeiro:

Princípios gerais (art.º 78.º)

Dos deveres deontológicos em geral (art.º 79.º)

Do dever para com a comunidade (art.º 80.º)

Dos valores humanos (art.º 81.º)

Dos direitos à vida e à qualidade de vida (art.º 82.º)

Do direito ao cuidado (art.º 83.º)

Do dever de informação (art.º 84.º)

Do dever de sigilo (art.º 85.º)

Do respeito pela intimidade (art.º 86.º)

Do respeito pelo doente terminal (art.º 87.º)

Da excelência do exercício (art.º 88.º)

Da humanização dos cuidados (art.º 89.º)

Dos deveres para com a profissão (art.º 90.º)

Dos deveres para com outras profissões (art.º 91.º)

Da objecção de consciência (art.º 92.º)

Lei n.º 36/98, de 24 de Julho (Lei de Saúde Mental)

“A Lei de Saúde Mental 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”.

“A protecção da Saúde Mental efectiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio 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”.

“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”.

A Lei de Saúde Mental inclui ainda outros aspectos, a referir:

Princípios gerais de Política de Saúde Mental;

Conselho Nacional de Saúde Mental;

Direitos e deveres do utente;

Capítulo II: do Internamento Compulsivo

Capitulo III: Disposições transitórias e finais.

Decreto-Lei 247/2009, de 22 de Setembro (nova Carreira de Enfermagem nas Entidades Públicas)

“O presente Decreto-Lei define o regime legal da carreira aplicável aos enfermeiros nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, integrados no Serviço Nacional de Saúde, bem como os respectivos requisitos de habilitação profissional e percurso de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica”.

“O presente Decreto-Lei aplica-se aos enfermeiros em regime de contrato individual de trabalho, nos termos do Código do Trabalho, nas entidades públicas, empresariais e nas parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, integradas no Serviço Nacional de Saúde, nos termos dos diplomas legais que definem o regime jurídico dos trabalhadores das referidas entidades, sem prejuízo da manutenção do mesmo regime laboral e dos termos acordados no respectivo instrumento de regulamentação colectiva de trabalho”.

“O disposto no número anterior não prejudica os contratos de gestão já aprovados, bem como os que se encontram em fase de procedimento prévio à contratação ou em fase de procedimento concursal à data de entrada do presente Decreto-Lei”.

No Capítulo II há referências ao nível habilitacional.

No Capítulo III é apresentada a estrutura da Carreira:

Áreas de exercício profissional (art.º 6.º)

Categorias (art.º 7.º)

Deveres funcionais (art.º 8.º)

Conteúdo funcional da categoria de enfermeiro (art.º 9.º)

Conteúdo funcional da carreira de enfermeiro principal (art.º 10.º)

Condições de admissão (art.º 11.º)

Recrutamento (art.º 12.º)

Remunerações e posições remuneratórias (art.º 13.º)

Reconhecimento de títulos e categorias (art.º 14.º)

Decreto-Lei 8/2010, de 28 de Janeiro (Cria Unidades e Equipas de Cuidados Integrados de Saúde Mental)

Este Decreto-Lei apresenta algumas definições bastante importantes relacionadas com as Equipas de Cuidados Integrados de Saúde Mental e seus respectivos utentes. Apresenta ainda os princípios orientadores para que esta Lei seja posta em prática, bem como os Objectivos das Unidades e Equipas que cria.

No Capítulo II são apresentadas as tipologias das Unidades e Equipas de Cuidados Integrados a criar. Posteriormente este Decreto-Lei abrange ainda: condições de acesso, ingresso e mobilidade nas referidas unidades/equipas, organização das Unidades de Cuidados Integrados de Saúde Mental, qualidade e avaliação das Unidades e Equipas, Recursos Humanos previstos, instalações, funcionamento, fiscalização e licenciamento, bem como o financiamento destas Unidades e Equipas.

ANEXO 5 – Instrumento da colheita de dados

ANEXO 5 – Instrumento da colheita de dados

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nome: Data Nascimento:	
Nº Processo:	
Nacionalidade:	Estado Civil:
Escolaridade: Situação Profissional:	Nº Segurança Social
Nº Utente:	
Morada:	
Contacto:	
Pessoa Referência:	Contacto:
REFERENCIAÇÃO	
Motivo:	
Pessoa/ Entidade/ Instituição: Data:	
CONTEXTO FAMILIAR	
Genograma:	
Graffar: (Preencher no impresso próprio e transcrever o grau)	
REDES DE SUPORTE	
Ecomapa:	
ANTECEDENTES PESSOAIS	
Gestação/ Parto	
Gravidez Não Desejada <input type="checkbox"/> Gravidez Não Planeada <input type="checkbox"/> Gravidez Não Vigida <input type="checkbox"/> Gravidez Não <input type="checkbox"/> Aceite <input type="checkbox"/>	
Obs.: Parto Eutócico <input type="checkbox"/> Parto Distócico <input type="checkbox"/> Cesariana <input type="checkbox"/> Com Complicações <input type="checkbox"/>	
Obs.: Ausência de Amamentação <input type="checkbox"/> Neonatal Não Vigiado <input type="checkbox"/> Presença de Infecções Neonatal <input type="checkbox"/>	
Gravidez Saudável <input type="checkbox"/>	
Vigilância Saúde Desenvolvimento	
0 - 24 Meses	Vigiada <input type="checkbox"/> Não Vigiada <input type="checkbox"/>
2 - 4 Anos	Vigiada <input type="checkbox"/> Não Vigiada <input type="checkbox"/>
5 - 6 Anos	Vigiada <input type="checkbox"/> Não Vigiada <input type="checkbox"/>

7 - 10 Anos	Vigiada <input type="checkbox"/>	Não Vigiada <input type="checkbox"/>
Relação Família:	Comprometida <input type="checkbox"/>	Não Comprometida <input type="checkbox"/>
Relação Escola:	Comprometida <input type="checkbox"/>	Não Comprometida <input type="checkbox"/>
Relação Pares:	Comprometida <input type="checkbox"/>	Não Comprometida <input type="checkbox"/>
Comportamentos de Risco:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
11 - 13 Anos	Vigiada <input type="checkbox"/>	Não Vigiada <input type="checkbox"/>
Relação Família:	Comprometida <input type="checkbox"/>	Não Comprometida <input type="checkbox"/>
Relação Escola:	Comprometida <input type="checkbox"/>	Não Comprometida <input type="checkbox"/>
Relação Pares:	Comprometida <input type="checkbox"/>	Não Comprometida <input type="checkbox"/>
Comportamentos de Risco:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
15 - 18 Anos	Vigiada <input type="checkbox"/>	Não Vigiada <input type="checkbox"/>
Relação Família:	Comprometida <input type="checkbox"/>	Não Comprometida <input type="checkbox"/>
Relação Escola:	Comprometida <input type="checkbox"/>	Não Comprometida <input type="checkbox"/>
Relação Pares:	Comprometida <input type="checkbox"/>	Não Comprometida <input type="checkbox"/>
Comportamentos de Risco:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

Obs.:

ANTECEDENTES DE SAÚDE

Alergias Conhecidas: Sim Não

Obs.:

Co-Morbilidade Conhecida: Sim Não
 Cardiovascular
 Respiratória
 Hepática
 Renal
 Endócrina
 Digestiva
 Neurológica
 Diabetes
 Outras:

Outras Terapêuticas em Curso: Sim Não
 Posologia:

Obs.:

Doença Mental Prévia Conhecida: Sim Não
 Qual: Esquizofrenia

Internamentos Anteriores em Psiquiatria: Sim Não

Faz Terapêutica: Sim Não

Obs.:

Seguimento no Momento: Sim Não

Obs.:

AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Estado de consciência: Comprometida Não comprometida

Confuso desorientado: no espaço
 no tempo
 na pessoa

Obs.:

Atenção: Comprometida Não comprometida

Obs.:

Memória: Comprometida Não comprometida
 Amnésia

Obs.:

Concentração: Comprometida Não comprometida

Obs.:

Pensamento: Comprometido Não comprometido

Curso Estrutura das associações: Pensamento desagregado Pensamento incoerente
 Pensamento circunstancial Pensamento prolixo
 Pensamento perseverante

Velocidade das associações: Pensamento lentificado Pensamento inibido
 Pensamento acelerado Bloqueio de pensamento

Forma Pensamento mágico Pensamento autista
Conteúdo Ideias erradas ou crenças Ideias sobrevalorizadas
 Delírios primários Delírios secundários
 Humor delirante Percepção delirante
 Intuição delirante

Posse Delírio de influência Delírio de autorelacionação Delírio persecutório
 Delírio de roubo de pensamento Delírio de difusão de pensamento Delírio de inserção de pensamento
 Delírio de grandeza Delírio místico Delírio erotomaniaco
 Delírio de ruína Delírio de culpa Delírio hipocondríaco
 Delírio de auto-desvalorização

Obs.:

AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Percepção: Comprometida Não comprometida

Intensidade: Hiperestesia Hipoestesia
Experiências próximas da alucinação: Pseudo- Ilusão Alucinose
 Alucinação

Alucinação: Visual Auditiva Olfacto/gustativa Tácteis

Afectividade Comprometida Não comprometida

Obs.:

Emoção Comprometida Não comprometida

Obs.:

Humor Comprometida Não comprometida

Obs.:

Energia Vital e Motricidade Comprometida Não comprometida

Obs.:

Linguagem Comprometida Não comprometida
 Alterações quantitativas

Alterações qualitativas _____

Obs.:
Vivência do EU Comprometida Não comprometida

Obs.:
Vontade Comprometida Não comprometida

Obs.:
Inteligência Comprometida Não comprometida

Obs.:
insight Ausente Parcial

Obs.:
Juízo Crítico Ausente Parcial

Obs.:
Mecanismos de Coping: Eficaz Não Eficaz

Obs.:

Interacção Social: Comprometida Não Comprometida

Obs.:

Apresentação: Comprometida Não comprometida

Auto-cuidado/ Higiene pessoal: Comprometida Não Comprometida

Vestuário: Adequado Não Adequado

Obs.:

AVALIAÇÃO GLOBAL DE SAÚDE GLOBAL (CONTINUAÇÃO)

Segurança/ Violência: Comprometida Não Comprometida

Risco de:

Ideação Suicida Avaliação Risco Tentativas Anteriores

Automutilação História de Família Suicida Ideias de Morte

Agressão a Terceiros Agressão Objectiva

Obs.:

Ingestão de Alimentos: Comprometida Não Comprometida

Anorexia Bulimia

Obs.:

Audição: Comprometida Não comprometida

Hiperacusia Surdez

Obs.:

Visão: Comprometida Não comprometido

Diminuída Corrigida

Obs.:

Eliminação: Comprometida Não comprometida

Diminuída Aumentada

Obs.:

Respiração: Comprometida Não comprometida

Obs.:

Tensão Arterial: **Frequência Respiratória:**

Frequência Cardíaca: **Temperatura Axilar:**

Peso:	Altura:	IMC:
Glicemia:	Dor (1-5):	
Pele/ Mucosas:	Integridade:	
Obs.:		

DATA / DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM / INTERVENÇÕES / REAVALIAÇÃO / ASSINATURA

ANEXO 6 – Divulgação da consulta de enfermagem (Folheto apresentação)

PLANO DE SESSÃO

Data: 05/05/2010 das 14h às 14h30

Tema: Apresentação da Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto Domiciliário

Formador: Enfermeira Elsa Gaspar

A quem se destina: Equipa Técnica da UCCPO

Duração: 30 min

Local: Sala de Reuniões

Objectivos Específicos	Conteúdos	Métodos	Recursos	Avaliação	Tempo
Apresentar a Consulta	Apresentação do formador				2 min
Descrever os objectivos da Consulta	Apresentação do tema da sessão Apresentação dos objectivos da sessão				3 min
Apresentar procedimentos de encaminhamento	Fundamentação Consulta/linhas orientadoras	Expositivo Activo	Videoprojector	Observação	20min
Expor a intervenção Da Consulta	Forma de organização População alvo Modelo de sinalização/referenciação				1 min
Contexto Domiciliário	Estratégias de articulação Resultados esperados				4min
	Síntese final				
	Esclarecer de dúvidas Fornecer contactos e folhetos				



Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas

Pro-Actus



Consulta de Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica Em Contexto Domiciliário

Pro Actus

Elsa Gaspar

Consulta de Enfermagem

Em Contexto Domiciliário

Um percurso de Reflexão...Momentos de Partilha... e a (Co)-Construção

Consulta de Enfermagem Em Contexto Domiciliário

Consulta = **Evento** (“qualquer coisa que aconteça”)

CIPE 1.0 (p.151)

O que fazem os enfermeiros acontecer?

O que fazem os enfermeiros acontecer?

- ▶ **Formulam diagnósticos de enfermagem** baseado na identificação de problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular
- ▶ **Elaboram e implementam planos de cuidados/Intervenções**
- ▶ **Avaliam** intervenções

Como fazem os enfermeiros?



Tomada de Decisão de Enfermagem

(é) a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistemática e sistémica. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efectuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” (Ordem dos Enfermeiros 2001, p.10).

Intervenção de Enfermagem

é: "(...) uma **actividade autónoma** com base em **metodologia científica**, que permite ao enfermeiro **formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação de problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular**, elaborar e realizar um **plano de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem**, bem como a **avaliação dos cuidados prestados e respectiva reformulação das intervenções de enfermagem**".

Ordem dos Enfermeiros (1998)

Domicílio - Contexto de Intervenção

" os enfermeiros prestam serviços **onde quer que as pessoas se encontrem**", possibilitando um conhecimento da pessoa, da família e do ambiente, mais completo e real.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2008, p. 8)

Intervenção no Domicílio Aspectos a ter em conta ...



Consulta de Enfermagem em contexto domiciliário

- ▶ É uma sequência de acções próprias e autónomas do enfermeiro que através da tomada de decisão responde à prestação de cuidados de enfermagem ao ser humano.

Consulta de Enfermagem em contexto domiciliário - Porquê?

- ▶ Intervenção de extrema importância que contribui para dotar a família de suporte (assistencial/educativo)
- ▶ Tornando-a mais independente no reconhecimento de situações adversas e na restauração no melhor nível possível de autonomia.

Objectivos da Consulta de Enfermagem em contexto domiciliário

População Alvo

- ▶ Qualquer pessoa, residente no concelho de Odivelas, com necessidade de avaliação em saúde mental por incapacidade psicossocial grave e se encontre impossibilitada de se deslocar à UCCPO.

Objectivos da Consulta de Enfermagem em contexto domiciliário

- ▶ Promover uma relação de ajuda/confiança entre utente/família e enfermeira
- ▶ Avaliar situações que possam comprometer ou alterar o estado de saúde mental da pessoa/família
- ▶ Melhorar a acessibilidade aos Cuidados de Saúde Mental na comunidade

Como?

Promover relação de continuidade ? Melhorar a acessibilidade ?

- ▶ Identificar situações que possam contribuir para a alteração do estado de saúde (mental) da pessoa e articular com instituições da comunidade.
- ▶ Dar continuidade relação terapêutica de suporte
- ▶ Identificação dos problemas em saúde/ enfermagem.
- ▶ Intervenção para resolução dos problemas.
- ▶ Avaliação da intervenção na resolução dos problemas.

De que modo? Promover relação de continuidade ?

Melhorar a acessibilidade ?

- ▶ Para a realização da consulta de enfermagem foi necessário construir alguns instrumentos:

Colheita de Dados/ Avaliação Inicial,
Manual de Preenchimento,
Glossário de Termos CIPE
Norma Visita Domiciliária de Enfermagem

De que modo?

Para a realização da consulta de enfermagem foi necessário construir alguns instrumentos: (Colheita de Dados, Avaliação Inicial, Manual de Preenchimento, Glossário de Termos CIPE, Norma Visita Domiciliária de Enfermagem)

Actividades da Consulta

- ▶ Entrevista inicial (será realizada durante a primeira consulta para colheita de dados)
- ▶ Preenchimento do documento de avaliação inicial de enfermagem
- ▶ Identificação Focos de Atenção e Diagnósticos de Enfermagem

Actividades da Consulta

- ▶ Suporte emocional;
- ▶ Apoio familiar;
- ▶ Executar ensinamentos específicos;
- ▶ Estratégias de resolução de problemas
- ▶ Revisão de diagnósticos de enfermagem e plano de cuidados
- ▶ Registos
- ▶ Programação da nova consulta/ alta de enfermagem
- ▶ Articulação com outras estruturas

Actividades da Consulta

Outras intervenções:

- ▶ Treino de aptidões sociais;
- ▶ Treino de Actividades de Vida Diária;
- ▶ Gestão de stress;
- ▶ Gestão de sintomas;
- ▶ Gestão terapêutica;

Recursos

▶ **Instrumento de Colheita de Dados**

Pretende: Orientar a Avaliação Inicial de Enfermagem.

▶ **Manual de Preenchimento**

Pretende: Explicitar e demonstrar a forma de preenchimento do instrumento

▶ **Conceitos**

Pretende: clarificar conceitos

▶ **Glossário de Termos CIPE**

Pretende: clarificar/unificar termos utilizados

▶ **Norma Visita Domiciliária**

Pretende clarificar procedimentos e normaliza-los.

Contexto Domiciliário

Especificidades da Consulta

A **visita domiciliária** prevê especificidades e aponta cinco etapas fundamentais.

Iniciação; Pré-visita; Domicílio; *Terminus* e Pós-visita.

(STANHOPE e LANCASTER, 1999)

I – A Fase de Iniciação

- ▶ É uma fase importante para o estabelecimento da **relação enfermeiro utente/família**. Na qual devem **ser definidos e partilhados** com utente/ família os **objectivos e clarificado** enquadramento desta **intervenção**.

II – Fase da Pré-Visita

Esta fase é caracterizada pelo contacto (telefónico) com utente/família no sentido de serem validados, alguns aspectos como:

- ▶ a percepção do utente/família sobre a intervenção a efectuar
- ▶ rever os registos existentes e validar as informações com utente/ família
- ▶ determinar e formalizar a visita domiciliária, num dia e hora conveniente

III – Fase do Domicílio

Consiste na **fase da visita**, para a qual devem ser tomadas, previamente, medidas de segurança como a avaliação do risco para o utente/família e enfermeiro.

É neste **espaço** que se desenrola a **interacção** entre enfermeiro e o utente/família, que **permitirá o estabelecimento de uma relação de colaboração e confiança** entre os diferentes intervenientes.

III – Fase do Domicílio – *continuação*

- ▶ Nesta fase, pretende-se que a **maior parte da visita seja ocupada** a estabelecer **uma relação de confiança** e a implementar um processo de enfermagem dinâmico onde, a colheita de dados, a avaliação da situação e a(s) **intervenção(ões)** a aplicar, **são contínuas**.

IV – Fase do Terminus

Esta etapa corresponde ao momento em que, em conjunto com utente/ família, se **sintetizam** as principais **acções realizadas**, e em **colaboração**, encontrar **um plano de cuidados a implementar**

V – Fase da Pós-Visita

Neste momento devem ser efectuados **os registos**, documentando as **acções efectuadas**, servindo de **base ao planeamento** e à continuidade de uma nova intervenção.

Um desafio...
de toda a equipa.

Consulta de Enfermagem

Em Contexto Domiciliário

Obrigada!!!

Bibliografia

- ▶ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® versão 1.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. 210p. ISBN: 92-95040-36-8.
- ▶ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. 16p.
- ▶ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Matriz para análise dos planos de estudo dos CPLEE**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008. [consult. 2008.10.21] Disponível em : <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/Matrizparaanalise.aspx>
- ▶ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [em linha]**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 1998. [consult. 2010.06.04] Disponível em www.ordemenfermeiros.pt/inde.php?page=168.
- ▶ STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária: promoção de saúde de grupos, famílias e indivíduos**. 4ª ed. Loures: Lusociência, 1999. 1225 p. ISBN 972-8383-05-3.

Fazemos parte de uma equipa técnica interdisciplinar com o objectivo a dar uma resposta global às diferentes necessidades do utente e família/comunidade.

Enfermeiros da Equipa:

Elsa Gaspar (enfermeira)

Susana Correia (enfermeira)

Necessário para a referenciação:

- ◆ Nº SNS/ subsistema válido
- ◆ Nº Bilhete Identidade/ Cartão do Cidadão
- ◆ Contacto do utente/ pessoa de referencia
- ◆ Morada completa (residência no Concelho de Odivelas)
- ◆ Outras informações relevantes

UCCPO

Rua Dário Cannas, Nº 4
2675-325 Odivelas
Telefone: 219 313 420
Fax: 219 331630

Equipa Pro Actus

Telemóvel: 925 664 976/8
E-mail: proactus@chpl.min-saude.pt

Horário de atendimento:

Segunda a sexta-feira, das 9h às 16h



**Unidade Comunitária de Cuidados
Psiquiátricos de Odivelas
(UCCPO)**

Pro - Actus

**Consulta de Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiátrica
Em Contexto Domiciliário**

A quem se destina ?

Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Em Contexto Domiciliário

População Alvo

Pessoa com doença mental grave, com idade superior a 16 anos, residente no concelho de Odivelas, com necessidade de avaliação em saúde mental por incapacidade psicossocial e se encontre impossibilitada de se deslocar à UCCPO.

Para que serve a consulta?

Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Em Contexto Domiciliário

Objectivos

Promover uma relação de ajuda/confiança entre utente/família e enfermeira ;

Avaliar situações que possam comprometer ou alterar o estado de saúde mental da pessoa/família e

Melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde mental na comunidade.

Critérios de Admissão:

- “ Doença mental grave;
- “ Impossibilidade de observação na UCCPO;
- “ Não adesão ao tratamento (farmacológico);
- “ Incapacidade para reconhecer situações de perigo,
- “ Acontecimentos de vida precipitantes de agudização da doença;

Critérios de exclusão:

- “ Alterações de comportamento por consumo de tóxicos, sem outra comorbilidade psiquiátrica associada;
- “ Risco elevado de auto ou heteroagressividade com passagem ao acto (ex. plano suicida estruturado);

Nós...

Somos uma equipa técnica interdisciplinar com o objectivo a dar uma resposta global às diferentes necessidades do utente , à família e à comunidade..

Fazemos parte da Unidade de Cuidados Comunitários de Psiquiatria de Odivelas

Elementos da Equipa:

Ana Catarina Castro (médica Psiquiatra)

Elsa Gaspar (enfermeira)

Eva Gonçalves (médica)

Margarida Esteves (assistente social)

Patrícia Pedro (médica Psiquiatra)

Susana Correia (enfermeira)

Necessário para a referênciação:

- ◆ Nº SNS/ subsistema válido;
- ◆ Nº Bilhete Identidade/ Cartão do Cidadão;
- ◆ Contacto do utente/ pessoa de referencia;
- ◆ Morada completa (residência no Concelho de Odivelas);
- ◆ Outras informações relevantes.



UCCPO

Rua Dário Cannas, Nº 4
2675-325 Odivelas
Telefone: 219 313 420
Fax: 219 331630

Equipa Pro Actus

Telemóvel: 925 664 976/8
E-mail: proactus@chpl.min-saude.pt

Se pensa que o podemos ajudar
Contacte-nos previamente

Horário de atendimento:
Segunda a sexta-feira, das 9h às

Pro - Actus

**Pessoa,
Família e ...
Saúde Mental**

A Saúde e a Doença Mental

Em todas as pessoas podem existir gestos e atitudes mais próximas da saúde e outras mais próximas da doença.

O **sofrimento associado à doença mental** é um sofrimento concreto e imenso. Manifesta-se de diferentes maneiras e com diferentes graus de gravidade.

Pode provocar alterações na relação que a pessoa tem consigo mesma, no desenvolvimento das suas actividades do dia a dia e na relação com as pessoas que lhe estão mais próximas.

A doença mental não tem uma causa única nem surge de um dia para o outro ainda que assim se manifeste.

É importante reconhecer

- ◆ A doença mental é uma situação que altera a vida familiar (por muito que tal se queira esconder);
- ◆ Produz confusão, desorientação, angústia e muita dor;
- ◆ A sensação de solidão e exigência que sentimos quando estas pessoas recaem única e pontualmente numa só pessoa;

Em família:

- ◆ Seja amigável, sereno e alegre;
- ◆ Use frases curtas e simples;
- ◆ Dê uma só instrução ou ordem de cada vez;
- ◆ Peça ajuda.

Alguns Sinais de Alerta

- ◆ Isolamento / recusa de sair de casa;
- ◆ Pensamento de que se riem ou falam dele;
- ◆ Ter a sensação de ouvir vozes;
- ◆ Modificação injustificada do comportamento;
- ◆ Inquietação e agitação;
- ◆ Perder o interesse pelas coisas que antes lhe davam prazer;
- ◆ Dificuldades de dormir - alterações do sono;
- ◆ Dificuldade de atenção e concentração;
- ◆ Desconfiança sem razão aparente;
- ◆ Sentir-se mal sem motivo aparente;
- ◆ Afastar-se das suas amizades e interesses;
- ◆ Sentir-se estranho e angustiado;
- ◆ Sentir-se inútil;
- ◆ Grande tristeza.

ANEXO 7 – Avaliação da satisfação



AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES

Pro-Actus

Avaliação à satisfação dos utentes seguidos pela equipa do Pro-Actus (Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa).

Caro Utente;

Para melhorar os cuidados de saúde que lhe são prestados gostaríamos de conhecer a sua opinião

Esta avaliação é anónima e de preenchimento voluntário.

Agradecemos que coloque um “X” na **opção que considera mais correcta**.

1. Para mim é importante que a enfermeira venha à minha casa quando eu não posso ir à unidade.

<input type="checkbox"/> Concorda Totalmente	<input type="checkbox"/> Concorda	<input type="checkbox"/> Discorda	<input type="checkbox"/> Discorda Totalmente
1	2	3	4

2. Penso que o número de vezes que a enfermeira vem à minha casa é suficiente para as minhas necessidades.

<input type="checkbox"/> Concorda Totalmente	<input type="checkbox"/> Concorda	<input type="checkbox"/> Discorda	<input type="checkbox"/> Discorda Totalmente
1	2	3	4

3. Desde que a enfermeira vem à minha casa, sinto-me capaz de fazer coisas que antes não fazia (alimentação, higiene, tomar os medicamentos).

<input type="checkbox"/> Concorda Totalmente	<input type="checkbox"/> Concorda	<input type="checkbox"/> Discorda	<input type="checkbox"/> Discorda Totalmente
1	2	3	4



AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES

Pro-Actus

4. Acho que a enfermeira compreende as minhas dúvidas.

<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente
1	2	3	4

5. Penso que os horários em que a enfermeira vem à minha casa são ajustados às minhas rotinas.

<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente
1	2	3	4

6. É importante que, quando necessito, a enfermeira peça ajuda a outros profissionais (assistente social, terapeutas ocupacionais e médicos).

<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente
1	2	3	4

7. Acho que a enfermeira me ajuda a resolver as minhas dificuldades (medicação, alimentação, higiene).

<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente
1	2	3	4

8. Considero que a enfermeira usa uma linguagem que eu compreendo.

<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente
1	2	3	4

9. Quando eu preciso de falar com a enfermeira é fácil contactá-la

<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente
1	2	3	4



AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES

Pro-Actus

10. Penso que a enfermeira respeita as minhas decisões.

<input type="checkbox"/> Concorda Totalmente	<input type="checkbox"/> Concorda	<input type="checkbox"/> Discorda	<input type="checkbox"/> Discorda Totalmente
1	2	3	4

Diga-nos em que podemos melhorar os nossos cuidados.

Deixe-nos as suas sugestões:

Sugestões:

Muito Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO 8 - Exemplo de Registo de Enfermagem

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: ED Data Nascimento: X/X/1948

Nº Processo: XXX

Nacionalidade: portuguesa

Estado Civil: viúva

Escolaridade: - 4 anos

Situação Profissional: Reformada

Nº Utente: XXX Nº Segurança Social: XXX

Morada: XXX - Odivelas

Contacto: XXX

Pessoa Referência: Filho (P)

Contacto: XXX

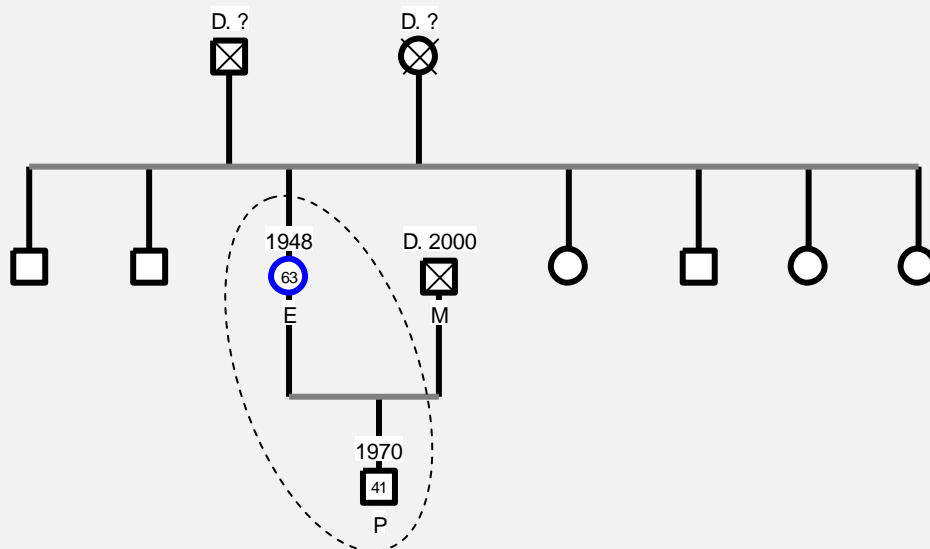
REFERENCIAÇÃO

Motivo: interacção social comprometida (recusa sair de casa)

Pessoa/ Entidade/ Instituição: C. Externa UCCPO Data: X Agosto 2010

CONTEXTO FAMILIAR

Genograma:

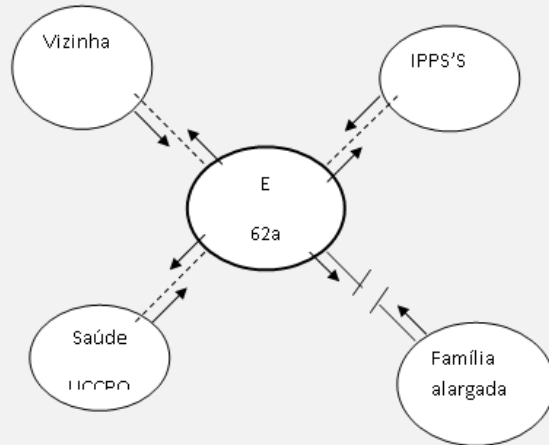


Utente do sexo feminino, de 62 anos, viúva, a residir com o filho (41 anos). É a terceira filha de uma fratria de sete irmãos, com do quais não mantém contacto.

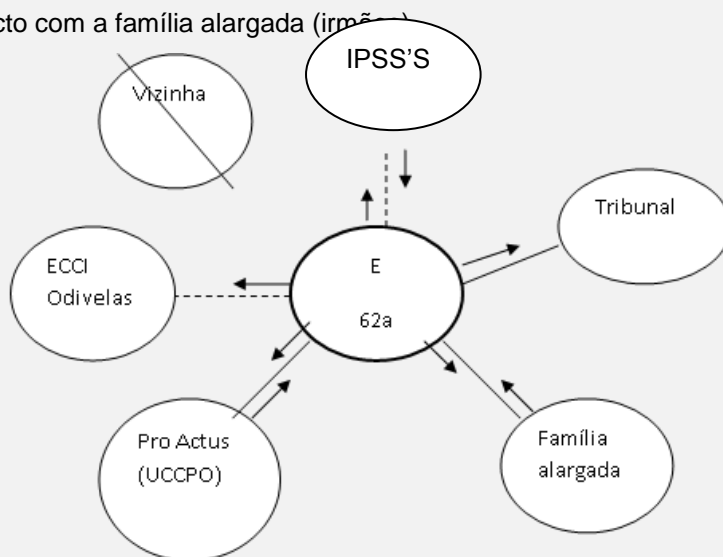
Graffar: Grau V – Classe Baixa
(ver em anexo)

REDE DE SUPORTE

Ecomapa:



Elaborado aquando do início da intervenção do Pro Actus. Vizinha, visita-a de forma esporádica e pontual fazendo-lhe companhia. Beneficia do Serviço de Apoio Domiciliário de uma IPSS'S local (alimentação 7 dias por semana). Dificuldade de adesão ao projecto terapêutico (consultas e toma de medicação). Não mantém contacto com a família alargada (irmã).



Novembro de 2010.

A vizinha deixou de a visitar (mudança de residência). Reestabeleceu contacto de uma das irmãs (que agora a vai visitar). Reforço da relação terapêutica com a equipa do Pro Actus. Referenciação à ECCI Odivelas. Iniciou-se processo de interdição (filho e irmã) devido ao agravar do seu estado clínico (incapacidade de reger a sua própria vida e os seus bens).

ANTECEDENTES PESSOAIS

Gestação/ Parto

Gravidez Não Desejada Gravidez Não Planeada Gravidez Não Viglada Gravidez Não Aceite

Obs.: Desconhece

Parto Eutócico Parto Distócico Cesariana Com Complicações

Obs.: Desconhece

Ausência de Amamentação Neonatal Não Viglado Presença de Infecções Neonatal

Gravidez Saudável

Vigilância Saúde Desenvolvimento

0 - 24 Meses Viglada Não Viglada

2 - 4 Anos Viglada Não Viglada

5 - 6 Anos Viglada Não Viglada

7 - 10 Anos Viglada Não Viglada

Relação Família: Comprometida Não Comprometida

Relação Escola: Comprometida Não Comprometida

Relação Pares: Comprometida Não Comprometida

Comportamentos de Risco: Sim Não

11 - 13 Anos Viglada Não Viglada

Relação Família: Comprometida Não Comprometida

Relação Escola: Comprometida Não Comprometida

Relação Pares: Comprometida Não Comprometida

Comportamentos de Risco: Sim Não

15 - 18 Anos Viglada Não Viglada

Relação Família: Comprometida Não Comprometida

Relação Escola: Comprometida Não Comprometida

Relação Pares: Comprometida Não Comprometida

Comportamentos de Risco: Sim Não

Obs.: desconhece

ANTECEDENTES DE SAÚDE

Antecedentes Familiares: Sim Não

Obs.: Pai diabético

Alergias Conhecidas: Sim Não

Obs.:

Co-Morbilidade Conhecida: Sim Não

Cardiovascular
Respiratória
Hepática
Renal
Endócrina
Digestiva
Neurológica

Diabetes

Outras:

Outras Terapêuticas em Curso: Sim Não

Posologia:

Obs.: recusa qualquer terapêutica

Doença Mental Prévia Conhecida: Sim Não

Qual: Esquizofrenia

Internamentos Anteriores em Psiquiatria: Sim Não

Motivo e Data: Vários internamentos; último em 2000 relacionado com abandono da terapêutica e falecimento do marido (segundo informação da consulta externa)

Faz Terapêutica: Sim Não

Obs.: recusa

Seguimento no Momento: Sim Não

Obs.: Abandono da consulta em Julho de 2010

AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Apresentação: Comprometida Não comprometida

Auto-cuidado/ Higiene pessoal: Comprometida Não Comprometida

Vestuário: Adequado Não Adequado

Obs.: aspecto geral descuidado, vestuário desadequado à época do ano, idade aparente superior à real

Motricidade/ Padrão de Mobilidade: Comprometida Não comprometida

Inquieto Agitado Estupuroso

Lento Estático

Hiperactivo Apático

Obs.: passa maior parte do dia na cama

Postura: Comprometida Não Comprometida

Expansiva Retraída Tensa Flácida Alterações Neurológicas

Obs.: pouco colaborante

Expressão Facial: Comprometida Não Comprometida

Triste Aterrorizada Perplexa Risos Imotivados

Hiponímica Hipernímica Expressiva Inexpressiva

Obs.: evita contacto ocular

Movimentos Dirigidos: Comprometida Não Comprometida

Manuseamento Maneirismo Automatismo Mimetismo

Tiques Estereotípias Compulsão Obstrução Descrição

Obs.:

Comunicação: Comprometida Não Comprometida

Superficial Negativista Indiferente Exuberante

Difícil Impossível

Obs.:

Humor: Comprometida Não Comprometida

Eufórico Disfórico Irritável Depressivo Lábil Apático

Obs.:

AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Afectos: Comprometida Não Comprometida

Inadequado Indiferente Plano Ambivalente

Embotado Reactivo

Obs.:

Linguagem: Comprometida Não Comprometida

Velocidade: Lentificação Loquacidade Pressão
Qualidade: Gaguez Mutismo Pobre Disfonia
 Coproália Incoerente Repetição de Palavras/ Sons

Obs.:

Emoções: Comprometida Não comprometida

Anedonia Euforia Alexitíma Labilidade
 Ansiedade Outras

Obs.:

Pensamento: Comprometida Não comprometida

Curso Forma Conteúdo Posse

Obs.: Fuga de ideias, ideias delirantes de conteúdo persecutório “os retornados roubaram-me a cabeça”; “debaixo da cama espetam-me ferros”; “os médicos vieram cá para me matar” (SIC)

Percepção: Comprometida Não comprometida

Distorções Sensoriais Falsas Percepções Estrutura do Eu Alucinações

Obs.: Alucinações auditivo-verbais “Eles dizem-me para não tomar os remédios, nem comer” (SIC)

Estado da Consciência: Comprometido Não comprometido

Consciente Lúcido Confuso Obnubilado
 Desorientação Temporal Desorientação Autopsíquica
 Desorientação Alopsíquica Desorientação Espacial

Obs.:

AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Memória: Comprometida Não comprometida

Amnésia Hipermnésia Outras
 Distorções do Reconhecimento Distorções da Memória

Obs.: amnésia para acontecimentos recentes

Segurança/ Violência: Comprometida Não Comprometida

Risco de:

Ideação Suicida Avaliação Risco Tentativas Anteriores
 Automutilação História de Família Suicida Ideias de Morte
 Agressão a Terceiros Agressão Objectiva

Obs.:

Insight: Insight Ausente Parcial

Obs.:

Juízo Crítico: Juízo Crítico Ausente Parcial

Obs.:

Mecanismos de Coping: Eficaz Não Eficaz

Obs.:

Interacção Social: Comprometida Não Comprometida

Obs.: Recusa sair de casa



Sono: Comprometido Não comprometido
Insónia Total Hipersónia Insónia Intermédia/ Final Insónia Inicial

Obs.:

Ingestão de Alimentos: Comprometida Não Comprometida
Anorexia Bulimia

Obs.: Muito emagrecida (ideias de envenenamento)

AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Audição: Comprometida Não comprometida
Hiperacusia Surdez

Obs.:

Visão: Comprometida Não comprometida
Diminuída Corrigida

Obs.: recusa consulta de oftalmologia

Eliminação: Comprometida Não comprometida
Diminuída Aumentada

Obs.:

Respiração: Comprometida Não comprometida
Diminuída Aumentada

Obs.:

AVALIAÇÃO GLOBAL DE SAÚDE

Tensão Arterial: 120/60 mm hg

Frequência Respiratória: 20c/min

Frequência Cardíaca: 64b/min

Temperatura Axilar: apirética

Peso: 48 kg

Altura: 1.64m

IMC: 17.85

Glicemia: 285g/ml

Dor (1-5): sem dor

Pele/ Mucosas: hidratadas

Integridade: sem alterações

Obs.:

PROJECTO TERAPÊUTICO

01/10/2010 – Disponibilizar presença

04/10/2010 – Disponibilizar presença

06/10/2010

Foco: Processo Social

Juízo: Comprometido

Justificação: Isolamento; Expressão desmotivada; Preocupação com os seus próprios pensamentos;

Intervenções:

Escutar activamente;

Promover a expressão de sentimentos;

Encorajar relações interpessoais [com filho];

Identificar factores que agravam o isolamento [e agir sobre eles];

Promover a mudança de comportamentos [aptidões sociais];

Aconselhar os membros da família (conferência familiar)

Resultado:

29/10/2010 - Aceita fazer um percurso em redor da sua habitação.

Marcada conferência familiar

Foco: Comunicação

Juízo: Comprometida

Justificação: Lentificação da cadeia associativa; Discurso pobre e desorganizado

Intervenções:

Comunicar [de forma eficaz tendo em conta os aspectos verbais e não verbais];

Assistir na expressão de sentimentos;

Gerir técnicas de comunicação [como a validação, clarificação, confrontação, feed-back e reformulação];

Entrevistar [em consultas de enfermagem de modo a detectar actividade delirante];

Encorajar a comunicação [entre o doente e restante família significativa];

Envolver o doente [em grupos de actividades lúdicas];

Estar presente;

Escutar;

Conversar sobre assuntos de interesse

Resultado: “Gosto que venham cá” (SIC). Expressa espontaneamente sentimentos.

Foco: Alucinações

Juízo: Comprometido

Justificação: Esquizofrenia

Intervenções:

Estar presente;

Gerir terapêutica medicamentosa;

Monitorizar actividade delirante através do comportamento do doente;
Ensinar o filho da doente a detectar precocemente aumento da actividade alucinatória;
Encorajar a expressão de sentimentos e verbalização dos episódios;
Monitorizar qualidade e quantidade dos períodos de sono;
Apoiar e tranquilizar

Resultado:

25/10/2010 - Aceita fazer terapêutica

Foco: **Delírio**

Juízo: Comprometido

Justificação: Esquizofrenia

Intervenções:

Estar presente;

Escutar;

Monitorizar qualidade e quantidade dos períodos de sono;

Monitorizar actividade delirante;

Gerir terapêutica medicamentosa;

Treinar o doente [para a identificação precoce de sinais de aumento da actividade delirante];

Resultado:

25/10/2010 - Aceita fazer terapêutica; refere que “as vozes estão melhores” (SIC)

Foco: **Conhecimento**

Juízo: **Diminuído**

Justificação: Família demonstra deficit de conhecimentos relativamente à patologia.

Intervenções:

Ensinar, [de acordo com as capacidades cognitivas, processo fisiopatológico da doença e estratégias de lidar com a mesma];

Aconselhar filho[a partilhar medos e receios com a equipa];

Treinar filho [sobre medicação prescrita: cuidados a ter, posologia, efeitos secundários possíveis];

Providenciar informação escrita acessível aos conhecimentos.

Resultado:

25/11/2010 – Reestruturar plano de intervenção

