



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

Em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Por Maria de Lurdes Filipe Nunes

LISBOA, Fevereiro 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

Em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Por Maria de Lurdes Filipe Nunes

Sob orientação da Professora Alexandra Sarreira Santos

LISBOA, Fevereiro 2011

RESUMO

Com este relatório pretendo evidenciar a integração de saberes e competências desenvolvidas nos diversos contextos onde realizei estágio.

O estágio apresentou-se, neste curso, como uma essencial oportunidade de crescimento pessoal e profissional, tendo como pressuposto o cuidar do utente na sua globalidade, inserido na família, grupo e comunidade.

O trabalho desenvolvido, pela sua diversidade, implicou a mobilização de competências múltiplas e conferiu-me um grande potencial formativo na área de saúde mental e psiquiatria. A nível pessoal, penso que foi fundamental ter um contacto contíguo com a prática para melhor poder reflectir acerca da minha preferência pela especialidade.

O estágio no Centro Psiquiátrico Hospitalar de Lisboa, Clínica Psiquiátrica VI (CHPL, CP-VI) pela multiplicidade de situações encontradas mobilizou conhecimentos e saberes mais amplos e diversificados. Foram muitas as experiências vivenciais de intervenção na crise que implicaram mobilização de conhecimentos, despertando reflexões e debate.

A equipa comunitária de Sintra, CINTRA (Centro Integrado de Tratamento e Reabilitação em Ambulatório) é uma unidade com grande especificidade de constante acompanhamento de utentes na comunidade. O trabalho de enfermagem desenvolvido integra uma presença atenta, sem descurar a relação terapêutica, como a principal missão de enfermagem.

O estágio no Hospital de Dia no Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria (CHLN, HSM), onde foi realizado o estágio do módulo opcional, permitiu uma prestação de cuidados mais organizados, planeada, possibilitando uma intervenção especializada.

O presente relatório descreve as intervenções especializadas e competências desenvolvidas, e apresenta a argumentação teórica para as opções tomadas, não negligenciando as emoções experimentadas durante o referido período.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Competências, Intervenções Especializadas.

ABSTRACT

With this report, I intend to highlight the integration of knowledge and skills developed in different contexts where I did my stage.

The stage presented in this course as an essential opportunity for personal and professional growth, assuming the care of the user as a whole, in family, group and community.

The work on stage, and its diversity, allow me the mobilization of multiple skills and gave me a great training potential in the area of mental health and psychiatry.

In each context, I proceeded to prepare a portfolio in a "dossier", based on developed work, paying attention to description, analysis and discussion of the lived situations. On a personal level, I think it was essential to have a contiguous contact with the practice level, to be better able to reflect on the preference about my specialty.

The internship at Lisbon Psychiatric Hospital Center, Psychiatric Clinic VI (CHPL, CP-VI) mobilized broader and more diversified skills and knowledge due to the multiplicity of situations found. There were many life experiences of crisis intervention that involved the mobilization of knowledge, sparking discussion and reflection.

Sintra Community team, CINTRA (Integrated Center for Outpatient Treatment and Rehabilitation) is a unit with great specificity with constant monitoring of community's users. The developed work of nursing integrates an attentive presence, without neglecting the therapeutic relationship as the primary mission of nursing.

The stage at the Day Hospital in North Lisbon Hospital Center, Hospital of Santa Maria (CHLN, HSM), where had undertaken the training of the optional module, allowed a more organized and planned care, providing a specialized intervention.

This report describes the specialized interventions and specialist skills developed as well as the theoretical argument for the choices made, not neglecting the emotions experienced during that period.

KEYWORDS: Mental Health Nursing and Psychiatry, Skills, Specialized Interventions.

*Faz o melhor que possas,
De todas as formas que possas,
Em todos os lugares que possas,
Em todas as ocasiões que possas,
A todas as pessoas quanto possas,
Durante todo o tempo que possas.*

**Jonh Wesley, Regras de Comportamento
Citado por Margarida Cordo 2003**

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Alexandra Sarreira Santos agradeço a disponibilidade científica e pessoal no decurso da realização deste trabalho, o estímulo contínuo e as indicações sempre rigorosas que foi sugerindo nas várias orientações partilhadas.

No decorrer do meu estágio surgiram muitas ideias que gostava de debater, pontos de vista que queria partilhar, dúvidas que precisava de clarificar e os meus tutores estiveram sempre presentes nesses momentos. Obrigada por isso, Enfermeira Especialista Isabel Ventura, Enfermeira Cristina Guerreiro e Enfermeira Fernanda Gonçalves.

À minha família, aos meus amigos e colegas agradeço por me terem apoiado em todos os momentos deste percurso.

SIGLAS

CINTRA – Centro Integrado de Tratamento e Reabilitação em Ambulatório

CHLN - Centro Hospitalar Lisboa Norte

CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico Lisboa

CP-VI- Clínica Psiquiátrica VI

HSM – Hospital de Santa Maria

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

SUMÁRIO

	Pág.
0 – <u>INTRODUÇÃO</u>	15
1 – <u>ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</u>	18
2 – <u>COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS</u>	30
2.1. – MÓDULO II – INTERVENÇÃO NA CRISE DO ADULTO.....	30
2.2. – MÓDULO III – REABILITAÇÃO E REINserÇÃO.....	37
2.3.– MÓDULO I – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO....	41
3 – <u>AVALIAÇÃO GLOBAL DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS</u>	45
4 – <u>CONCLUSÃO</u>	47
5 – <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	49
ANEXOS.....	53
ANEXO I - Ficha de avaliação do follow-up	55
ANEXOII - Reuniões comunitárias	59
ANEXO III - Passeio ao exterior	67
ANEXO IV- Planos de cuidados	71
ANEXO V- Entrevista	95
ANEXO VI- Estudo de caso	113

ANEXO VII- Projecto “Técnicas de relaxamento”	249
ANEXO VIII – Ficha de avaliação das sessões de relaxamento	275
ANEXO IX- Avaliação das sessões de relaxamento	283
ANEXO X- Sessão de educação para a saúde <u>higiene oral/saúde mental</u>	293
ANEXO XI- Sessão de música e dança	297
ANEXO XII- Quadro conceptual do CINTRA	303
ANEXO XIII- Estudos de casos	311
ANEXO XIV- Projecto “Sorrir Em Saúde Mental”	485
ANEXO XV- Panfleto do Projecto “Sorrir Em Saúde Mental”	535
ANEXO XVI – Documentos da sessão de formação “Sorrir Em Saúde Mental”	539
ANEXO XVII- Ficha de avaliação das sessões de terapia do riso	561
ANEXO XVIII - Regulamento e Quadro das actividades do hospital de dia	565
ANEXO XIX- Actividade - “O painel”	571
ANEXO XX- Treino de competências - assertividade	579
ANEXO XXI - Relaxamento	587
ANEXO XXII- Acompanhamento de dois utentes	625
ANEXO XXIII - Cartaz	657
ANEXO XXIV- Sessão de terapia do riso	665
ANEXO XXV- Exposição” A ARTE QUE POR CÁ SE FAZ’	679

O – INTRODUÇÃO

A Psiquiatria teve origem no século V a.C., mas é na idade média que existem registos dos primeiros hospitais para pessoas com doença mental. Durante o século XVIII a psiquiatria evoluiu como ciência médica e as instituições para este tipo de utentes passaram a utilizar tratamentos mais elaborados e eticamente mais aceitáveis. Já no século XIX houve um aumento importante no número de utentes, e no século seguinte assistiu-se ao renascimento da compreensão biológica das doenças mentais, introdução de novas classificações e fármacos para os transtornos psiquiátricos. A antipsiquiatria ou movimento anti-psiquiátrico surgiu na década de 60 e conduziu à desinstitucionalização e estabelecimento do conceito de inserção na comunidade e tratamento em simultâneo do utente psiquiátrico. Finalmente ocorreu uma mudança significativa na compreensão das causas das principais doenças mentais, o que impulsionou a alteração na natureza do tratamento psiquiátrico. Actualmente, a Psiquiatria lida com a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, do indivíduo, família, grupo e comunidade ao longo do ciclo vital.

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a realização deste relatório, elemento da fase final do Estágio que decorreu em três momentos, possibilita evidenciar a sequência do projecto de formação iniciado na componente teórica do curso, a decorrer na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa, no ano lectivo de 2009/2011.

A elaboração de um relatório pressupõe autonomia do seu autor, com reflexão e confronto de realidades, de presente com o futuro. Para conseguir demonstrar as competências desenvolvidas foi necessário mobilizar recursos e vontades, adquirir conhecimentos e sobretudo gerir a mudança. Aperfeiçoar potencialidades exigiu envolvimento das actividades de formação, contextos, ensinamentos e aprendizagem, de forma a atingir um nível óptimo de cuidados. Concluo que este mestrado foi pensado para desenvolver competências na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, nos domínios científico, técnico, humano e cultural, na investigação em enfermagem, na formação em contextos de trabalho, na gestão e desenvolvimento da qualidade em saúde.

O estágio representa uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, tendo como pressuposto o cuidar do utente na sua globalidade, inserido na sua família, grupo e comunidade.

O relatório em causa entende-se como uma necessidade formativa com objectivos específicos, alinhados com as competências a desenvolver/adquirir, e previamente definidos no projecto. Dado o intervalo entre a elaboração do projecto e a sua concretização ser distante, foram realizadas algumas alterações por necessidade de adaptação ao contexto e após orientação tutorial por parte do professor orientador.

A escolha dos locais de estágio teve em conta o facto de pretender desenvolver competências quer em unidades de intervenção na crise do adulto, quer na promoção de estilos de vida saudáveis, assim como na comunidade na área da reabilitação e da reinserção social.

Ao pensar nos locais da realização do estágio, foi meu objectivo para este percurso adquirir competências especializadas na área de saúde mental e psiquiátrica, dada a minha inexperiência na área e assim poder colmatar as minhas necessidades formativas.

No decorrer do meu percurso profissional, sempre defendi que para além das diferenças individuais de cada um de nós, o que importa é o que podemos dar e receber da relação que estabelecemos com o outro num processo de interacção contínua. A saúde mental e a saúde física estão intimamente relacionadas, são interdependentes, tal como foi estabelecido pela Organização Mundial de Saúde no conceito de saúde e no qual baseio as minhas intervenções.

O desafio a que me propus foi reflectir, investigar e investir na relação de ajuda como tema transversal a qualquer contexto, e como intervenção terapêutica desenvolvida enquanto especialista em saúde mental e psiquiatria.

A necessidade do desenvolvimento das competências especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foi o motor que impulsionou a realização destes módulos, porque é essencial desenvolver as áreas da relação interpessoal, da comunicação e da relação de ajuda e ser uma mais-valia na promoção da saúde mental da pessoa, da família, grupo e comunidade.

Este relatório é composto por três momentos de prática clínica, o primeiro ocorreu no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), Hospital Júlio de Matos, Clínica Psiquiátrica VI (CP - VI), entre 19 de Abril e 19 de Junho de 2010, o segundo no Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital Santa Maria (CHLN – HSM), Hospital de Dia de Psiquiatria, piso 3, no período compreendido entre 27 de Setembro e 21 de Novembro de 2010 e por último no Centro de Integração de Tratamento e Reabilitação em Ambulatório (CINTRA) entre 22 de Novembro e 28 de Janeiro de 2011.

A ordem de exposição da actividade nos locais de estágio, não é a cronológica, descrevo antecipadamente o módulo III, dado que desenvolvi competências integradas na equipa comunitária no CINTRA, dependente do CHPL, da CP – VI, logo pareceu-me coerente demonstrar a continuidade / descontinuidade dos cuidados prestados, as diferentes dinâmicas, muito enriquecedoras da minha experiência e colaboradores na aquisição de conhecimentos.

Recapitulando, o relatório está organizado por capítulos e os objectivos são:

- Demonstrar as competências desenvolvidas de modo a atingir os objectivos elaborados no projecto,
- Justificar a prossecução dos objectivos delineados pela Universidade para o estágio do curso de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica,
- Elaborar uma reflexão/análise sobre o percurso efectuado.

Iniciarei com um breve enquadramento conceptual que pretende constituir o referencial teórico para as opções tomadas ao longo deste percurso formativo; de seguida farei referência aos diversos momentos de prática clínica, respectivos objectivos e competências adquiridas; termino com algumas considerações finais a jeito de conclusão.

A metodologia utilizada é a descritiva, com recurso à pesquisa bibliográfica e à análise reflexiva. A norma bibliográfica adoptada é a Norma Portuguesa 405.

Junto em anexo as múltiplas intervenções desenvolvidas, e documentos que me pareceram vantajosos na descrição das situações.

1- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Nesta fase do meu percurso profissional, tenho a responsabilidade acrescida de analisar as práticas de cuidados; avaliar as melhores práticas para cada situação; gerir situações potencialmente comprometedoras para a pessoa/família ou para os profissionais e promover o *empowerment* da pessoa/família adequando e dirigindo a informação para que esta se constitua como recurso face a necessidades específicas da pessoa/família (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Na prestação de cuidados de enfermagem, o enfermeiro deve ter sempre presente que “a pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (Ordem dos Enfermeiros, 2001,p.5).

Durante o meu percurso profissional sempre desenvolvi a minha actividade de acordo com o Código Deontológico, os princípios éticos e a legislação vigente, respeitando o sigilo profissional, a autonomia da pessoa/família, as suas crenças e valores, o direito à privacidade e ao consentimento informado.

Numa tentativa de elaborar uma breve concepção da profissão a que me dedico há muito tempo, reconheço que oriento a minha prestação e educação tendo por base os metaparadigmas definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* e são elas: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2001,p.5).

Outro conceito não menos importante é a definição de família, que de acordo com WRIGHT E LEAHEY encontrei a minha definição. Em concordância com estes autores, restrinjo os membros da família aos critérios de consanguinidade, adopção e matrimónio, considero família quem se afirma como tal, de acordo com os relacionamentos significativos de cada um (WRIGHT et LEAHEY, 2009,p.294)

Cedo percebi que o poder da relação que estabelecia com os utentes era o “*caminho*”, assim como absorvi a conhecida e desenvolvida definição do papel do enfermeiro da teórica Virgínia Henderson; que define o Enfermeiro como o profissional que assiste as pessoas sãs e doentes na realização das actividades que elas próprias fariam se tivessem a força, a vontade e os conhecimentos. Tal implica a promoção da independência, a educação para a saúde, a recuperação e a assistência no fim da vida com uma morte serena (TOMEY, A. & ALLIGOOD, M.,2004,p.114).

Considerando que o exercício da enfermagem se baseia na relação com os utentes e famílias em situações de vulnerabilidade, necessitando os mesmos, de intervenções aos vários níveis

(efectuando diagnósticos, comunicando más notícias, promovendo a adesão terapêutica, através da negociação, gerindo conflitos, dando apoio emocional), pretende-se que o enfermeiro desenvolva competências relacionais, emocionais e éticas na interacção com o utente, pela interiorização de atitudes de relação de ajuda e treino das habilidades em que aquelas se concretizam.

A minha opção por esta área de especialização, após tantos anos de exercício profissional, foi um desejo de complemento e enriquecimento no exercício do **Cuidar**. Analisando a relação que estabeleço enquanto cuido, fez-me abraçar e apostar nesta formação, como aquisição de competências nesta área.

Segundo PEPLAU (1990, p. 5), a enfermagem é *“uma relação humana entre uma pessoa que está doente, ou necessitada de serviços de saúde, e uma enfermeira com uma formação especializada para reconhecer e responder à necessidade de ajuda”*. Esta relação pressupõe que o enfermeiro detenha um profundo conhecimento de si, com vista a iniciar o processo terapêutico, numa perspectiva evolutiva, tendo como objectivo a autonomia do utente. Pretende-se que este identifique estratégias e recursos, ou que seja orientado para tal, de forma a caminhar com o enfermeiro no seu processo de saúde.

É minha pretensão actuar como perito na tomada de decisão a nível dos cuidados. Esta perícia *“torna possível a interpretação das situações clínicas. (...) Estes conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática de enfermagem e do desenvolvimento da ciência de enfermagem”* (BENNER 2001, p. 33).

Segundo PHANEUF (2005, p. 324), a relação de ajuda é *“uma troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de (...) apoio de que a pessoa tem necessidade. (...) Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma”*. A **Relação de Ajuda** deve ser entendida como uma troca pessoal entre dois seres humanos, processando-se de forma igualitária, na qual as duas pessoas devem respeitar-se mutuamente na qualidade de pessoa única. Enquanto enfermeira defendo, que devemos compreender e aceitar incondicionalmente o outro. No estabelecimento de uma relação de ajuda, torna-se indispensável que os enfermeiros desenvolvam competências ao nível da comunicação de forma a compreender melhor o outro e a si próprio, reflectindo sobre tudo aquilo que vivem e sentem como prestadores de cuidados. PEPLAU vê a enfermagem como um processo interpessoal, por meio do qual, a enfermeira e utente podem obter crescimento e desenvolvimento pessoais. Embora a autora não apresente no seu modelo, uma definição concreta de relação de ajuda, este conceito está implícito ao longo da sua obra, principalmente através dos instrumentos que esta preconiza para desenvolver o processo interpessoal, nomeadamente na parceria, na compreensão, nas técnicas de comunicação adequadas, na prestação de cuidados de forma incondicional e no crescimento e desenvolvimento quer do enfermeiro quer do utente. Assim sendo, compreendo e partilho com PEPLAU e PHANEUF a sintonia em alguns aspectos, nomeadamente na aceitação do utente através de uma atitude empática, percebendo o mesmo como um

parceiro nos cuidados, desenvolvendo assim, uma confiança que serve de base a todo o processo relacional.

A relação de ajuda deve ser a base do exercício da enfermagem, em todos os campos de intervenção do enfermeiro. Na opinião de LAZURE (1994,p.13),

“se há palavras utilizadas em enfermagem, a palavra ajudar é sem dúvida uma delas. Para se poder ajudar de forma adequada, a enfermeira deve, em primeiro lugar, saber e acreditar que o utente, independentemente da natureza do seu problema da saúde, é o único detentor dos recursos básicos para o resolver. Partindo deste ponto, o papel da enfermeira é oferecer ao utente, sem os impor, os meios complementares que lhe permitam descobrir ou reconhecer os recursos pessoais a utilizar como quiser, para resolver o problema”.

A enfermeira na relação de ajuda, ajuda o outro a crescer, permitindo-lhe uma maior capacidade para enfrentar os problemas ao ajudá-lo a compreender melhor a sua situação para que seja mais fácil aceitá-la, tornando-o mais autónomo.

A integração efectiva da relação de ajuda na prática do cuidar em enfermagem, requer que o enfermeiro desenvolva as suas capacidades intelectuais, afectivas, físicas, sociais e espirituais e que possua conhecimentos, habilidades e atitudes que contribuam para uma elevada competência nesse domínio.

É no decurso das interacções entre enfermeiro e utente que o enfermeiro utiliza atitudes facilitadoras. Estas constituem a forma de ser do enfermeiro, ao contribuir para a pesquisa e satisfação das necessidades de ajuda do utente. Estas atitudes são um instrumento terapêutico importante para atingir os objectivos pretendidos.

Partilhando com TAYLOR (1992, p. 38) que “A principal ferramenta terapêutica da enfermeira que trabalha com os mentalmente enfermos é sua utilização de si mesmo no contexto interpessoal”. Para esta autora a **autoconscientização** consiste em trazer à consciência os nossos sentimentos e as nossas crenças e pode ser aumentada através de quatro processos: introspecção, discussão, ampliação da experiência própria e encenação de papéis. Ela permite uma comunicação mais autêntica e um conhecimento das nossas próprias limitações.

A presença e expressão de atitudes facilitadoras pelo enfermeiro, confere qualidade à relação com o utente, ou seja, as atitudes do enfermeiro visam promover o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade para o utente enfrentar a vida.

A presença é algo que envolve mais do que estar física e mentalmente presente. Implica a globalidade da pessoa, voluntariamente envolvida na situação que o outro está a viver. Penso ser uma característica inata ou por mim desenvolvida, pois deste sempre me entreguei na totalidade ao que estou a fazer, oferecendo ao outro a minha presença para o escutar, demonstrando não só valor pela pessoa, como expressando o meu interesse em compreendê-lo.

A **disponibilidade para escutar** é uma arte situada no coração da prática de enfermagem. A escuta é uma das capacidades a ser desenvolvida pelo enfermeiro, pois ela constitui a base fundamental da relação de ajuda.

A **empatia** ocupa um lugar importante na relação de ajuda, sendo a chave desta. Na relação entre enfermeiro e utente, esta maneira de ser deve estar presente.

O **demonstrar respeito** é uma qualidade e uma fundamental na relação de ajuda, conferindo-lhe autenticidade e eficácia e permite a descoberta e valorização do outro.

A importância da **congruência** tem que ser realçada pois constitui a base de uma autêntica relação de ajuda, pois se o enfermeiro não for honesto consigo mesmo, não o conseguirá ser com o utente.

A capacidade de **clarificação** é considerada na relação de ajuda uma característica básica e fácil de manipular, permite ao enfermeiro incentivar o utente a manifestar os seus sentimentos, atitudes e experiências concretas.

O enfermeiro, na relação com o utente, ao utilizar a **confrontação** proporciona-lhe novas perspectivas, o que implica mudanças de comportamento. A confrontação é uma das características da relação de ajuda que consigo estabelecer bastante bem com os utentes na sua generalidade. Devido, talvez, às minhas características pessoais não fujo à realidade nem deixo os outros; pelo contrário, confronto-os com essa mesma realidade.

No seu dia-a-dia, os enfermeiros dedicam a maior parte do tempo a comunicar. **Comunicar** é o “significado partilhado”, e estabelece-se através do contacto, da observação, das entrevistas, do estar presente, do ensino, dos registos, do esclarecimento de dúvidas aos utentes/familiares.

Para STUART & LARAIA (2001) existem duas exigências básicas para uma comunicação efectiva, ou seja toda a comunicação deve visar à preservação da auto-estima, tanto de quem ajuda quanto de quem é ajudado e deve preceder qualquer oferecimento de informação ou de conselhos. Se observarmos bem o factor comunicação, poderemos até generalizar esta ideia de que toda a terapia é comunicação. É que o emissor e o receptor necessário à comunicação existem em todo o acto terapêutico. E a mensagem também acontece em qualquer tipo de terapia, por mais difícil que ela seja de se decifrar.

Essas exigências da comunicação terapêutica possibilitam a formação do relacionamento enfermeiro / utente e a implementação do processo de enfermagem. A colheita de dados, o planeamento das actividades e a avaliação das mesmas, são realizadas com o utente, não para o utente, quando o enfermeiro usa as suas habilidades de comunicação terapêutica.

A comunicação é um processo recíproco e dinâmico entre duas ou mais pessoas, influenciado pelas condições psicológicas e fisiológicas dos participantes.

O enfermeiro, é verdadeiramente genuíno, quando demonstra congruência no seu comportamento verbal e não - verbal, numa atitude fundamental para estabelecer a confiança com o utente. A confiança desenvolve-se através de uma ligação emocional entre o enfermeiro e o utente, onde o enfermeiro é formal e responsável, respeitando as limitações do utente, a confidencialidade da relação, sendo consequente nas suas atitudes.

Felizmente, que na actualidade, em termos de saúde mental, os cuidados não estão centradas apenas na patologia. Ou seja, os problemas de saúde mental que as pessoas apresentam na actualidade não são só as depressões, as esquizofrenias, as demências, o alcoolismo; são muito mais complexos e mais abrangentes. As pessoas precisam de ser preparadas para saber lidar com a decepção, com a tristeza, a vontade de viver, a aspiração, a frustração, a felicidade, a satisfação, o prazer, o bem-estar, o auto-conceito e o *stress*. É fundamental munir as pessoas com melhores “**ferramentas**” (*empowerment*) para lidarem com as vicissitudes do dia-a-dia. Outro conceito que tive oportunidade de ver relacionado com *empowerment* é o *recovery*, que está definido como o processo de reconquista da confiança pessoal, apesar da doença. Estou a pensar no modelo comunitário, que centra a sua atenção nas competências e nas soluções das pessoas, inseridas no seu meio.

Neste registo podemos dizer que existem muitos diagnósticos de enfermagem, em que os enfermeiros especialistas podem fazer a diferença isto é, promover a saúde mental, na medida em que estão sensibilizados e preparados para tal. Desta, forma as intervenções vão ser necessariamente as mais adequadas e eficazes, contrariamente aos contextos onde esse *know-how* de recurso não existe.

Atendendo aos contextos da prática de enfermagem acredito que uma enfermeira especialista coloca o utente no centro dos cuidados, individualmente ou em grupo, promovendo um elevado auto conceito, uma melhoria nos relacionamentos interpessoais, e um papel mais activo na comunidade; baseio a minha prática na construção de uma relação terapêutica, que se inicia com a relação de ajuda e se enquadra em qualquer contexto.

Desta forma, é da **competência** dos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria, e citando NABAIS (2008,p.40) a “*incorporação de intervenções psicoterapêuticas durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, visando a promoção e protecção da saúde mental, a prevenção da perturbação mental e o tratamento, a reabilitação psicossocial e a reinserção social*”.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento nº 122/2011, de 18 de Fevereiro, ao enfermeiro especialista cabe “*um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção*” (2011, p.8648)

Num momento em que falo de competências, pareceu-me importante dar a conhecer que defendo como competência, um aplicar na prática dos conhecimentos e das habilidades de cada um; ou seja, um saber mobilizar recursos cognitivos disponíveis e decidir sobre a melhor estratégia de acção num determinado contexto, demonstrado pela adequação dos cuidados às necessidades de saúde dos utentes.

Ao enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria compete dirigir a sua actuação aos projectos de saúde da pessoa com vivência de processos de saúde/doença mental com vista à

promoção da saúde, prevenção, tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.

As **doenças mentais** manifestam-se em determinado momento ao longo da vida, e perturbação mental foi definida pela Organização Mundial De Saúde (OMS) em 2001, como um conjunto de *“alterações do modo de pensar e das emoções, ou por desadequação ou deterioração do funcionamento psicológico e social. Resulta de factores biológicos, psicológicos e sociais.”*

Por outro lado o conceito de **saúde mental** é definido pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2006) como: Um estado de bem – estar no qual o individuo realiza as suas capacidades, para fazer face ao *stress* normal da vida, trabalhando de forma produtiva e frutífera e contribuindo para a comunidade em que se insere.

O Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), inúmeras vezes relaciona problemas, mais como situações do que como perturbações específicas, todas elas foco de atenção dos clínicos e dos psiquiatras.

Relativamente aos cuidados prestados pelos enfermeiros na prática de enfermagem, aplicados em múltiplos contextos, na saúde mental, uma das principais intervenções conhecidas e desenvolvidas é a **intervenção na crise**. Tendo a mesma opinião que O'BRIEN, (2002,p.128) defini, crise como, *“um período de transição auto-limitado, no qual o individuo se confronta com um evento ou situação considerada ameaçadora ou potencialmente perigosa, a qual precipita em período de desequilíbrio psicológico e de dificuldade funcional”*. Particularmente os procedimentos ou intervenções nestas situações de crise, passam pela promoção da segurança de todos, pela administração de fármacos, pela terapia de orientação para a realidade, entre outras. É muitas vezes necessário recorrer ao internamento, tendo por objectivo o regresso do utente ao nível de funcionamento anterior à crise. Outro tipo de intervenção promovida é o apoio à família, fornecendo o conforto e a informação neste processo de adaptação a uma nova condição de saúde.

No que diz respeito à administração de fármacos e de acordo com STUART e LARAIA (2001) o enfermeiro é o técnico de saúde com mais impacto na experiência com os agentes psicofarmacológicos pois é este que administra, gere e está alerta para os efeitos terapêuticos de cada terapêutica medicamentosa. Assim, o enfermeiro é o profissional de saúde mais importante na maximização dos efeitos terapêuticos do tratamento farmacológico e na minimização dos efeitos colaterais de modo que o utente seja um verdadeiro colaborador no esquema terapêutico.

Ainda segundo o mesmo autor, o cumprimento ou não cumprimento do esquema de tratamento é um processo dinâmico que varia à medida que o utente avalia e adapta o seu próprio comportamento, havendo utentes que são cumpridores em determinadas situações e podem não o ser noutras circunstâncias. É de alguma relevância também que estímulos que têm uma influência positiva junto de determinadas pessoas podem não ter qualquer efeito junto de outras.

STUART e LARAIA (2001) referem que os utentes que não cumpram o esquema terapêutico com precisão, não saibam identificar os sinais de alerta dos problemas com a medicação, estão em risco para maus resultados e reacções adversas. O grau de **adesão à terapêutica** está assim dependente de um conjunto considerável de factores que interagem entre si e que afectam directamente o utente, determinando o seu comportamento e contribuindo para uma maior ou menor adesão às recomendações feitas sobre o tratamento da sua doença. Os factores demográficos, sociais e económicos são essencialmente à idade, ao baixo nível escolaridade, o baixo rendimento, o desemprego, redes de sociabilidade muito limitada e a instabilidade habitacional e podem constituir uma forte barreira para uma adesão terapêutica efectiva. Relativamente aos factores relacionados à doença e ao regime terapêutico prescrito tornam-se relevantes os relacionados com a cronicidade da patologia, ausência de sintomatologia, existência de uma ou mais doenças concomitantes, a forma como a doença irá progredir e as incapacidades ou desvantagens provocadas pela doença. A adesão terapêutica está assim comprometida na presença de factores cognitivos e emocionais tais como, o esquecimento, a falta ou diminuição da motivação, ausência de percepção da sua necessidade, a desconfiança quanto há obtenção de resultados positivos, a ansiedade inerente às tomas de fármacos, sobretudo em regimes terapêuticos complexos e o medo de possíveis efeitos adversos ou de dependência.

A necessidade de estruturar formas de educação mais activa em relação ao tratamento farmacológico surge devido à falta de conhecimento que os utentes apresentam levando a que estes, por vezes, nem do nome nem da dosagem dos medicamentos tenham conhecimento. Esta é uma das áreas em que o papel do enfermeiro se releva essencial ao introduzir no plano terapêutico do utente formas de auto administração supervisionada nos últimos dias de internamento.

A depressão e os problemas de adição (alcoolismo e toxicoddependência) são as entidades nosológicas mais frequentes da área da psiquiatria que os utentes apresentam no meu actual contexto de trabalho. Assim, quando um utente é admitido para a realização de uma cirurgia frequentemente se interrompe a medicação anti-depressiva, se desvaloriza a prevenção das síndromes de abstinência e se elaboram os mais variados comentários, alguns reveladores de estigmas e crenças dos próprios profissionais de saúde. Ao longo de vinte e um anos de experiência profissional tive a oportunidade de constatar que são muitas as dificuldades que os enfermeiros apresentam, na prestação de cuidados ao utente com doença mental, consequência quase sempre de pressupostos incorrectos e de algum **estigma**. Podemos dizer que “...os mitos sobre a doença mental e a estigmatização do doente continuam a persistir, mesmo entre profissionais da área de saúde” (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2006,p.22). Penso que temos um longo caminho a percorrer, que passa pela educação no sentido de contrariar estas vivências.

Segundo o relatório de Plano Nacional de Saúde (PNS), as perturbações psiquiátricas, nomeadamente as depressivas, e os problemas de saúde mental constituem as principais causas de incapacidade e de morbilidade, nas sociedades actuais, sendo que se prevê um aumento significativo das perturbações mentais no futuro, provavelmente relacionadas com os níveis elevados de *stress*, provocados pelo desemprego, violência, pobreza e desigualdade social. Já a esquizofrenia é uma doença mental grave e crónica que atinge cerca de 1% da população mundial (OMS, 2001). Embora não seja a perturbação mental mais comum, é responsável por uma proporção significativa de morbilidade psiquiátrica e do trabalho desenvolvido nos serviços de psiquiatria. Os dados mostram-nos que estes utentes ocupam 25% das camas, representam 50% dos internamentos em psiquiatria e fazem parte das 10 principais causas de incapacidade no mundo (Harrisson; Geddes; Sharpes, 2006, p. 235).

Em Portugal, a prevalência de perturbações psiquiátricas estima-se que ronde os 30%, sendo que a depressão atinge 20% da população e conjuntamente com a esquizofrenia, se encontra na base de 60% dos suicídios (PNS 2004-2010, vol. II, p.83).

Na sua prática o enfermeiro tem diversas responsabilidades a cumprir no seu dia-a-dia. Uma intervenção fundamental na actuação do enfermeiro é a realização da **entrevista** no acolhimento, centrada na história bio-psico-social e na avaliação do estado mental do utente. Na realização de entrevistas envolve os procedimentos como a oferta de apoio emocional e empatia, oportunidades de catarse, educação facilitadora da mudança, entre outras como a observação, a avaliação de pensamentos (planos ou intenções suicidas), a atenção aos sinais e sintomas de *stress* e de ansiedade e ajudar o utente a enfrentar estes sentimentos. Segundo PHANEUF a primeira entrevista é de extrema importância, tal como qualquer outro primeiro contacto com o utente. O enfermeiro deverá ter em estabelecer uma relação de confiança e ter em atenção às suas atitudes como foi já referido. Segundo a mesma autora as entrevistas de ajuda têm como objectivo ajudar os utentes a exprimirem sentimentos e a servir de suporte para o doente ajudando-o a enfrentar as suas dificuldades, tornando-o mais autónomo. Esta é de natureza terapêutica. A enfermeira ao estabelecer uma relação de ajuda, primeiro terá que ter estabelecido uma relação de confiança com o utente. Segundo PHANEUF toda a entrevista de ajuda deverá comportar quatro fases: **a de preparação** em que o enfermeiro deverá recolher informações sobre a pessoa para que desta forma a permitindo-lhe conhecer a personalidade do utente; **a fase de orientação** é quando surge o primeiro encontro com o utente e se estabelece uma relação de confiança que dará origem a uma relação terapêutica; **a fase de exploração**, em que o enfermeiro irá favorecer a expressão das emoções e sentimentos do utente, ajudando-o a tomar consciência das suas dificuldades e dos seus recursos para as ultrapassar, tornando-o desta forma mais autónomo, e por último **o fim da relação** - torna-se importante que o enfermeiro defina, desde o início da entrevista, que esta irá ter um fim, para evitar situações de dependência por parte do utente.

Segundo PHANEUF na relação de ajuda o enfermeiro vai ajudar o outro a crescer, a ter mais maturidade compreender a sua situação, aceitá-la melhor e tornar-se mais autónomo. Para se

estabelecer uma relação de ajuda segundo a mesma autora o enfermeiro terá de “...compreender o problema humano, em que é essencial encorajar a pessoa, favorecer uma decisão, clarificar uma escolha” (2005 p.325).

Segundo PHANEUF existem “**pré-requisitos**” para se estabelecer uma relação de ajuda sendo estes: A **presença** - o enfermeiro, quando está com a pessoa, está presente física e psicologicamente, de forma a estar atento às necessidades do outro/utente. A **vontade de não julgar**, ou seja de escutar sem criticar nem avaliar. Para tal terá que se “despir” de preconceitos. Permitindo-lhe que expresse os seus sentimentos sem medo de ser rejeitado, criticado ou excluído da própria situação.

Centra-se na pessoa ou seja deverá preocupar-se com a pessoa em si com os seus medos, reacções e depois com a sua doença e todos os outros problemas. A primeira preocupação é a pessoa com as suas emoções necessidades, desejos, dificuldades, na forma como se adapta, nas emoções e sentimentos que manifesta.

Por último a **consideração positiva** em que é esperado que a manifestação de um sentimento de respeito e de confiança pelo utente, seja o motivo para que este reconheça o seu próprio valor e dignidade.

O enfermeiro pode ainda promover o ensino de estratégias de “coping” e encorajar a alteração dos comportamentos que promovam a saúde. Na implementação destes procedimentos promove-se um adequado ambiente terapêutico independentemente ou em colaboração com os pares, nas diferentes fases da prevenção, no tratamento e na reabilitação e reinserção social.

A Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, criada pelo despacho n.º 11 411/2006, de 26 de Abril, define como objectivos:

- Assegurar o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental do país, sobretudo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis;
- Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental;
- Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações;
- Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias;
- Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

De acordo com esta comissão, existem evidências científicas que demonstram que as **intervenções na comunidade** são as mais efectivas e colhem a preferência dos utentes e famílias. Assim, os serviços de saúde mental tiveram que desenvolver programas que permitam assegurar cuidados continuados, integrados e humanizados aos utentes psiquiátricos graves, nomeadamente utentes com perturbações esquizofrénicas, bipolares e depressivos. Assegurar não só o diagnóstico precoce e o tratamento imediato, mas alargar a capacidade de ir ao encontro na comunidade dos utentes que não procuram ajuda e colaborar na reabilitação e reinserção. A Lei de Saúde Mental (1998, p.3544) veio reforçar "a prestação de cuidados a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a sua reabilitação e reinserção social".

A coordenação dos cuidados é um aspecto crucial na integração comunitária. As pessoas com doença necessitam de se relacionar com diferentes interventores ou serviços ao mesmo tempo ou de serem referenciados para novos interventores ou serviços à medida que as suas necessidades mudam ao longo do tempo. Uma boa medida seria adoptar o modelo designado como gestor de caso que Hesbeen (2001,p.140) tão bem define, "**acompanhamento contínuo dos utentes**" e que a enfermeira poderia adoptar, dado ser o elemento que melhor assegura a continuidade de cuidados ao utente e família.

Actualmente os internamentos tendem a ser mais curtos, somente o necessário para estabilizar o utente e instituir um plano terapêutico que deve ter continuidade em ambulatório. Esta realidade torna a família cuidadora como parceira nos cuidados, peça esta muito importante e por vezes pouco valorizada por alguns profissionais de saúde.

Às famílias é pedido que assumam a responsabilidade da supervisão da medicação, das actividades físicas e sociais a desenvolver, das questões financeiras, da aquisição de novas competências, do cumprimento do plano de consultas e ainda assegurem o apoio em caso de crise. Torna-se importantes os programas de apoio a estas famílias tão sobrecarregadas.

O enfermeiro pode desempenhar aqui um papel fundamental e muito importante na partilha de informação e facilitar a adaptação ao novo desafio que lhes é lançado.

O alvo de intervenção da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria é a pessoa que se encontra a viver processos de transição, geradores de respostas humanas desajustadas ou desadaptadas e entendidos como responsáveis por processos de sofrimento mental.

Não posso deixar de fazer referência à teórica Betty Neumam e à sua teoria dos sistemas porque como pude verificar no acompanhamento dos utentes na prática comunitária, quando interferimos com um sistema pessoa, promovendo um estilo de vida saudável, estamos também a interferir no sistema família do qual a pessoa faz parte, sofrendo e recebendo influências adaptativas.

Daí que acredito que ao prestar cuidados à pessoa, terei efeitos na família, grupo e comunidade.

Para planear a minha intervenção em estágio, foi importante esta reflexão, tal como aprofundar algumas noções teóricas úteis para um desenvolvimento assertivo da minha intervenção.

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria corresponde a uma necessidade socialmente útil e economicamente sustentada que procura responder a vários desafios, nomeadamente, a prestação de cuidados altamente qualificados e diferenciados, centrados na pessoa e na família ao longo do ciclo vital.

As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidadas por enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria. De acordo com PEPLAU, os enfermeiros de saúde mental são os únicos a prestar de forma adequada os cuidados ao doente mental, porque conseguem integrar no mesmo plano terapêutico a abordagem física e psiquiátrica de cada utente. Dependendo de cada contexto e através de práticas como a psicoterapia, o aconselhamento, as consultorias, ou em programas de educação proporcionam supervisão clínica na sua área de actuação.

A especialidade em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, pressupõe elementos proactivos na comunidade, fundamentados na incorporação de intervenções terapêuticas durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, visando a promoção e protecção da saúde mental, a prevenção da perturbação mental, o tratamento, a reabilitação psicossocial e a reinserção social da pessoa. Pessoas satisfeitas no seu local de trabalho, vão com certeza influenciar positivamente o meio onde trabalham; e de forma activa vão responsabilizar-se por identificar e solucionar problemas. A prestação de cuidados à pessoa em processo de reabilitação exige que o enfermeiro especialista mobilize competências humanas, relacionais, técnicas e científicas na sua prática diária de forma a atingir o seu objectivo – a promoção de processos de adaptação da pessoa, família, grupo e comunidade a novas realidades de saúde. O exercício profissional de enfermagem centra-se na relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e o utente/família/cuidador informal/comunidade.

Na perspectiva de PEPLAU (1990), o processo da relação interpessoal desenvolve-se em quatro fases (orientação, identificação, exploração e resolução) distintas mas sobrepostas. Subentendo e aplico como esta teórica que na fase de orientação, se vive uma “*necessidade sentida*” sendo a ajuda profissional solicitada pelo utente. Já na fase de identificação definida por PEPLAU, o utente selecciona as pessoas que considera serem capazes de o ajudar na satisfação das suas necessidades, e reconhece na enfermeira alguém com capacidade para entender as suas necessidades e capaz de o ajudar no seu processo de doença, aceitando participar nas actividades propostas, considerando que estas vão de encontro às suas expectativas e necessidades. E na seguinte, a fase de exploração, o utente “tenta retirar toda a valia do que lhe é oferecido através da relação” (HOWK, 2004 p. 426); na fase de resolução, o utente “coloca, gradualmente, de parte objectivos antigos e adopta novos. Processo através da qual o utente se liberta da identificação com a enfermeira” (HOWK, 2004 p. 427).

Assim, a relação interpessoal desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde” (OE,2001,p.6). O projecto de saúde varia ao longo do percurso de vida e resulta de um processo de adaptação dinâmico e contínuo como resposta às diversas situações que vão

surgindo e às quais a pessoa precisa de dar resposta. Neste sentido é importante trabalhar tanto ao nível das características de cada um, como atendendo ao apoio e disponibilidade das relações familiares.

A literatura refere que graves perturbações mentais frequentemente dão origem a uma perda ou diminuição das capacidades relacionais, de adaptabilidade social e de desempenho profissional. No entanto, através de um processo de reabilitação psicossocial estes défices podem ser compensados, o que se traduz na recuperação de competências individuais e sociais que por sua vez conduz a uma maior autonomia do doente (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2006).

As principais teorias conceptuais de tratamento das pessoas com doença mental, são a psicanalítica, a cognitiva, a cognitivo comportamental, a neurobiológica e a psicodinâmica; que são complementadas na prática pelos modelos teóricos de enfermagem no cuidar da pessoa, família, grupo e comunidade.

Distingo destas teorias, a terapia cognitivo - comportamental porque surge como potenciadora de uma maior independência e como tal promotora de um aprofundamento e flexibilização das relações sociais do utente. Esta terapia, absolutamente centrada no utente, vê a pessoa como um ser único com um problema de vida em vez de ver uma condição psicopatológica. Tem como objectivo promover o auto controlo do utente e não a cura, concedendo-lhe assim o estatuto de educativa e construtora de habilidades (STUART, 2001). O mesmo autor refere ainda que, tendo em conta todas as características desta terapia, observa-se a sua grande semelhança com o processo de enfermagem.

Outra característica importante é o facto de colaborarem com os utentes na definição do problema, na identificação das metas, na formulação de estratégias de tratamento e na avaliação do progresso. São igualmente importantes a empatia e o relacionamento terapêutico para além de se assemelharem muito às etapas do processo de enfermagem. Mais, centram-se no utente e acreditam fortemente na reciprocidade, assim como, usam ferramentas de medição padronizadas e baseiam as estratégias de tratamento na evidência. Portanto, ela tem aplicabilidade em qualquer contexto, o enfermeiro pode, então, avaliar frequência, intensidade e duração do problema.

Centrada nesta teoria, muito utilizada e muito procurada nos últimos tempos, baseie algumas das minhas intervenções, quando a apliquei, nos vários contextos, em terapias alternativas como as sessões de relaxamento, o treino de competências sociais ou a terapia do riso.

Com base nestes pressupostos, nas competências que a própria Universidade Católica estabeleceu para esta especialidade, e nas áreas em que considerei sentir maior necessidade de investimento, descrevo as principais competências desenvolvidas neste percurso. Articulado estes contextos e saberes, descrevo um percurso coerente, de complexidade e especificidade crescentes.

2- COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Ao longo do meu percurso profissional com Enfermeira sempre respeitei o utente, aceitando-o como um ser humano único, com as suas experiências, as suas necessidades e o seu potencial, como um ser com capacidade para tomar as suas próprias decisões, confiando-lhe um valor inestimável associado a uma dignidade e respeito mútuo.

Sempre fui uma pessoa autêntica pois não consigo disfarçar o que sinto, nem dizer o que não sinto, assim, e enquanto Enfermeira durante uma relação terapêutica, não necessito fazer um grande esforço para manter a concordância entre aquilo que vivo interiormente, a consciência que tenho dessa vivência, e a expressão da mesma que se traduz conscientemente pelo meu comportamento. Demonstro quase sempre autenticidade no que sinto e comunico ao utente, sendo espontânea, tentando-me exprimir com clareza, ajudando o utente a evoluir e a reencontrar o seu verdadeiro eu.

O conceito desenvolvido ainda enquanto aluna do bacharelato, e que considero como transversal na minha prática, dizia que relação de ajuda é uma relação que se estabelece com a pessoa e que se baseia na escuta, na empatia e na congruência. Desta forma reforço que a intervenção empática, muito distante, da intervenção simpática, visa sempre a compreensão do outro enquanto pessoa individual e global.

Desta forma, não perdendo de vista os objectivos definidos e face aos contextos concretos onde decorreu o Estágio e à reflexão realizada em contexto da prática de cuidados, alguns objectivos sofreram algumas correcções relativamente aos estabelecidos no projecto e foram ajustados aos contextos.

Para a prossecução dos objectivos foram definidas estratégias – acções e decisões a realizar e recursos – meios/recursos (humanos e materiais) essenciais para a concretização das intervenções.

2.1 – MÓDULO II – UNIDADE DE INTERVENÇÃO NA CRISE DO ADULTO

Embora o PNS defenda a desinstitucionalização dos utentes e a descentralização dos serviços, preconizando uma *“Intervenção em crise, próxima da comunidade e atempada, feita por equipas preparadas para o efeito, contemplando as urgências psiquiátricas dos hospitais e evitando os internamentos”*, legalmente sustentada pela actual Lei de saúde mental (Lei nº 36/98), bem como pelo Decreto-Lei nº 35/99 que a regulamenta e que define os princípios de organização dos serviços de saúde mental, a verdade é que os serviços não sofreram um

processo de planeamento e implementação de reformas indispensáveis à concretização destes objectivos.

Foi este o meu primeiro contacto, como enfermeira, num serviço direccionado para o atendimento às pessoas com patologia do foro psiquiátrico (esquizofrenia, doenças bipolares, depressões graves, perturbações da personalidade e outras) em fase aguda, pelo que comecei por integrar-me na equipa, e através desta realidade desenvolver competências no cuidar na crise.

Este estágio foi realizado numa unidade de internamento de agudos CP-VI, no CHPL, composto por 36 camas, divididas em igual número para ambos os sexos, e recebe utentes das áreas geodemografias de Sintra e Beja.

É composta por uma equipa multidisciplinar, dos quais distingo quatro enfermeiros com especialidade em saúde mental (sendo que um deles é o enfermeiro chefe), psiquiatras, assistente social, psicopedagoga e outros colaboradores.

A equipa é jovem, dinâmica, organizada e com objectivos de prestar cuidados de qualidade, pelo que há sempre um enfermeiro de referência para cada utente, modelo que não é cumprido na íntegra, porque nem sempre é o enfermeiro de referência a estabelecer um plano de cuidados, mas quem fez a admissão. Como enfermeiro de referência partilho a definição de Hesbeen onde esta se mantém responsável pelo utente durante todo o internamento, mesmo para além das horas na unidade de trabalho, é a ela que cabe estabelecer o plano de cuidados a efectuar na sua ausência (HESBEEN 2000,p.140).

Também estão estabelecidas pelo chefe, num quadro semanal, as actividades a desenvolver diariamente; são exemplo as sessões de educação para a saúde, o treino de competências sociais, a psico educação com a criação de um programa de adesão terapêutica, a música e movimento, o relaxamento e outras. Todas elas são devidamente registadas, com presenças, conteúdos, resultados e outras ocorrências.

Este local de estágio foi facilitador, porque é muito rico em situações de crise, onde as intervenções especializadas são prática diária, tal como me foi possível de avaliar ao partilhar o serviço com a minha enfermeira orientadora, especialista em saúde mental e psiquiatria.

Estes utentes estão, muitas vezes descompensados, com auto e hetera agressividade em sofrimento mental e requerem cuidados no sentido de o minimizar, reduzindo as ameaças a terceiros e a integridade do próprio, e prevenindo os reinternamentos e a desadaptação sócio-familiar.

Uma preocupação constante com a segurança do utente é prática comum, sem seguirem qualquer plano previamente estabelecido, consideram esta atitude promotora de cuidados de excelência e a base da qualidade de cuidados prestados. Mesmo quando se torna necessário a contenção promovem um ambiente desprovido de ameaças e o mais calmo possível.

Uma preocupação constante e ao qual estão muito atentos é à hidratação, pelo que criaram uma vigilância registada diariamente em folha própria e que lhes tem dado bons resultados. As práticas de cuidados devem ser práticas reflectidas, e por vezes a escassez de enfermeiros e a

carga permanente de trabalho, fazem com que as prioridades sejam dar resposta aos cuidados directos.

A ocorrência de situações de desidratação fê-los reflectir nas suas práticas e incutiu-lhes o assumir dessa responsabilidade e basear a sua prática com base nos conhecimentos, mudando comportamentos com vista a padrões crescentes de qualidade.

Esta equipa de enfermagem promove com empenho o acompanhamento pós alta., através do **follow – up telefónico**, com impresso próprio realizado na quinzena após a alta hospitalar.

Utilizam nos registos informatizados a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem com a utilização da Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, que foram uma novidade e uma dificuldade acrescida neste estágio, que foi gradualmente superada com a ajuda da enfermeira Orientadora e dos colegas de serviço. Neste contexto foi especificamente definido por mim:

- Adquirir competências na assistência da pessoa, família, grupos e comunidade na reabilitação da saúde mental, numa situação de crise, em regime de internamento,
- Desenvolver competências de intervenção na crise, numa relação terapêutica, utilizando os princípios da relação de ajuda.

Análise da prática desenvolvida

No período de conhecimento, integração e interacção com a equipa, o que foi determinante na minha adaptação ao grupo e espaço físico, foram as reuniões formais e informais com a minha orientadora.

Conheci a articulação entre a equipa, a dinâmica da equipa de enfermagem e apercebi-me das normas e protocolos existentes.

Prestei **cuidados aos utentes e família em situações de crise**, dos quais saliento o acolhimento promovido, e a satisfação das necessidades como a alimentação, a higiene e conforto, orientação auto e alopática, perturbações do sono, agressividade, agitação, gestão de conflitos e alterações do humor.

Integrei a equipa assumindo vários utentes que me foram atribuídos, onde pude intervir como enfermeiro especialista.

Particpei oportunamente nas múltiplas **reuniões clínicas** que se realizam semanalmente no serviço à 2ª feira com a presença obrigatória do enfermeiro responsável de turno (elemento coordenador com a função da gestão de cuidados e de recursos), onde pude avaliar o quanto tem conhecimento das situações e valorizar os cuidados prestados e consequentes ganhos em saúde.

Particpei oportunamente nas **reuniões multidisciplinares** com a equipa comunitária (CINTRA) que se realiza semanalmente no serviço à 4ª feira e onde se discute o contexto pós alta. Pude observar que a equipa do internamento demonstra pouca disponibilidade e é pouco

participativa nestas reuniões, justificadas as ausências com falta de tempo para dar resposta ao internamento e à comunidade.

Também pude avaliar que o atendimento às famílias não é muito facilitador, porque ou são convocadas ou passa pelo colher de informação durante as visitas quando estes estão a interagir com todos os presentes. Sugeri a criação de um " **espaço família** "quando me pediram pareceres sobre intervenções a introduzir no serviço; consideraram de valor mas de difícil execução, o que me fez pensar.

Os hospitais dirigem a sua intervenção ao tratamento de situações agudas; assiste-se a uma tendência crescente para reduzir a duração dos internamentos hospitalares por razões económicas e tendo em vista a redução dos inconvenientes da hospitalização, nomeadamente o *stress* e a perda de autonomia. Assim, cada vez mais se favorece o regresso a casa o mais rapidamente possível, ainda numa fase em que a pessoa/família se vê confrontada com situações de saúde que condicionam algum grau de dependência que modifica todo um projecto de vida e dá origem a sentimentos como angustia, insegurança, ansiedade, medo; enfim condiciona alteração de papéis familiares e de toda a dinâmica familiar.

No decurso destes processos pude constatar que o que é feito está muito aquém do que é necessário e longe de ser o ideal; resta-me a certeza de que dei a melhor resposta possível face aos contextos e aos recursos de que dispunha.

A escassez de recursos comunitários e a insuficiente resposta das redes de apoio formal exige que a prestação de cuidados fique a cargo da família, e são os enfermeiros que na tentativa de promover respostas saudáveis ao processo devem antecipar as situações geradoras de crise e minimizar os seus efeitos, promovendo junto das famílias momentos de aprendizagem que lhes permitam uma resposta adequada.

Participei no programa **follow – up**, dinamizado pelo enfermeiro de referência, onde telefonicamente avalia as condições de saúde e sociais do utente, situação muito bem gerida pela equipa, pois os objectivos e a estratégia são muito positivos para o utente. (ANEXO I).

Quando presto cuidados e porque defendo que a alta se prepara no momento da admissão, centro a resolução do problema no retorno à recuperação de independência, da autonomia o mais precocemente possível.

Ao promover o acompanhamento do utente pela família e preparando a alta, determino o sucesso dos cuidados porque promovo os cuidados no domicílio, situação defendida pelo PNSM 2007-2016. Realizo sem dificuldade as cartas de alta que se realizam e enviam sempre que o utente tem alta.

Participei em várias **reuniões comunitárias**, dinamizadas pelos enfermeiros especialistas e realizadas semanalmente e cujo critério de inclusão dos utentes é estar internado. Tendo participado activamente na primeira, tive a oportunidade de ser o condutor da seguinte e sempre que me encontrava no serviço. (ANEXO II).

Tornou-se numa experiência muito enriquecedora, pois conduzir uma reunião e dinamiza-la não é para mim uma prática diária, principalmente pelo número de utentes presentes (cerca de

vinte), e especialmente dado o seu estado de consciência e humor, acrescida pela presença de outros enfermeiros e alunos de enfermagem.

Estas reuniões criam uma relação entre utentes e equipa de enfermagem, porque os enfermeiros demonstram disponibilidade, proximidade e atenção às necessidades dos utentes. Todos se sentem valorizados enquanto pessoas porque são estimulados a falar dos problemas vividos.

Nestas reuniões também se realizam intervenções de prevenção, promoção e diagnóstico de saúde mental.

Não senti dificuldades nesta intervenção, fui muito bem recebida pelos utentes e avaliaram-me sempre de modo muito positivo, mesmo os alunos de enfermagem e os enfermeiros presentes. Desenvolvi uma metodologia de trabalho nova para mim, mas eficaz e com ganhos em saúde para os utentes; demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas; demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o utente e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Ao liderar esta actividade, promovi cuidados especializados em saúde mental e zelei pelos cuidados prestados.

No sentido de incentivar a reintegração na comunidade e do retomar os hábitos de vida, promovi um **passeio ao exterior** que, como pude constatar foi muito apreciada e que passo a descrever. Participaram na actividade cerca de seis utentes que no final verbalizaram terem gostado muito e que gostariam de repetir a actividade, dois estavam pelo menos há oito dias sem ir ao exterior. Não passou de uma caminhada pelo jardim mas que promoveu a socialização com partilha de experiências e projectos futuros. A partilha que é promovida com este tipo de actividade passa pela integração num grupo e comunidade, estimula capacidades cognitivas e a reabilitação social. (ANEXO III).

Partindo do objectivo de adquirir competências na intervenção na crise, e desenvolver cuidados de excelência aos utentes, integrando os seus familiares no projecto terapêutico elaborei **planos de cuidados** utilizando a linguagem CIPE, com a qual nunca tinha trabalhado e era para mim uma novidade e um momento de aprendizagem. (ANEXO IV).

Realizei várias **entrevistas**, no processo de cuidar, e senti-me bem, com segurança. Todas as que fiz acompanhada com a minha orientadora e as que fiz sozinha foram fundamentados nos princípios da relação de ajuda, da empatia e da análise. (ANEXO V).

Nas entrevistas de admissão que realizei, seguindo o guião da instituição, que se encontra construído com o intuito de avaliação diagnostica e revestido desde o início de intenção terapêutica, foi meu objectivo estabelecer uma relação terapêutica baseada nos princípios da empatia, da comunicação, da escuta, da observação.

Para o sucesso da entrevista, é importante a relação de ajuda que se estabelece, uma vez que esta se trata de "... uma troca tanto verbal como não-verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio que a pessoa tem necessidade...". E ainda porque, "... a pessoa que a estabelece está essencialmente virada

para o outro, para o seu vivido, para o seu sofrimento.” “... a enfermeira que ajuda, procura favorecer no outro o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida.” (PHANEUF, 2005, 326p.).

Optei por uma entrevista semi – estruturada, não directiva, com perguntas abertas, que me permitisse estabelecer com os utentes uma comunicação livre, espontânea, e a expressão das suas emoções e sentimentos, bem como a participação na identificação das suas dificuldades e determinação das soluções para o seu problema de saúde, por forma a obter dados, de modo a conhecer a história de vida e elaborar um exame das suas funções mentais. Ao longo das mesmas respeitei os momentos de silêncio e, tentei manter uma atitude de escuta activa, compreensiva e empática no sentido de encorajar o outro a expressar-se.

Demonstrei capacidades de, adequadamente, reagir perante situações complexas no acompanhamento dos utentes, principalmente os portadores de doenças crónicas, assim como demonstrei conhecimento ao relacionar-me de forma terapêutica, respeitando o outro e com uma comunicação verbal e não-verbal eficaz.

Considerando que cada vez mais se destaca a necessidade de descrever a nossa actuação no contexto hospitalar de modo a dar visibilidade ao nosso trabalho realizei um **estudo de caso** de um utente. Escolhi uma teórica com quem me identifiquei e elaborei um plano de intervenção para o utente e família.com o objectivo de obter ganhos em saúde. (ANEXO VI)

No período de integração quando observava as actividades desenvolvidas no serviço, pude constatar que o **relaxamento** se encontrava como o menos conseguido comparativamente aos outros, pelo que me propus a dar continuidade a essa intervenção especializada. Construí um projecto (ANEXO VII) com fundamentação teórica e critérios de selecção e avaliação das sessões realizadas com uma ficha de avaliação por mim elaborada. (ANEXO VIII)

O tipo de relaxamento escolhido e por mim desenvolvido, foi o relaxamento progressivo de Edmund Jacobson, visto que pode ser um instrumento de elevada importância na diminuição de sentimentos muito presentes num internamento em situação de crise, e que são eles o *stress* e a ansiedade.

Esta intervenção foi muito bem-sucedida, com sessões semanais; e com a supervisão da minha orientadora, que me avaliou desde sempre com excelentes capacidades de execução como calma, ter capacidade de improviso, voz bem colocada, boa interacção. Quanto aos utentes que participaram avaliaram como muito positiva e com ganhos em saúde e como foi demonstrado com os valores obtidos nas fichas de avaliação.

O relaxamento promove a diminuição da ansiedade, a partilha de sentimentos e sensações, a concentração e mobiliza respostas adequadas ao *stress* em situações futuras.

A técnica de relaxamento tem origem nas teorias comportamentais, é eficaz nas perturbações de ansiedade e nas perturbações de aprendizagem.

Muitos tratamentos e técnicas baseiam-se na premissa de que a mudança do comportamento e de outras funções corporais, tais como a força muscular e a postura, auxiliam o bem-estar mental. Estão incluídas técnicas como o treino de assertividade, o das capacidades sociais e a técnica de relaxamento.

De acordo com o projecto por mim elaborado, pude demonstrar que a avaliação do utente é determinante na estimativa e verificação da eficácia da intervenção (ANEXO IX). O relaxamento inclui as componentes psicológicas, fisiológicas e comportamental, e dado que não existe nenhum teste que possibilite a sua medição global, criei e apliquei uma ficha, o que me permitiu avaliar as alterações fisiológicas (tensão arterial e frequência cardíaca), assim como observei a eficácia das sessões pela escala utilizada antes e depois das sessões.

Ao realizar a comparação entre os valores da tensão arterial e frequência cardíaca mensuradas, antes e depois das sessões pude constatar uma efectiva diminuição dos valores. A observação em contexto informal mas dirigida, permitiu-me colher dados como a concentração, a receptividade e a atenção na actividade. De acordo com as sessões pude verificar que gradualmente lhes ia incutindo alguma tranquilidade, que demonstravam pela expressão facial mais relaxada e pela verbalização dos sentimentos num discurso mais pausado. Em cada sessão, cada utente avaliou a actividade com a escala de 0-5 valores, sendo que o zero representa sem ansiedade e o cinco o máximo de ansiedade, e pude verificar uma elevada eficácia na diminuição da ansiedade.

Demonstrei nesta metodologia uma eficaz assistência ao utente, liderei equipas de prestação de cuidados especializados e demonstrei compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência. Incorporei na prática os resultados da investigação.

Em conjunto com outra colega a realizar a especialidade, e por avaliarmos a necessidade de informação/formação dos utentes enquanto prestávamos cuidados, elaboramos uma sessão de educação para a saúde com o tema: **higiene oral/saúde mental**. O grupo escolhido foi os utentes internados naquele dia, a adesão foi estimulante e a avaliação de muito bom. Fomentadora de boas práticas, foi muito importante na elevação da auto-estima, e com ganhos em saúde, foi a retribuição que desejámos e obtivemos. (ANEXO X)

Outra intervenção que promovi num pequeno grupo de seis utentes foi **música e dança** e pude constatar que esta actividade fomenta as relações entre terapeuta e utentes, por ter um potencial expressivo e libertador, que força os utentes a participar, tal como o grupo. A realização desta actividade veio de encontro a um clima de *stress* e de dor que se vivia nesse dia no internamento, alguns utentes iam ter alta. No entanto não foi invulgar identificar outros sentimentos como a euforia, ou o medo no mesmo grupo e no mesmo espaço (ANEXO XI)

Este tipo de actividade neste contexto teve objectivos terapêuticos relevantes, pois promove a reabilitação nos relacionamentos, mobiliza a memória, a atenção, a organização, a coordenação motora, a criatividade e a socialização.

2.2 – MÓDULO III – REABILITAÇÃO E REINserÇÃO

As estruturas na comunidade proporcionam ao utente, oportunidades que lhe permitem superar com sucesso a autonomia, a independência e recorrer o menos possível à hospitalização. Os principais objectivos das actividades de reabilitação são: o manter da autonomia nas actividades de vida diárias, o aumento do seu grau de independência, e a promoção das actividades de prevenção e combate ao estigma e o readquirir do bem - estar.

Aqui o enfermeiro desempenha um papel relevante, contribuindo para a emancipação dos utentes no seu próprio ambiente, utilizando técnicas de tratamento eficientes que possibilitem aos utentes aumentar as suas aptidões para o auto-cuidado, tendo a família como parceira e o apoio formal da comunidade. As intervenções têm de ser adaptadas às necessidades de cada utente e podem incluir, entre outras: aconselhamento/suporte psicológico; treino de gestão de medicamentos ou de dinheiro; treino de competências sociais; apoio social; grupos de ajuda; educação para a saúde; visitação domiciliária e recurso a todas as organizações / instituições da comunidade.

Neste módulo tive a oportunidade de dar continuidade ao trabalho iniciado no CHPL CP-VI, ao realizar estágio no Centro Integrado de Tratamento e Reabilitação em Ambulatório (CINTRA).

Trata-se de uma das equipas comunitárias do CHPL, está sedeadada na vila de Sintra, tem como objectivo prestar cuidados de saúde mental nas áreas da prevenção, tratamento e reabilitação de utentes do concelho de Sintra e tem em curso as seguintes valências/programas: psiquiatria geral, cuidados de enfermagem em saúde mental, visitas domiciliárias, psicologia clínica, terapia ocupacional, psicopedagogia, serviço social e unidade de reabilitação.

Esta equipa é constituída por três enfermeiras (sendo o enfermeiro chefe, o mesmo da CP-VI), seis psiquiatras, quatro psicólogos, uma assistente social e outros colaboradores como técnicos pertencentes à unidade de reabilitação.

Os utentes acompanhados por esta equipa provêm do internamento no CPHL, das consultorias nos centros de saúde, ou das consultas externas.

O atendimento na comunidade, pressupõe intervenções cujo resultado pretendido é desenvolver no utente as capacidades de inclusão social e satisfação das suas necessidades e individualidades com respeito e dignidade como qualquer cidadão.

Os reinternamentos levam a um aumento dos custos, quer em saúde, quer familiares e sociais, e estes o aumento do número e dias de internamento, do absentismo laboral, da perda de emprego, da perda de funcionalidade e autonomia; tendo o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental um papel de relevo na minimização destes custos e na promoção da qualidade de vida.

Este estágio permitiu-me compreender todo o trabalho que é desenvolvido numa equipa comunitária e alargar o meu conhecimento na evolução de um utente que inicialmente é internado num serviço de agudos e que posteriormente lhe é possibilitado desenvolver o seu trajecto terapêutico até à comunidade.

O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, como elemento chave no sistema de cuidados tem um papel essencial ao promover cuidados de qualidade ao utente e família na ajuda face aos problemas de saúde, identificando as suas dificuldades, facilitando a sua participação nesta experiência, e encontrar novas alternativas, testar novos modelos de comportamento, aprender a comunicar, socializar com os outros e com significado fazer face aos actuais problemas de forma realista. Pude constatar que embora não havendo um enfermeiro especialista se praticam cuidados de elevado valor, com uma atitude proactiva nas intervenções realizadas.

Foi-me possível participar em consultas de enfermagem com ou sem agendamento, acolhimento e acompanhamento de utentes na sala de soroterapia, reuniões multiprofissionais, reuniões de consultoria nos centros de saúde, conhecer outras valências como a unidade de reabilitação, realizar uma sessão de relaxamento para demonstrar esta competência adquirida e realizar visitas domiciliarias e participar activamente na formação em serviço, promovendo o projecto “sorrir em saúde mental” a instituir nesta equipa.

O papel formador do enfermeiro é fundamental, pois com o ensino pode minimizar e, até mesmo superar, medos e ansiedades inerentes à sua condição de vida. A família e comunidade são imprescindíveis no programa de reabilitação da pessoa.

Todas as actividades desenvolvidas foram de encontro aos objectivos definidos em projecto e que passo a expor:

- Desenvolver competências especializadas adaptadas às principais problemáticas da área de enfermagem de saúde mental e psiquiatria no contexto da intervenção comunitária
- Desenvolvimento de competências na área da formação em serviço numa perspectiva de valorização da análise das práticas

Análise da prática desenvolvida:

Iniciei o meu percurso de integração na equipa com a realização de consultas em parceria e posteriormente executando algumas sozinhas.

Como conceito de consulta de enfermagem partilho com HORTA (1979,p.68) que “*consiste na aplicação do processo de enfermagem; portanto, a assistência prestada ao individuo (...) em tratamento de ambulatório*”

Realizei as **consultas de enfermagem** numa perspectiva de enfermeira especialista, promotora duma abordagem holística do utente e família. Nestas consultas foram identificados os problemas, estabelecidas intervenções como acompanhamento terapêutico, avaliação cognitiva e de orientação para a realidade, articulação com outros técnicos ou instituições. As consultas são registadas onde se descreve a avaliação da intervenção realizada e do projecto de saúde caso se tenha entendido algum objectivo a realizar em breve.

Tal como o enfermeiro de acordo com a OE mobiliza na sua actividade uma abordagem sistemática e sistémica também incorpora os resultados da investigação na sua prática

Uma vez mais centrei os cuidados prestados na essência da prática do cuidar, a relação terapêutica, tendo como objectivo final - **ganhos em saúde**.

Outra actividade desenvolvida foi programar a realização de três **visitas domiciliárias**, estas realizam-se semanalmente às quartas-feiras, por duas enfermeiras e pela assistente social.

Estas foram dirigidas a utentes em falta às consultas (médicas e de enfermagem), após alta do internamento, ou a quem foi avaliado necessidade de se administrar terapêutica e não pode comparecer no centro.

Teve por objectivo avaliar o utente no seu ambiente, fazer um levantamento das necessidades afectadas, vigiar sintomatologia e actuar em situação de crise, promover a gestão e adesão terapêutica, e mobilizar recursos disponíveis como a família e comunidade. Por último administrar terapêutica e articulação com instituições como foi necessário.

Esta intervenção é enquadrada pelo modelo do cuidado transcultural de Leininger que integra o quadro conceptual definido pela equipa (ANEXO XII).

As visitas domiciliárias constituem um instrumento de trabalho precioso na abordagem do utente e família. Ao entender a dinâmica familiar e a possibilidade de envolvimento e suporte desta nos pós alta, permite que se possa dar continuidade ao tratamento, e evitar os reinternamentos precoces.

Estou consciente de que esta interacção, é promotora de ganhos em saúde porque partilho com RUFINO NETO *apud* MINAYO *et al* (2000, p.8), quando afirma que “*...qualidade de vida boa ou excelente é aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inserida possam desenvolver o máximo das suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou artes.*”

As sessões de **relaxamento** nesta equipa são realizadas por uma enfermeira que além da licenciatura em enfermagem tem uma licenciatura em psicologia, e que quando tomou conhecimento na minha anterior experiência no internamento me convida a partilhar essa intervenção, o que me deu muito prazer. O poder implementar de uma intervenção a um outro grupo, permitiu-me uma troca de experiências, e garantiu-me a perspectiva de que cada um na

sua actuação coloca sempre o seu cunho pessoal. Era um grupo de sete elementos, já com múltiplas sessões anteriores mas que se envolveu e avaliou positivamente com ganhos em saúde as sessões por mim lideradas.

Tive a oportunidade de conjuntamente com a enfermeira que dá apoio à unidade de reabilitação, dinamizar e participar uma sessão de **educação para a saúde** cujos assuntos abordados foram: **saúde física/ saúde mental** e como a saúde é um conceito positivo, um recurso quotidiano que implica *“um estado completo de bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doença e/ou enfermidade”* (OMS, 1993). Dentro desta perspectiva, a educação para a saúde deve ter como finalidade a preservação da saúde individual e colectiva. O grupo era constituído por vinte elementos em programa de reabilitação, inscritos nas múltiplas actividades da unidade e que pontualmente participa activamente nas sessões de educação para a saúde, pelo interesse que estas lhe transmitem ou incutem.

Em contexto comunitário, educar para a saúde consiste em dotar os utentes e as famílias de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao tal bem-estar físico, social e mental. A ausência de informação incapacita e/ou dificulta a tomada de decisão, daí, a importância desta abordagem em meio comunitário.

Com estas intervenções demonstrei competência na produção de um discurso fundamentado, assim como fui capaz de trabalhar adequadamente na equipa multidisciplinar.

No contexto da **sala de soroterapia**, tive a oportunidade de através do acompanhamento individual a dois utentes desde a admissão, como enfermeira de referência, promovendo a continuidade do plano junto da equipa. Prestei cuidados de excelência a utentes com alterações de saúde mental (diagnóstico médico – depressão), pelo que promovi a avaliação, planeamento e intervenções, integrando o seu projecto terapêutico e elaborando o plano de cuidados. (ANEXO XIII).

Com estas intervenções fundamentadas nos princípios da relação de ajuda, pude demonstrar capacidade para avaliar e adequar os diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada, demonstrando conhecimentos e capacidade de reagir em situações imprevistas, com uma metodologia de trabalho eficaz.

Com o restante grupo de utentes estabeleci uma adequada relação terapêutica, demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação, no relacionamento com o utente e família, respeitando as suas crenças e a sua cultura. Estes momentos na sala de soroterapia são terapêuticos, são trabalhados em grupo comportamentos que lhes permite lidar melhor com a ansiedade e o *stress*. Os utentes expressam as suas ideias, sentimentos e preocupações porque se sentem acompanhados e valorizados. A interacção do grupo é um dos modos mais efectivos de estimular aos utentes a capacidade de terem interesse por aquilo que os rodeia e aumentarem a sua auto-estima nesta partilha. Numa tentativa de promover a interacção e estimular a memória realizamos em

grupo uma sessão a que deu o nome de “*o meu primeiro namorado*”. Este processo mental permitiu-lhes falar do passado, estimulando-lhes as boas recordações e de forma recreativa favorecer a interacção e socialização de todos.

No decurso das **entrevistas** que realizei, tive em conta os aspectos inerentes ao aconselhamento; pois permitiu-me encorajar as expressões dos sentimentos, assim como explorar os acontecimentos de vida e encorajar na procura de novos rumos de vida.

Pude realizar a gestão dos cuidados na minha área de especialização e exercer supervisão do exercício profissional na minha área de actuação.

Na tentativa de otimizar e promover cuidados de qualidade, com ganhos em saúde, foi-me solicitado colaboração, e após várias reflexões sobre o que seria benéfico para os utentes, seleccionei a elaboração de um novo projecto com continuidade garantida pela minha orientadora, pelo que criei o projecto “**sorrir em saúde mental**”, onde os utentes seleccionados vão ter a oportunidade de beneficiar de sessões de terapia do riso (ANEXO XIV). De seguida promovi a divulgação através da construção de um **panfleto** informativo (ANEXO XV), a apresentação à equipa multiprofissional numa sessão formativa (ANEXO XVI), e da construção de um instrumento de avaliação a ser usado nas sessões de modo a dar visibilidade aos cuidados prestados e dos ganhos em saúde (ANEXO XVII).

Este projecto foi muito bem aceite na equipa médica, que rapidamente nos enviaram utentes para a realização da sessão com o primeiro grupo.

Com a criação do projecto e a concretização da primeira e eficaz sessão de terapia do riso, penso que demonstrei capacidades de identificar as necessidades formativas e promover a formação em serviço; desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao utente; assim como fui criativa e tive iniciativa na interpretação e resolução de problemas.

2.3 – MÓDULO I – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO

Assim, para a realização do Módulo I, que visa a promoção de estilos de vida, o diagnóstico precoce e a prevenção, e por se tratar do meu módulo opcional, senti necessidade de justificar a minha escolha; seleccionei como campo de estágio o Hospital de Santa Maria, hospital onde sou enfermeira desde 1990 e que desconhecia a realidade da prática nesse contexto. O actual hospital de dia da psiquiatria, abriu em 1957, está localizado no piso 3 e, consiste numa unidade funcional, a tempo parcial, com lotação prevista de 20 utentes. Trata-se de um serviço com uma equipa multidisciplinar, constituída por médicos psiquiatras, 2 enfermeiros, uma enfermeira chefe (especialista em saúde mental e psiquiátrica), assistentes operacionais, terapeutas ocupacionais, psicólogos e outros colaboradores. Recebe todos os utentes maiores de dezoito anos, referenciados a partir do internamento ou consulta externa, nos dias úteis, das 9h às 16h.

Recebe todo o tipo de utentes, desde situações de quadros de depressão, perturbações da personalidade, psicoses esquizofrénicas; excepto casos de toxicodependência como diagnóstico principal, demências ou perturbações de evolução crónica.

A cada utente, no momento do acolhimento, é elaborado um individualizado projecto terapêutico, que terá continuidade na alta devidamente articulado com as estruturas da comunidade, dado que este projecto visa a promoção da saúde e prevenção das recaídas, tornando-o um elemento activo, autónomo e participante na sociedade.

São desenvolvidas actividades terapêuticas (psicoterapia de grupo; grupo multifamiliar; reunião clínica; monitorização terapêutica e psicoterapia individual) e actividades de terapia complementar (treino de actividade de vida diárias e de competências sociais, actividades expressivas, sessões psico-educativas, sessões de relaxamento e movimento, role-play, cineterapia, e arteterapia).

Cumprindo o meu projecto foram meus objectivos específicos neste contexto:

- Desenvolver competências especializadas de diagnóstico e intervenção de enfermagem no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença mental na comunidade.
- Intervir de modo a desenvolver capacidades na relação terapêutica com o utente / família / grupo/comunidade.

Análise da prática desenvolvida

Numa perspectiva de integração conheci o circuito do acompanhamento e articulação entre a equipa de enfermagem, a equipa de psicólogos, a equipa médica, as técnicas da acção social e outros colaboradores.

Tomei conhecimento das actividades implementadas num quadro previamente elaborado, (ANEXO XVIII), e participei nas reuniões de equipa onde são discutidas todos os utentes e as situações vivenciais pertinentes.

Particpei nas reuniões clínicas do departamento (2ª feiras), pude assistir a casos clínicos, a sessões teóricas e até assisti a uma pequena peça do **Teatro do Oprimido**. Foram novas situações que contribuíram para o meu crescimento pessoal.

Na psicoterapia de grupo, onde participam todos os utentes e membros da equipa, que se realiza três vezes por semana, e onde se estimula a comunicação e a mentalização dos conteúdos, onde um terapeuta sénior conduz activamente o grupo, pude participar como co-terapeuta restringindo as minhas intervenções aos conteúdos expressos no grupo, numa perspectiva de estabelecer uma relação de confiança.

Outra actividade onde pude participar foi o **grupo multifamiliar**, onde estão presentes, para além da equipa, os utentes e familiares directos, onde as minhas intervenções foram principalmente no sentido de gerir conflitos, de conter alguma situação e poder melhorar relações.

Um preocupação que me suscitou neste contexto, é a sobrecarga que a família tem com os internamentos curtos e altas precoces, correndo riscos pela falta de recursos, pelo que penso ser preciso fazer emergir elementos de solução como este, e dar suporte numa perspectiva de manter a saúde de todos.

Relativamente às **reuniões de equipa, reuniões pré e pós – grupo**, pude partilhar informações, dificuldades, contratransferências e questões relacionadas com os utentes. São momentos de partilha, que reforçam os laços entre a equipa e que são indispensáveis na manutenção do vigor empático na relação terapêutica dos utentes. Foram preciosas as discussões de casos e estratégias a que pude assistir e participar.

Penso que consegui demonstrar consciência crítica para os problemas actuais ou novos, relativamente ao utente e família, e demonstrei compreensão nas implicações da investigação na prática baseada na evidência ao incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes.

Particpei activamente nas actividades terapêuticas semanais, realizando as intervenções mais específicas da saúde mental, enquadradas nos cuidados a prestar ao utente, família e comunidade.

Realizei três vezes a actividade designada de “**Painel**”, onde foi possível estimular a interacção do grupo, promover a introspecção e incentivar a reflexão individual através do feed-back do grupo. (ANEXO XIX)

Promovi o **Treino de Competências Sociais – a assertividade** - recorrendo ao role-playing ou treino de papéis, e contribui na reabilitação psicossocial, por minha única e exclusiva iniciativa e responsabilidade enquanto enfermeira especialista, na formação dos utentes que em breve iriam ter alta e que se sentiam pressionados pela sociedade. (ANEXO XX)

Adaptei o meu projecto de **relaxamento** ao contexto e fui a responsável pela actividade durante o período em que permaneci em estágio nesta unidade de saúde. (ANEXO XXI)

Particpei activamente nos cuidados ao grupo de utentes internados, mas senti necessidade de individualizar cuidados, pelo que assumi como enfermeira de referência dois utentes.

Numa perspectiva de desenvolvimento de competências em situações concretas, com o objectivo de responder perante a complexidade das situações, promovi o **acompanhamento de dois utentes**, centrando os cuidados na interacção entre o utente e o enfermeiro, estabelecendo uma relação terapêutica. (ANEXO XXII)

Este procedimento implica o processo de tomada de decisão ao seguir os passos do processo de enfermagem assim como incorpora desse procedimento os resultados da investigação.

Em resposta a alguma dificuldade da equipa em definir de igual modo as alterações do pensamento, colaborei com a equipa e promovi o desenvolvimento dos outros enfermeiros, realizando um pequeno cartaz com o tema **Tangencialidade e Circunstancialidade**, afixado em plena sala de enfermagem. (ANEXO XXIII)

Particpei activamente nas sessões com actividades de terapia ocupacional, nas sessões de **arterapia** e no “**entre nós** “, actividades promovidas pelos técnicos responsáveis com o objectivo de promover a socialização e dinamização das capacidades criativas e assim contribuir para o alívio do sofrimento dos utentes.

Tive a oportunidade de realizar uma pequena sessão de **terapia do riso**, não programada mas avaliada pelos presentes como muito positiva. (ANEXO XXIV)

Avaliando o grupo, ficou claro nesse dia, para a equipa de enfermagem, que estavam todos particularmente ansiosos ou sob *stress* e com o intuito de diminuir esses sentimentos ocorreu-me intervir promovendo uma nova intervenção - sessão de terapia do riso.

Cientistas e pesquisadores tem-se interessado pelo impacto do riso sobre o *stress* e a saúde das pessoas. Estes afirmam que aqueles que riem com frequência são mais saudáveis, além de muito bem-humoradas. Rir é uma actividade aeróbia que facilita a oxigenação do organismo. Após boas gargalhadas, os músculos relaxam e diminui-se a ansiedade, o que me motivou a fazer mais pesquisa sobre o tema.

As observações durante a actividade relacionada com a sessão de terapia do riso como, aceitação das actividades, comportamentos, linguagem não-verbal, como postura corporal, expressão facial, toques, olhar, linguagem verbal, foram registradas no diário de enfermagem.

No intuito de promover uma relação de confiança e aumentar a auto-estima quer individual quer do grupo, realizei uma exposição “**A ARTE QUE POR CÁ SE FAZ** “de trabalhos realizados em contexto terapêutico, promovendo a saúde mental, e capacitar o grupo a assumir comportamentos que favoreçam a adopção de estilos de vida saudáveis. (ANEXO XXV)

Com estas intervenções, tomei decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas, e responsabilidades sociais e éticas. Zelei pelos cuidados prestados e pude exercer supervisão do exercício profissional na minha área de actuação e demonstrei capacidades de trabalho de forma a adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

3 – AVALIAÇÃO GLOBAL DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O recurso à metodologia de projecto no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria deu origem à elaboração de um projecto de aprendizagem pessoal que constituiu a linha orientadora de todo o percurso formativo. Na medida em que um projecto *“parte de nós mesmos, da nossa experiência, da consciência que temos das nossas necessidades”* (Peplletier, 1986 *apud* Botelho, 1996, p.45), a sua elaboração exigiu uma reflexão acerca do percurso que pretendia percorrer. A sua elaboração não foi fácil e exigiu uma pesquisa exaustiva: leitura de diversos documentos nacionais e internacionais de forma a clarificar e integrar os diversos domínios de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; clarificação de conceitos de psicopatologia, teorias e técnicas revelou – se um contributo valioso. A sua utilidade foi, progressivamente, clarificada e reajustada ao longo do percurso formativo.

Dos diversos momentos de avaliação que participei, considero que continuei a sentir que era preciso aprofundar e sedimentar conhecimentos. Não posso deixar de realçar o envolvimento e empenho da generalidade dos docentes no sentido de orientar o caminho a percorrer nesse sentido. A minha capacidade de trabalho, concentração e entrega foram diversas vezes postas à prova; não foi fácil conjugar actividade profissional, universidade e vida familiar. O facto de ter conseguido responder a estes desafios de uma forma que considero muito positiva constituiu uma aprendizagem pessoal valiosa.

A minha forma de sentir o trabalho e o grau de exigência que imponho a mim própria estiveram prestes a transformar esta fase do processo de aprendizagem numa missão impossível. A única estratégia viável foi recorrer a todos os meus dias de férias.

Da teoria para a prática vai *“um passo de gigante”*. Os Estágios permitiram contextualizar e articular os conhecimentos teóricos; exigiram que aprofundasse o conhecimento, que realizasse diversas pesquisas em função da complexidade de situações encontradas.

Nos diversos contextos, a minha integração decorreu sem quaisquer incidentes negativos; considero que me foi possível conhecer a dinâmica do serviço e prestar cuidados de enfermagem de saúde mental em articulação com toda a equipa multidisciplinar há pessoas/famílias/grupo e comunidade. Não posso deixar de referir que as minhas qualidades relacionais facilitaram o processo.

No que diz respeito às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria considero que o início não foi fácil, dada a minha inexperiência na área, tive algumas dificuldades iniciais em transpor para as realidades concretas de

cuidados os conhecimentos teóricos adquiridos. Os recursos físicos e materiais encontrados de apoio à prática foram promotores e o recurso à criatividade foi facilitadora.

As enfermeiras orientadoras foram um elemento essencial neste processo de aprendizagem. Não posso deixar de lhes fazer uma referência particularmente visto que a sua intervenção enquanto consultora, na gestão dos cuidados, na promoção da qualidade dos cuidados e enquanto dinamizadoras das aprendizagens na equipa constituíram uma importante mais-valia à minha formação no sentido da compreensão e integração do papel do perito em enfermagem numa equipa de saúde.

Implementar um programa de relaxamento e outro de terapia do riso exige que o enfermeiro de saúde mental, enquanto perito em cuidados de enfermagem, promova o desenvolvimento de aprendizagens e dinamize e coordene a equipa, tendo em vista a qualidade, continuidade e melhoria contínua dos cuidados. Os programas implementados foram bem-sucedidos, na medida em que foram feitas as adaptações necessárias às circunstâncias como o tempo, espaço e recursos físicos e humanos disponíveis. A minha maior preocupação foi sempre no sentido de optar pelas actividades que fossem de encontro às necessidades de cada pessoa/família e de planear actividades passíveis de serem continuadas mesmo na ausência do enfermeiro especialista.

Foi gratificante ter assistido, por diversas vezes, ao envolvimento de toda a equipa – pessoa/família, enfermeiros, médicos e assistentes operacionais; todos eles, em maior ou menor grau e de forma mais ou menos empenhada, reconheceram a importância do trabalho desenvolvido e deram os seus contributos.

Adquirir competências é saber mobilizar recursos, conhecimentos e capacidades perante situações concretas (Le Boterf, 2002 *apud* OE, 2009). Analisando globalmente todo o percurso considero que constituiu um processo contínuo e permanente de procura de novas aprendizagens que tive oportunidade de, em contexto, transformar em competências.

4 – CONCLUSÃO

A autoformação é uma necessidade quase diária no processo de aprendizagem, tendo como base a pesquisa bibliográfica, a partilha de experiências e a observação. Estas situações só se tornam formativas, se perante elas conseguirmos ter uma reflexão crítica, se interrogarmos, se investirmos. E como de pequenas coisas se constroem grandes mudanças, os passos continuam a ser dados no sentido da autoformação.

Dei o meu contributo nos vários contextos, quando elaborei documentos e programas com continuidade nos serviços, que apresentei ao longo do relatório. Procurei sempre intervir de forma construtiva no sentido de favorecer a excelência dos cuidados, e que foi muito valorizado pelas orientadoras nos vários locais de estágio.

Ao reflectir sobre os objectivos traçados para este estágio e os estabelecidos pela Universidade, considero-os alcançados, na medida em que utilizando as estratégias delineadas, consegui demonstrar competências de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, nas intervenções especializadas, ao utente, família, grupo e comunidade em qualquer etapa do ciclo de vida, cumprido o projecto de saúde de cada um.

Em tempo de considerações finais não posso deixar de reflectir acerca do papel de perito em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Enquanto perito em cuidados de enfermagem o especialista em Saúde Mental e Psiquiatria desenvolve uma prática profissional de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais; tem um papel de relevo no desenvolvimento de aprendizagens pessoais e profissionais, promovendo a qualidade dos cuidados; gere cuidados e dinamiza a equipa, otimizando recursos humanos e materiais; gere a qualidade, participando em programas de qualidade e desenvolvendo uma prática baseada na evidência. O compromisso assumido pelo especialista exige uma atenção constante à realidade em que está inserido, no sentido de identificar os problemas de saúde da pessoa /família/grupo /comunidade sensíveis aos cuidados de enfermagem, as intervenções mais adequadas a cada situação específica e os ganhos em saúde obtidos. Para além de basear a sua prática na evidência deve demonstrar as evidências que retira da sua prática de forma a tornar conhecido e reconhecido o seu papel junto dos seus pares, pessoa, família, grupo e sociedade em geral.

Considero que as áreas em que a investigação é mais pertinente e produtora de evidência prendem-se com a investigação - acção e a investigação clínica aplicada, pois permitem produzir conhecimento dirigido à prática e a incorporação dos resultados no exercício profissional.

Reflectindo sobre este percurso e tendo em conta os documentos de referência para enfermagem de saúde mental e psiquiatria que considero de vital importância, defendo a actividade das equipas comunitárias no seguimento dos internamentos de curta duração. A actuação do Enfermeiro de saúde mental e psiquiatria promove uma maior independência funcional, uma maior autonomia nas actividades de vida diária, uma maior satisfação da pessoa/família com conseqüente diminuição dos dias de internamento, diminuição do número de reinternamentos, numa mais fácil reintegração familiar e social; ou seja, numa melhor qualidade de vida.

Infelizmente, por vários motivos descritos no relatório, senti dificuldades na intervenção junto das famílias, ou; gostaria de ter intervindo mais, porque são elas o elemento fundamental em qualquer plano terapêutico, facilitando as intervenções e com rápido reconhecimento de alterações. Mantenho a sugestão da criação de um “espaço família” em qualquer contexto de cuidados.

Termino este relatório consciente de ter adquirido um conhecimento aprofundado e partilhado com o regulamento das competências da OE, nº129/2011 de 18 de Fevereiro (2011, p.8673), para o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, que defende tal como demonstrei, ter desenvolvido as competências no âmbito psicoterapêutico num juízo singular, durante o processo de cuidar da pessoa, família, grupo e comunidade, ao longo do ciclo vital, na promoção, protecção, prevenção, tratamento e na reabilitação psicossocial.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AZEVEDO, Carlos A.,AZEVEDO, Ana Gonçalves – **Metodologia Científica: Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos.**8ª edição.2006.Lisboa:UCE,178 p. ISBN 972-54-0149-2

- BENNER, P – **De iniciado a perito.** Coimbra: Edições Quarteto, 2001. 294 p. ISBN 972- 8535-97-X

- BOTELHO, J. (1996) - O trabalho de projecto na prática do enfermeiro. **Enfermagem em Foco.** Lisboa. ISSN 0872-8008. VI-23 (Maio -Junho), p.43-46.

- COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. **Relatório da proposta para a estruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal:** Lisboa: Plano de acção 2007-2016. 151p.

- CORDO, Margarida – **Reabilitação de pessoas com doença mental.** Lisboa: Climepsi, 2003.179p.ISBN 972-796-075-8

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

- DECRETO LEI n.º 35/99. **D. R. I Série A.** 30 (99-02-05) 676-681.

- HARRISON, Paul; GEDDES, John; SHARPE, Michael – **Guia prático climepsi de psiquiatria.** Lisboa: Climepsi, 2006.403p.ISBN972-796-237-8

- HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2001.220p.ISBN 972 -8383-20-7

- HORTA, Wanda – **Processo de Enfermagem**, são Paulo,EPU,197p.ISBN 85-12-12190-4

- HOWK, Chérie – Hildegard E. Peplau: Enfermagem Psicodinâmica. In **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª Ed. Loures: Lusociência, 2004.ISBN 972-8383-74-6. p. 423-444

- LAZURE, Hélène – **Viver a Relação de Ajuda**. Lisboa. Lusodidacta 1994.ISBN 972-95399-5-2

- LEI n.º 36/98 de 24 de Julho. Lei da saúde mental. **D.R. I Série-A**.169 (98-07-24) 3544-3550

- LEI n.º 111/2009 de 16 de Setembro. **D.R. I Série-A**.180 (11-02-18) 6528-6550

- MINAYO, M.C.S; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência &Saúde Colectiva**, ISSN 1413-8123 vol.5, nº1 (2000) p.7-18.

- NABAIS, António – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: âmbito e contextos. **Ordem dos Enfermeiros**, Lisboa ISSN 1646-2629 n.º 30 (2008), p. 38-43.

- O'BRIEN, Patrícia G; KENNEDY, Winfred Z.; BALLARD, Karen A. **Enfermagem em Saúde Mental**. Lisboa. Editora McGraw-Hill.2002. 638 p. ISBN 972-773-071-X

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem**. Lisboa: OE, 2001.16p.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Individualização das especialidades em Enfermagem. Fundamentos e proposta de sistema.** Lisboa: OE, 2009.6p.

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

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **The health of young people. A challenge and a promise.** Geneva: WHO, 1993.

- PEPLAU, H.E. **Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referência conceptual para la enfermería psicodinâmica.** Barcelona: Masson-Salvat; 1990. ISBN 972-95399-52

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

PORTUGAL, Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2004/2010:** mais saúde para todos. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. 2 vol., 216p. ISBN: 972-675-108-X.

- PORTUGAL, Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 de 6 de Março. **Diário da República I Série.** N.º 47 (08/03/06), p. 1395-1409.

- REGULAMENTO nº 122/2011 **DR. II Série.** 35(11-02-18) 8648-8653.

- REGULAMENTO nº 129/2011 **DR. II Série.** 35(11-02-18) 8669-8673.

- STUART, G. e LARAIA, M.- **Enfermagem Psiquiátrica; Princípios e Prática.** 6ª Edição, Porto Alegre. Artmed Editora.,2000. p.693.ISBN: 85-7307-713-1.

- TAYLOR, Cecelia Monat. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica** de Mereness. 13ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 465 p.

- TOMEY, A. & ALLIGOOD, M. **Teóricas de Enfermagem e Sua Obra: modelos e teorias de Enfermagem.** 5ª Ed., Loures: Lusociência, 2004.750p.ISBN 972-8383-74-6

- WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen – **Enfermeiros e famílias.** 4ª. São Paulo: Roca, 2009.294p.ISBN 978-85-7241-774-7

ANEXOS

ANEXO I

Ficha de avaliação do follow-up

ANEXO II

Reuniões comunitárias

ANEXO III

Passeio ao exterior

ANEXO IV
Planos de cuidados

ANEXO V

Entrevista

ANEXO VI

Estudo de caso

ANEXO VII

Projecto “*Técnicas de relaxamento*”

ANEXO VIII

Ficha de avaliação das sessões de relaxamento

ANEXO IX

Avaliação das sessões de relaxamento

ANEXO X

Sessão de educação para a saúde higiene oral/saúde mental

ANEXOS XI

Sessão de música e dança

ANEXOS XII

Quadro conceptual do CINTRA

ANEXOS XIII
Estudos de casos

ANEXO XIV

Projecto “Sorrir Em Saúde Mental”.

ANEXO XV

Panfleto do Projecto “*Sorrir Em Saúde Mental*”

ANEXOS XVI

Acetatos da sessão de formação sobre “*Sorrir Em Saúde Mental*”

Plano da sessão

Ficha de avaliação da sessão formativa

ANEXO XVII

Ficha de avaliação das sessões de terapia do riso

ANEXO XVIII

Regulamento e Quadro das actividades do hospital de dia

ANEXO XIX

Actividade O “*painel*”

ANEXO XX

Treino de competências - assertividade

ANEXO XXI
Relaxamento

ANEXOXXII

Acompanhamento de dois utentes

ANEXO XXIII

Cartaz

ANEXO XXIV

Sessão de terapia do riso

ANEXO XXV

Exposição” A ARTE QUE POR CÁ SE FAZ”.