



**Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde**  
**2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

**Redescobrimo a enfermagem de saúde mental**

Daniel Ricardo Simões de Carvalho

Leiria, setembro de 2014



**Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde**  
**2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

## **Redescobrimo a enfermagem de saúde mental**

**Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre  
em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

Daniel Ricardo Simões de Carvalho, n.º 5120340

**Unidade Curricular:** Relatório de Estágio  
**Professor Orientador:** Doutor José Carlos Gomes

Leiria, setembro de 2014

**O Juri**

Presidente

Doutor(a) \_\_\_\_\_

Doutor(a) \_\_\_\_\_

Doutor(a) \_\_\_\_\_

Doutor(a) \_\_\_\_\_

Doutor(a) \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Á Lisa pelo apoio, incentivo, compreensão e amor incondicional

Aos meus pais pelo apoio, compreensão e valores transmitidos

A D. Leonor, Srº António pela paciência e apoio

Ao meu chefe e aos meus colegas pela disponibilidade, compreensão e pelos momentos de aprendizagem que temos partilhado

Ao Prof. José Carlos por acreditar, por me ouvir, por me incentivar e por tornar este processo mais rico e mais completo

Aos meus colegas de turma pela partilha desta caminhada

Á Marina e á Carla, pelo vosso esforço e dedicação empreendido na minha aprendizagem

Á Profª Ana Querida pela exigência e estímulo

Aos meus doentes que dão sentido a todo este esforço

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

A1.1. - Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada

A1.2. - Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas

A1.3. - Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade

A1.4. - Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão

A2.1. - Promove a proteção dos direitos humanos

A2.2. - Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ACeS PL - Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral

ACeS PL I - Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral um

ACeS PL II Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral dois

AO – Assistentes Operacionais

ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro

B1.1. - Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade

B1.2. - Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática

B2.1. - Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado

B2.2. - Planeia programas de melhoria contínua

B2.3. - Lidera programas de melhoria

B3.1. - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo

B3.2. Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais

C1.1. - Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão

C1.2. - Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade

C2.1.- Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados

C2.2. - Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos

CHL – Centro Hospitalar de Leiria

CIPE – Classificação internacional para a prática de Enfermagem

CPME - Comité Permanent des Médecins Européens

CS - Centros de Saúde

D1.1. - Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro

D1.2. - Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional

D2.1. - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade

D2.2. - Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especi

D2.3. - Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

## EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

F1.1. - Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas

F2.1. - Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente

F2.2. - Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família

F2.3. - Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos

F3.1.- Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade

F3.2. - Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental

F3.3.- Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade

F3.4.- Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados

F3.5.- Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde

F4.1. - Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental

F4.2. - Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e á situação

F4.3.- Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e

social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais

FQP - Questionário Problemas Familiares

H – Homens

HBLO- Hospital Bernardino Lopes de Oliveira

HD- Hospital de Dia

HDP- Hospital Distrital de Pombal

HDS – Hospital Distrital de Santarém

HM – Homens e Mulheres

HSA – Hospital de Santo André

IC – Internamento Compulsivo

ICN - Conselho Internacional dos Enfermeiros

JCI – *Joint Comisson* Internacional

M – Mulheres

MHI - Mental health inventory

NIAP – Neuroléptico Injetável de Ação Prolongada

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PL – Pinhal Litoral

PNSE – programa Nacional de Saúde Escolar

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAPE – Sistema de Apoio á Prática de Enfermagem

SIECE - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem

SU – Serviço de Urgências

TCS – Treino Competências Sociais

TSSS – Técnica Superior de Serviço Social

UIDEPP – Unidade Internamento de Doentes de Evolução Prolongada de Psiquiatria

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

WHO - World Health Organization

WIP – *Work in Progress*

## RESUMO

O presente relatório está inserido no âmbito da unidade curricular Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria tendo como objetivos a descrição das atividades desenvolvidas e a demonstração das competências e o planeamento, desenvolvimento, comunicação e apresentação de resultados de evidência.

As atividades descritas reportam-se aos ensinamentos clínicos realizados no Centro de Saúde Arnaldo Sampaio e no Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Santarém bem como à experiência de prática especializada realizada desde então no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Leiria.

Foi adotada uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva que pretende partir do conhecimento científico existente para a prática clínica e desta para as competências desenvolvidas com a realização de cada uma das atividades.

Realizou-se uma breve contextualização teórica seguida de uma caracterização dos contextos da prática especializada e de uma análise crítico-reflexiva sobre as competências desenvolvidas. Foi ainda realizada uma reflexão sobre limites e desafios futuros para a prática especializada.

Apresentou-se um estudo de investigação intitulado “A utilização de metodologia *B-learning* numa intervenção psicoeducativa com doentes deprimidos”, que pretendeu determinar o nível de depressão e de conhecimentos sobre a mesma, antes e após a realização da intervenção psicoeducativa com recurso à metodologia *B-learning*. A intervenção realizada permitiu melhorar os níveis de depressão e os conhecimentos da participante, dando mostras que a metodologia *B-learning* possa ser utilizada com sucesso em intervenções psicoeducativas.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica; Relação Enfermeiro-Paciente; Promoção Saúde.

## ABSTRACT

This report is included in the course of Internship Report of the Nursing Master of Mental Health and Psychiatry at the college of health in the polytechnic institute of Leiria having as objective the description of the activities and the demonstration of skills and the planning, development, communication and presentation of results of evidence.

The activities described are reported from the clinical internship undertaken at the Health Center Arnaldo Sampaio and Day Hospital of Psychiatrist and Mental Health of the District Hospital of Santarém as well as the experience of specialized practice held in the Department of Psychiatry and Mental Health at the Hospital Center of Leiria.

A descriptive and critical-reflexive methodology was adopted to start from the existing scientific knowledge to clinical practice and from this to the skills developed with the completion of each activity.

A brief theoretical context was held followed by a characterization of the context of specialist practice and a critical-reflective analysis on the skills developed. A reflection on limits and future challenges for specialized practice was also carried out.

I Presented a research study entitled "The use of *b-learning* methodology a psychoeducational intervention with depressed patients" which sought to determine the level of depression and its knowledge before and after the completion of psychoeducational intervention using the methodology *b-learning*. The intervention made it possible to improve the levels of depression and knowledge of the participant giving shows that the *b-learning* methodology can be successfully used in psychoeducational interventions.

Keywords: Mental Health; Psychiatric Nursing; Nurse-Patient Relationship; Health Promotion.

# ÍNDICE

## INTRODUÇÃO 15

### 1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO TEÒRICA 18

### 2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA 27

2.1 HOSPITAL DE DIA DO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DE SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM 28

2.2 CENTRO DE SAÚDE DR. ARNALDO SAMPAIO 33

2.3 SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA 40

### 3. ANÁLISE CRÍTICA DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA 48

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 49

**3.1.1 Responsabilidade profissional, ética e legal 49**

**3.1.2 Melhoria da qualidade 55**

**3.1.3 Domínio da gestão dos cuidados 63**

**3.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais 68**

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA 72

### 4 A UTILIZAÇÃO DE UM SISTEMA B-LEARNING NA PSICOEDUCAÇÃO DE DOENTES DEPRIMIDOS 101

4.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO 101

4.2 OBJETIVOS 107

4.3 TIPOS DE ESTUDO 107

4.4 PROSSUPOSTOS ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS 112

4.5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 112

4.6 CONCLUSÕES 118

## **5 LIMITAÇÕES E DESAFIOS FUTUROS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA 119**

## **6 CONCLUSÕES 122**

### **REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS 124**

### **ANEXOS**

ANEXOS I - Sensibilização para o Preenchimento do Impresso para Avaliação Inicial de Enfermagem

ANEXOS II - Projeto para a introdução da escala de Edmonson para avaliação do Risco de Queda na Unidade de Internamento de Doentes Agudos do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHL

ANEXOS III - Oportunidade de melhoria Medidas de Segurança do Utente do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do HDS

ANEXOS IV - Neurolépticos Injetáveis de Ação Prolongada

ANEXOS V - *“Saúde Mental, o Bicho Papão”*

ANEXOS VI -Plano de Formação em Serviço (2014) da Unidade de Internamento de Doentes Agudos do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHL

ANEXO VII – Ações de formação frequentadas

ANEXO VIII – Comunicações realizadas

ANEXOS IX - Protocolo de investigação desenvolvido durante o WIP

ANEXOS X - Promover a saúde mental em enfermeiros: uma intervenção em grupo

ANEXOS XI - Questionário para diagnóstico de Saúde Mental dos Enfermeiros do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio

ANEXOS XII - Plano da intervenção “*Se eu não cuidar de mim quem cuidará?*”

ANEXOS XIII - A utilização de exercícios respiratórios para a redução da ansiedade num grupo de pessoas com diabetes mellitus

ANEXOS XIV - Plano da sessão da intervenção psicoeducativa “*Grupo de Famílias*”

ANEXOS XV - Estudo de Caso

ANEXO XVI – Sessões de relaxamento

ANEXOS XVII - Programa “*Viver em Equilíbrio*”

ANEXOS XVIII - Treino de Competências Sociais

ANEXO XIX - Intervenção psicoeducativa sobre “*Como Lidar com o Stress*”

ANEXO XX – Semana Anti-estigma da Saúde Mental

ANEXO XXXI – Questionário aplicado no estudo de investigação

ANEXO XXXII - Intervenção para doentes com o diagnóstico de Enfermagem: Risco de Auto-agressão

ANEXO XXXIII – Intervenção breves no alcoolismo para doentes com consumo de risco e consumo nocivo

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

**GRÁFICO 1** - Taxa bruta de mortalidade por suicídio 39

**GRÁFICO 2** – Taxa bruta de mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool 39

## **ÍNDICE DE TABELAS**

**TABELA 1** - Doentes por concelho onde residem internados no HD no ano de 2013 29

**TABELA 21** - Doentes por proveniência internados no HD no ano de 2013 29

**TABELA 3** - Doentes internados no HD por patologias no ano de 2013 30

**TABELA 4** – Encaminhamento após a alta dos doentes internados no HD no ano de 2013 32

**TABELA 5** – População residente de acordo com os censos de 2001 e 2011 37

**TABELA 6** – Índices de dependência relativos aos censos de 2001 e 2011 38

**TABELA 7** – Episódios de urgência do CHL no ano de 2013 41

**TABELA 8** – Proveniência dos doentes admitidos na Unidade de Internamento de Doentes Agudos do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHL em 2013 43

**TABELA 9** – Demora média e dias de internamento por diagnósticos de doentes internados na Unidade de Internamento de Doentes Agudos do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHL em 2013 45

**TABELA 10** - Destino dos doentes saídos na Unidade de internamento de doentes agudos do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHL em 2013 45

**TABELA 11** - Consultas realizadas na Unidade de Ambulatório do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHL no ano de 2013 46

**TABELA 12** - Procedimentos com intervenção de enfermagem realizados na Unidade de Ambulatório do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHL no ano de 2013 47

**TABELA 13** – Resultados dos indicadores de Saúde Mental dos Enfermeiros do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio 76

**TABELA 14** Alterações do juízo dos focos de enfermagem com a intervenção realizada 80

**TABELA 15** Intervenção psicoeducativa “*Como lidar com o Stress*” 95

**TABELA 16** – Planeamento da Sessão psicoeducativa 111

**TABELA 17** – Diagnósticos de enfermagem para a intervenção 112

**TABELA 18** – Indicadores e ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem 115

## INTRODUÇÃO

O Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) “...tem como premissa as necessidades em cuidados de saúde da população portuguesa, em particular em cuidados de enfermagem.”, que “...considera ser indispensável na promoção e defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem a prestar à população e assenta na necessidade de disponibilizar cuidados diferenciados de qualidade, centrados nas necessidade da pessoa / família e prestados por enfermeiros especialistas certificados.”(Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.3).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) refere que as pessoas que se encontram em processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental terão ganhos em saúde por serem cuidadas por EESM (Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro), O EESM devido às suas competências é capaz de compreender “os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais”. (Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro, p.8669).

Assim, o EESM “foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” sendo capaz de se mobilizar a “si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais”. (Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro, p.8669).

As competências do enfermeiro especialista de saúde mental (EESM), encontram-se descritas quer pelo Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro, no que se refere às competências comuns do enfermeiro especialista, quer pelo Regulamento n.º 129/2011 de 18 de Fevereiro, no que se refere às competências específicas do EESM. Procura-se que o EESM desenvolva as suas capacidades no âmbito da “promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas

*ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Regulamento n.º129/2011, p. 8669).*

O presente relatório encontra-se assim inserido no âmbito da unidade curricular Relatório de Estágio, que se integra no 3º semestre, do 2º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria e têm como objetivos a descrição das atividades desenvolvidas, a demonstração das competências que foram desenvolvidas ao longo da prática profissional especializada em Enfermagem de Saúde Mental e o desenvolvimento de competências ao nível do planeamento, desenvolvimento, comunicação e apresentação de resultados de evidência científica tendo em vista a obtenção do grau académico de Mestre em Saúde Mental.

Este relatório crítico reflexivo de atividades como EESM é relativo ao período de ensino clínico realizado durante o 2º semestre do curso e ao trabalho no meu contexto de prática profissional. Os Ensinos Clínicos (EC), um em contexto comunitário e outro de internamento foram realizados respetivamente no Centro de Saúde Arnaldo Sampaio, no período compreendido ente 20 de abril a 13 de julho de 2012 e no Hospital de Dia (HD) do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Santarém (HDS) no período compreendido entre 5 de março e 27 de abril. A prática profissional especializada tem sido desenvolvida desde então no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Leiria (CHL).

Para a elaboração deste relatório foi adotada uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, que pretende partir do conhecimento científico existente para a prática clínica, e desta para as competências desenvolvidas com a realização de cada uma das atividades.

Este trabalho foi estruturado em seis capítulos, de forma a melhor organizar a informação e tornar o seu conteúdo mais acessível para o leitor. No primeiro capítulo faz-se uma breve contextualização dos principais conceitos estruturantes do relatório. No segundo capítulo é realizada a caracterização dos diferentes contextos da prática clínica em enfermagem de saúde mental, organizando-se cada contexto num subcapítulo próprio. No terceiro capítulo realiza-se uma análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas como EESM ao longo dos EC e da prática profissional, organizadas em

dois subcapítulos: um para as áreas de competências comuns do enfermeiro especialista e um outro para as áreas de competências específicas do EESM. No quarto capítulo é descrita a investigação prática baseada na evidência, realizada recorrendo a uma intervenção psicoeducativa com uma doente deprimida recorrendo a uma metodologia *b-learning*. No quinto e penúltimo capítulo são descritos e analisados algumas das limitações e desafios futuros da prática especializada como EESM. Por último no sexto capítulo é realizada uma síntese das ideias mais relevantes desenvolvidas ao longo do trabalho, em especial das aprendizagens e competências desenvolvidas.

## 1. BREVE CONSTEXTUALIZAÇÃO CONCEPTUAL

A enfermagem é para a OE (2012, p 15) uma profissão que visa a prestação de cuidados de enfermagem ao “ *ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível*”. Trata-se de uma ciência humana que estuda o indivíduo de forma pessoal e integral, dando resposta á promoção, recuperação da saúde e à prevenção da doença (Watson, 1979 citado por Alligoe & Tomey, 2004). O enfermeiro será o profissional que possui as habilitações legais e um título profissional, a quem se reconhece as competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem ao seu grupo-alvo. (OE, 2012) em todos os contextos de vida.

Os cuidados de enfermagem são assim a essência da profissão de enfermagem, podendo incluir intervenções autónomas ou interdependentes realizadas pelo enfermeiro e caracterizadas por terem como fundamento uma interação entre enfermeiro e o seu grupo-alvo de cuidados através do estabelecimento de uma relação de ajuda, utilizando uma metodologia científica através de uma atuação que vise substituir total ou parcialmente a competência funcional em que o utente esteja incapacitado, orientar supervisionar e ensinar o utente tendo em vista a mudança de comportamento e o encaminhamento e orientação para outros os recursos adequados, em função dos problemas existentes (OE, 2012).

A excelência do cuidar é talvez o maior desafio com que o enfermeiro se depara, tarefa nem sempre fácil, que depende muito da arte do enfermeiro em saber Cuidar. Cuidar implica que o enfermeiro se conheça enquanto pessoa e profissional mas também que conheça e reconheça o outro valorizando-o, dignificando-o, potenciando-o e capacitando-o. Watson na sua teoria apresenta o cuidar como a essência da enfermagem que só pode ser demonstrado e praticado de uma forma efetiva e apenas a nível interpessoal, compondo-se de fatores cuidativos que conduzem à satisfação de necessidades humanas, promovendo a saúde e o crescimento individual e familiar com o enfoque maior na saúde do que para a cura aceitando a pessoa como ela é ou possa vir a ser desenvolvendo o seu

potencial com vista a que esta eleja por si mesma, a melhor ação no momento devido (Watson, 1979 citado por Alligoe et al., 2004). A mesma autora afirma que a prática do cuidar em enfermagem assenta em fatores como o desenvolvimento de uma relação de confiança entre os intervenientes, a promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos, o uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisão, a promoção do ensino de aprendizagem interpessoais, a provisão de um ambiente físico mental sociocultural e espiritual protetor corretivo e de apoio e o auxílio na satisfação das necessidades humanas básicas.

A relação entre profissional e doente além de empática reveste-se muitas vezes de uma troca e partilha de emoções e sentimentos na procura da satisfação das necessidades do nosso alvo de cuidados através do saber, saber ser, saber estar e saber fazer. Chalifour (2008) aborda a relação que se estabelece, como a base do cuidar. Base que permitirá ao enfermeiro ser terapêutico e refletirá no seu modo particular de fazer e estar ao longo das suas intervenções. Esta relação que se estabelece no âmbito do exercício profissional de enfermagem não é mais que uma parceria com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel, que ao longo de todo este processo se desenvolve e fortalece tendo como objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde (OE, 2001).

É precisamente na relação enfermeiro-utente que se baseia a teoria de Peplau, relação esta que para a autora deverá ser pautada por alguma indefinição dependendo em parte do equilíbrio do enfermeiro em oferecer presença e de conseguir o respeito de características como individualidade autonomia e independência do utente permitindo conhecer que é o cliente para melhor decidir sobre as possibilidades disponíveis/recursos para atender às necessidades deste. (McCarthy & Aquino-Russell, 2009). A comunicação nesta relação é algo iniciada geralmente pelo enfermeiro na qual utentes expressam pensamentos e sentimentos fazendo com que os utentes se coloquem numa relação de dependência com o enfermeiro (Gastmans, 1998 citado por McCarthy et al., 2009). A comunicação é assim o veículo para que se estabeleça uma relação terapêutica entre enfermeiro utente, pois a comunicação surge como o meio através do qual as pessoas influenciam o comportamento das outras sendo importantíssima para o sucesso das intervenções de enfermagem realizadas (Stuart & Laraia, 1998). Phaneuf (2005) complementa afirmando que a comunicação permite colocar em comum e opera em dois

planos, o plano cognitivo que é o intelectual e informativo, está relacionado com os factos e acontecimentos e transmite-se por meio das palavras e no plano afetivo que está relacionado com as emoções e sentimentos da pessoa e é traduzido no comportamento não-verbal. A comunicação enfermeiro/utente deve ser então uma comunicação terapêutica ajudando, promovendo e dando oportunidade ao doente de crescer, amadurecer, equilibrar-se e ser atendido nas suas necessidades, sendo o suporte da relação de ajuda estabelecida (Lalanda, 1995).

A teoria de Peplau é assim constituída por quatro fases que apesar de serem independentes se sobrepõem e ocorrem ao longo do tempo que dura a relação. A primeira fase é a orientação na qual o utente/família sente necessidade de obter ajuda e o enfermeiro vai ajudá-lo a reconhecer e compreender o seu problema e a determinar a sua necessidade de ajuda, estabelecendo-se vínculos entre enfermeiro e utente. Segue-se a identificação, identificação do utente com quem o pode ajudar e o enfermeiro procura explorar sentimentos que ajudem o utente a ultrapassar a situação e a se fortalecer diminuindo sentimentos como a desesperança, tornando-se mais otimista. Deve haver de parte a parte um esclarecimento das perceções e expectativas, existindo uma intensificação do relacionamento. A terceira fase é a exploração na qual o utente retira da relação toda a valia que esta lhe oferece e o enfermeiro procura projetar novos objetivos. O enfermeiro deve encorajar o doente a expressar sentimentos, emoções, comportamentos e pensamentos num clima emocional e terapêutico, recorrendo a instrumentos de comunicação como a escuta, esclarecimento, aceitação, ensino e interpretação. Existem utentes que se procuram envolver nos autocuidados, tornando-se autossuficientes e demonstram iniciativa, responsabilidade e capacidades para atingirem as metas e encarar novos desafios. Por último a fase da resolução em que estando as necessidades do doente preenchidas em que o utente vai por de parte os antigos objetivos e adota novos libertando-se progressivamente da identificação com o enfermeiro, terminando o seu relacionamento terapêutico e dissolvendo laços. Esta fase só acontece se houve um término bem-sucedido das fases anteriores (Alligoe et al., 2004; George, 2000). Ao longo desta relação o enfermeiro vai desempenhando vários papéis (Alligoe et al., 2004): o papel de estranho, o papel de pessoa de recurso, o papel de professor, o papel de líder, o papel de substituto e o papel de conselheiro

A diversidade de áreas de atuação e de grupos alvo dos seus cuidados de enfermagem levou á necessidade de especialização em determinadas áreas de saber por parte dos enfermeiros. Assim o enfermeiro especialista segundo Regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro (2011, p.8648) *“é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem (...) traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (...) que decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais”*.

A competência não é apenas um conhecimento que se possui e aplica mas sim algo que se utiliza de forma eficaz e eficiente no momento adequado, com base nos conhecimento adquiridos e obtidos mas também no crescimento, experiência e sensibilidade que o exercício profissional nos vai dando. De acordo com o Regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de domínios, as competências comuns: responsabilidade profissional ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, e um domínio de competências específicas, na área na qual se especializam. Já as competências definidas como do domínio de competências específicas para o EESM (Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro, 2011, p.8670) são:

*“detém um elevado conhecimento de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental; ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto; presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio-terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.”*

Peplau (1990) defende que os enfermeiros de saúde mental conseguem prestar cuidados de forma adequada aos doentes mentais porque conseguem integrar no mesmo plano terapêutico a abordagem física e psíquica de cada utente, dependendo do contexto e socorrendo-se de práticas como a psicoterapia o aconselhamento e a consultadoria, ou em programas de educação que proporcionam supervisão clínica na sua área de atuação. O EESM possuirá assim competências específica na área da *“promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas ao processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental”* (Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro, 2011, p.8669), o que lhe

permite desenvolver uma prática clínica distinta das outras áreas de especialidade, no cuidar do seu grupo-alvo na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção tratamento e reabilitação psicossocial da doença mental ao longo do ciclo vital e em qualquer contexto profissional. Este deve ainda deter aptidão para *“interpretar e individualizar estratégias através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar”* (Regulamento n.º 129/2011, p. 8972).

O cuidar por parte do EESM obtém-se através da sua capacidade de mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, do desenvolvimento de vivência, conhecimentos e capacidades terapêuticas com o objetivo de ser capaz de mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, com vista ao estabelecimento de uma relação de confiança e parceria com o seu grupo-alvo. O objetivo é aumentar o insight sobre os problemas permitindo encontrar novas vias de resolução, promovendo a recuperação e a qualidade de vida assim como a vivência por parte do grupo-alvo de experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais. (Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro, 2011).

O EESM desenvolverá um conjunto de intervenções com dinâmicas individuais, familiares, em grupo ou comunidade de forma a manter, melhorar e recuperar não só a saúde do seu alvo de cuidados mas também as suas capacidades e funcionalidades não apenas no seu processo de saúde/doença mas também na sua vivência com ser humano inserido nos seus mais diferentes contextos (familiar, social, laboral...). Para isso recorrerá a intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicoeducacional e psicossocial. São intervenções psicoterapêuticas processos usados por *“profissionais qualificados com competências reconhecidas em psicoterapia (...) tem por base o relacionamento interpessoal intencional para melhorar o bem-estar e ajudar a pessoa a ultrapassar os problemas com que se depara na vida”* utilizando *“técnicas baseadas na comunicação e mudança de comportamento de forma a melhorar a saúde mental da pessoa e relações entre indivíduos”* (OE, 2011, p.16). A socioterapia é um processo baseado na *“relação interpessoal desenvolvida entre profissionais e o (...) grupo”*, sendo o foco da intervenção a interação que os *“elementos do grupo estabelecem entre si, remetendo para as interações familiares, sociais, profissionais ou outras. A melhor compreensão dos problemas de interação (...) possibilita (...) desenvolver novas*

*respostas (...) para os problemas (...) aumentando o sentimento de bem-estar” (OE, 2011, p.18). Por sua vez a psicoeducação “é uma forma específica de educação (...) destinada a ajudar pessoas (...), possibilitando a compreensão dos factos (...) É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos.” (OE, 2011, p.16). Por último a reabilitação psicossocial “é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente, na comunidade”, sendo o principal objetivo “a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração” através do treino de competências pessoais e sociais, da formação profissional, emprego apoiado protegido e de empresas de inserção (OE, 2011, p.16).*

Uma das áreas em que o EESM deverá desenvolver intervenções e possuir competências específica é a da promoção da saúde mental, com vista á obtenção do máximo potencial de saúde do seu alvo de cuidados. Assim devido aos conhecimentos e competência que possui, bem como a capacidade de se adaptar e desenvolver intervenções em diferentes ambientes para diferentes públicos permitirá ao EESM conceber desenvolver e avaliar programas e intervenções que visem a promoção do empoderamento e da saúde mental e do bem-estar e a participação ativa do indivíduo grupo ou comunidade com ou sem doença mental ao longo das diferentes fases do ciclo vital nos mais diversos contextos. A sua intervenção pode fazer a diferença na promoção manutenção e proteção da saúde mental e na prevenção de doenças mentais ao ter um papel diferenciador e indo de encontro às necessidades identificadas. Foi isto mesmo que o estudo realizado por Aguiar, Lima, Braga, Aquino, Pinheiro, & Ximenes (2012), encontrou ao concluir que o enfermeiro apresenta competência para a promoção da saúde mental sobretudo ao nível controle e garantia da qualidade dos cuidados de saúde por si prestados, na gestão dos processos de saúde/doença do utente, na competência cultural quando ao reconhecer direitos especificidades e individualidade do utente para ajustar a sua intervenção, da relação que estabelece com o utente e da gestão e negociação dos sistemas de saúde e suporte através do fornecimento de cuidados adequados e necessários para indivíduos, famílias e comunidades. Um estudo da WHO (2007) conclui que as atividades de promoção da saúde mental são as terceiras mais participada pelos enfermeiros entre

várias atividades relacionadas com os cuidados de saúde mental, que segundo os autores do estudo pode indicar a prioridade que os enfermeiros atribuem à saúde mental.

A promoção da saúde foi definida pela Carta de Otava (WHO, 1986) como um processo de capacitação das pessoas visando aumentar e melhorar o controlo que estas detêm sobre a sua saúde, com vista a prevenção da doença e o reforço da saúde positiva. Já a promoção da saúde mental e segundo a Mental Health Europe (1999) pode ser definida como um esforço interdisciplinar e sócio cultural orientado para criação de condições que promovam o bem-estar psicológico dos indivíduos grupos ou comunidades, iniciando-se no momento da gestação e decorrendo até á velhice nas suas deferentes fase do ciclo vital focando-se em competências como sentir-se seguro, autonomia, adaptabilidade, capacidade lidar com agentes stressores, criação de relações intimas sustentáveis, a autoconsciência, autoestima, preocupação com os outros, autoconfiança, as competências sociais a responsabilidade social, a tolerância criando condições, nos mais diversos com vista a um bom desenvolvimento psicológico e psicossocial por forma a prevenir a ocorrência de distúrbios mental e de comportamento.

Lehtinen (2008) refere que promover a saúde mental especialmente numa dimensão positiva é ainda um caminho pouco trilhado, no entanto este trilho pode significar melhor saúde, melhor qualidade de vida, melhor produtividade e uma melhor capacitação de indivíduos e de comunidades. O mesmo autor assegura que programas eficazes de promoção de saúde mental resultam ainda na promoção do bem-estar, menos sofrimento humano, uma menor incidência e prevalência dos distúrbios mentais e de comportamento, uma melhor utilização dos serviços, uma melhor qualidade de vida, uma melhoria do funcionamento social, uma integração social reforçada.

Como métodos para promover a saúde mental poderão ser realizados programas de educação para a saúde para o público em geral, o reforço dos sistemas de apoio social, programas e cursos de formação para atores chave (líderes comunitários, professores), treino de competências, advocacia social, o trabalho com os meios de comunicação social, o incentivo de atividades de auto ajuda em diferentes aspetos relacionados com a saúde mental, o aconselhamento individual e familiar, a criação de serviços de baixo custo e a consulta por especialistas nos mais diversos contextos. (Lehtinen, 2008)

A Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008) prevê no que se refere á promoção da saúde mental no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 a realização de programas de prevenção da saúde mental direcionados para a primeira infância, programas de educação sobre saúde mental na idade escolar, o desenvolvimento de políticas de emprego e de promoção da saúde mental nos locais de trabalho, programas de prevenção da depressão ansiedade e suicídio, políticas de luta contra a pobreza e a exclusão social e a sensibilização e informação da população.

A OE (2011) no seu regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental identificou como um dos seus enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional de enfermagem, a promoção da saúde mental, em que o EESM “*ajuda os clientes a alcançarem o máximo de potencial de saúde*”, (OE, 2011, p7) identificando como elementos importantes face á promoção da saúde mental o diagnóstico da situação de saúde mental do indivíduo, o reforço dos fatores que aumentam os recursos das pessoas em relação á sua saúde mental, a participação na elaboração e implementação de políticas públicas inclusivas da diversidade humana, a participação na construção de ambientes saudáveis e promotores da saúde mental, a participação no reforço de redes comunitárias de suporte ao desenvolvimento saudável, a promoção do potencial de saúde mental do cliente através da otimização das respostas humanas aos processos de transição, identificação e fortalecimento dos fatores protetores/resiliência e de vulnerabilidade/risco para a saúde mental do cliente, a promoção de competência e a promoção da literacia em saúde mental.

A promoção da saúde mental visa a proteção, manutenção e aumento da saúde mental (Lahtinen, Lehtinen, Riikonen, & Ahonen, 1999), em que as intervenções realizadas incluem estratégias para promoção do bem-estar, quer os que ainda não estão em risco, quer aqueles que possuem um risco aumentado mas também aqueles que sofrem ou estão a restabelecer-se de um problema de saúde mental. (WHO, 1998). Também a *Canadian Institute for Health* (2009) corrobora esta premissa afirmando que a promoção da saúde mental aplica-se a todos os indivíduos e comunidades, inclusivamente indivíduos/grupos em risco e em pessoas com doenças mentais.

Para Keyes, Dhingra & Simões (2010) a promoção da saúde mental permite a obtenção de ganhos em saúde mental, diminui os riscos de perda de saúde mental e a incidência de doença mental. Como tal deve haver um reforço no investimento em promoção da saúde

mental para complementar a abordagem ao tratamento e á redução de riscos. Segundo Barry (2001) a promoção da saúde mental em serviços de saúde mental adota uma abordagem muito holística da saúde mental, tendo em conta aquilo que são as necessidades físicas, espirituais e emocionais do indivíduo com base a forma como este vive e lida com o sofrimento mental. Lluch-Canut (2005) aborda também a necessidade de o enfermeiro no seu trabalho diário ao nível da promoção, incluir uma perspetiva holística e integradora de aspetos como a promoção, tratamento e reabilitação mais do que uma perspetiva dicotómicas de promoção versus tratamento ou reabilitação.

Barry (2001) citando estudos de Friedli (2000) e de Edwards & McGorry (2000) chama a atenção para a importância da realização de uma intervenção precoce na doença mental ao nível da promoção da saúde mental do indivíduo doente pois permitirá a obtenção de benefícios como uma: morbidade reduzida; recuperação mais rápida; melhor prognóstico; preservação de habilidades psicossociais; preservação família e apoios sociais e a diminuição da necessidade de hospitalização. Até porque a recuperação de uma doença mental pode levar a ganhos ao nível da saúde mental positiva (Snowden et al., 2010 citado por Perry, Presley-Cantrell & Dhingra 2010)

Um exemplo bem-sucedido de como promover a saúde mental em pessoas com distúrbios mentais é o programa “*The Clubhouse Model*” direcionado a pessoas com distúrbios mental e do comportamentos graves inserido na comunidade e que tinha como objetivos a eliminação de barreiras sociais do estigma e do isolamento, construir uma vida com mais significado e mais produtiva na comunidade e procurando a reintegração no mundo do trabalho recorrendo para tal a elementos de clubes comunitários. As temáticas abordadas eram a baixa autoestima, motivação e isolamento social. O clube comunitário era gerido de forma igualitária por utentes e profissionais, onde era possível aos utentes encontram atividades sociais, suporte mútuo e experiência de trabalho graduado. Este modelo demonstrou uma redução das taxas de hospitalização, melhoria da qualidade de vida, promoção do emprego da inclusão social e das relações interpessoais. As pessoas que se mantiveram ligadas ao clube por um período maior trabalharam por mais tempo e com um rendimento mais satisfatório. (McKay. & Stein,2005 citado por Gomes, 2012).

## **2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

Os EC são momentos privilegiados de observação e intervenção em contexto clínico com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes, competências, processos de autoregulação e integrar, mobilizar e estimular os conhecimentos adquiridos na componente teórica e construir a identidade profissional do estudante (Alarcão & Rua, 2005).

Silva & Silva (2004) referem que é fundamental que o aluno conheça o local onde decorrerá a sua prática clínica e as atividades desenvolvidas pela equipa de profissionais de saúde do mesmo, por forma a conseguir articular e atingir os objetivos previamente definidos por todos os intervenientes. Também o Planeamento do EC (Henriques & Gomes, 201) prevê que o estudante desenvolva aptidões tendo em vista intervir integrando a equipa de saúde, na prestação de cuidados de enfermagem especializados, utilizando uma metodologia científica.

Ao EESM é solicitado que contribua para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados, como tal o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental define alguns elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2011). O enunciado descritivo dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, foi assim o ponto de partida para a construção do referencial de avaliação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica, constituído pelas seguintes dimensões: quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem, sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, sistemas de informação em enfermagem, organizadas em torno da sistematização do processo de tomada de decisão, satisfação profissional dos enfermeiros, dotações seguras em enfermagem, política de formação contínua de enfermeiros e metodologias de organização de cuidados de Enfermagem (Regulamento nº 167/2011 de 8 de março).

Os locais realização dos EC foram o Hospital de Dia (HD) do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental Hospital Distrital de Santarém e no Centro de Saúde Arnaldo Sampaio. Se no primeiro caso a escolha recaiu no HD, pois pretendia-se cuidar do doente mental numa modalidade assistencial intermédia entre a hospitalização e o tratamento no ambulatório, realizando uma intervenção intensiva e com enfoque na reabilitação social e na reintegração social e familiar do indivíduo já no caso do Centro de Saúde a escolha deveu-se com a necessidade sentida em desenvolver competências ao nível da promoção da saúde mental em contexto comunitário. Será ainda abordado o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHL, uma vez que é aqui que se desenvolve a prática profissional especializada ao longo destes últimos dois anos.

## 2.1. HOSPITAL DE DIA DO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DE SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM

O HDS, E.P.E, foi criado pelo decreto de Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro de 2005, servindo atualmente uma população de cerca de 192.000 habitantes tendo como área de influência oito concelhos do distrito de Santarém: Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém. (HDS, s.d)

A missão da instituição é a prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável. O hospital pretende ser uma referência pela capacidade de resposta às necessidades dos utentes e pela qualidade técnica e humana dos profissionais. Os valores da instituição são: a orientação ao doente, a inovação, a ética nas relações pessoais, profissionais e institucionais, a qualidade do ambiente, a responsabilidade social, a realização dos colaboradores e a criação de um valor económico e social. (HDS, s.d)

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental é constituído pelo serviço de Psiquiatria, serviço de Pedopsiquiatria e unidade de psicologia. O serviço de psiquiatria possui entre outros uma unidade de internamento com vinte camas e um serviço de HD (HDS, s.d).

O serviço de HD do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do HDS (2007) é uma unidade de reabilitação psicossocial que funciona como internamento parcial, oferecendo cuidados psiquiátricos mediante um projeto terapêutico individual, com um programa de tratamento que enfatiza os grupos terapêuticos e sociais. Segundo dados

estatísticos do serviço, durante o ano de 2013 foram internados em HD 56 doentes, que tinha uma média de idades de 36,86 anos e uma demora média de quatro meses, superior ao objetivo definido que era de três meses. Dois dos doentes internados foram reintegrados.

Este serviço tem como área geográfica de intervenção toda a área de intervenção do HDS. Como se pode ver na Tabela 1 a grande maioria dos doentes reside no concelho de Santarém. Cada doente percorre uma média de 11km para chegar ao HD. A maioria deslocam-se de transportes públicos. Os concelhos mais próximos são aqueles que têm uma maior frequência relativa. A questão da acessibilidade pode influenciar o acesso a este tipo de cuidados.

Tabela 1 – Doentes por concelho onde residem internados no HD no ano de 2013

Concelho	Santarém	Salvaterra de Magos	Alpiarça	Cartaxo	Rio Maior	Almeirim	Azambuja
N <sup>a</sup> Doentes	27	7	3	7	1	10	1
Residentes	63510	20258	8001	23454	21122	22012	20879
Frequência relativa	0,043	0,035	0,037	0,029	0,004	0,045	0,005
Distância entre local de residência e HD (Km)	0	47,7	12,7	13,5	33	8,8	27,1

Os doentes podem ser referenciados através da Consulta Externa, Urgência e Internamento, após contacto prévio com a equipa por telefone ou outro meio. No ano de 2013 a maioria dos doentes internados em HD era proveniente da consulta externa, logo seguido do internamento de agudos. Poucos doentes, eram provenientes da urgência.

Tabela 2 – Doentes por proveniência internados no HD no ano de 2013

Proveniência	Consulta externa	Internamento agudos	Urgência de psiquiatria
N <sup>a</sup> Doentes	27	25	4

Trata-se de um serviço misto com capacidade para doze utentes, funcionando nos dias úteis no período das 9 às 16 horas. Este serviço encontra-se localizado no piso -1 na área da Consulta Externa do Departamento de Psiquiatria. O espaço físico é pequeno e o

material denota já alguns anos. Existem apenas duas salas para intervenções em grupo, não existe nenhuma sala para intervenções individuais e apenas existe um WC para utentes. Existe um projeto para alargamento e melhoria das instalações.

A sua equipa técnica é constituída por dois psiquiatras, um EESM, um psicólogo, um terapeuta ocupacional e um TSSS. Faz ainda parte da equipa um assistente operacional.

A população alvo são pessoas com doença mental grave, essencialmente perturbações psicóticas e depressivas, com défices ao nível familiar, profissional e das relações interpessoais. (HD do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HDS, 2007). No ano de 2013 a patologia mais frequente, como se pode verificar na Tabela 3, era a psicose esquizofrénica, seguida da psicose afetiva.

Tabela 3 – Doentes internados no HD por patologias no ano de 2013

<b>Patologia</b>	Psicose esquizofrénica	Psicose afetiva	Transtorno depressivo	Transtorno neurótico	Reação de ajustamento	Transtorno personalidade
<b>N<sup>o</sup> Doentes</b>	25	22	4	3	1	1

O Programa Terapêutico tem três objetivos gerais: reduzir ou eliminar os sintomas, maximizar a qualidade de vida e o funcionamento adaptativo e promover e manter a recuperação dos efeitos debilitadores da doença à máxima extensão possível. Os objetivos específicos passam por diminuir o número de recaídas/crise, internamentos e reinternamentos, melhorar a integração social e o acesso aos recursos na comunidade, melhorar a adesão ao tratamento, insight e atitude perante a doença e tratamento, melhorar a satisfação dos doentes e famílias com os cuidados prestados, melhorar o funcionamento sócio ocupacional dos doentes, minimizar a incapacidade dos doentes, melhorar a qualidade de vida dos doentes, melhorar as respostas às necessidades dos doentes, reduzir o número de abandonos e combater o estigma da doença mental. (HD do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HDS, 2007).

Este programa é constituído por um conjunto de atividades terapêuticas que contemplam o desenvolvimento de competências práticas para a vida quotidiana, através de recursos psicoterapêuticos e ocupacionais e de reabilitação. As atividades em grupo, que são a modalidade preferencial, realizam-se diariamente. São objetivos gerais para o programa terapêutico a aprendizagem da doença e das opções de tratamento, o

treino de competências para lidar com comportamento problemático e sentimentos que possam inibir a evolução do doente, a potenciação de competências para identificar sinais de alerta e aprendizagem de alternativas saudáveis, a melhoria do funcionamento interpessoal e a intervenção psicofarmacológica, psicossociais a familiares.

O programa encontra-se organizado em quatro grandes linhas de intervenção:

- Programa de Reabilitação de Âmbito Básico – atua como contenção mas também pretende reabilitar para aspetos de funcionamento básico como cuidado pessoal e higiene e a promoção e facilitação de relações interpessoais. É constituído pelas seguintes intervenções: “Grupo Bom Dia”, “Grupo Boa Tarde”, “Matiné do Mundo Atual”, “O meu fim-de-semana”, atividades no exterior, ecoterapia, oficina de engomadoria e lavandaria, oficina de culinária, atividades criativas, reunião comunitária, clube bem-estar, e estimulação cognitiva.

- Programa de Reabilitação de Âmbito especializado – inclui diversos aspetos clínicos nas suas mais diversas componentes (psicossomática, psicológica, psiquiátrica, sociofamiliar e laboral). Inclui intervenções como: o acompanhamento psiquiátrico individual, psicoterapias breves individuais, intervenções em grupo do âmbito psicoeducativo, “Grupo de famílias”, treino de competências sociais, oficina de Terapia Ocupacional e relaxamento.

- Atividades de ação terapêutica indireta - inclui as reuniões técnicas, reuniões clínicas e formação dos técnicos.

- Atividades pós-alta - inclui o “Grupo terapêutico do pós-alta e o clube ocupacional.

O que se encontra preconizado no serviço é que a maioria dos doentes frequente o serviço cinco dias por semana, mas após o tratamento inicial alguns doentes passam a frequentar apenas dois ou três dias por semana. Com a exceção de alguns doentes que necessitam de um tratamento mais longo, os doentes são informados a quando da admissão, que o internamento será curto com uma média de 3 meses. (HD do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HDS, 2007)

São critérios de admissão ao programa terapêutico do HD: doentes psiquiátricos maioritariamente agudos e de curta duração, assim como de evolução prolongada para

reabilitação, doentes com autonomia pessoal suficiente para viver em comunidade com ou sem apoio familiar, capacidade para se deslocarem ao HD pelos seus próprios meios, capacidade mínima de crítica para assumir voluntariamente a frequência e adesão ao tratamento, doentes sem resposta á consulta externa e como alternativa ao internamento. (HD do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HDS, 2007)

São critérios de exclusão do programa, doentes cuja patologia seja exclusivamente uma dependência de substâncias tóxicas, perturbação da personalidade, debilidade mental ou demência (HD do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HDS, 2007)

A admissão efetua-se a partir da avaliação inicial, sendo estabelecido um plano de intervenção com atividades e respetivos horários, mediante a aceitação e assinatura de um contrato terapêutico. Os doentes são admitidos preferencialmente à segunda-feira (HD do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HDS, 2007), sendo-lhe dado conhecimento das regras que terão de ser cumpridas sob pena de exclusão do programa

O plano de alta e de prevenção das recaídas são componentes do programa terapêutico. Desde o início do tratamento, o doente trabalha com a equipa para estabelecer os objetivos do tratamento, estabelecendo-se um plano eficaz de alta que vá ao encontro das suas necessidades. Após a alta o doente fica com consulta marcada e se necessário psicoterapia. Os doentes podem ter alta do serviço quando os objetivos do tratamento foram atingidos, quando não há adesão ou quando o doente falha no seu compromisso de cumprir o programa terapêutico, quando existem comportamentos inaceitáveis (roubo, violência, conflitos com o grupo) ou ocorrem mudanças na avaliação de riscos (HD do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HDS, 2007).

Em 2013 o encaminhamento realizado aos doentes com alta do HD encontra-se descrito na Tabela 4. De referir que a maioria dos doentes após a alta é encaminhada para o domicílio. Existe um número significativo de abandonos do programa.

Tabela 4 – Encaminhamento após a alta dos doentes internados no HD no ano de 2013

<b>Encaminhamento</b>	Domicilio	Programa ocupacional	Internamento agudos de psiquiatria	Ingresso trabalho	Cursos profissionais	Abandonaram
<b>N<sup>a</sup> Doentes</b>	22	7	6	7	2	12

Embora o HD se encontre bem organizado e realize intervenções de enfermagem de âmbito especializado na área da saúde mental, com ganhos em saúde para os doentes que o frequentam, terá contudo que percorrer algum caminho para cumprir com o referencial de avaliação da idoneidade formativa dos contextos da prática clínica, que lhe traria um acréscimo de qualidade e segurança aos cuidados prestados, em especial as dimensões referentes aos Sistemas de Informação em Enfermagem e ao quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem (Regulamento nº 167/2011 de 8 de março). A introdução do Sistema de Informação e a adoção da linguagem CIPE permitiria incorporar sistematicamente, entre outros dados, os diagnósticos, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis a essas mesmas intervenções obtidas pelos utentes facilitando e explicitando o processo de tomada de decisão (Regulamento nº 167/2011 de 8 de março). Embora até seja um processo que esteja implementada no HDS em alguns serviços, o HD sempre foi preterido na sua introdução porque não existe um grande trabalho de parametrização nesta área. Por outro lado a definição clara de um quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem reveste-se de alguma importância, uma vez que a equipa multiprofissional do serviço é constituída por diversos grupos profissionais. Este quadro concetual permitiria uma maior clarificação do que serão as intervenções autónomas e interdependentes, intervenções essas, enquadradas e desenvolvidas de acordo com os referenciais legais e técnicos e científicos a realizar pelo EESM, mas também a necessidade de definir intenções, metas e indicadores relativos aos diagnósticos e intervenções a realizar pelo EESM no HD com vista a aferir dos ganhos em saúde promovidos pela sua intervenção (Regulamento nº 167/2011 de 8 de março).

## 2.2. CENTRO DE SAÚDE DR. ARNALDO SAMPAIO

A Portaria n.º 274/2009, de 18 de março criou o Agrupamento de Centro de Saúde Pinhal Litoral II (ACeS PL II) da qual faziam parte os CS da Marinha Grande, Batalha, Porto de Mós, Gorjão Henriques e Arnaldo Sampaio. Na sequência da reorganização dos Agrupamentos de Centro de Saúde (ACeS) integrados na Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), em vigor desde 30 de novembro de 2012 e, conforme disposto na Portaria n.º 394-A/2012 de 29 de novembro, este ACeS passou a incluir também o Centro de Saúde de Pombal, passando a designar-se Agrupamentos de Centro de Saúde Pinhal Litoral (ACeS PL) (ARSC, 2013).

O ACeS PL (2013b) pertence à ARSC e tem como missão garantir a prestação de melhores cuidados de saúde primários à população da sua área geográfica, desenvolvendo atividades que contribuam para a melhoria do estado de saúde da população, maximização de ganhos em saúde em todas as faixas etárias, a realização de atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, a prestação de cuidados na doença, articulação com outros serviços garantindo a continuidade dos cuidados, realização de atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participação na formação de diversos grupos profissionais.

A visão definida para o ACeS passa por maximizar os ganhos em saúde da população da sua área de abrangência, através do alinhamento e integração de esforços sustentáveis de todos os setores da sociedade local, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania com solidariedade institucional e pessoal, o elevado sentido ético, uma permanente atitude de cidadania responsável e comprometida. Já os valores definidos foram a cooperação de todos os elementos das diferentes equipas de modo a obter a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade de cuidados de saúde, a solidariedade e trabalho de equipa, a satisfação dos profissionais de saúde e dos cidadãos, a qualidade dos serviços prestados, os princípios inovadores, a boa organização funcional e técnica, a articulação entre as unidades funcionais do ACES, o estabelecimento de parcerias com estruturas da comunidade local e a promover uma avaliação contínua que, sendo objetiva e permanente, visa a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de colocar em causa os objetivos do plano de ação e da qualidade dos cuidados. (ACeS PL, 2013b)

O ACeS PL é uma estrutura com autonomia administrativa, constituída pelas seguintes unidades funcionais: seis centros de saúde com cinquenta e oito extensões de saúde, três USF, a USP, uma UCC, três UCSP e a Unidade de Recursos Partilhados (ACeS PL, 2013b). Encontra-se inserido no distrito de Leiria e abrange a área geográfica, dos concelhos da Batalha, Leiria, Marinha Grande, Pombal e Porto de Mós (ACeS PL, 2013b) ocupando uma área de cerca de 1743,7 Km<sup>2</sup>.

A 31/12/2012 o total de utentes inscritos no ACeS PL era de 28568, dos quais 27986 não possuem médico de família atribuído. Estes números diminuiriam se compararmos

com igual período do ano de 2011, verificando-se também uma diminuição na taxa de utilização dos serviços de 63,99% para 62,37% no ano de 2011(ACeS PL, 2013 a)

No final de 2012, o ACeS PL possuía 145 médicos de medicina geral e familiar, 10 de saúde pública, 155 enfermeiros, 143 assistentes técnicos, 56 assistentes operacionais (AO), 20 Técnicos de Diagnóstico e Tratamento e 9 Técnicos Superiores de Saúde num total de 543 profissionais. O rácio de enfermeiros por médico era de 0,98 (ACeS PL, 2013 a), valores inferiores à média nacional de 1,5 e significativamente abaixo da média dos países da União Europeia que foi de 2,5 em 2010 (OE, s.d.).

O Concelho de Leiria é servido ao nível dos Cuidados de Saúde Primários por dois Centros de Saúde, o Centro de Saúde Gorjão Henriques e o Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, a quem cabe respetivamente a região mais este e a região mais a oeste do concelho. O CS Arnaldo Sampaio possuía em 2012 dezasseis Extensões de Saúde e existiam nesse mesmo ano 68545 utentes inscritos, tendo-se registado uma diminuição na taxa de utilização dos serviços de 59,30% para 58,60%, respetivamente nos anos de 2012 e 2011. (ACeS PL, 2013 a). Fazem parte do quadro de trabalhadores da instituição 34 médicos de medicina geral e familiar 32 enfermeiros dos quais dois são EESM, 30, 15 Assistentes Operacionais, num total de 108 profissionais. O rácio de enfermeiros por médico era de 0,94. (ACeS PL, 2013a), também este rácio aos valores nacionais e da União Europeia. Além deste rácio a OMS defende a existência de um enfermeiro para cada 400 famílias ou para cerca de 1.200 pessoas, o que de acordo com o número de doentes inscritos no CS seriam necessários cerca de cinquenta e sete enfermeiros, faltando assim cerca de vinte e cinco enfermeiros (OE, s.d.).

Esta questão dos rácios de enfermagem carece de uma análise e reflexão das estruturas de decisão quer do próprio CS quer do ACeS. As dotações seguras em enfermagem estão muito relacionadas com a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e com a própria segurança do cliente (Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem , 2014). Para obter idoneidade formativa dos contextos da prática clínica, não chega apenas a existência de dotações seguras, é necessário também a estabilidade das equipas e a existência de escalas de trabalho adequadas (Regulamento nº 167/2011 de 8 de março, 2014).

No CS funciona ainda a USF de Santiago e a USP do ACeS. Uma das extensões é o Centro de Diagnóstico Pneumológico que funciona num edifício no centro de Leiria e onde são realizadas consulta de diagnóstico e tratamento de tuberculose mas também consulta de tabagismo e consulta de alcoolismo para utentes de todo o ACeS.

Os programas existentes no Centro de Saúde são os seguintes: Saúde do Adulto, Saúde Mulher, Saúde Infanto-Juvenil, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Vacinação, Saúde, Escolar, Visitação Domiciliária e Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

A sede do CS localiza-se na freguesia de Marrazes, num edifício inaugurado em 2007 e construído para o efeito. As extensões funcionam ou em edifícios próprios ou em instalações das Juntas de Freguesia.

Encontrava-se no ano de 2012 elaborado um projeto que visava a criação de uma UCC como unidade funcional do Centro de Saúde que aguardava aprovação superior. Do projeto desta UCC estava previsto que fizessem parte duas enfermeiras especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria a tempo parcial mas perfazendo um total de 25 horas de trabalho semanal. Esta alocação de enfermeiros representam valores inferiores os números obtidos num estudo realizado pela WHO (2007), que concluiu existirem na Europa 1,46 enfermeiros de saúde mental a trabalhar na comunidade por cada cem mil habitantes, o que para a população do CS corresponderia a um enfermeiro com horário completo. Da carteira de serviços que constitui a proposta apresentada fazia parte uma intervenção de Enfermagem Comunitária em Saúde Mental e Psiquiatria que têm como objetivos: caracterizar a população com perturbação mental, promover a adesão ao regime terapêutico da pessoa com perturbação mental, promover a articulação com as unidades funcionais de saúde da área de abrangência da UCC, promover a articulação com outras instituições de saúde mental do distrito, promover a saúde mental dos cuidadores formais/informais das instituições que estabeleçam parceria com UCC e promover a saúde mental da comunidade da área de abrangência da UCC. Estavam previstas nesse mesmo plano de ação o desenvolvimento das seguintes atividades: visitas domiciliárias aos utentes/famílias para gestão do regime terapêutico, articulação com os profissionais de saúde das unidades funcionais de saúde mental do distrito da UCC para gestão de casos, realização de sessões educativas na comunidade

sobre saúde mental, identificação de pessoas/famílias/recursos integrados no programa de saúde mental e psiquiatria, realização de sessões psicoeducativas /psicoterapêuticas /socioterapêuticas /psicossocial à pessoa/família com perturbação mental grave. Estava ainda previsto o apoio de uma das enfermeiras à carteira de apoio e promoção da parentalidade positiva. Atualmente a UCC já se encontra em funcionamento, estando em fase de implementação as respostas e as atividades planeadas e aprovadas.

Segundo os dados dos censos constantes na Tabela 5 (ACeS PL 2013a), a população residente na área geográfica do Pinhal Litoral (PL) e no concelho de Leiria registou um aumento de 2001 para 2011. Já uma análise mais cuidada por faixa etária permite verificar que este aumento ocorre apenas nas faixas dos 24-64 e na de 65 ou mais anos, verificando-se mesmo um decréscimo na faixa das crianças e jovens até aos 24 anos, independentemente do sexo.

Tabela 5 – População residente de acordo com os censos de 2001 e 2011

Local Reside	Sexo	2001					2011				
		Grupo etário									
		Total	0-14 anos	15-24 anos	25-64 anos	65 ou mais anos	Total	0-14 anos	15-24 anos	25-64 anos	65 ou mais anos
Pinhal Litoral	HM	252498	41622	34795	135271	40810	260942	38975	28419	142161	50387
	H	123136	21470	17615	66314	17737	125876	19967	14613	69363	21933
	M	129362	20152	17180	68957	23073	135066	19008	13806	73798	28454
Concelho de Leiria	HM	120756	20846	17097	65735	17078	126897	19317	14558	70986	22036
	H	58941	10701	8695	32212	7333	61319	9921	7470	34296	9632
	M	61815	10145	8402	33523	9745	65578	9396	7088	36690	12404

A esperança média de vida era em 2011 de 80,6 anos apresentando valores superiores em relação à região centro e ao país (ACeS PL, 2013 a). Este aumento poderá também ajudar a explicar o aumento registado de 2001 para 2011 do índice de dependência. É possível no entanto verificar pela Tabela 6 que os valores relativos ao PL são iguais à média nacional, no entanto no concelho de Leiria esse índice é ligeiramente inferior. Este aumento deve-se, em grande parte, ao aumento do índice de dependência de idosos. (ACeS PL, 2013 a)

Tabela 6 – Índices de dependência relativos aos censos de 2001 e 2011

Local Residência/Ano	2001	2011
Continente	48	52
Pinhal Litoral	48	52
Concelho de Leiria	45	49

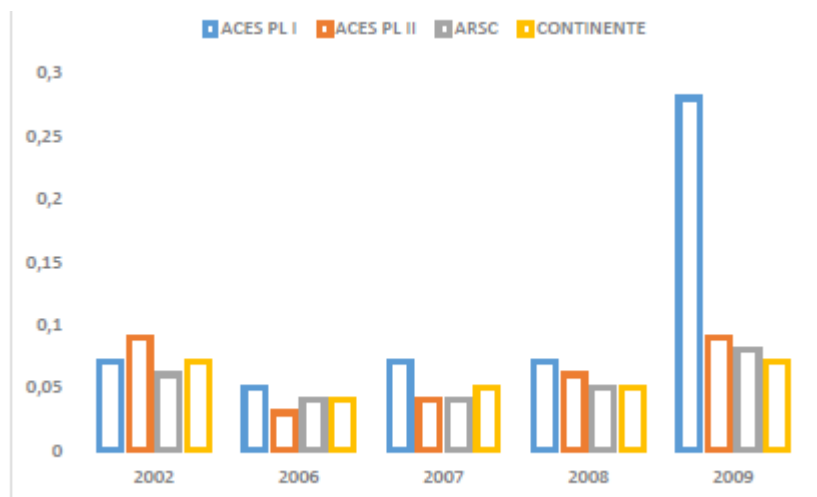
Relativamente ao exercício da prática de enfermagem ao nível da ARSC verificou-se em 2012 um aumento dos atos de enfermagem realizados, aumento esse de 10,8% comparativamente a 2011, passando de 3796025 para 205774 atos de enfermagem. (ARSC, 2013)

Em 2012 existiam 4,4 enfermeiros por 1000 habitantes na área do Pinhal Litoral (ACeS PL, 2013 a), valor muito inferior à média nacional que é de 5,7 enfermeiros por mil habitantes e bastante inferior média da OCDE de 8,7 enfermeiros por mil habitantes (OE, s.d.).

No ano de 2012 encontravam-se em vigor na área da saúde mental o Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo. Nesse ano foram realizadas 82 primeiras consultas, 50 homens e 32 mulheres, num total de 240 consultas realizadas (ARSC, 2013). Já relativamente ao programa de Problemas Ligados ao Álcool, o mesmo ainda não se encontra implementado ao nível do ACeS. De referir que o Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio já realiza no Centro de Diagnóstico Pneumológico consultas médias e de enfermagem de Alcoologia, às quais podem recorrer doentes de todo o ACeS.

Também na área da saúde mental, e segundo os dados do Gráfico 1, a taxa bruta de mortalidade por suicídio antes dos 65 anos apresentou um decréscimo entre 2002 e 2006 que na área do PL quer na área geográfica da ARSC, situação que se veio a inverter entre 2006 e 2009, em todas as unidades geográficas. Mais significativa foi a subida registada entre 2008 e 2009 na área do Pinhal Litoral I (PL I), atualmente integrado no ACeS PL e que corresponde ao concelho de Pombal (ACeS PL, 2013 a).

Gráfico 1 – Taxa bruta de mortalidade por suicídio

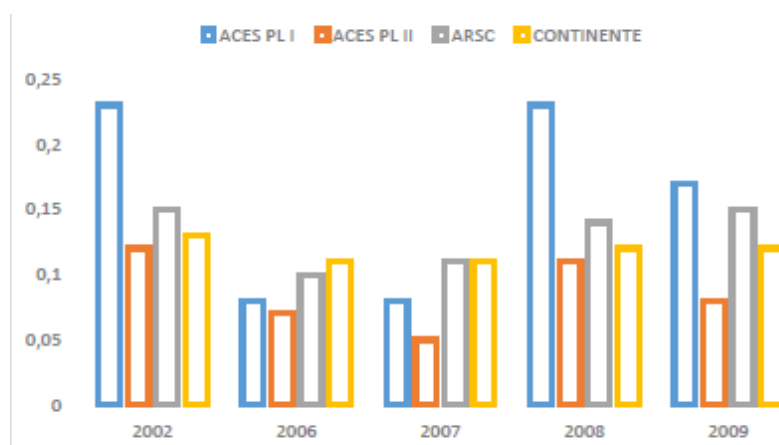


Fonte: INE, 2010

Fonte: INE, 2010 citado por ACeS PL, 2013a

Já no que se refere à taxa bruta de mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos, esta apresenta valores irregulares entre os anos em estudo em todas as unidades geográficas, conforme representação do Gráfico 2. Essa taxa é no entanto novamente muito elevada, inclusivamente superior à média nacional, na área do antigo ACeS PL I, contrastando com os valores do ACeS PL II que são sempre inferiores aos valores nacionais e da própria ARSC (ACeS PL, 2013 a)

Gráfico 2 – Taxa bruta de mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool



Fonte: INE, 2010 citado por ACeS PL, 2013a

O Perfil de Saúde da Região Centro (ARSC, 2010) alerta ainda para o facto de se ter verificado um aumento do consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado do SNS em ambulatório, de 124,1 Dose Diária

Definida/1000 habitantes /dia em 2006 para 137,1 Dose Diária Definida /1000/dia em 2009. Observou-se um aumento do consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos em 2008, comparativamente com 2006, em todos os ACeS, sendo no entanto menos acentuado no ACeS PL II.

Dados do mesmo relatório apontam ainda uma prevalência para a patologia depressão continuada de 13, 3% e 15,8% respetivamente no ACeS PL I e ACeS PL II (ARSC, 2010), muito superior aos dados nacionais que apontam em 2013 para uma prevalência de cerca de 7,9% desta patologia (DGS, 2013).

### 2.3. SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA

O CHL é constituído por três unidades hospitalares, que surgiram, numa primeira fase, da fusão que ocorreu entre o Hospital de Santo André (HSA) e o Hospital Distrital de Pombal (HDP) criado pelo Decreto-Lei nº30/2011 de 2 de março, e mais recentemente foi integrado o Hospital Bernardino Lopes de Oliveira (HBLO), localizado em Alcobaça através do Decreto-Lei nº 116/2013. O Centro Hospitalar serve uma população de cerca de 400.000 habitantes, com uma área de influência que inclui os concelhos de Alcobaça (expeto as freguesias de Alfeizeirão, Benedita e São Martinho do Porto), Batalha, Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós, Nazaré, Pombal, Pedrógão Grande, Figueiró dos Vinhos, Castanheira de Pera, Ansião, Alvaiázere e parte dos concelhos de Ourém e Soure (CHL, s.d.).

O CHL (s.d.) possui como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, em estreita colaboração com os cuidados de saúde primários e os restantes hospitais integrados no serviço nacional de saúde e colaborar na prevenção e promoção da saúde da comunidade em geral. Possui uma visão centrada no desejo em se afirmar como instituição referência em termos de qualidade assistencial, reconhecida pela comunidade, com elevada satisfação de doentes e profissionais e que possua altos padrões de eficiência e eficácia na utilização dos recursos com respeito pela dignidade humana e códigos de conduta profissionais, numa busca constante pela qualidade, eficiência e aperfeiçoamento técnico e profissional dando primazia ao doente.

O Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHL tem atualmente como área de influência os concelhos de Alcobaça (expeto as freguesias de Alfeizeirão, Benedita e São Martinho do Porto), Batalha, Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós, Nazaré, Pombal e parte do concelho de Ourém. Este encontra-se organizado em unidade de internamento de doentes agudos, unidade de ambulatório de consultas externas, apoio domiciliário de enfermagem, clínica de tratamentos com neurolépticos injetáveis de ação prolongada (NIAP) e unidade de internamento de doentes de evolução prolongada de psiquiatria (UIDEPP). O serviço integra ainda a resposta do Serviço de Urgência (SU) do HSA possuindo um psiquiatra de urgência, diariamente no período compreendido entre as 8 e as 20h. Os dados referentes aos episódios de urgência constantes da Tabela 7 apenas dizem respeito aos doentes observados pela Psiquiatria no SU e que tiveram alta do serviço dada por um psiquiatra. Não está contabilizado neste número os doentes observados pelo Psiquiatra ao longo da sua permanência no SU e que tiveram a sua alta dada por outras especialidades.

Tabela 7 – Episódios de urgência do CHL no ano de 2013

Nº doentes observados nas Urgências do CHL	Nº doentes observados nas urgências pela Psiquiatria no SU do CHL	Percentagem de doentes observados pela Psiquiatria
102512	3563	3,48%

O serviço encontra-se disperso por diversos espaços do CHL. A unidade de internamento de doentes agudos situa-se no 4º piso da torre poente do HSA, a unidade de ambulatório de consultas externas está dividida pelo piso 02 do HSA e pelas Consultas Externas do HDP e HBLO, a unidade de internamento de doentes de evolução prolongada situa-se na localidade dos Andrinos. O gabinete do psiquiatra de urgência está localizado no SU do CHL junto à área amarela, sendo o apoio de enfermagem realizado pelos enfermeiros do SU, havendo neste momento apenas um enfermeiro com EESM. Os diferentes espaços físicos sofreram recentemente obras de recuperação, pelo que as condições oferecidas, melhoraram significativamente.

A unidade de internamento de doentes agudos está dividida em ala e ala masculina, respetivamente com uma lotação de 21 e 22 camas. De acordo com o CHL (s.d.)

*“aqui recebem tratamento doentes com patologias mentais em fase de descompensação clínica e a necessitar de estabilização (...), primeiros episódios*

*de doença mental que requerem um estudo de diagnóstico e introdução de psicofármacos em ambiente hospitalar (...) ou ainda com o objetivo de desintoxicação em doentes com quadros de dependências várias”*

O objetivo geral da unidade de internamento (CHL, s.d.) passa por procurar satisfazer as necessidades do utente com doença mental, promovendo a recuperação da sua saúde mental, prevenindo complicações e readaptando funcionalmente a pessoa, tendo sempre presente o papel central da família/cuidadores no processo terapêutico do utente. Para fazer face a este objetivo, esta unidade possui um equipa multidisciplinar constituída por 23 enfermeiros, dos quais 12 com EESM, 12 AO, 8 Médicos Psiquiatras, 6 Internos da Especialidade, 2 Psicólogos Clínicos, 2 Técnicas Superiores de Serviço Social (TSSS), 1 Assistente Técnico Administrativo e 1 vigilante no período das 20h-8h.

Os enfermeiros estão divididos em duas equipas, uma para cada ala, existindo pouca rotatividade entre ambas. A dotação de enfermeiros das alas é a seguinte: três enfermeiros no turno da manhã (8h-16h) durante a semana e apenas dois nos fins-de-semana e feriados; dois enfermeiros no turno da tarde (16h-24h) e um enfermeiro no turno da noite (24h-8h). O método de trabalho usado é o método de cuidados de enfermagem individuais (Costa, 2014). Embora sem estar implementado na instituição, os enfermeiros do serviço utilizam a linguagem da classificação internacional para a prática de enfermagem para a elaboração do plano terapêutico de cuidados ao doente.

São realizadas pelos enfermeiros EESM, de uma forma individual, intervenções psicoeducacionais, socioterapêuticas, psicossociais, psicoterapêuticas e relaxamento, aos doentes e suas famílias. De uma forma menos sistemática, são realizadas aos doentes internados intervenções em grupo, do mesmo âmbito durante o turno da manhã. Uma melhoria na organização dos cuidados de enfermagem permitiria um ganho qualitativo nestas intervenções realizadas pelos EESM, devendo ter como base os enunciados de determinação da idoneidade formativa dos contextos da prática clínica, sobretudo no que diz respeito à definição de um quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem, os Sistemas de Informação em Enfermagem e a metodologias de organização de cuidados de Enfermagem (Regulamento nº 167/2011 de 8 de março, 2011). A definição de uma metodologia de organização dos cuidados de enfermagem e de um quadro de referência do exercício profissional seriam a âncora que permitiria, recorrendo a uma linguagem classificada como a CIPE, construir um resumo

mínimo de dados e um core de indicadores que incorpore os diagnósticos de enfermagem, as intervenções e os resultados sensíveis a essas mesmas intervenções, obtidos pelo cliente através da definição de intenções, metas e indicadores operativos e mensuráveis, sensíveis aos cuidados de enfermagem e que permitam aferir dos ganhos em saúde decorrentes das intervenções de enfermagem.

Segundo um estudo da WHO (2007), na Europa existiam em 2007 4,32 enfermeiros por cada cem mil habitantes a exercerem funções nas unidades de psiquiatria dos hospitais gerais. Para a unidade de internamento este rácio é de 5,75, superior à média europeia mas enquadrado nos valores nacionais que segundo o mesmo estudo se enquadra no intervalo de 5,01 a 10 enfermeiros por cem mil habitantes.

A recente norma criada pela OE para definir o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, não contempla os Serviços de Psiquiatria por não haver evidência científica credível nesta área que possa fundamentar a decisão, pelo que considera urgente definir instrumentos de avaliação fiáveis das necessidades em cuidados de enfermagem, alinhada com o novo plano nacional de saúde mental (Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, 2014). Esta definição segundo a mesma norma é importante para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde, quer para a população alvo quer para a própria organização.

Como é possível verificar na Tabela 8 seguinte, foram internados nesta unidade 755 utentes, maioritariamente do sexo feminino (382 mulheres e 372 homens), dos quais 10% (76 utentes) internados de forma compulsiva ao abrigo da lei de saúde mental. A maioria provém do SU, havendo um número menos significativos de doentes internados pela consulta externa identificados como admissão programada.

Tabela 8 – Proveniência dos doentes admitidos na Unidade de Internamento de Doentes Agudos do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHL em 2013

<b>Proveniência</b>	<b>Número de Doentes</b>
Admissão urgente	695
Admissão programada	39
Transferência inter serviços	21
Total	755

Dos doentes internados no serviço e de acordo com o Tabela 9 o diagnóstico mais frequente é a psicose, seguido da perturbação da personalidade e/ou controlo dos impulsos. No entanto é possível constatar que 108 doentes foram internados com diagnósticos ligados ao uso abuso ou dependência de substâncias psicoativas. A demora média do serviço em 2013 era de 14,66. É possível verificar que existem várias patologias com uma demora média superior como é o caso das psicoses, perturbações orgânicas e/ou atraso mental, perturbações mentais da infância. Existem no entanto outras patologias com demoras médias também superiores mas que estão associadas a quadros orgânicos e complicações que surgiram durante o internamento. Se compararmos os dados da unidade com os dados nacional referentes a 2011 verificamos que no caso das neuroses depressivas a média nacional de 11,10 dias é ligeiramente inferior à da unidade de internamento que é de 11,98, já no que se refere às Psicoses a demora média de 17,11 é inferior à demora média nacional que se cifra nos 22,21 dias, o mesmo acontecendo nas perturbações da personalidade e/ou controlo dos impulsos em que a demora média nacional de 10,48 é ligeiramente superior à da unidade de internamento que é de 10,21. (DGS, 2013).

Tabela 9 – Demora média e dias de internamento por diagnósticos de doentes internados na Unidade de Internamento de Doentes Agudos do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHL em 2013

<b>Diagnóstico</b>	<b>Nº doentes</b>	<b>Dias Internamento</b>	<b>Demora Média</b>
Psicoses	403	6894	17,11
Perturbações da personalidade e/ou do controlo dos impulsos	73	745	10,21
Abuso ou dependência do álcool, sem complicações	60	701	11,68
Neuroses depressivas	47	563	11,98
Neuroses exceto as depressivas	45	393	8,73
Perturbações orgânicas e/ou atraso mental	41	750	18,29
Reações agudas de adaptação e/ou doenças de disfunção	22	218	9,91
Abuso ou dependência de cocaína ou de outras drogas, se	18	209	11,61
Abuso ou dependência de opiáceos, sem complicações	9	86	9,56
Abuso ou dependência do álcool, com complicações	6	94	15,67
Perturbações mentais da infância	3	51	17,00
Intoxicações e/ou efeitos tóxicos de drogas, idade > 17	3	23	7,67
Abuso ou dependência de cocaína ou de outras drogas	3	17	5,67
Continuação de cuidados, sem história de doença maligna	2	63	31,50
Abuso ou dependência de opiáceos, alta contra parecer médico	2	10	5,00
Abuso ou dependência de opiáceos, com complicações	2	21	10,50
Abuso ou dependência do álcool, alta contra parecer médico	2	6	3,00
Outros procedimentos no aparelho digestivo, em B.O., co	1	23	23,00
Diabetes, idade < 36 anos	1	1	1,00
Infeções do aparelho reprodutor feminino	1	17	17,00
Intoxicações e/ou efeitos tóxicos de drogas, idade > 17	1	16	16,00
Intoxicações e/ou efeitos tóxicos de drogas, idade < 18	1	7	7,00
Outros fatores com influência no estado de saúde	1	47	47,00
Lesões traumáticas, intoxicações e/ou efeitos tóxicos	1	14	14,00
<b>Total</b>	<b>748</b>	<b>6894</b>	<b>14,66</b>

Tabela 10 – Destino dos doentes saídos na Unidade de internamento de doentes agudos do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHL em 2013

<b>Destino do doente após a alta</b>	<b>Número de Doentes</b>	<b>Demora Média</b>
Abandono	1	0,00
UIDEP	4	7,00
Consulta externa	646	15,12
Domicílio	67	13,58
Falecido(a)	1	39,00
Saída contra parecer Mdico	28	4,75
Transferência para Hospital Santa Maria	1	1,00
Transferência para Centro Hospitalar Médio Tejo - Unidade de Tomar	1	2,00
Transferência para CHUC	2	16,00
Transferência interna	4	16,75
<b>Total</b>	<b>755</b>	<b>14,54</b>

Após a alta e segundo a Tabela 10, a grande maioria dos doentes internados são encaminhados para a consulta externa do CHL. Existiram cerca de 67 doentes que

tiveram alta para o domicílio, o que significa que foram encaminhados para o seu médico de família ou para as Equipas de Tratamento do CICAD. Existe também um número razoável de doentes que saíram do serviço com alta contra parecer médico.

Na unidade de ambulatório são acompanhados regularmente doentes “*com patologia mental encaminhados após internamento na unidade de agudos, orientados para consulta através do Serviço de Urgência, pedidos internos de outras especialidades (...) ou através do médico de família*” (CHL, s.d). Nesta unidade existe uma equipa de enfermagem composta por 2 enfermeiros, um dos quais EESM, responsáveis pela realização das consultas de Enfermagem, prestação de cuidados de enfermagem aos doentes em regime de apoio domiciliário, em especial a administração NIAP's e pela Clínica de Decanoatos, que no HSA quer no HBLO. Além dos médicos psiquiatras prestam também serviço nesta unidade dois psicólogos e a TSSS do serviço.

Na Tabela 11 é possível verificar as consultas médicas e de psicologia realizadas na unidade de ambulatório por subespecialidade.

Tabela 11 – Consultas realizadas na Unidade de Ambulatório do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHL no ano de 2013

<b>Tipo</b>	<b>Primeiras Consultas</b>	<b>Consultas seguimento</b>	<b>Total</b>
Psicologia	252	1852	2104
Psicologia – dor	15	3	18
Psicologia – forense	33	116	149
Psiquiatria	1684	7083	8.767
Psiquiatria – Alcobaça	33	64	97
Psiquiatria – Pombal	226	905	1131
Psiquiatria – Sem presença do doente	23	797	820
Psiquiatria-Alcoologia	76	226	302
Psiquiatria-Geriátrica	93	214	307
<b>Total</b>	<b>2435</b>	<b>11260</b>	<b>13695</b>

No ano de 2013 foram realizados na Unidade de Ambulatório 4060 atendimentos de enfermagem e 222 VD, num total de 4296 NIAP administrados. É possível verificar que a grande maioria dos atendimentos de enfermagem ainda são realizados tendo como objetivo principal a administração dos NIAP's. Habitualmente desempenham funções na consulta externa duas enfermeiras, uma das quais com EESM. De acordo com Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (2014) da OE

este número é ligeiramente inferior á dotação segura preconizada para o número de atendimentos efetuados que é de 2,62.

Tabela 12 – Procedimentos com intervenção de enfermagem realizados na Unidade de Ambulatório do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHL no ano de 2013

<b>Tipo Procedimentos</b>	<b>Atendimentos de Enfermagem</b>	<b>Visitas Domiciliárias</b>	<b>Injeção via Intramuscular</b>
<b>Nº Procedimentos</b>	4060	2022	4296

A UIDEPP, localizada no exterior do HSA têm uma “*capacidade de 50 doentes com patologia mental crónica, predominando as perturbações psicóticas em indivíduos na sua maioria carenciados de apoio sócio familiar*”. Do quadro de pessoal deste serviço fazem parte 13 enfermeiros, dos quais 2 são EESM, 9 AO, um Administrador Hospitalar e em regime de tempo parcial 1 TSSS e 1 médico psiquiatra.

O Serviço de Psiquiatria realiza ainda perícias Médico-Legais em articulação com os tribunais da área de abrangência, quer por psiquiatras quer por psicólogos.

### **3. ANÁLISE CRÍTICA DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIRIA**

O Enfermeiro especialista é para a OE (2012, p.15)

*“ o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”*

Este, no decorrer do seu exercício profissional, deve distinguir-se pelas suas competências adquiridas, quer pela formação recebida quer pela experiência no desempenho das suas funções, ao nível técnico, científico e humano no seu 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 (Regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro, 2011).

Para cada área de especialização em enfermagem foram definidas pela OE um conjunto de competências comuns e específicas. As competências comuns são competências transversais a todos os enfermeiros especialistas *“demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”*. (Regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro, 2011, p.3). Já as competências específicas são definidas para cada área de especialização e *“decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”* (Regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro, 2011, p.3)

A competência resulta de um movimento dinâmico entre a qualificação e a situação de trabalho e passa por um conjunto de saberes: saber agir, saber mobilizar recursos, saber

comunicar, saber aprender, saber envolver-se, saber assumir responsabilidades e ter uma visão (Le Boterf, 2005 citado por Correia, 2012)

A aquisição das competências clínicas especializadas por parte do enfermeiro especialista assegura que este é possuidor de um conjunto de “*conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoa e em todos os níveis de prevenção.*” (Regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro, 2011).

### 3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Independentemente da sua área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns, porque a sua atuação como especialista inclui competências aplicáveis nos diferentes ambientes de cuidados (primários, secundários e terciários), nas suas diferentes dimensões (educação, orientação, aconselhamento, liderança) e nos mais diversos contextos de prestação de cuidados de saúde. A sua responsabilidade vai ainda mais além ao tentar descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante com vista á melhoria da prática de enfermagem. (Regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro, 2011).

Estas competências comuns decorrem no âmbito da gestão e supervisão de cuidados, formação, investigação e assessoria e são aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Segundo o Regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro (2011) existem quatro eixos ou domínios para as competências comuns, são eles: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Seguidamente serão descritos, analisados e refletidos de uma forma mais pormenorizada, tendo por base quer as atividades desenvolvidas durante os EC quer ao longo do contexto de prática profissional.

#### **2.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal**

No que se refere a este domínio comum aos enfermeiros especialistas, é exigido que estes demonstrem “*um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de*

*tomada de decisão ética e deontológica (...) na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente*” (Regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 4), através da liderança efetiva dos processos de tomada de decisão ética e avaliação de processos/resultados, numa variedade de situações da prática especializada suportada em princípios, valores e normas deontológicas, e *“uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes*” (Regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 5) assente na promoção e proteção dos direitos humanos e na gestão da equipa de forma a não comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.

O Regulamento do Exercício da Prática Profissional (REPE) (OE, 2012) descreve que no exercício da sua prática profissional o enfermeiro deve demonstrar uma conduta responsável, contudo é o Código Deontológico que rege a atividade profissional de enfermagem do ponto de vista ético e deontológico definindo como princípio geral que *“as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”* (OE 2012, p.74) assente em valores como igualdade, a liberdade responsável, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional.

Ao longo dos EC da prática especializada em enfermagem de saúde mental procurou-se desenvolver as atividades de acordo com os princípios orientadores enunciados no Código Deontológico (OE, 2012): responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes e a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais. Foi possível assim desenvolver as unidades de competência A1.1, A1.2 e A2.1 (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro) no que se refere a adoção de estratégias de resolução de problemas em conjunto com o doente, participação na tomada de decisão quer individual quer em equipa guiadas pelo código deontológico e a promoção de valores como o respeito, confidencialidade, privacidade, autodeterminação, costumes e crenças.

No entanto, existiram alguns confrontos com vários dilemas e questões éticas relevantes. Sendo uma das competências primordiais que os profissionais necessitam ter, quer para o desenvolvimento de aptidões quer para a sua contínua melhoria, as

mesmas, só são suscetíveis de serem adquiridas se houver por parte do profissional uma reflexão em ação e sobre a ação (Pacheco, 2011). Para que essa aquisição de competências ocorresse foi fundamental a autorreflexão mas também a reflexão conjunta realizadas com as orientadoras e elementos das diferentes equipas multidisciplinares onde esteve inserido. Para Pacheco (2011) a aquisição de conhecimentos neste domínio não pode estar centrada apenas na transmissão de conhecimentos, torna-se importante que os estudantes participem ativamente no seu processo de aprendizagem, devendo ser chamados a refletir perante situações concretas, reais ou fictícias, mobilizando todos os recursos disponíveis, pois só assim será possível formar profissionais mais conscientes das suas responsabilidades e mais capazes.

Existe contudo um aspeto a acrescentar, pois neste caso sendo enfermeiro detentor de cédula profissional está apto para a prestação de cuidados gerais de Enfermagem, sujeito ao regime de responsabilidade ética e deontológica em vigor. Tal como acontecerá num futuro com o enfermeiro em Desenvolvimento Profissional Tutelado, nos EC encontrava-se a desenvolver competências para a tomada de decisão autónoma enquanto enfermeiro especialista, considerando a OE (2010, p.11) que assume a responsabilidade profissional pelas *“decisões e pelos atos que praticar ou delegar, considerando a sua capacidade para gerir a sua própria autonomia profissional. Pelos atos que executar com decisão do supervisor clínico, assume a responsabilidade pelo ato, enquanto que o supervisor assume (...) pela decisão.”*

Durante o decorrer dos EC foi possível desenvolver muitas das atividades utilizando uma metodologia de intervenção em grupo. Este tipo de metodologia de intervenção promove profundas e intensas trocas afetivas e de informação entre todos os participantes (Zimmerman, 1993). Houve por isso uma clara preocupação em nortear a atuação de acordo com os princípios orientadores da atividade de enfermagem enunciados no Código Deontológico, em especial no que se refere ao dever do sigilo. Procurou-se também desenvolver os mecanismos necessários para que tal também fosse respeitado pelos restantes participantes. Como tal, foi preocupação em especial nas primeiras sessões, procurar sensibilizar todos os participantes para a necessidade do respeito dos valores humanos, do sigilo e da necessidade de descrição acerca das partilhas efetuadas em grupo. O objetivo era desenvolver no grupo um ambiente de empatia e confiança que permitisse o à vontade necessário aos elementos participantes,

para poderem partilhar e participar de forma ativa sem que existisse o receio de haver uma divulgação externa ao grupo, dos aspetos abordados. Foi por isso possível o desenvolvimento das unidades de competência A2.1, no que se refere à promoção de valores como o respeito, confidencialidade, privacidade, autodeterminação, costumes e crenças dos indivíduos e grupos (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro).

O internamento compulsivo (IC) é uma ferramenta ao dispor da equipa terapêutica para o tratamento da doença mental, regulamentada na República Portuguesa pela Lei n.º 36/98 de 24 de julho. O internamento compulsivo é um:

*“internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica grave (...) só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado e finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa (...) se for proporcionado ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa (...) as restrições aos direitos fundamentais (...) são as estritamente necessárias e adequadas à efetividade do tratamento e à segurança e normalidade do funcionamento do estabelecimento (...)”* (Lei n.º 36/98 de 24 julho, p. 3545).

O IC tem levantado um sem número de questões éticas na prática diária, em especial o respeito pelo direito à liberdade do doente e o dever profissional de atuar na doença (Silva, 2010) uma vez que não existe por parte do doente mental grave, uma procura de tratamento para a melhoria da sua doença mental.

Assim, o respeito pelo direito à liberdade, dignidade e autonomia do doente encontra-se em causa, uma vez que lhe é retirada a possibilidade de decidir acerca do seu processo de tratamento. Não se deve, contudo, esquecer que as restrições ao princípio de autonomia devem ser apenas as *“estritamente necessárias e adequadas à efetividade do tratamento e à segurança e normalidade do funcionamento do estabelecimento”* (Lei n.º 36/98 de 24 julho, p. 3545). Por isso, torna-se importante ter sempre presente a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade, quer da pessoa humana quer do enfermeiro, através da aplicação do código deontológico que regulamenta o exercício profissional, em especial, no artigos referentes aos valores humanos, direitos ao cuidado e do dever da informação (OE, 2012). Existe neste caso uma prevalência dos princípios da beneficência em detrimento do princípio da autonomia, isto porque segundo Silva (2010) embora o IC seja uma situação indesejável devido à redução da autonomia dos doentes, o estabelecimento por parte dos profissionais de uma relação de ajuda pode

tornar este tipo de internamento uma experiência positiva e devolver à pessoa a liberdade, uma vez que esta se encontra reduzida pela doença.

Também os deveres profissionais de atuação na doença mental têm levantado algumas questões éticas pertinentes, desde logo a necessidade que existe em recorrer à contenção física e mecânica dos doentes. O recurso a esta ferramenta terapêutica põe em causa a liberdade do doente, no entanto, o seu uso permite também a sua proteção e a do meio envolvente. Tais medidas representam, concomitantemente objetivos terapêuticos, de proteção da vida e da integridade física dos doentes. Assim, é fundamental que as instituições estejam dotadas de pessoal suficiente, com competências técnicas específicas e preparados para ajudar a prevenir episódios de agressividade, através de atividades ocupacionais e de medidas de reabilitação psicossocial quando aplicável, com a participação e envolvimento do doente de forma a garantir a qualidade dos cuidados (DGS, 2007, 2011). O uso de medidas de contenção deve ser utilizado após a realização de uma avaliação do risco clínico e apenas quando os doentes manifestam comportamentos que os colocam a eles e a terceiros em risco de sofrerem danos, recusam nos termos legais o internamento compulsivo e seu tratamento ou recusam tratamento vital e urgente. O direito do doente à informação deve ser salvaguardado, sempre que possível, deve-se manter informado e tranquilizado quanto à necessidade da medida de contenção e os procedimentos que vão ser adotados (DGS, 2007, 2011).

No entanto, as condições oferecidas pela instituição onde é exercida a prática profissional especializada limitam a aplicação das normas da Direção Geral de Saúde (DGS) (2007, 2011) referentes a esta temática, podendo esta situação pôr em causa o cumprimento das determinações éticas e deontológicas. Em primeiro lugar, devido à *“ausência de faixas concebidas e apropriadas para tal”* (DGS, 2007 p. 3) em segundo, devido ao número de profissionais de enfermagem de serviço por turno, em especial no turno da noite, em que apenas se encontra um enfermeiro em cada uma das alas.

Este último aspeto referido também limita de certa forma a aplicação do Parecer 99 do Conselho Jurisdicional da OE de 17 julho de 2009. sobre Procedimento do enfermeiro perante comportamentos ofensivos (2009). Estas situações ocorrem algumas vezes em contextos de internamento compulsivo, mas não só, devido à não-aceitação do estado de saúde, à não adesão ao regime terapêutico, à atitude comprometida face à gestão

medicamentosa *coping* ineficaz, conhecimento sobre a saúde diminuído e agressividade verbal e física demonstrada pelo doente, mas também pela necessidade de realização de contenção física. Em algumas destas situações já se sentiu desrespeitado na sua dignidade, embora nunca tenha chegado a uma situação de recusa de prestação de cuidados ao autor de tais atos, como previsto no parecer. Considera importante para salvaguarda do profissional e doente, a possibilidade de existir outro enfermeiro que possa dar continuidade à prestação de cuidados em determinadas situações. É fundamental para que não ocorra uma quebra na relação terapêutica e não seja fator de potenciação de stresse e ansiedade para ambas as partes.

Um outro aspeto que tem merecido reflexão do ponto de vista ético no seu contexto de trabalho está relacionado com o fornecimento de informações pelo telefone a familiares e conhecidos. Na transmissão telefónica de informação existe uma separação física entre o enfermeiro e o familiar/conhecido e não permite confirmar quem se encontra do outro lado da linha nem avaliar em presença, a compreensão e interpretação do que é dito ao telefone dificultando a validação da informação percebida e a reação do recetor da informação (Parecer CJ-102 sobre Consulta de Enfermagem por via telefónica, 2009). O fornecimento de informações pelo telefone acerca dos doentes internados levanta questões éticas e deontológicas ao nível do dever de sigilo, do segredo profissional da confidencialidade e partilha de informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico. Por outro lado, ao recusar fornecer informações coloca-se em causa o dever de informação em especial no que diz respeito a informar a família acerca dos cuidados de enfermagem e atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito em matéria de cuidados de enfermagem (OE, 2012). Como forma de garantir os pressupostos éticos e deontológicos nestas situações abstenha-se de fornecer informações relevantes do doente ou dos cuidados de enfermagem telefonicamente, disponibilizando-se contudo para o fazer presencialmente. Deve incentivar quem faz a chamada telefónica a falar com o doente, disponibilizando o telefone do serviço para tal ou a contactar a pessoa significativa e que tem acompanhado mais de perto o processo de doença do utente internado. Nem sempre quem se encontra do outro lado da linha entende esta decisão, pelo que deverá ser feita também alguma educação nesse sentido. Um forma de se poder assegurar os princípios éticos e deontológicos nesta questão, podendo fornecer informações via telefónica, seria através da realização de videochamadas.

Tornou-se possível ao longo do percurso relatado nos parágrafos anteriores desenvolver diversas unidades de competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, especialmente as unidades de competência A1.3, A1.4 e A2.2, através do desempenho no papel de consultor nos cuidados da área de competência, da avaliação dos resultados do processo de tomada de decisão, a adoção de uma conduta preventiva e antecipatória, promovendo e adotando as medidas adequadas de acordo com a área de competência (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro).

### **2.1.2. Eixo B - Domínio da melhoria da qualidade**

No domínio da melhoria da qualidade, é exigido aos enfermeiros especialistas que colaborem “(...) *na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional*” (Regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 6), iniciando, e participando em projetos institucionais na área da qualidade incorporando as diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade da prática; no reconhecimento “(..) *que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua.*” (Regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 6) através de uma avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem nas suas diferentes vertentes e do planeamento e de programas de melhoria contínua; e considerando “(...) *a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.*” (Regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 6) através da promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo e da gestão do risco ao nível institucional.

A preocupação com a qualidade é algo que é inerente ao ser humano e tem evoluído com ele. De acordo com o Decreto-Lei nº 140/2004 de 8 de junho (2004, 3614) podemos definir qualidade como “*o conjunto de atributos e características de uma entidade ou produto que determinam a sua aptidão para satisfazer necessidades e expectativas da sociedade*“. A qualidade deve ser entendida como um dos impulsionadores do sucesso das organizações, apresentando-se como o produto final de

uma rede de trabalho, onde atuam e contribuem diversos intervenientes. Este resultado final é muitas vezes um fator de decisão face à escolha e distinção de um conjunto de serviços ou produtos dessa organização. Só será, contudo, possível atingi-la, se houver um esforço conjunto de todos os intervenientes envolvidos nos processos de qualidade institucionais, através da definição de metas, do desenvolvimento de atividades previamente planeadas e da avaliação do seu desempenho (Campos, 2005).

Em saúde e segundo D'Innocenzo, Adami, e Cunha (2006) esta preocupação também tem estado sempre presente, pois é pouco plausível que alguém atue sobre a vida de outro sem manifestar a intenção de fazê-lo com a melhor qualidade possível. D'Innocenzo et al. (2006, p.85) referem que:

*“a Organização Mundial da Saúde em 1993 definiu qualidade da assistência à saúde em função de um conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde.”*

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 fazia um diagnóstico da situação ainda pouco otimista, devido a uma escassa cultura de qualidade associada a um défice organizacional dos serviços de saúde, à inexistência de indicadores de desempenho e de apoio à decisão e ao insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica. Tem-se, por isso, assistido nos últimos tempos a um crescente enfoque e interesse pela qualidade ao nível dos sistemas de saúde, tendo muito como referência experiências adquiridas e desenvolvidas na área industrial e empresarial.

Campos (2005) entende que a qualidade só faz sentido se for entendida como um processo dinâmico e contínuo, para incremento da qualidade e diminuir as falhas, refletindo-se numa melhoria dos cuidados prestados. Assim sendo, e de acordo com o Manual de Acreditação das Unidades de Saúde (2001, p. 20), a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados *“é um elemento central da estratégia de qualidade que se tem vindo a desenvolver no Serviço Nacional de Saúde a acreditação das unidades de saúde surge como uma metodologia de trabalho destinada a favorecer e impulsionar estes processos de melhoria”*

O CHL está acreditado para a qualidade e segurança dos pacientes em todas as funções clínicas e administrativas do hospital pela *Joint Commission International*. Desde o ano

de 2009 que é Elo de Qualidade da Unidade de Internamento de Doentes Agudos tendo como funções a ligação entre o serviço e a comissão da qualidade, participar na implementação de medidas corretivas preventivas monitorizando a sua aplicação, sensibilizar os profissionais do serviço para os aspetos da qualidade e segurança, colaborar com o gabinete da qualidade no fornecimento de dados solicitados e sugerindo melhorias e monitorizar a implementação no serviço dos procedimentos/políticas/regulamentos/instruções de trabalho aprovados.

Do trabalho como Elo da Qualidade resultaram dois programas de melhoria contínua da qualidade, um já desenvolvido sobre Sensibilização para o Preenchimento do Impresso para “*Avaliação Inicial de Enfermagem*” (Anexo I) e um outro em desenvolvimento intitulado a “*Avaliação do Risco de Queda*” com a introdução da escala de Edmonson (Anexo II). O trabalho como Elo e o desenvolvimento destes projetos permitiu desenvolver e adquirir competência referentes a todas as unidades do domínio da melhoria de qualidade especialmente no que se refere à definição de metas, análise e planeamento a nível organizacional e institucional, divulgação de experiências de sucesso, realização de auditorias clínicas, identificação de oportunidades de melhoria e, definição de prioridades e estratégias de melhoria, a supervisão de processos de melhoria, demonstração e promoção de um ambiente seguro e o envolvimento dos restantes elementos na gestão do risco (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro).

A Avaliação Inicial de Enfermagem é um dos impressos que constituem o processo clínico do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHL a ser completa nas primeiras vinte e quatro horas, com o objetivo de identificar os principais problemas, permitindo traçar o plano de ação de enfermagem. O impresso inicialmente elaborado foi considerado pelos elementos da equipa de enfermagem algo desadequado para o fim que servia (Anexo I) o que contribuiu para uma baixa adesão do preenchimento do impresso comprovada por uma auditoria interna do serviço em que se verificou que apenas 73% dos processos tinham a Avaliação Inicial de Enfermagem preenchida. Fez então parte do grupo de trabalho constituído para proceder à adaptação do impresso, tendo por base as limitações identificadas. Por forma a delinear uma estratégia de implementação que visasse aumentar o grau de adesão dos enfermeiros para o preenchimento da Avaliação Inicial de Enfermagem, propôs-se a realização de uma intervenção que visasse a sensibilização junto dos Enfermeiros, para o preenchimento

da Avaliação Inicial de Enfermagem baseada na utilização do ciclo de *Deming*. Este ciclo também conhecido como Ciclo PDCA, é uma ferramenta de gestão amplamente utilizada em diversos contextos, como processo científico que tem como foco principal a melhoria contínua da qualidade (Mirshawka,1990). O Ciclo é constituído por quatro fases: planeamento da ação (*Plan*), execução do planeamento (*Do*), a verificação e avaliação constante das ações implementadas (*Check*) e por último a ação na qual se procede à análise e comparação das ações com aquilo que foi planeado, com vista à implementação de medidas corretivas ou de um novo planeamento (*Act*).

Definiu-se como objetivo principal a sensibilização dos enfermeiros para o preenchimento da Avaliação Inicial de Enfermagem e objetivos secundários: aumentar a taxa de preenchimento da Avaliação Inicial de Enfermagem em 20%, verificar a adequação das estratégias utilizadas para sensibilização e aferir se os aspetos que contribuíam para a baixa adesão do impresso. As estratégias de implementação adotadas estão descritas no Anexo I

Este projeto constitui-se como uma oportunidade de crescimento da equipa de enfermagem do serviço, permitindo um maior envolvimento nas políticas de qualidade da instituição. Os objetivos propostos foram em grande medida atingidos, pois os enfermeiros sentiram-se com as estratégias implementadas, sensibilizados para o preenchimento da Avaliação Inicial de Enfermagem. Conseguiu-se, assim, aumentar a taxa de preenchimento para um valor de 95%, o que constitui um aumento de 22% face ao momento anterior à intervenção. Os enfermeiros apresentaram como motivos para não preencherem sempre a Avaliação Inicial de Enfermagem o estado clínico do utente, o conteúdo do impresso e o fator tempo. No que se refere ao conteúdo do impresso, os enfermeiros destacaram a estrutura gráfica do mesmo e o demasiado enfoque na vertente física. No entanto, deixaram de ser referidos alguns dos aspetos de conteúdo referidos no diagnóstico da situação. Este processo levou também a levantar novas necessidades de planeamento e intervenção. Desde logo proceder a alguns ajustes no Guia de Preenchimento, promover dentro da equipa um processo de reflexão e discussão que permita aferir e corrigir eventuais lacunas ou defeitos relativos ao conteúdo e estrutura gráfica do impresso. Numa outra esfera foi necessário envolver o Gabinete da Qualidade da instituição num processo de reflexão sobre a adequação das normas existentes à especificidade de alguns dos aspetos relacionados com o tipo de

doentes internados no serviço. Por forma a replicar este trabalho em outros processos em vigor ou a instituir pareceu ser importante ter em conta dois aspetos: necessidade de aumentar o tempo da intervenção e definir estratégias que permitam envolver todos os profissionais, contornando as dificuldades criadas pelo facto da equipa de enfermagem trabalhar por turnos.

Estas aprendizagens foram úteis para o planeamento do processo de melhoria atualmente em fase de implementação sobre a introdução da escala de Edmonson para avaliação do risco de queda no serviço. Este processo de melhoria surge porque a escala de Morse atualmente em uso no serviço para avaliação do risco de queda foi considerada pelos profissionais de enfermagem do serviço não adequada às características dos doentes internados, uma vez que esta sofre uma variação muito grande do score ao longo do dia, não reflete o risco induzido pela toma dos psicofármacos, não traduz muitas vezes a realidade do doente mental e do internamento de psiquiatria. Trata-se ainda de uma escala validada apenas para unidades médicas/cirúrgicas. As quedas traduzem segundo a OMS (2008), consequências gravíssimas para o doente como dor, realização de meios complementares de diagnóstico adicionais, incapacidade, risco de complicações, diminuição da qualidade de vida, stresse do doente e familiares, morte e aumento dos custos com o internamento tendo a *Joint Comission Internacional* (s.d) definido no seu manual como uma das metas internacionais da segurança dos doentes a redução do risco de lesões resultantes de quedas em doentes que prevê a criação de políticas e/ou procedimentos destinados a reduzir o risco de lesões em doentes resultantes de quedas sofridas na instituição, a avaliação inicial de doentes relativamente à propensão para quedas e uma reavaliação dos doentes, sempre que se justifique e a implementação das medidas para reduzir o risco de quedas junto dos pacientes aos quais foi verificado estarem em risco.

Assim e para fazer face ao problema da inadequação da escala de avaliação do risco de queda utilizada na Unidade de Internamento de Doentes Agudos do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHL, foram definidos os seguintes objetivos: testar a adequação da escala de Edmonson para a avaliação do risco de queda e manter em níveis elevados a obtenção das metas definidas para os indicadores relacionados com as quedas no serviço. Foram definidas um conjunto de ações descritas no Anexo II. Neste momento, aplicação deste projeto encontra-se atrasado, tendo já sido desenvolvidas

algumas das ações previstas, prevendo-se em outubro iniciar o período experimental de avaliação do risco de queda com a escala de Edmonson.

Como elo da qualidade realiza ainda a auditoria dos processos clínicos do serviço. As principais dificuldades encontradas vão de encontro às encontradas por Setz & D'Innocenzo (2009) exatidão da informação, legibilidade, identificação do profissional que executa os registos e a diversidade terminologia técnica utilizada. Além destas é frequente encontrar informação em falta nos diferentes impressos do processo clínico. Estes mesmos autores alertam para o fato de que quando o registo é escasso e inadequado pode por em causa a assistência prestada isto porque segundo Simões & Simões (2007) os registos de enfermagem contribuem para o planeamento, intervenção e avaliação dos cuidados prestados, tornando-os individualizados e contínuos, sendo ainda importantes no reforço da autonomia e responsabilidade do enfermeiro e na segurança, qualidade e satisfação de quem presta cuidados e de quem os recebe.

Para tentar promover alguma melhoria a este nível, esta temática foi abordada na formação em serviço recentemente realizada sobre os procedimentos da instituição. Já foi feita a proposta junto do gabinete da qualidade para que os resultados das auditorias realizadas pudessem ser apresentados aos profissionais do serviço, servindo como ponto de partida para uma discussão e reflexão, tendo em vista a melhoria das não conformidades identificadas. No entanto, a introdução e utilização de um sistema de informação seria fundamental para a melhoria a este nível, opinião corroborada por Sousa (2006) citado por Simões et al. (2007) ao afirmar que a utilização de sistemas de informação permite evidenciar os cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros e correspondente financiamento, identificar quais os contributos da enfermagem relativamente resultados e ganhos de saúde e ainda contribuir para o conhecimento em enfermagem. A adoção por parte da instituição da CIPE poderia facilitar, também ela, este processo. O facto de a CIPE ser numa linguagem universal, que permite documentar a prestação de cuidados de Enfermagem e com a informação obtida planear e gerir os cuidados de enfermagem, bem como avaliar os resultados obtidos (ICN, 2005) facilitaria não só o processo de auditoria como traria uma melhoria dos resultados, assim como um crescimento qualitativo da informação produzida pelos enfermeiros do serviço para documentação das suas prática e na aplicação do processo de enfermagem. Um outro ganho importante seria a obtenção de indicadores de cuidados de saúde da

área de enfermagem, como forma de verificação do impacto dos cuidados de enfermagem nos ganhos em saúde das populações (Simões et al, 2007)

No EC II foi proposto pela enfermeira chefe a realização de uma ação de formação em serviço, realizada em conjunto com os colegas a realizar o EC, no internamento de agudos sobre medidas de segurança do utente internado. O grupo de trabalho decidiu ir mais além, ao identificar esta temática como uma oportunidade de melhoria (Anexo III) de qualidade dos cuidados prestados aos utentes internados no serviço, iniciando e lançando as bases para a implementação de um processo de melhoria contínua da qualidade. Assim, além da ação de formação em serviço, optamos, por propor uma norma sobre a temática, criamos duas *check-list*, uma de registos de contenção de doentes e uma outra de contenção de doentes e fizemos ainda algum trabalho preparatório para a parametrização CIPE neste tema. Ao desenvolvermos este conjunto de atividades foi-nos possível desenvolver algumas competências deste domínio, referentes às unidades de competência B2.2 e B3.1 e B3.2 especialmente no que se refere à identificação de oportunidades de melhoria e consequente definição de prioridades e estratégias, demonstração e promoção do ambiente seguro e a colaboração na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro).

Procurou-se assim, com todas estas iniciativas, definir as práticas a utilizar na segurança dos utentes do serviço de internamento de Psiquiatria do HDS, bem como as atividades a levar a efeito pela equipa de enfermagem na contenção física do utente violento, agressivo e ou com agitação psicomotora, uma vez que os episódios de agressividade ou disruptivos podem surgir de forma inesperada e são frequentes em contexto de internamento de psiquiatria e motivo de preocupação das suas equipas multidisciplinares. Prevenir estas situações é fundamental, podendo ser necessário adotar medidas de contenção ou ao isolamento do doente e à sua imobilização no leito, para se proceder à administração da terapêutica conducente à melhoria do seu estado (DGS, 2011). Por outro lado a adoção de *check-list* segundo Weiser & Berry (2013) é de extrema importância em condições complexas e stressantes, permitindo a redução de erros e são um excelente apoio à operacionalização da norma.

Ainda no domínio da melhoria da qualidade também foram encetadas algumas atividades no EC I para a aquisição destas competências. Foi desenvolvida uma atividade intitulada Neurolépticos Injetáveis de Ação Prolongada (Anexo IV) que tinha como objetivos identificar os utentes da área de influência do CS Arnaldo Sampaio a realizar NIAP e promover uma melhoria de articulação com a consulta externa de psiquiatria do CHL e Enfermeiros CS. Esta aproximação e melhoria da articulação entre equipas segundo Santana & Costa (2008) pode trazer melhorias da qualidade assistencial, melhorias na coordenação inter e multidisciplinar, a minimização dos erros médicos e uma maior racionalidade na prestação e utilização dos serviços de saúde.

Esta atividade acabou por ter diversas fases, que se estenderam ao longo do tempo em que decorreu o ensino clínico e que estão descritas no Anexo IV. Não se pode deixar de ter em consideração que a falha no tratamento é um dos principais obstáculos para o controle adequado da sintomatologia dos doentes, sendo um dos principais fatores do prognóstico, aumentando significativamente as probabilidades de recaídas, os números e o tempo dos internamentos (Claros, 2009).

Sensibilizou-se os enfermeiros do CS para a realização do registo informático para controlo da adesão ao regime terapêutico e para assegurar a continuidade dos cuidados. No sentido de auxiliar as colegas a identificar os focos e as intervenções de enfermagem existentes na SAPE foi elaborada e disponibilizada uma listagem.

Existiram contudo, dois objetivos inicialmente propostos que não foram atingidos totalmente. O primeiro tinha a ver com uma definição clara de um procedimento interno do Centro de Saúde a dotar para a gestão deste doentes e na articulação com o hospital assim como a avaliação presencial ou no domicílio de todos os utentes sem consulta de psiquiatria. Ambas as situações estiveram relacionadas com dificuldades em alocar recursos humanos a esta atividade por parte da chefia de enfermagem do CS.

Foram identificados noventa e cinco utentes a realizar NIAP, dos quais 65 são homens e 30 são mulheres, a maioria, 57, fá-lo sob a responsabilidade da equipa de enfermagem da unidade de ambulatório do CHL. Este número é um pouco elevado face àquilo que é a realidade da unidade referente a outros CS, no entanto a proximidade geográfica pode ajudar a justificar estes números. Tal, no entanto, não é o defendido pela Coordenação Nacional de Saúde Mental (2008) que propõe o desenvolvimento dos serviços de base

comunitária que trazem um impacto positivo para a melhoria da acessibilidade, qualidade e efetividade dos cuidados, reforçando no entanto a ideia de uma boa articulação entre as diferentes estruturas. Existiam 19% (18) doentes sem qualquer registo no sistema informático do hospital de consulta médica marcada. Foi ainda realizada formação a dez (30%) dos profissionais de enfermagem do CS.

Mais uma vez foi possível, com a realização desta atividade, desenvolver algumas unidades de competência referentes a este domínio, como é o caso das unidades B1.1, B2.1, B2.2, B3.1 e B3.2, através da colaboração de atividades e protocolos na área da qualidade, do desenvolvimento de aptidões de análise e planeamento da qualidade de cuidados, definição, utilização de indicadores e do desenvolvimento de programas de melhoria, aplicação de princípios que garantam segurança na administração de terapêutica e desenvolvimentos de sistemas e orgânicas de trabalho que diminuam o erro (Regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro, 2011).

### **2.1.3. Gestão dos cuidados**

No domínio da gestão dos cuidados, é exigido que o EESM realize “(...) *a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.*” (Regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro, 2011, 2011, p. 8), através de uma otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e da orientação e supervisão das tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade; “*Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados*” (Regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 9) otimizando o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados e a adoção de estilos de liderança.

Este domínio encontra-se na ordem do dia, devido ao atual contexto económico, social e político e aos custos com os cuidados de saúde, tenho os enfermeiros e em especial os EESM um papel importante, devido às competências acrescidas que possuem nesta área da gestão, isto porque de acordo com Serrão (s.d), o desenvolvimento da gestão na área da saúde é uma prioridade, permitindo reforçar as competências do profissional de saúde para negociar, comunicar e desenvolver estratégias para a realização de cuidados com mais eficácia e eficiência. O desafio passa pela promoção de respostas adequadas à

população, a segurança das ações, a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e a racionalização dos recursos, ao menor custo económico possível.

Rantz (1999) citado por Aleixo, Escoval, Fontes, & Fonseca (2011) dá o exemplo de uma unidade de idosos para demonstrar como os indicadores da qualidade nos cuidados de saúde prestados por enfermeiros, são um imperativo, uma vez que se podem traduzir numa importante ferramenta de gestão de recursos humanos, materiais e financeiros, ajudando ao nível da racionalização dos custos e da melhoria da qualidade. Pretende-se que os indicadores possam ter por base a CIPE, permitindo que ao seleccionar os focos mais importantes, representativos e sensíveis em cada unidade específicos se possa demonstrar eficazmente que os enfermeiros fazem a diferença no que se refere ao custo-eficácia e no providenciar cuidados seguros e de alta qualidade aos doentes através da obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (evoluções que sejam positivas ou aquelas que são operadas no estado do diagnóstico de enfermagem após intervenção de enfermagem) (Conselho de Enfermagem, 2004).

Como forma de desenvolver competências, tendo em vista o trabalho mais efetivo num futuro ao nível dos indicadores de cuidados, a oportunidade de trabalhar com o SAPE, ao longo do EC I, era uma oportunidade de aprendizagem no percurso profissional encarada como importante. As expectativas eram muitas mas rapidamente deram lugar a alguma desilusão e sentido de impotência, pois a primeira impressão com que se ficou aquando da realização dos primeiros registos das intervenções efetuadas, foi que seria extremamente difícil transcrever para o aplicativo as intervenções realizadas. As dificuldades tiveram logo início na colheita de dados. Os campos predefinidos estão muito vocacionados para os diferentes programas estruturados (saúde materna, diabetes, saúde infantil). Os espaços que permitem fazer alguma descrição são extremamente curtos e com um limite do número de palavras. Os únicos dados de saúde/doença mental já criados tem a ver com o abuso de substâncias. Além disso dos vários programas pré definidos e que podemos associar ao nosso registos, temos um de Saúde Mental e Psiquiatria, só que o mesmo encontra-se em branco, isto é, não tem predefinido quaisquer focos ou intervenções. Para dificultar ainda mais, não é possível adicionar a este programa, por exemplo as intervenções em grupo. No que se refere aos focos, a situação pode ser facilmente contornável, porque além daqueles já parametrizados e incluídos nos diversos programas é sempre possível consultar a árvore da CIPE, versão

B2, e selecionar o que se pretende. O problema surge quando queremos definir as intervenções a realizar, pois o sistema só permite escolher as que estão previamente definidas. E aqui a adequação e as necessidades que um EESM tem para registar as intervenções por si realizadas não são de todo respondidas. A situação pode ser minorada nas especificações que nos são permitidas inserir para cada intervenção, mas não mais do que isso e apenas se tivermos intervenções que se incluam na nossa intervenção. Estas dificuldades encontradas contrariam o defendido pela OE no documento de trabalho Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) - Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais (2007) que preconiza que deverá ser possível descrever as necessidades em cuidados de enfermagem nos mais diferentes contextos e momentos, identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem a serem implementadas e avaliar os recursos que estão a ser utilizados.

A OE, no documento referido anteriormente, aborda a necessidade de se realizar a parametrização por unidade como forma de adequação dos itens de informação mais importantes/ frequentes uma vez que as necessidades, os objetivos, as intervenções, os dados de avaliação inicial e os dados da observação / vigilância variam de unidade para unidade. Como forma de minorar e melhorar a situação anteriormente descrita contamos com a colaboração do colega do CS que têm credenciais de parametrizador. Desta forma, foi possível por exemplo criar comunidades de forma a podermos registar as intervenções realizadas em grupo, quer nas escolas quer com os diferentes grupos, pois até agora tal não era realizado. Aqui, a grande dificuldade foi mais uma vez a avaliação inicial, pois a nível das comunidades o sistema não o permitia fazer. Acabamos por abrir espaço para tal, criando dois campos abertos com um máximo de 300 palavras, o máximo que o sistema permite. Conseguiu-se criar algumas intervenções, quer a nível da intervenção na ansiedade e stresse, quer ao nível da intervenção na saúde mental do indivíduo e prestador, quer no uso e ensino de estratégias de *coping*. Este trabalho contribui para uma melhor adequação dos conteúdos, sendo que segundo o referido no documento trabalho Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) - Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais (2007) um instrumento de melhoria contínua da qualidade baseada na reflexão sobre a ação.

Foi assim possível, com esta atividade, desenvolver as unidades de competência C1.1 e C2.1, através da melhoria da informação para o processo de cuidar e a negociação e

utilização de recursos adequados e promotores dos processos de qualidade (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro). Este trabalho representou ainda alguns ganhos e o início de uma mudança. Uma forma de introduzir ainda mais melhorias a este nível, será constituir um grupo de trabalho a nível do ACeS que reúna os EESM, com vista à realização de alguma atividade de parametrização nesta área. Só assim será possível reproduzir, de uma forma fidedigna, nos registos realizados as intervenções que são realizadas dando assim visibilidade aos cuidados especializados e demonstrar os ganhos em saúde que os mesmos produzem nos alvos de cuidados.

No decorrer do EC I foi pedida a nossa colaboração no sentido de assessorar uma colega de uma extensão de saúde na avaliação de um utente, sobretudo na realização do seu exame mental. A realização desta atividade permitiu desenvolver as unidades de competência D1.1 (Regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro, 2011). A primeira grande dificuldade com que nos deparamos, foi a ausência de informação de enfermagem sobre o doente, mesmo os registos médicos apenas faziam referência a medicamentos prescritos em alguns períodos dos quais de facto faziam parte psicofármacos. Da experiência do EC I, mesmo existindo os registos de enfermagem, estes muitas vezes não davam enfoque à vertente psíquica, dificultando o trabalho de assessoria solicitado. Foi decidido o contato com a consulta externa de psiquiatria do CHL que nos forneceu informações relevantes e que se demonstraram essenciais para planear a entrevista e conseguir realizar algum planeamento de cuidados. Mais uma vez verificou-se que a articulação com os cuidados hospitalares revela-se fundamental para um melhor conhecimento da situação. Foi então possível em colaboração e parceria com a equipa multidisciplinar melhorar o conhecimento da situação clínica do utente para um processo de tomada de decisão mais fundamentada. Fomos vistos pela equipa da extensão de saúde, como peritos na área, tornando a nossa avaliação e opinião relevante e importante em todo este processo, permitindo ainda completa autonomia para a realização de intervenções da área de competências quer tenham sido elas autónomas ou interdependentes. Participamos ainda no processo de tomada de decisão de envio de uma informação clínica conjunta para o Delegado de Saúde, no sentido de se proceder ao encaminhamento do doente para uma avaliação clínico psiquiatra, para eventual internamento compulsivo. Neste trabalho de assessoria foi ainda realizado um plano de cuidados no SAPE em articulação com a enfermeira da extensão.

No EC II rapidamente foi perceptível que muito do bom trabalho realizado pelos profissionais da equipa interdisciplinar se deve à qualidade do trabalho em equipa e à complementaridade que os diferentes profissionais (enfermeira, médicas, assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional e assistente operacional) nas suas diversas áreas de competências profissionais colocam no trabalho que desenvolvem com os doentes. Esta dinâmica com que se deparou é fundamentada por Neves (2012, p. 125) ao referir que a *“equipa tem de compreender a diversidade dos seus componentes, as competências e os saberes dos seus profissionais, e tirar partido disso no benefício de todos(...)em que as várias disciplinas aprendem das outras, com as outras e sobre as outras”*. Segundo o mesmo autor, este trabalho em equipa exige não só uma vertente colaborativa por parte dos intervenientes mas sobretudo a interação e negociação entre os seus membros.

A reunião de semanal da equipa é o momento onde é discutido o quotidiano do hospital, planeadas as atividades, abordadas os diferentes casos dos doentes a frequentar hospital de dia e discutidas as altas ou novas admissões. Scherer, Scherer & Campos (2007) referem que estas reuniões podem ir mais além, ao funcionarem como um recurso para integrar as diversas formas de pensar e agir, além de permitirem discussões e reflexões que permitam rever conceitos, posturas, atitudes, condutas, prover inovações na prática, trabalhar conflitos emergentes e facilitar os relacionamentos interpessoais.

O facto de todas as atividades serem previamente planeadas e em todas elas existirem claramente definidas as funções de cada elemento, bem como preocupação de potenciar as capacidades, habilidades e competências de cada elemento no momento da distribuição das tarefas é fundamental, não só para um funcionamento eficaz do hospital de dia mas também para a qualidade do trabalho desenvolvido. Além disso o risco de haver atropelos no que são as funções de cada profissional, não acontece, pois existe por parte de cada profissional a consciência dos limites da sua intervenção e da importância de se trabalhar em equipa.

Além do mais o papel do EESM acaba por ser central em todo este processo, não só pela exclusividade do tempo de trabalho para o hospital de dia, pela visão holística que possui, mas também pela completa adequação daquilo que são as suas competências profissionais ao trabalho realizado permitindo dominar um conjunto mais vasto de

processos e estender a sua intervenção a diversas áreas, que vão desde a gestão, à melhoria da qualidade não descurando a componente interventiva, fazendo-se valer de um conjunto vasto de técnicas, não só ao nível da saúde mental mas também da saúde física do indivíduo. O facto de estarmos integrados nesta equipa permitiu-nos desenvolver as unidades de competência C1.1 e D2.2, pelo facto de termos colaborado nas decisões da equipa, de termos reconhecido quando negociar com ou referenciar para outros profissionais e de termos reconhecido seu papel/funções e o papel/funções dos restantes profissionais (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro).

#### **2.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais é exigido ao EESM que demonstre *“capacidade de autoconhecimento, (...) Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional”* (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro) através de uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro e de uma elevada adaptabilidade individual e organizacional e ainda que *“(…) os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação”* (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro) através do desempenho de um papel facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, de assentar a sua prática clínica na investigação e no conhecimento e de promover a liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

A experiência em EC revelou-se fundamental para o desenvolvimento de um conjunto vasto de aprendizagens ao permitir a integração de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais (Fonseca, 2006) permitindo atingir as unidades de competência D1.1 e D1.2 do Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro. O mesmo autor defende que o desenvolvimento de competências a nível profissional e pessoal ocorre através de um processo de informação/reflexão/ação/reflexão, em que a formação se vai desenvolvendo através da reflexão na ação e sobre a ação. É através do autoaperfeiçoamento que o enfermeiro promove o seu autoconhecimento, contribuindo para o seu desenvolvimento profissional, conseguindo prestar cuidados com mais

qualidade e com certezas daquilo que faz e porque o faz. A reflexão constitui ainda uma condição imprescindível ao desenvolvimento, quer da dimensão profissional de acesso aos conhecimentos específicos de cada profissão, sejam eles de natureza científica, tecnológica ou contextual, quer da dimensão pessoal de acesso ao conhecimento de si próprio (Sá-Chaves, 2002). O desenvolvimento da capacidade reflexiva permite gerar estratégias para antecipar situações de eventual conflitualidade ou mesmo a resolução de conflitos que possam surgir no contexto da prática profissional, como afirma Fonseca (2006, p.18) citando Garmston *“a reflexão (...) facilita o desenvolvimento de competências de resolução de problemas ao promover a capacidade de reformular a experiência, gerar alternativas, fazer inferências com base no conhecimento prévio, (...) avaliar ações no sentido de construir novas aprendizagens.”*. Os supervisores e orientadores foram importantes no desenvolvimento do espírito de reflexão, autoconhecimento, inovação e colaboração. Sendo o supervisor o responsável pelo processo terá de atuar de modo a monitorizar sistematicamente a prática através de procedimentos de experimentação e de reflexão sendo importante o seu papel na ajuda ao aluno a compreender e a saber agir em situação e a sistematizar o conhecimento que surge da interação entre a ação e o pensamento (Alarcão & Simões, 2007)

Na prática clínica como EESM os processos de tomada de decisão e a intervenção devem ter por base os conhecimentos mais relevantes e atuais possíveis. No entanto, o papel do EESM deve ir um pouco mais além no sentido de ele próprio ser um facilitador das aprendizagens realizadas em contexto de trabalho. Assim e por forma a atingir as unidades de competência D2.1 e D2.3 (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro) foram realizadas ao longo dos EC e mais recentemente no contexto da prática clínica várias ações de formação em serviço, sendo estas consideradas por Gaspar (2007, p. 93) como uma forma de *“formar-se e adquirir, refrescar ou desenvolver saber e saber-fazer, habilidades, capacidades, é desenvolver competências que combinam uma gama de comportamentos e de saberes face a problemas a resolver em situações específicas”*.

Assim, no EC I, foi realizada a ação de formação *“Saúde Mental, o Bicho Papão”* (Anexo V) com o objetivo de alertar para a necessidade de intervenção na área da Saúde Mental comunitária, sensibilizar para a necessidade/importância da Promoção da Saúde Mental, sensibilizar para a necessidade/importância da prevenção da doença mental e divulgar as linhas orientadoras do EC. A própria Comissão Nacional para

Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007) no seu Plano de Ação para a reestruturação e desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016 define como uma das estratégias de melhoria ao nível CSP para a área da saúde mental, a satisfação de necessidades formativas dos seus profissionais de saúde.

O balanço realizado pelos profissionais da sessão foi bastante positivo e os elementos ficaram muito ou totalmente satisfeitos com a grande maioria dos itens avaliados. Isto pode, de certa forma, demonstrar em primeiro lugar a abertura e disponibilidade dos colegas para a formação em serviço e em especial nesta área, mas também que a ação desenvolvida foi de encontro às suas expectativas e necessidades, podendo representar uma mais-valia para a sua atividade profissional. Na avaliação qualitativa foram vários os enfermeiros que referem como aspetos positivos a adequação às necessidades de formação mas sobretudo a de proporcionar e motivar os colegas para a reflexão desta temática. A ação foi classificada como boa, por sete participantes, existindo ainda um grande número de colegas (6 elementos) que a classificaram como excelente e dois elementos como média.

No EC II foi realizada a ação de formação intitulada Medidas de Segurança do Utente – Serviço de Psiquiatria do HDS (Anexo III), que fazia parte uma oportunidade de melhoria de qualidade já descrita. Para esta ação foram definidos como objetivos a transmissão de conhecimentos atualizados das orientações atuais da DGS nesta matéria, a normalização de procedimentos, intervenções e registos das intervenções de Enfermagem na contenção. Para avaliação da ação foi realizado um questionário aos participantes. Estiveram presentes 6 enfermeiros, 5 mulheres e apenas um homem, com uma média de idades de 46 anos. Dos presentes, metade eram EESM. Dos itens avaliados (Anexo III) o pior acabou por ser o relativo ao espaço, algo que é compreensível, pois tratava-se de um espaço pequeno e desconfortável. Os itens melhores avaliados foram o referente ao desempenho dos formadores e o que mencionava o grau de satisfação face à ação de formação. A ação foi classificada excelente por quatro participantes e boa por apenas dois. Na discussão final os profissionais referiram que a formação teve como principal aspeto positivo ir de encontro a uma necessidade do serviço e referem ainda que a ideia da *ckeck-lists* e a parametrização CIPE são mais-valias para o quotidiano do serviço entendendo como uma oportunidade de melhoria para o serviço. A questão que acabou por gerar mais

discussão acabou por ser a forma como se poderá operacionalizar esta implementação, em especial como poderá ser feita a parametrização CIPE. Também foi discutido pela equipa a melhor forma de incorporar estes dois documentos no processo clínico/sistema informático existente por forma a ser acessível prático e facilitador para os enfermeiros do serviço. Esta discussão promovida permitiu pôr em prática o papel do EESM como facilitador da aprendizagem, permitindo a reflexão entre pares, identificando os problemas, planeando estratégias para resolução dos mesmos e a responsabilização pelas suas atitudes e aprendizagens, permitindo e encorajando a reflexão sobre as intervenções efetuadas, tal como defendido por Soares (2008).

Já no que se refere ao contexto de prática profissional foram realizadas quatro ações de formação em serviço, uma no âmbito da implementação da avaliação inicial de enfermagem, duas no âmbito da implementação da escala de Edmonson para avaliação do risco de queda no serviço e uma outra sobre a revisão de procedimentos internos da instituição no âmbito do trabalho desenvolvido como ela da qualidade do serviço. Para o ano de 2014 estão ainda planeadas, no plano de formação do serviço (Anexo VI), duas outras ações de formação uma intitulada Reabilitação psicossocial – Intervenções de Enfermagem estruturadas em atividades de ocupação terapêutica e outra sobre estratégias de promoção da adesão terapêutica.

O papel desenvolvido como orientador de ensino clínico, quer de alunos do curso de licenciatura em enfermagem quer de uma aluna de especialidade, contribuíram para aquisição de competências ao nível do domínio D2 (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro), em especial no que se refere ao favorecimento de aprendizagens, destreza, habilidades e competências dos enfermeiros. Para Abreu (2003), a formação em enfermagem está relacionada com a qualidade das aprendizagens em contexto clínico, constituindo assim os EC um espaço para a integração de conhecimentos, a aquisição de saberes práticos e a definição e construção de uma consciência e identidade dos formandos. Fonseca (2006) refere também que a prática permite que o aluno adquira uma visão mais realista do seu futuro mundo de trabalho e dos problemas a ele inerentes. A supervisão e o supervisor desempenham assim um papel importante na área da construção do conhecimento profissional do aluno de enfermagem. Segundo Garrido (2005) a supervisão clínica em enfermagem tem como objetivos a formação, o desenvolvimento de competências profissionais e a melhoria dos cuidados prestados. O

aluno constrói, compreende e organiza o conhecimento através do desenvolvimento de ações e sistematiza-o através de processos reflexivos.

Como forma de desenvolver competências ao nível da unidade de competência D2.2 D2.3 (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro) que permitam adquirir uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuam para a prática especializada para que posteriormente se possam aplicar na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes, têm vindo a participar em diversas ações de formação de formação (Anexo VII) até porque o *“avanço do conhecimento requer que o EESM incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, (...) dentro da sua especialização.”* (Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro, p. 8670). No entanto o EESM deve investigar e divulgar dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da prática clínica especializada (Reg ainda a possibilidade de ulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro, p. 8670). Como tal, têm realizado apresentações em eventos científicos, de comunicações, posters e artigo com vista ao desenvolvimento da unidade de competência D2.2 através da divulgação de dados provenientes da evidência, a discussão de implicações da investigação e o contributo para um novo conhecimento e para o desenvolvimento da prática clínica especializada (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro).

Teve ainda a oportunidade de participar no Work In Progress (WIP) realizado em Oslo em 2012 permitindo consolidar e desenvolver o protocolo de investigação (Anexo IX)

### 3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

De acordo com a sua área de especialidade, os enfermeiros especialistas possuem para além das competências comuns já abordadas um grupo de domínios, consideradas competências específicas que segundo a OE (2009, p. 10) são aquelas que *“(...) decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das*

peças”. Assim e no caso do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental as competências específicas são as seguintes:

- a) *Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;*
- b) *Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;*
- c) *Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;*
- d) *Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” (Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro, p. 8670)*

A aquisição e desenvolvimento por parte do EESM das competências já enumeradas permitirá ao enfermeiro especialista a *“mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (...) permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, (...) aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução”* (Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro, p. 8669)

A capacidade do EESM se mobilizar de si mesmo como instrumento terapêutico advém em grande parte do desenvolvimento da competência F1, pois só uma grande capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal do enfermeiro, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas, uma vez que capacidade de funcionar como instrumento terapêutico condiciona os resultados esperados pela prática de enfermagem de saúde mental, em parte pela possibilidade de interferência no estabelecimento e desenvolvimento da relação terapêutica e das intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas planeadas (Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro).

O relacionamento terapêutico, já anteriormente descrito no primeiro capítulo, é uma experiência de aprendizagem mútua (Stuart & Laraia, 1998). A OE (2011) refere que são elementos importantes para o relacionamento terapêutico o autoconhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, a capacidade de gerir emoções,

sentimentos, valores e atitudes presentes, a capacidade na relação de gerir fenómenos de transferência, contra-transferência, resistências, transgressão de limites e impasses terapêuticos e a capacidade de desenvolver uma relação psicoterapêutica a partir das necessidades manifestadas pelo cliente, mobilizando abordagens adequadas à situação..

Ao utilizar-se a si próprio na relação com vista a desenvolver as suas intervenções especializadas, o EESM deve possuir tal como refere Townsend (2011, p. 130) *“um forte sentido de autoconsciência e autoentendimento”*.

Como tal e para conseguir atingir a unidade de competência F1.1 desenvolvendo competências que lhe permitam monitorizar a sua mais diversas reações (emocionais, comportamentais ou corporais) foi importante desde logo a realização de autoanálise, que não é mais do que o ato de se analisar a si próprio, permitindo desenvolver o autoconhecimento enquanto enfermeiro. Para Gomes (2011) a autoanálise é a consciência e perceção de si ou do acontecimento; o esclarecimento dos seus valores e comportamentos; a exploração dos sentimentos sentidos antes, durante e/ou depois de uma intervenção; a capacidade de sentir como referência para os outros na forma como e intervém e a capacidade de reconhecer os princípios éticos e legais da profissão bem como as suas responsabilidades.

Surgiram posteriormente os EC que aumentaram as competência ao nível da autoconsciência e autoconhecimento sobretudo através das doze reflexões escritas realizadas ao longo do ensino clínico sobre as experiências e situações vivenciadas, mas também através da reflexão sobre o processo terapêutico e as atividades desenvolvidas através de momentos de reflexão individuais, ou com os supervisores, professores e profissionais de saúde. A realização deste processo de autoanálise em contexto de ensino clínico segundo McAllister, Lincoln, Ferguson e McAllister (2009), permite o desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional do aluno através de um raciocínio clínico independente, que lhe permita resolver problemas e compreender de que forma os dados clínicos disponíveis podem facilitar a evolução do utente e de si próprio.

O desenvolvimento desta competência permitiu olhar para as questões de saúde mental de uma forma diferente e mais fundamentada, desenvolveu a capacidade de analisar e refletir sobre a importância do processo de tomada de decisão além disso desenvolveu a consciência sobre limites na relação, posturas, reações, emoções, o que levou a um

menor condicionamento da relação terapêutica e uma maior capacidade de ser por si um instrumento terapêutico aos dispor dos utentes/famílias tendo em vista a obtenção de mais e melhores ganhos em saúde.

Mais recentemente a elaboração do Projeto Profissional para o biénio 2013/2014, que faz parte do processo de avaliação de desempenho do contexto de prática profissional constitui uma oportunidade para uma tomada de consciência de si enquanto pessoas mas sobretudo enquanto enfermeiro permitindo ainda projetar o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Uma vez iniciado o desenvolvimento de competências ao nível da *“mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico”* (Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro, p. 8669) foi possível desenvolver vivências, conhecimentos e capacidades por forma a desenvolver e mobilizar as diversas competências psicoterapêuticas através da realização das atividades terapêuticas permitindo assim o desenvolvimento e a aquisição de competências ao nível da

*“recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental (...) da sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde (...) de forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo (...) A implementação das intervenções identificadas (...) de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional.”* (Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro, p. 8669-8670)

Pretende-se ainda que este desenvolvimento de competências seja alicerçado nos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, enunciados esses que de acordo com a OE (2011, p.4) *“visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem”*. No caso da enfermagem especializada de saúde mental foram identificadas oito categorias de enunciados descritivos: a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e auto cuidado, a adaptação, a organização dos cuidados de enfermagem, a relação psicoterapêutica, estigma e exclusão social.

Na promoção da saúde mental existe por parte do EESM uma preocupação em que os utentes alcancem o máximo potencial de saúde. (OE, 2011). Para que tal ocorra é necessário que o EESM desenvolva um conjunto de competências tais como a avaliação da história e das necessidades em saúde mental, a coordenação implementação e desenvolvimento de projetos de promoção/proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental, o estabelecimento de diagnósticos de saúde mental, a identificação dos resultados esperados mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental, a implementação do planeamento de cuidados em saúde mental, a coordenação e desenvolvimento de programas psicoeducativos processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos quer a grupos ou comunidades tendo em vista a restauração da saúde mental e a prevenção da incapacidade (Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro).

No EC I foi possível desenvolver uma intervenção em grupo com enfermeiros do CS tendo em vista a promoção da sua saúde mental (Anexo X). Embora tenha sido desde logo prevista a sua realização, o diagnóstico de Saúde Mental dos Enfermeiros do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio efetuado (Anexo XI) veio reforçar esta necessidade. Os indicadores previstos a avaliar neste diagnóstico foram os seguintes: Saúde Mental dos Enfermeiros do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio; Satisfação com o ambiente de trabalho; Estabilidade de emprego; Programas de promoção da saúde mental no local de trabalho; Atividade desportiva; Formação na área da Saúde Mental. Responderam ao questionário vinte e sete dos trinta e dois enfermeiros do Centro de Saúde, sendo apenas um do sexo masculino com uma média de idades rondava os quarenta e um anos e o tempo de serviço médio era de aproximadamente dezassete anos. No Tabela seguinte constam os resultados referentes aos indicadores estabelecidos.

Tabela 13 – Resultados dos indicadores de Saúde Mental dos Enfermeiros do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio

<b>Descrição Indicador</b>	<b>Valor do Indicador</b>
Saúde Mental dos Enfermeiros do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio	36% abaixo do ponto de corte, o que representa uma má saúde mental
Satisfação com o ambiente de trabalho	8% insatisfeitos ou muito insatisfeitos
Estabilidade de emprego	26,9% com contrato a termo
Atividade desportiva	23,1% não realiza qualquer atividade desportiva
Formação na área da Saúde Mental (Frequência (nº/%) de participação em ações de formação na área da Saúde Mental)	92% não possuem formação especializada; 96% não possui formação pós graduada; 36% nunca participou numa jornadas; 68% nunca participou num cursos de curta duração

A enfermagem segundo Stacciarini & Tróccoli (2001) é a quarta profissão com mais *stress* no setor público, com grande suscetibilidade para desenvolver fadiga. Esse *stress* está relacionado com a intensa carga emocional decorrente da relação enfermeiro/doente, bem como das variadíssimas responsabilidades atribuídas (Guimarães & Grubits, 2007). É frequente o aparecimento nos enfermeiros de ansiedade, depressão, angústia sentimentos de impotência profissional com repercussões na saúde mental do enfermeiro e na qualidade dos cuidados por si prestados (Felix, Jorge, Neto & Oliveira, 2009). Além disso, cuidar do outro exige que o próprio enfermeiro possua uma Saúde Mental que lhe permita ter condições para poder desempenhar de forma competente e capaz os seus cuidados, até porque este recorre muitas vezes a si próprio como um instrumento terapêutico na relação que estabelece com o seu alvo de cuidados (Florentim, 2009).

A WHO Europe (2008a) defende a adoção de medidas, que podem passar pela implementação de programas de promoção e prevenção da saúde mental e do bem-estar do trabalhador. Estas visam criar um ambiente de trabalho que ofereça aos trabalhadores uma melhor saúde mental, previnam o *stress*, criem um ambiente de apoio, identifiquem fatores de risco no local de trabalho e estratégias de gestão do *stress* a fim de desenvolver um ambiente propício para o bem-estar dos trabalhadores (Hassard & Meyer, 2011). As medidas a adotar para promover a saúde mental e prevenir o *stress* no trabalho segundo Jane-Llopis, Katschniong, McDaid & Wahlbeck (2007) devem possuir estas características: identificação de fatores de risco no local de trabalho, uso de medidas organizacionais para reduzir os riscos identificados, desenvolvimento de uma cultura de trabalho/ambiente propício para a saúde e bem-estar, horário de trabalho flexível e suporte para os desafios da vida diária, utilização de programas de bem-estar multicomponentes, formação sobre questões de saúde mental para os gestores e funcionários, identificação precoce de *stress*, gestão dos cuidados e aconselhamento psicológico gratuito.

Como é possível verificar pela análise do quadro, mais de um terço dos enfermeiros do Centro de Saúde têm uma má saúde mental. Como tal foi desenhada intervenção com os objetivos de avaliar o impacto de uma intervenção em grupo ao nível da promoção da saúde mental e a satisfação face ao trabalho de um grupo de enfermeiros dos cuidados de saúde primários. A intervenção consistiu na realização de cinco sessões de terapia de

grupo de base psicoterapêutica e psicoeducativa, desenvolvidas semanalmente, durante uma hora e trinta minutos. Para cada sessão foram desenvolvidas antecipadamente várias intervenções de enfermagem especializadas em saúde mental adequadas ao grupo, sendo os temas abordados os seguintes: “Eu e o trabalho”, “Promover a saúde mental no trabalho”, “Trabalho em equipa e gestão de conflitos”, “Stresse no trabalho” e “Emoções e o trabalho”. Realizou-se um questionário antes e após a intervenção.

Participaram nove enfermeiras, com uma média de trinta e nove anos e quinze de serviço, todas com contrato trabalho sem termo. Após a intervenção houve uma melhoria da saúde mental em seis das participantes, duas mantiveram e uma diminuiu. Já na satisfação face ao trabalho, uma das participantes passou de satisfeita para muito satisfeita, todas as outras mantiveram a sua satisfação. A intervenção contribuiu para a melhoria da saúde mental da maioria dos participantes, tendo sido considerada por estes, importante no que toca á melhoria das relações interpessoais, gestão do stresse e expressão de emoções/ sentimentos. Já no que se refere à satisfação face ao trabalho esta permitiu na sua grande maioria manter o seu grau de satisfação

No que se refere à avaliação realizada pelas participantes estas ficaram satisfeitas com a intervenção realizada, com a forma como decorreram as sessões, com as temáticas abordadas e as dinâmicas de grupo utilizadas. As participantes ficaram com a perceção que a intervenção contribuiu para a promoção da sua saúde mental e bem-estar e para a melhoria da satisfação profissional. A intervenção foi considerada muito importante no que toca á melhoria das relações interpessoais, gestão do stresse e expressão de emoções e sentimentos. Já no que se refere às mais-valias geradas pela participação na intervenção para o seu trabalho, foi referido como importante para a melhoria do autocontrolo do stresse e das emoções e para o desenvolvimento estratégias para uso nos diferentes contextos abordados na intervenção. Foi unânime que esta contribuiu ainda para uma melhoria do cuidar dos seus utentes, pois a melhoria da sua saúde mental contribuiu para o aumento da sua disponibilidade para o cuidar. Estas referiram ainda que sentiam necessidade de terem sido abordadas questões relacionadas com o autocontrolo da ansiedade, o desenvolvimento da motivação laboral além de referirem que gostariam de terem visto mais aprofundadas as questões relacionadas com comunicação e gestão de conflitos dentro da equipa, questão esta muito relacionada com o período que a equipa de enfermagem se encontrava a atravessar. O desempenho dos

terapeutas foi considerado como muito satisfatórios o que contribuiu na opinião destas para o sucesso da intervenção

O alargamento da duração da intervenção e conseqüentemente do número de sessões permitiria a introdução de novas temáticas como a resiliência, o alargamento da intervenção a um nível organizacional procurando a definição e criação de políticas de apoio a um ambiente laboral mais saudável e promotor de saúde mental e bem-estar e o desenvolvimento de programas/atividades de bem-estar multicomponentes. Os participantes sugeriram a inclusão de temáticas como o autocontrole da ansiedade, o aprofundamento da comunicação e gestão de conflitos dentro da equipa e o desenvolvimento da motivação laboral.

Também no decorrer deste EC foi desenvolvida uma outra intervenção em grupo, desta vez dirigida a cuidadores informais e intitulada “*Se eu não cuidar de mim quem cuidará dele?*” (Anexo XIV). Esta intervenção surgiu com o objetivo geral de avaliar o impacto da intervenção ao nível da saúde mental de um grupo de cuidadores informais e com os seguintes objetivos específicos: diminuir o stresse do prestador de cuidados para a sobrecarga objetiva, diminuir o stresse do prestador de cuidados para a sobrecarga subjetiva, aumentar o bem-estar psicológico, tornar o *coping* mais eficaz, aumentar a iniciativa para solicitar ajuda.

Muitas das intervenções de enfermagem realizada junto de cuidadores informais passam sobretudo pela capacitação dos cuidadores a cuidarem melhor daqueles que cuidam. No entanto cuidar do outro leva muitas vezes ao aparecimento de problemas psicológicos, emocionais e sociais com o aparecimento de stresse e sobrecarga muito associada a situações preocupação, ansiedade, frustração, depressão, fadiga, fraca saúde, culpabilidade e ressentimento (Andrade, 2009). Este impacto provocado na saúde mental dos cuidadores, segundo a *World Federation for mental health* (s.d), deve ser atenuado com a realização de intervenções específicas tendo em vista a melhoria da saúde mental destes indivíduos. As intervenções psicoterapêuticas assim como os programas psicoeducativos podem ser uma resposta eficaz para reduzir os níveis de stresse e sobrecarga dos cuidadores, mesmo recorrendo a programas de curta duração (Andrade, 2009).

Foi realizada uma intervenção em grupo constituída por três sessões com duração 90 minutos. Os temas abordados foram: “*Tomar conta de mim próprio*”, “*Gestão do Stresse*”, “*Satisfação e estratégias de coping*”. Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário, constituído por três partes: dados sociodemográficos, MHI5, e o Questionário de problemas familiares (FQP), aplicados em dois momentos distintos, início da intervenção e após um mês do término da mesma. Foram ainda elaborados os seguintes diagnósticos de enfermagem stresse do prestador de cuidados para a sobrecarga objetiva, stresse do prestador de cuidados para a sobrecarga subjetiva, bem-estar psicológico, *coping* ineficaz e iniciativa para solicitar ajuda em grau moderado tendo em conta a versão B2 da CIPE em que os juízos definidos tiveram por base os resultados obtidos da aplicação do Questionário Problemas Familiares (FQP).

A intervenção foi realizada com três cuidadoras, com uma média de idades de sessenta anos, casadas, e que cuidam dos seus familiares em média há nove anos. As pessoas cuidadas têm uma média de idades de aproximadamente sessenta e quatro anos e vivem todas com o cuidador. Os graus de parentesco são diversos e vai desde marido, filho e sogro. Uma das cuidadoras não concluiu a intervenção. Com base nos scores das duas escala utilizadas (Anexo XIV) foram então elaborados os juízo para cada diagnóstico de enfermagem e que constam da tabela 14.

Tabela 14 – Alterações do juízo dos focos de enfermagem com a intervenção realizada

FQP	Diagnóstico de Enfermagem CIPEB2	Cuidadora A		Cuidadora B	
		Juízo		Juízo	
		Antes da Intervenção		1 mês após	
Sobrecarga objetiva	Stresse do Prestador de cuidados para a sobrecarga objetiva	Grau Reduzido	Grau Moderado	Grau moderado	Grau reduzido
Sobrecarga subjetiva	Stresse do Prestador de cuidados para a sobrecarga subjetiva	Grau Reduzido	Grau Reduzido	Grau reduzido	Grau reduzido
Ajuda recebida	Iniciativa para solicitar ajuda	Grau Moderado	Grau Elevado	Grau moderado	Grau elevado
Atitude positiva	Bem-estar psicológico	Grau Moderado	Grau Elevado	Grau elevado	Grau moderado
Criticismo	Coping Ineficaz	Grau Moderado	Grau Reduzido	Grau elevado	Grau reduzido

A intervenção realizada permitiu assim a melhoria do nível de saúde mental de ambas as cuidadoras sendo mais significativo na cuidadora A. Na cuidadora A assistiu-se a um aumento do stresse do prestador de cuidados para a sobrecarga objetiva e subjetiva, a uma diminuição do bem-estar psicológico e da iniciativa para solicitar ajuda e a uma ligeira melhoria da eficácia do coping. Na cuidadora B assistiu-se a uma diminuição do stresse do prestador de cuidados para a sobrecarga objetiva mais significativa do que para a sobrecarga subjetiva a um aumento do bem-estar psicológico; a uma melhoria da eficácia do coping mas a uma diminuição da iniciativa para solicitar ajuda.

Da avaliação efetuada pelas participantes ambas referem que a intervenção teve um impacto positivo em si ajudando na disponibilidade mental para exercerem o seu papel de cuidadoras. Referiram ainda disponibilidade para participar em intervenções futuras e aconselhariam esta intervenção a outras pessoas.

Com vista ainda á promoção da saúde mental desta vez em meio escolar, foram desenvolvidas ao longo do EC I várias atividades. A Saúde Escolar é um processo de promoção e educação para a saúde nas escolas, promovendo o desenvolvimento de competências na comunidade educativa que lhe permite melhorar o seu nível de bem-estar físico mental e social e contribuir para a sua qualidade de vida. (Programa Nacional de Saúde Escolar, 2006) No contexto legislativo, existe um Programa de Saúde Escolar, programa que definiu uma estratégia de intervenção global, com quatro grandes áreas de intervenção: a Saúde individual e coletiva, a Inclusão escolar, o Ambiente escolar e os Estilos de vida. Só uma intervenção integrada nestas quatro áreas prioritárias nos permite afirmar que o programa de saúde escolar está a ser desenvolvido na escola, permitindo assim a sua avaliação (PNSE, 2006). Em qualquer uma destas áreas prioritárias se poderá trabalhar ao nível da saúde mental, apresentando o documento diversas propostas e exemplos de atividades a este nível.

Assim e inserido na área dos estilos de vida do PNSE foi realizada numa escola do 1.º Ciclo da freguesia da Ortigosa uma sessão sobre Saúde Mental que pretendia fazer uma primeira abordagem nesta área, dando seguimento ao planeamento prévio efetuado pela equipa da Extensão de Saúde da Ortigosa. Foram definidos os seguintes objetivos para esta sessão: aumentar o bem-estar psicológico dos alunos, aumentar os conhecimentos dos alunos sobre promoção da saúde mental, capacitar os alunos para a adoção de

hábitos de vida saudáveis e promover o trabalho em equipa fomentando a relação e a interação entre os alunos e formulados os seguintes diagnósticos de enfermagem na versão B2 da CIPE: bem-estar psicológico inadequado, tomada de decisão limitada, relação dinâmica diminuída e conhecimento sobre promoção da saúde mental não adequado.

A promoção da Saúde Mental em crianças deve ser iniciada o mais precocemente possível uma vez que a saúde mental infantil é a chave da prevenção da saúde psicossocial ao longo de todo o ciclo de vida do indivíduo (Eira, Guerreiro, Silva. & Vicente, 2003). Segundo estes mesmos autores estas intervenções devem ser realizadas de uma forma continuada devendo atuar não só nas capacidades das crianças, mas também em todo o meio envolvente em que ela está inserida. Stengård & Appelqvist-Schmidlechner (2010) defendem que a promoção da saúde mental em jovens podem ser eficaz na redução dos problemas de saúde mental e nos sintomas de distúrbios mentais, na prevenção do uso de substâncias psicoactivas e no aumento das estratégias de *coping* de crianças e adolescentes.

Posteriormente foram planeadas e realizadas quatro sessões sobre Sentimentos e afetos, desta vez em duas turmas de uma escola do primeiro ciclo e nas duas Pré-Primárias da mesma freguesia. Foram então definidos como objetivos para estas sessões o aumento do bem-estar emocional dos alunos, o aumento dos conhecimentos dos alunos sobre gestão de emoções e afetos, a capacitação dos alunos para a uma vivência mais adequada dos seus afetos e emoções e a promoção de uma adequada interação e relação entre os alunos. Para efeito de registos no SAPE da intervenção realizada foram formulados os seguintes diagnósticos na versão B2 da CIPE: bem-estar emocional não adequado, processo de tomada de decisão não adequado, relação dinâmica diminuída e conhecimento de gestão emoções e afetos não adequado.

Trevisan (2007) afirma que sentimentos incluem humores, afetos e emoções, que expressam a vontade com que nos dirigimos a outras pessoas, objetos ou a nós próprios, enquanto que os afetos, são sentimentos que nos unem ou relacionam com as outras pessoas, desde o amor, ternura, estima, confiança, compaixão, gratidão, paixão, respeito ou admiração, até ao polo negativo do ódio, inveja, vergonha, culpa, desconfiança, mágoa, aversão, ciúme, etc... Logo, os afetos podem ser mais lábeis (sujeitos a

mudanças) ou, pelo contrário, melhor estruturados e, por isso, mais constantes. Podem também variar em função do humor no momento. Existem afetos que se dirigem a nós próprios. Neste caso, como à partida temos um maior autoconhecimento, os afetos tendem a ser mais constantes, ajudando a definir a nossa personalidade e a gerir as relações com os outros. Destacam-se o orgulho, a vaidade, a arrogância, a coragem ou, por outro lado, a insegurança, a indecisão, a timidez, a cobardia, a humildade, etc... (Trevisan, 2007).

As crianças mostraram-se ao longo das sessões bastante participativas e interessadas. Na grande maioria das ações as estratégias utilizadas obtiveram os efeitos pretendidos junto das crianças. Os professores mostraram-se bastante agradados com os conteúdos abordados. Referem disponibilidade para iniciativas futuras. Elogiaram também a metodologia usada para abordar a temática.

Existiu alguma dificuldade na definição da estratégia mais adequada para avaliação da sessão e dos ganhos em saúde ou mudanças de comportamentos que possam vir a surgir com a participação das crianças nas mesmas. Tal se fica a dever ao facto de esta intervenção ser restrita no tempo e não planeada numa ótica de médio e longo prazo, em articulação com os programas educativos e com a definição clara de indicadores a atingir. Eira et al (2003) corrobora também esta situação ao afirmar que existem problemas na avaliação de abordagens preventivas dirigidas à primeira infância, pois estas são normalmente muito generalistas nos seus objetivos, dificultando a operacionalização dos critérios de avaliação particularmente os efeitos a longo prazo.

Estas intervenções realizadas permitiram o desenvolvimento de alguns elementos considerados importantes pela OE (2011) face à promoção da saúde mental como a realização de um diagnóstico da situação de saúde mental do cliente, a construção de ambientes promotores da saúde mental, a identificação e fortalecimento dos fatores de proteção/resiliência e de vulnerabilidade/risco para a saúde mental e a promoção de competências pessoais. Permitiu assim o desenvolvimento diversas competências específicas enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental nos seus diferentes domínios e nas seguintes unidades de competência F2.1, F2.2, F2.3, F3.3, F3.4, F4.1 e F4.2 (Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro).

Após a análise reflexiva das competências adquiridas e das atividades realizadas ao nível da promoção da saúde, será analisado de seguida o enunciado descritivo de qualidade do exercício profissional dos EESM referente á prevenção de complicações, na qual se espera que o EESM previna complicações para a saúde mental dos seus clientes (OE, 2011). É então exigido ao EESM que desenvolva um conjunto de competências como avaliação global do indivíduo e das suas necessidades de saúde mental, coordenação, implementação e desenvolvimento de projetos de proteção e prevenção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos, o estabelecimento de diagnóstico de saúde mental e consequente realização e implementação do planeamento de cuidados recorrendo a programas de psicoeducativos, psicoterapêuticos, socioterapêuticos e de reabilitação psicossocial ao indivíduo, grupo e comunidade (Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro).

Assim e com vista à prevenção de complicações associadas a diabetes mellitus foi realizada no EC I uma intervenção em grupo durante uma iniciativa que o CS habitualmente realizava com os seus doentes diabéticos e que tradicionalmente inclui a realização de uma caminhada e de sessões de educação para a saúde. Esta iniciativa foi desta vez intitulada “*Mais Saúde*”(Anexo XIII) e inclui uma vertente de saúde mental, tendo sido preparada uma sessão sobre Ansiedade e Diabetes que incluía a realização de uma sessão de relaxamento com os objetivos de diminuir o nível de ansiedade, instruir sobre exercícios respiratórios profundos e aferir a satisfação dos participantes pela participação na intervenção, tendo sido para o efeito formulados os seguintes diagnóstico de enfermagem recorrendo á versão B2 da CIPE: Autocontrolo: ansiedade ineficaz e conhecimento do utente não adequado para gerir a ansiedade

É do conhecimento que a *diabetes mellitus* é uma doença crónica, que segundo Carvalho & Marcelino (2005) podem ter causas emocionais, sendo frequente estes doentes apresentarem ansiedade, depressão, perda da autoestima, insegurança e negação da situação apresentada. Carvalho et al. (2005) cita vários autores sobre as diferentes formas de realizar a intervenção a doentes diabéticos como forma de melhorar a adesão ao regime terapêutico, controle glicémico, funcionamento psicossocial e qualidade de vida. Esta pode ser efetuada, quer de forma individual quer em grupo. Existem três formas de intervenção com resultados comprovados como é o caso dos “grupos de iguais”, as intervenções psicoeducativas e as terapias psicossociais. (Grala et al, 2000,

citado por Carvalho et al, 2005). Cardoso, Pais-Ribeiro & Silva (2004) citam diversos estudos que atribuem benefícios ao uso de técnicas de relaxamento em doentes diabéticos, como é o caso de Cox e Gonder-Frederick (1992) que concluíram que o treino do relaxamento é benéfico para os doentes com diabetes tipo 2, embora os resultados com diabéticos tipo 1 sejam mais inconsistentes. Townsend (2011) refere que os exercícios de respiração profunda são referenciados por como uma das técnicas de relaxamento, sendo eficazes na redução da ansiedade e depressão.

Sendo a ansiedade uma das respostas emocionais mais presentes no doente com diabetes torna-se importante capacitar o doente para realizar um autocontrolo adequado, sendo o recurso a técnicas de relaxamento óbvio quer pela sua eficácia no controlo da ansiedade quer pela existência de estudos que comprovam a obtenção de resultados satisfatórios quando realizada por doentes diabéticos. Os exercícios de respiração profunda pela sua facilidade de aquisição e replicação, torna-se assim a escolha mais indicada para realizar a este grupo de utentes.

Foram assim realizadas duas intervenções com 30 min de duração, por um enfermeiro especializado em enfermagem de saúde mental. Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário construído para o efeito e aplicado após a intervenção.

Participaram 23 utentes, 9 do sexo masculino e 14 do sexo feminino com uma média de idades de 60. Após a análise dos dados colhidos verificou-se que a sessão contribuiu para a diminuição dos níveis de ansiedade dos participantes, bem como da tensão e inquietude, criando ainda um aumento da sensação de tranquilidade nos participantes, sendo que nestes dois últimos aspetos houve participantes que não sentiram alteração. Os participantes manifestaram estar capacitados para replicarem estes exercícios no autocontrolo da ansiedade, porque acreditam no método, gostavam de o repetir ou porque se sentem capazes de o fazerem. A maioria dos participantes referiu satisfação pela participação na sessão.

Os resultados obtidos permitem afirmar que a intervenção realizada pelo EESM permitiu obter ganhos em saúde, libertar tensões emocionais, promover o conhecimento e incrementar competências individuais dos participantes. Além disso foi possível demonstrar a possibilidade e importância da inclusão de temáticas relacionadas com saúde mental na capacitação dos doentes diabéticos.

Ainda ao nível da prevenção de complicações foram desenvolvidas no EC II, dando cumprimento ao plano terapêutico do HD previamente delineado, uma sessão psicoeducativa dirigida a familiares e/ou cuidadores de doentes inseridos no programa terapêutico do HD. Esta intervenção intitulada Grupo de Famílias (Anexo XIV) realiza-se com uma periodicidade mensal na primeira segunda-feira. Foi adaptado como modelo para a intervenção para este grupo uma intervenção dirigida a familiares de doentes Bipolares (Berk, Kelly, Dodd, Berk, & Jorm, 2010) constituída por nove sessões.

A sessão realizada teve como tema “Tomar conta de si próprio”, para a qual foram definidos os seguintes objetivos: aumentar o bem-estar psicológico do cuidador, melhorar e restabelecer a relação familiar, diminuir o stress do Prestador de Cuidados e aumentar os conhecimentos sobre promoção de saúde mental do cuidador. Berk et al. (2010) afirmam que o cuidador muitas vezes ao canalizar grande parte da sua energia para o cuidado ao outro, negligência a sua própria saúde e bem-estar, podendo mesmo levar ao desenvolvimento de problemas de saúde. Os mesmos autores referem ainda que em muitas situações os cuidadores podem sentir-se oprimidos, esgotados e stressados, havendo o risco de desenvolverem por exemplo depressões.

Participaram na sessão 3 familiares, todos do sexo feminino, sendo a primeira vez unicamente para uma cuidadora. Duas delas eram mães de doentes e uma outra, filha. Da avaliação realizada todas as participantes consideraram a sessão e os conteúdos abordados muito importantes, deixando-as mais despertas para a necessidade de olharem para si e cuidarem de si, uma vez que com muita frequência descaram este aspeto. Referiram ainda que este tipo de sessões poderá contribuir para a melhoria da sua relação com o familiar, a ser melhor cuidadora e a estar mais preparada para cuidar do seu familiar. Todas elas referiram que pretendem voltar em próximas sessões.

A realização destas duas intervenções permitiu desenvolver alguns elementos considerados importantes pela OE (2011) face à prevenção de complicações tais como identificação de problemas reais e potenciais de saúde mental, identificação de situações de risco e respetiva minimização, a prevenção de incapacidades ou défices que a diminuição da saúde mental pode causar e a prescrição, implementação e avaliação de intervenções especializadas para fazer face aos problemas identificados e a identificação de situações de risco, quer para o cliente, quer para outros e a colaboração na respetiva

minimização.. Foi por isso possível, o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, nos seus diferentes domínios e nas seguintes unidades de competência F2.1, F2.2, F2.3, F3.1, F3.3, F4.1 e F4.2. (Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro).

Um outro enunciado descritivo de qualidade do exercício profissional dos EESM é referente ao bem-estar e autocuidado, em que se espera que o EESM seja capaz de maximizar o bem-estar dos clientes e suplementar e/ou complementar as atividades de vida que o doente negligencia ou é dependente (OE, 2011). Na versão 2 da CIPE autocuidado é definido como *“atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”* e bem-estar como *“imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrado por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência”* (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010, p.41)

Perspetiva-se assim, que para promover e maximizar o bem-estar e autocuidado, que o EESM necessite de desenvolver um conjunto de competências como a avaliação global da saúde mental do indivíduo e família, o estabelecimento do diagnóstico de saúde mental e conseqüente planeamento e implementação de cuidados individualizados ao indivíduo e família, recorrendo a metodologias de gestão de casos e a intervenções psicoeducativas, socioterapêuticas, psicoterapêuticas e de reabilitação psicossocial (Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro).

Com vista ao desenvolvimento destas competências foram realizadas ao longo do EC I diversas Consultas de Enfermagem, que são definidas pelo Ministério da Saúde (2006, p. 14) como *“uma intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de um plano de cuidados de enfermagem no sentido de ajudar o individuo a atingir o máxima capacidade de auto cuidado”*.

As doentes foram encaminhadas para avaliação e intervenção por parte da enfermeira de Saúde Materna, quando no decorrer da sua consulta identificava senhoras que estavam com dificuldade em se adaptar ao desempenho do papel de mãe ou que evidenciavam sinais de que a sua saúde mental possa estar a ficar comprometida com o desempenho deste novo papel. Esta parceria permitia a identificação dos problemas e das

necessidades específicas da pessoa e família no âmbito da saúde mental e consequente elaboração dos diagnósticos de enfermagem e o implementar de intervenções na área da saúde mental e psiquiatria, permitindo assim uma intervenção conjunta entre as duas áreas de especialidade.

Como forma de sistematização e reflexão destas intervenções foi elaborado um estudo de caso clínico, de uma das situações como forma de realizar uma análise da situação de uma forma holística, detalhada e reflexiva permitindo avaliar a situação em causa e ficar com uma compreensão global do caso possibilitando assim o estabelecimento das estratégias e intervenções mais adequadas. (Araújo, Pinto, Lopes, Nogueira & Pinto, 2008).

Foram acompanhadas três utentes, tendo o número de sessões realizadas com cada uma variado de acordo com os objetivos e o planeamento efetuado para a intervenção. Cada sessão tinha uma duração 60-90 minutos. A primeira sessão servia essencialmente para a realização da colheita de dados e levantamento dos focos de enfermagem, sendo realizada uma avaliação objetiva da situação recorrendo-se ao exame mental da utente, que é uma ferramenta ao dispor do EESM e uma mais-valia no fornecimento do exame mental e de informações que conduzam ao diagnóstico, mas também à monitorização da evolução do tratamento (Trzepacz & Baker, 2001). Além disso, foram ainda utilizados um conjunto de escala e instrumento de avaliação para melhor compreender e avaliar as necessidades das utentes tendo em vista uma correta identificação dos focos e planeamento das intervenções. Nas sessões seguintes era colocado em prática o planeamento efetuado em conjunto com a utente e efetuadas um conjunto de intervenções com recurso a diversas técnicas de forma a fazer face aos problemas identificados. Na última sessão eram novamente aplicadas as escalas por forma a se avaliar a eficácia da intervenção. Toda a intervenção era alvo de registo no SAPE. Em uma das situações houve necessidade de articular com o psiquiatra assistente.

Ao longo do EC II, foi também utilizada uma metodologia de estudo de caso (Anexo XV). A principal diferença para o EC anterior é que neste caso o doente era acompanhado pela equipa diariamente em HD. No entanto, da avaliação das necessidades em saúde mental efetuada pela equipa terapêutica, em conjunto com o utente, decidiu-se complementar a intervenção que estava a ser realizada no âmbito do

HD com um plano individualizado de tratamento e reabilitação. Foram por isso identificados os focos de enfermagem e definidas as intervenções a realizar sobretudo com objetivo de aumentar a adesão ao tratamento e o *insight*, desenvolver respostas adaptativas com vista à recuperação da saúde mental, ajudar o cliente a integrar os défices causados pela doença mental capacitando-o para o autocuidado e potenciação das suas capacidades e competências e aumentar o empoderamento com vista ao desenvolvimento dos seus conhecimentos e fatores de proteção face à doença mental. O facto de o doente estar inserido no programa de HD permitiu que este planeamento tivesse em conta as atividades programadas e assim desenvolver o plano de intervenção individualizado com base neste aspeto, usando muitas vezes as atividades do hospital de dia como ponto de partida ou como complemento com as diversas intervenções individuais realizadas. Além disso, a existência de uma equipa multiprofissional permitiu estabelecer parcerias ao nível da intervenção realizada, respeitando as diferentes áreas de atuação autónomas e interdependentes. A intervenção realizada obteve ganhos em saúde para o utente como foi percecionado através da obtenção de alguns resultados esperados.

No EC II e no cumprimento das intervenções planeadas para o HD foram realizadas atividades de relaxamento (Anexo XVI). O relaxamento *“ajuda a pessoa a relaxar, para atingir um estado de calma aumentado; ou reduzir os níveis de stresse, ansiedade ou raiva”* utilizando *“como um elemento de um programa mais amplo de gestão de stresse e pode diminuir a tensão muscular, a pressão arterial e a frequência cardíaca e respiratória, entre outros benefícios para a saúde”* (OE, 2011). Para Stuart et al (2001) o relaxamento pode provocar benefícios ao nível da capacidade concentração, uma maior suscetibilidade à sugestão positiva, uma redução da frequência cardíaca tensão arterial frequência respiratória. São vários os métodos utilizados para executar o relaxamento, Townsend, (2011) enumera como exemplos exercícios de respiração profunda, relaxamento progressivo e autogénico, meditação e o exercício físico. O mesmo autor complementa afirmando que objetivo fundamental destes métodos é proporcionar ao indivíduo competências para enfrentar situações quotidianas que lhe causam tensão e ansiedade.

A atividade era geralmente realizada na sexta-feira no período da tarde de acordo com o estabelecido no cronograma do HD. Foram realizadas três sessões, recorrendo a dois

métodos, o relaxamento muscular progressivo e aos exercícios respiratórios profundo. As sessões tinham como objetivos principais diminuir os níveis de ansiedade e a melhoria do Bem-estar. Para avaliar a eficácia da intervenção foi elaborado um questionário (Anexo XVII) a preencher pelos doentes em cada sessão tendo sido definido como indicador para avaliação da intervenção a frequência cardíaca.

Verificou-se que o relaxamento é uma atividade do agrado da maioria dos doentes do HD. Participaram no total das três sessões 22 doentes, 10 do sexo feminino e 12 do sexo masculino. Em apenas quatro deles se verificou um aumento da frequência cardíaca, sendo ocorrendo apenas com doentes do sexo feminino. Todos os utentes referem sentirem-se menos ansiosos menos inquietos após a participação na sessão de relaxamento. Quatro doentes referem ainda que a sessão de relaxamento não lhes provocou diminuição da sua tensão e três utentes referem sentirem-se iguais ao nível da tranquilidade após a participação na sessão. Embora todos os doentes gostassem de repetir a sessão apenas oito doentes se sentiram capazes de a realizarem sozinhos em casa, seis referiram que não e os restantes oito talvez.

Ainda durante o EC II, e com o objetivo de promover e maximizar o bem-estar e autocuidado foi possível dar continuidade ao Grupo Terapêutico “Viver em Equilíbrio” (Anexo XVII), que têm como objetivo a promoção do bem-estar da pessoa com perturbação mental, através da adoção de estilos de vida saudáveis. Trata-se de um programa desenvolvido por um laboratório farmacêutico, replicado em várias instituições de saúde, organizado em doze sessões com uma periodicidade semanal. Existem manuais para fornecer aos utentes, com diversos recursos didáticos, que podem ser utilizados durante as sessões. O programa tem ainda previsto a realização de uma avaliação inicial e final, que inclui a realização de um controlo analítico sanguíneo.

A adoção e promoção de estilos de vida saudáveis em pessoas com perturbação mental segundo a OMS (2004) pode ajudá-las a desenvolver estratégias de modo a restaurar o equilíbrio entre o corpo e a mente, contribuindo assim para o seu bem-estar. Othagnot (2002) citado pela OMS (2004) verificou que numa comunidade com hábitos alimentares saudáveis, que realize exercício físico, que participe de forma ativa na comunidade, mantenha boas relações com os outros e consiga fazer uma boa gestão dos

problemas de vida é possível obter uma boa satisfação com a vida nos indivíduos dessa comunidade.

Foram desenvolvidas as seis últimas sessões (pré-teste e definição e fases do exercício, benefícios do exercício físico, sistemas de apoio e recursos na comunidade, teste sobre alimentação saudável, planeamento de uma refeição e ida ao supermercado com almoço comunitário e teste do exercício da qualidade de vida e pós-teste) uma vez que o programa já se encontrava em desenvolvimento, tendo por isso sido definidos os seguintes objetivos para as sessões desenvolvidas: aumentar os conhecimentos sobre regime diatéico, aumentar os conhecimentos sobre exercício e aumentar a qualidade de vida dos participantes. Foram ainda definidos os seguintes indicadores para avaliação da intervenção: conhecimento sobre alimentação saudável, conhecimento sobre exercício físico, e qualidade de vida que são os definidos pelo programa aos quais foram acrescentados o peso e os hábitos de exercício físico durante o fim de semana. Realizou-se um pré e pós teste para avaliação destes parâmetros, no caso dos três primeiros no início e no final do programa completo, enquanto, os dois últimos apenas no bloco realizado ao longo das seis semanas.

Dos três primeiros indicadores não foi possível obter os resultados, pois os dados acabaram por não ser trabalhados pela equipa do HD, embora se fique com a perceção da avaliação que se foi realizando da intervenção, esta contribui para a melhoria dos conhecimentos dos seus participantes sobre alimentação saudável e exercício físico. Ao nível do peso verificou-se que dos treze doentes avaliados apenas se registou um aumento em quatro. Já os hábitos de exercício durante o fim-de-semana foram estabelecidos contratos terapêuticos com nove utentes, Desses, só sete foi possível avaliar no final da intervenção. Três utentes referiram ter realizado exercício físico durante todos os fins-de-semana em que decorreu a intervenção, dois em quase todos e os restantes dois, em metade dos fins-de-semana.

Das sessões desenvolvidas a que mais agradou aos utentes foi a do planeamento de uma refeição e posterior refeição comunitária. O manual é uma ferramenta fundamental, bastante adequado na linguagem que utiliza e com um conjunto de atividades que permitem não só avaliar a eficácia do programa, mas também servir de suporte teórico aos conteúdos que se pretendem abordar. Aconteceu que durante as sessões houve

alguma flutuação dos participantes, quer por motivo de faltas às sessões de hospital de dia, quer por entradas ou altas de doentes. Pensamos que seria benéfico aos doentes que iniciaram o programa permitir a frequência de todas as sessões até à sua conclusão, mesmo que tivessem tido alta.

Assim, a realização e reflexão das intervenções anteriormente descritas, com vista ao desenvolvimento do bem-estar e o autocuidado, permitiu a identificação precoce das necessidades em saúde mental e consequente realização da avaliação, elaboração dos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados e a implementação de um plano global que vise aumentar e/ou manter o bem-estar e complementar as atividades de vida com o utente e/ou prestadores de cuidados potenciado a autonomia e a integração social das pessoas com problemas de saúde mental com a equipa multiprofissional que integra ou com quem articula (OE, 2011). Foi por isso possível desenvolver algumas competências específicas do EESM nos seus diferentes domínios e nas seguintes unidades de competência F2.2, F3.1, F3.3, F3.4, F3.5, F4.1, F4.2 e F4.3 (Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro).

A adaptação será o penúltimo enunciado descritivo da qualidade do exercício profissional dos EESM abordado. Espera-se que o EESM desenvolva processos eficazes que permitam a adaptação do indivíduo, quer às mais diversas situações de vida quer à situação de saúde mental atual (OE, 2011). A adaptação ocorre quando *“a resposta física ou comportamental de um indivíduo a qualquer mudança no seu ambiente externo ou interno resulta na preservação da integridade individual ou regresso atempado ao seu equilíbrio”*, consistindo na integração do indivíduo no ambiente onde se encontra, compreende uma ação comportamental sobre os fatores externos procurando quebrar as dicotomias saúde/adaptação e doença/inadaptação. Para isso o EESM necessita de desenvolver um conjunto de competências como a avaliação abrangente das necessidades em saúde mental, a coordenação implementação e desenvolvimento de projetos de promoção e proteção da saúde mental, a realização e implementação do planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade, a coordenação e desenvolvimento de programas psicoeducativos, processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos e programas de reabilitação psicossocial quer individualmente quer em grupo ou na comunidade (Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro).

No EC II foi-lhe dada a oportunidade de continuar a desenvolver o programa de Treino de Competências Sociais (TCS), que se encontra a ser desenvolvido no HD (Anexo XIX). Este programa era uma adaptação de um programa direcionado para doentes com diagnóstico de esquizofrenia (Bellack, Mueser, Gingerich & Agresta, 2004), organizado ao longo de vinte e oito sessões divididas em cinco blocos, a saber: competências sociais básicas, conversação, assertividade, gestão de conflitos e gestão de saúde.

O TCS (Loureiro, 2013) tem como objetivo a promoção da competência social através do desenvolvimento ou aprendizagem de habilidades sociais eficazes. Este tipo de intervenção é usado com sucesso, geralmente em conjunto com outras abordagens, na área da doença mental em casos de perturbações depressivas, de ansiedade e fobia social se o problema for ao nível do comportamento social; nas perturbações psicóticas quando, o problema for ao nível das relações interpessoais, mas também na área preventiva e educacional em diversos contextos ao longo das várias etapas do ciclo vital, tendo em vista a modificação do indivíduo no seu processo de crescimento e desenvolvimento pessoal, na aquisição de novos papéis e comportamentos sociais.

A integração do programa em curso no HD deu-se à décima sessão, sensivelmente a meio do segundo bloco de competências, o bloco da Conversação. A intervenção era realizada em grupo, trazendo algumas vantagens segundo Loureiro (2013) como o facto de a situação social em que o treino ocorre ser mais real, os participantes sentem-se apoiados uns pelos outros, existe a possibilidade de se iniciar o treino simulado com os outros elementos facilitando a transposição do comportamento simulado para a vida real e maior motivação e envolvimento de todos e a economia de tempo do terapeuta.

As fichas das sessões presentes no manual serviam de referência para a organização da sessão. No entanto, havia necessidade de fazer alguma adaptação e modificação devido a algum desfasamento com a realidade portuguesa e às próprias características do grupo de doentes a frequentar o HD. Durante as sessões recorria-se com frequência ao “*role playing*” como forma de simular algumas situações sociais em que a competência social estava envolvida. Além disso recorreremos também a outras técnicas descritas por Loureiro (2013) como o quadro ferramenta pedagógica da sessão, a modelação, o reforço, feedback e as tarefas para casa

Um aspeto menos conseguido no desenvolvimento destas sessões esteve relacionado com a inexistência de uma forma de avaliação sistemática para verificar a eficácia de intervenção junto dos seus participantes e consequentes ganhos em saúde produzidos pela intervenção. Loureiro (2013) citando vários estudos considera existirem diversas formas de avaliar as competências sociais como por exemplo através sociometria, instrumentos de auto registo, escalas e/ou inventários, a avaliação feita pelos professores, pais, ou outros significativos, registos de observação de ocorrências, testes de desempenho de papéis, entrevistas e avaliação psicológicas, no entanto a utilização de apenas um só instrumento poderá se algo redutor.

Inicialmente tínhamos ponderado realizar essa avaliação através de alguns dos aspetos do exame mental, pensámos depois utilizar alguns dos itens do impresso da avaliação semanal do processo clínico dos doentes, mas o facto de esta nem sempre ser preenchida pela equipa levou-nos a abandonar esta metodologia. Procurou-se para a última sessão elaborar uma grelha de observação, no entanto a mesma mostrou-se pouco adequada, sobretudo pela desadequação da escala utilizada e pela pouca objetividade da mesma. Possivelmente, se existisse um terapeuta presente na sessão com essa função, talvez se pudesse ter mais sucesso.

Ainda no EC II desenvolveu e realizou uma intervenção psicoeducativa intitulada “Como Lidar com o Stress” (Anexo XX).

A intervenção era constituída por seis sessões (Tabela 15) e com os seguintes objetivos: transmitir um sentimento de confiança de que o doente pode reduzir o stresse e pode melhorar a sua capacidade para lidar eficazmente com o mesmo; ajudar o doente a identificar os acontecimentos e alterações na vida diária que os fazem sentir sob tensão; ajudar o doente a identificar e a praticar estratégias para prevenir algumas fontes de stresse ou de tensão; ajudar o doente a identificar e a praticar estratégias de adaptação para reduzir os efeitos do stresse e estimular o doente a envolverem familiares e outras pessoas de suporte nos seus planos de adaptação ao stresse. Para avaliação da intervenção foi usada a escala de Perceção de Stresse.

Tabela 15 - Intervenção psicoeducativa “*Como lidar com o Stresse*”

Sessão/ Tema	Conteúdos
1ª Sessão - O que é o Stresse	Pré-teste, Conceito, Causas e Sinais e Sintomas
2ª Sessão - Como lidar com o stresse 1	Resumo da sessão anterior, Prevenir o stresse, Estratégias para lidar com o Stresse
3ª Sessão - Como lidar com o stresse 2	Estratégias para lidar com o Stresse, Caos práticos
4ª Sessão - Sessão de Relaxamento	Relaxamento
5ª Sessão - Stresse laboral	A população alvo desta sessão eram doentes desempregados ou de baixa. Como neste momento só havia um doente que reunia este critério decidiu-se cancelar a sessão
6ª Sessão – Resumo final	Revisão Conteúdo, Reforço das intervenções, Esclarecimento de dúvida e Pós-teste

Participaram na intervenção catorze doentes, tendo apenas oito completado a intervenção e participado em todas as sessões realizadas. Desses oito participantes, dois eram do sexo masculino e os restantes seis do sexo feminino e tinha uma média de idades de quarenta e cinco anos. O score da Escala de Perceção de Stresse diminuiu em cinco dos doentes isto e o seu nível de stresse diminuiu, manteve-se em dois doentes e aumentou num outro, o que traduz um aumento dos níveis de stresse neste doente. De referir que em ambos os elementos do sexo masculino registou-se uma diminuição do score.

Na análise que pode ser feita dos dados temos que ter em atenção que os utentes durante o período que decorreu esta intervenção participaram em muitas outras atividades do hospital de dia e que pode trazer algum viés aos resultados. Além disso, o tamanho da amostra também não nos permite fazer a generalização dos resultados. No entanto sete dos oito doentes que participaram nesta intervenção diminuíram ou mantiveram os seus níveis de stresse, conduzindo assim à obtenção por parte destes em alguns ganhos em saúde no seu processo de adaptação às condições de vida e condições de doença mental.

O processo criativo da intervenção foi também ele um processo de aprendizagem interessante tendo em vista futuras situações, uma vez que permitiu desenvolver competências ao nível da identificação de problemas e necessidades específicas de grupos e na conceção planeamento e desenvolvimento e avaliação de intervenções psicoterpêuticas que permitam o conhecimento empoderamento e as respostas adaptativas necessária para a promoção e melhoria da saúde mental dos indivíduos e do grupo.

O conjunto de atividades descritas com vista ao desenvolvimento da adaptação às situações de vida e condição de saúde mental permitiu a identificação das necessidades específicas do utente e grupo com vista à identificação, conceção e o desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial e o desenvolvimento de estratégias de empoderamento que permitam utente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de adaptação, de forma a eliminar ou reduzir os riscos decorrentes da sua perturbação mental capacitando-o (OE, 2011). Foi por isso possível o desenvolvimento de diversas competências específicas do EESM nos seus diferentes domínios e nas seguintes unidades de competência F2.3, F3.1, F3.3, F4.1, F4.2 e F4.3. (Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro).

O último enunciado descritivo de qualidade do exercício profissional dos EESM é referente à redução do estigma e promoção da inclusão social, em que se espera que o EESM desenvolva processos que visem a redução do estigma e a promoção da inclusão social das pessoas, em especial aqueles que vivenciam situações de perturbação ou doença mental (OE, 2011). O estigma segundo a OE (2011) *“consiste no processo pelo qual se identifica e rotula uma pessoa ou grupo, em virtude de um atributo ou característica, não necessariamente visível. (...). O estigma está relacionado com a com doença mental provém do medo do desconhecido, e um conjunto de falsas crenças que origina a falta de conhecimento e compreensão ”*. Como tal e para fazer face ao estigma o EESM necessita de desenvolver um conjunto de competências como a avaliação abrangente das necessidades em saúde mental, a coordenação implementação e desenvolvimento de projetos de promoção e proteção da saúde mental, a realização e implementação do planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade, a coordenação e desenvolvimento de programas psicoeducativos, processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos e programas de reabilitação psicossocial quer individualmente quer em grupo ou na comunidade (Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro).

Assim e tendo em vista o desenvolvimento de competências neste âmbito foi desenvolvida no final do EC I a Semana Anti-estigma da Saúde Mental no CS Arnaldo Sampaio. Esta iniciativa contou com o apoio de toda a estrutura diretiva e envolveu utentes e profissionais, até porque a WHO Europe (2008) afirma que estigmatização e a

discriminação das pessoas com transtornos mentais e comportamentais é ainda uma forte barreira a superar na comunidade para a melhoria da sua saúde mental.

Foram realizadas diversas atividades ao longo desta semana que se encontram descritas no Anexo XXI. Estas atividades efetuadas visavam sobretudo uma estratégia educacional que segundo Corrigan & Penn (1999) poderá ser uma das três abordagens a efetuar no combate ao estigma, conjuntamente com uma abordagem de protesto e de contato. Sousa (2012) refere que a estratégia educacional permite promover informação para que o público possa tomar decisões mais consistentes e reais sobre a doença mental e optar pela mudança consciente de atitudes, através fornecimento de informação correta e da substituição dos mitos, recorrendo a material informativo como anúncios televisivos e escritos, livros, folhetos, filmes, bem como o recurso à internet. A necessidade de direcionar esta intervenção para os profissionais é explicada pelo *Comité Permanent des Médecins Européens* (2011) ao afirmar que se torna importante melhorar os conhecimentos sobre os diferentes aspetos de estigma e discriminação com aqueles que estão envolvidos no diagnóstico, tratamento ou cuidados de pessoas afetadas, com o objetivo final da mudança de comportamentos

Com base na versão B2 da CIPE foram ainda formulados os seguintes diagnósticos de enfermagem para a intervenção realizada: conhecimento sobre saúde mental não demonstrado, conhecimento sobre estigma face à doença mental não demonstrado, estigma face à doença mental demonstrado, gestão comunitária face à doença mental inadequado e gestão comunitária face ao estigma da doença mental inadequada.

Para avaliação do nível de estigma face à doença mental foram obtidos 175 questionários em que 106 eram utentes e 69 profissionais de saúde. Da análise dos dados é possível concluir que 26,9% dos inquiridos apresentam estigma face à doença mental. Já numa análise por sexos é possível constatar que as mulheres têm mais estigma face à doença mental que os homens, dados que contrariam os estudos citados por Batista (2013) em que os níveis de estigma nas mulheres são tendencialmente menores do que nos homens. Numa análise comparativa entre utentes e profissionais de saúde os utentes apresentam menos estigma face á doença mental do que os profissionais de saúde, algo que é também referido pela bibliografia existente, ao afirmar que o estigma face à doença mental também se encontra nas atitudes e

comportamentos dos profissionais de saúde existindo mesmo estudos que referem que não existem diferenças significativas nas suas atitudes face às pessoas com doença mental, quando comparados com o público geral (Sartorius, 2002). De entre os profissionais de saúde os Outros Técnicos de Saúde são o grupo profissional da amostra que apresentam menos estigma face à doença mental, logo seguidos enfermeiro e Assistentes Técnicos. Nos dois últimos lugares encontram-se os médicos e as AO.. Um estudo realizado por Corrigan (2007) alertava que o estigma era mais significativo nos cursos de Psicologia e de Medicina, por oposição aos cursos de Terapia Ocupacional e de Enfermagem, tal como se verifica em parte na amostra do estudo realizado.

Para avaliação das atividades realizadas em sala de espera, quer a projeção de meios audiovisuais quer as sessões psicoeducativas curtas foram realizadas entrevistas aos participantes. Os aspetos positivos mais referidos foram a importância e relevância do tema, os recursos utilizados e a aprendizagem de novos conhecimentos. Como aspetos negativos foi referido o excesso de informação de alguns recursos audiovisuais. De maneira geral os entrevistados referem que com a participação nas atividades desenvolvidas melhoraram os conhecimentos sobre doença mental e contribuí para mudar algumas das ideias que possuíam sobre a mesma.

Já no que se refere à avaliação realizada pelos profissionais de saúde sobre a Semana Anti estigma da Saúde Mental, responderam ao questionário eletrónico vinte profissionais que correspondem a 19% dos profissionais do Centro de Saúde. Destes, apenas um não teve conhecimento da iniciativa, tendo dezasseis participado em pelo menos uma das atividades. Dos elementos participantes quinze referiram que o tema era relevante ou muito relevante, tendo as mesmas. No que se refere às expectativas criadas, onze referiram que as atividades corresponderam às expectativas enquanto que quatro assumiram que “correspondeu muito” e apenas um elemento respondeu “assim, assim”. As estratégias utilizadas foram consideradas adequadas por treze profissionais e muito adequadas por três profissionais. Na globalidade a grande maioria dos profissionais (quinze) ficaram satisfeitos ou muito satisfeitos com a atividade. A participação nas atividades serviu para catorze deles mudarem a sua opinião face à saúde mental. A totalidade dos inquiridos considera importante a realização deste tipo de atividades no centro de saúde, tendo dezanove deles considerado que estas atividades contribuem para

a diminuição do estigma face à doença mental, alertando contudo para a necessidade de existir uma continuação desta iniciativa.

Esta iniciativa acabou, de certa forma, por ter sido prejudicada pela greve dos médicos, que decorreu durante dois dos cinco dias da iniciativa pois fez diminuir o número de pessoas que se deslocou ou permaneceu no centro de saúde, além de não ter permitido envolver e intervir junto de um número maior de elementos deste grupo profissional

Mesmo com os diferentes métodos de avaliação das atividades realizados, será sempre difícil avaliar o impacto das mesmas ou as mudanças de comportamentos ocorridas decorrentes desta iniciativa. O que é possível dizer com clareza é que esta semana colocou profissionais e doentes a ouvir e falar sobre estigma e saúde mental. Terá ainda servido com um grau diferente para cada indivíduo, para aumentar os conhecimentos sobre a temática ou contribuir para a mudança de alguns falsos conceitos ou mitos ainda muito associados a esta temática.

Relativamente às atividades desenvolvidas existem, alguns reparos a fazer. Os recursos multimédia utilizados terão de ser reformulados ao nível da seleção de informação, tamanho da letra e forma como se apresenta a informação, tornando-a mais apelativa para o recetor. A experiência produzida com a realização de sessões na sala de espera foi bastante interessante. O conceito de aparecer na sala um enfermeiro com um carrinho com um computador e um projetor e desenvolver uma sessão psicoeducativa aos presentes, pareceu interessante e passível de ser explorada em outras ocasiões. Claro que este tipo de intervenção coloca algumas dificuldades ao dinamizador, desde logo a necessidade de gestão do ambiente, a variação do público-alvo e o facto de muitos dos presentes não poderem estar interessando ou não sentirem necessidade de determinada intervenção. Como forma de minimizar estes aspetos caberá ao dinamizador ser capaz de uma forma célere de avaliar o seu público-alvo, adequar e modificar a sessão de acordo com o público-alvo presente e a capacidade de o dinamizador rapidamente captar a atenção dos utentes e motivar os utentes por forma a levá-lo a colaborar e a aderir à intervenção a realizar, tirando partido do efeito surpresa provocado.

Assim, com a realização da intervenção descrita, foi possível desenvolver alguns elementos considerados importantes pela OE (2011) face ao combate ao estigma e à exclusão social como a capacitação da comunidade para o respeito e integração da

pessoa diferente, a intervenção em situações que contribuam para a destigmatização, a adoção de estratégias protetoras para os mais vulneráveis, o desenvolvimento de campanhas anti estigma de modo a promover a integração de pessoas com perturbação mental. Foi por isso possível o desenvolvimento diversas competências específicas do EESM nos seus diferentes domínios e nas seguintes unidades de competência F2.1. F2.3. F3.3. F4.1. (Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro).

#### **4. A UTILIZAÇÃO DE UM SISTEMA B-LEARNING NA PSICOEDUCAÇÃO DE DOENTES DEPRIMIDOS**

A investigação na enfermagem permite o desenvolvimento do conhecimento e a fundamentação das práticas com vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A OE (2006) definiu como prioritário para a investigação em enfermagem, a realização de estudos que promovam a clarificação e explicitação das necessidades das populações em cuidados de enfermagem. Ao EESM espera-se que participe e desenvolva projetos de investigação que permitam o aumento do conhecimento e o desenvolvimento de competências na sua área de especialização, através de uma prática baseada na evidência orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2011)

##### **4.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

A depressão é uma perturbação clínica com os critérios de episódio depressivo major, em que de acordo com a DSM-IV-TR, têm de estar presentes cinco dos nove sintomas seguintes: humor deprimido, redução do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, alterações no apetite ou no peso, insónia ou hipersónia, alterações na atividade psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa, dificuldades em concentrar-se ou pensar e ter ideias de morte ou de suicídio. Estes sintomas devem durar pelo menos duas semanas e um deles terá que ser obrigatoriamente o humor deprimido ou a perda de interesse ou prazer (APA, 2002), interferindo significativamente na vida do indivíduo, com consequências ao nível das atividades profissionais, das relações interpessoais, do rendimento intelectual e contribuindo para um progressivo isolamento social. (Afonso 2004)

Trata-se de uma das patologias mentais mais prevalentes na União Europeia, tendo sido definida como uma das cinco áreas prioritárias de intervenção pelo Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar (WHO/Europe 2008). As previsões indicam que hoje em dia cerca de 60% a 70% da população adulta tenha pelo menos uma vez na vida depressão ou preocupação em grau suficiente que possa de certa forma influenciar as

suas atividades cotidianas. Prevê-se que em 2020 seja a primeira causa de morbidade nos países desenvolvidos (União Europeia, 2005). Os sintomas interferem significativamente na vida do indivíduo, com consequências a diversos níveis contribuindo para um progressivo isolamento social.

O tratamento dos indivíduos com depressão terá como objetivo, não apenas a melhoria do humor, mas também uma vertente de intervenção mais holística, tendo em conta a necessidade de procurar restabelecer o indivíduo em termos daquilo que é o seu funcionamento social prevenindo a recorrências da doença. Como forma de tratamento poderá ser utilizada a psicoterapia individual ou de grupo, a terapia familiar, a terapia cognitivo-comportamental, a psicofarmacologia, a eletroconvulsoterapia, a estimulação magnética transcraniana e a terapia da luz (Townsend, 2011). O mesmo autor considera que o uso de intervenções Psicoeducativas com uma base iminentemente cognitivo comportamental pode ser eficaz no seu tratamento (Townsend, 2011).

A OE (2011, p. 16) define psicoeducação como:

*" forma específica de educação (...) destinada a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa" sendo ainda uma forma de "desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos (...) conceber os seus próprios planos de prevenção de recaídas e de estratégias de gestão da doença"*

A intervenção psicoeducativa tem como objetivo a informação sistemática, estruturada e didática face à patologia, tratamento e estratégias de coping, tendo em conta os aspetos emocionais individuais, com vista á estimulação dos indivíduos sobre a forma de como lidar com a patologia adequadamente (Rummel-Kluge, Pitschel-Walz, Bäuml, & Kissling, 2006) que, quando combinada com o tratamento farmacológico permite a estabilização do humor, diminui os internamentos hospitalares e aumentar o funcionamento do indivíduo em diversas áreas (Huxley & Parikh & Baldessarini, 2000).

A utilização da psicoeducação leva a um aumento da adesão ao tratamento e a uma diminuição da frequência e/ou intensidade das crises (Andrade, 1999). A *World Schizophrenia Fellowship*, (1998) citado por Pereira (2006) acrescenta que os objetivos da psicoeducação passam por procurar melhorar clinicamente e funcionalmente os doentes mentais através do recurso a uma abordagem que inclua a colaboração entre os

profissionais de saúde, famílias e doentes, assim como aliviar o sofrimento dos membros da família, apoiando-os nos seus esforços para potenciar a reabilitação da pessoa doente. Donke, Griffiths, Cuijpers, & Christensen (2009) concluíram que psicoeducação contribui para a redução de sintomas de depressão e de stresse mental. Já Dunbar Reilly, Mccarty, & Culler (2009) conseguiram reduzir os sintomas depressivos com uma intervenção psicoeducacional. Menezes & Sousa (2011), embora referindo-se a doentes com Transtorno Afetivo Bipolar, refere a possibilidade de com recurso à psicoeducação melhorar aspetos como a melhoria do *insight* sobre a doença e sob a melhor forma de lidar com a estigmatização, ensinar os sinais precoces de recaída, a promoção de hábitos de vida saudáveis e o evitar o abuso de substâncias psicoativas. O mesmo autor faz referência a diversos estudos realizados e aponta como principais resultados obtidos com o uso de uma intervenção de base psicoeducativa: a diminuição do número de recaídas, o aumento de tempo compreendido entre elas, diminuição do número e na duração da hospitalização, identificação precoce de sinais e sintomas, o aumento da adesão ao tratamento e a melhoria da relação doentes/cuidador.

Essa abordagem pode ser desenvolvida individualmente ou em grupo, quer ao doente quer aos seus familiares ou pessoas significativas (Townsend, 2011).

A terapia cognitivo-comportamental, surge como uma das técnicas primordiais a utilizar nas intervenções psicoeducativas, uma vez que é totalmente centrada no doente, em que o doente é visto como um ser único, que tem um problema de vida, em vez de uma condição psicopatológica (Stuart et al., 2001).

Os terapeutas colaboram assim na definição do problema, na identificação das metas, na formulação das estratégias do tratamento e avaliação de todo processo, ajudando os pacientes a modificarem crenças, pensamentos e comportamentos disfuncionais que produzem certos estados de humor (Powell e outros, 2008).

Sendo a psicoeducação uma forma de capacitar os doentes através do fornecimento de informação com o objetivo de percecionarem a doença e de a gerirem-na da melhor forma, faz todo o sentido abordar a intervenção com base no Sentido de Coerência definido por Antonovsky (1987) citado por Gomes (2003) “*uma orientação global que expressa a extensão em que uma pessoa tem um sentimento de confiança generalizado e estável, embora dinâmico, e que se traduz nos seguintes aspetos. 1) o estímulo que*

*deriva dos seus ambientes externos e internos, no decurso da sua vida, é percecionado como sendo estruturado, previsível e explicável, 2) a pessoa percebe a existência de recursos para fazer face às exigências colocadas por esse estímulo, 3) estas exigências constituem desafios, merecedores de investimento e empenho.”* O mesmo autor define ainda três componentes fundamentais para a sua teoria: *capacidade de compreensão (comprehensibility)* – percepção pela pessoa do estímulo proveniente dos ambientes externos e internos como algo que faz sentido que têm uma ordem, que é consistente, estruturado e claro, permitindo que possa dar sentido mesmo as estímulos indesejáveis ou potencialmente perturbadores; *capacidade de gestão (manageability)* – percepção pela pessoa que existem recursos adequados que podem fazer face às adversidades ou estímulos percecionados, permitindo que possa ter controlo sobre muitos desses acontecimentos; *capacidade de investimento (meaningfulness)* – representa o elemento motivacional e refere-se à extensão em que a pessoa sente que a sua vida faz sentido, não apenas a nível cognitivo como a nível emocional.

Assim, pessoas com um elevado nível de Sentido de Coerência parecem estar melhor colocadas para fazer escolhas mais positivas face ao seu comportamento, o que acaba por demonstrar uma influência indireta no seu estado de saúde. Tal é evidenciado em diversos estudos desenvolvidos, como demonstra o *Federal Center for Health Education*, citado por Gomes (2003). Essa influência parece ser maior em áreas como a melhoria da percepção do nível de saúde, a diminuição de sintomas referidos, a melhoria da saúde mental, a diminuição do risco de depressão, a menor probabilidade do desenvolvimento de comportamentos de risco, melhoria do estado de saúde e a satisfação com a vida e bem-estar.

Mas a intervenção psicoeducativa terá que se adaptar às exigências atuais para poder ser uma ferramenta eficaz e que permita a obtenção de ganhos em saúde. Hoje em dia, com revolução digital proposta pelas tecnologias de informação, estão ao dispor um conjunto de novas tecnologias que desempenham um papel importante na aprendizagem e na transmissão da informação, que poderão desempenhar um papel importante na intervenção realizada pelos profissionais de saúde. Não podemos ignorar que a revolução digital proposta pelas tecnologias de informação, abriram uma janela de oportunidade na mudança das ferramentas e métodos de informação e capacitação dos doentes. São um novo recurso com enorme potencial ao dispor dos cidadãos,

profissionais e instituições para a prevenção, diagnóstico, tratamento e monitorização da saúde e dos estilos de vida dos indivíduos, grupos e comunidades (Nascimento, 2011).

Cação & Dias (2003, p.27) define o “*Blended Learning*, também designado de *b-learning*, como um modelo de formação misto, que inclui uma componente *on-line* e uma outra presencial (...) um modelo de características próprias, que abrange as melhores componentes do ensino a distância e presencial (...) que reconhece os benefícios de disponibilizar parte da formação *on-line*, mas que, por outro lado, admite o recurso parcial a um formato de ensino que privilegie a aprendizagem do aluno, integrado num grupo de alunos, reunidos em sala de aula com um formador ou professor”

A utilização da metodologia *b-learning* traz evidentes vantagens, tanto para o aprendiz como para o professor, permitindo o acesso aos conteúdos, colegas e professores, independentemente da hora e do local (Loureiro, 2006). A estas vantagens poderíamos ainda acrescentar a possibilidade de realização do processo “*hust in time*” por oposição ao “*just in case*”, a otimização do tempo do formador, a facilidade de utilização do sistema em termos de gestão, a rápida distribuição de conteúdos e a sua fácil alteração, uma maior retenção dos conteúdos através de formação personalizada e por último uma maior colaboração e interação entre os formandos (Cação et al, 2003).

No caso do aluno e segundo Pinto (2002) citado por Loureiro (2006) é-lhe solicitado um papel mais ativo e responsável, de busca de informação e utilizando os seus métodos individuais ao seu ritmo na busca e construção do conhecimento, passando-se paradigma do ensino para a aprendizagem. Gil (2009) afirma que o papel do professor é bastante importante e fundamental, pois é ele que decide o tipo do formato do *b-learning* a utilizar, de entre os diferentes processos /formas possíveis, sendo por isso essencial a ligação que estabelece com os alunos, de forma a que a comunicação seja clara e promotora da confiança dos aprendentes como forma de adaptação aos diferentes contextos, professores e alunos. Segundo o mesmo autor o sucesso desta metodologia só será possível, se se mantiveram os aprendentes com níveis elevados de auto-motivação. Mais uma vez o professor desempenha um papel importante de consumação deste objetivo.

Outras das grandes forças do sistema *b-learning* está no facto de não dissociar ou mesmo eliminar as relações interpessoais no contexto do processo ensino/aprendizagem. As relações entre os diferentes intervenientes neste processo permitem o encontro e confronto, pois é com os outros que eu me encontro e descubro, encontrando e descobrindo os outros (Cação et al. 2008).

A opção pelo *b-learning* e segundo Gil (2009) torna-se ainda a mais aconselhável para formandos com pouca experiência na utilização da informática e na formação à distância, além disso, permite aproveitar o que melhor tem a formação presencial e a formação à distância, desenvolvendo as capacidades necessárias a uma formação completamente à distância.

Fernandes (2005) entende que na vertente de *b-learning*, pode ser um pretexto para a mudança do processo de ensino/aprendizagem, designadamente nas metodologias pedagógicas e tecnológicas. O mesmo autor, citando Figueira (2005), refere que a junção entre as sessões presenciais com as sessões on-line é a chave do sucesso, pois não se pode marginalizar a importância do contexto das relações interpessoais. No que concerne à sua utilização para a enfermagem psiquiátrica, este mesmo autor acaba por referir alguns pontos interessantes da importância do uso desta metodologia mista. Se por um lado as sessões presenciais permitem atestar as reações ou comportamentos do aprendente, por outro lado as sessões virtuais possuem, também, benefícios pela maior desinibição, flexibilidade, colaboratividade, sentido de responsabilidade e de envolvimento na sua aprendizagem. Além disso ainda no que concerne à Enfermagem de Saúde Mental este método permite manter o contato presencial tão importante para o desenvolvimento da relação entre os diferentes intervenientes e para avaliação de comportamentos e reações, mas também permite recorrer ao ensino à distância disponibilizando uma forma de contato e o acesso a conteúdos educativos em qualquer local a qualquer hora, de forma fácil e rápida, inculcando nos doentes um papel mais ativo e responsável na busca de informação e construção do conhecimento de uma forma individualizada e ao ritmo de cada um.

A produção científica mostra-nos alguns exemplos embora não exista nenhum estudo com intervenções psicoeducativas em doentes com depressão recorrendo a metodologia *b-learning*. Lin, Moyle, Chang, Chou & Hsu (2008) realizaram um programa interativo

psicoeducacional usando o computador e conclui que a psicoeducação interativa pode ser tão ou mais eficaz do que uma abordagem tradicional para a adesão ao tratamento e na aquisição de conhecimentos sobre a doença em pacientes deprimidos. Burda, Starkey, Dominguez, & Tremont (2010) realizaram um estudo para avaliar o impacto da psicoeducação assistida por computador como um complemento para sessões presenciais com doentes internados, concluindo que indivíduos que receberam psicoeducação assistida por computador tiveram melhores resultados nos testes de conhecimentos e níveis de absentismo mais baixo nas sessões presenciais demonstrando assim que a psicoeducação assistida por computador pode ser um complemento eficaz para os programas de reabilitação psiquiátrica.

#### 4.2. OBJETIVOS

Para a realização deste estudo foram definidos os seguintes objetivos:

- Determinar o nível de depressão dos doentes antes e após a realização de uma intervenção psicoeducativa com recurso a metodologia B-learning;
- Avaliar o nível de conhecimentos sobre depressão, dos doentes antes e após a realização de uma intervenção psicoeducativa com recurso a metodologia B-learning

#### 4.3. TIPO DE ESTUDO

O estudo inicialmente previsto de ser realizado era estudo quase experimental do tipo pré teste, pós teste, sem grupo de controlo (Ribeiro, 1999). No entanto o abandono de vários dos elementos da amostra transformou este estudo num estudo de caso clínico apenas com um participante.

A metodologia de estudo de caso clínico permite realizar uma análise da situação de uma forma holística, detalhada e reflexiva permitindo avaliar a situação em causa e ficar com uma compreensão global do caso possibilitando assim o estabelecimento das estratégias e intervenções mais adequadas. (Araújo et al., 2008). Trata-se de uma abordagem descritiva e qualitativa que visa o aprofundamento de um caso específico e não a sua generalização (Bogdan & Bilken, 1994). Esta estratégia investigativa permite no entanto a comparação entre outros casos, sendo ainda uma técnica apropriada para

explicar aspetos importantes de uma situação proporcionando informação específica sobre uma dada inovação (Morgado, 2012)

A amostra foi definida de uma forma não probabilística/intencional, de acordo com os critérios de inclusão definidos: idade superior a 18 anos, pertencentes a ambos os sexos, com diagnóstico prévio de depressão, que demonstrem disponibilidade de participar no estudo, que possuam competências cognitivas para o fazer, ter conhecimentos informáticos básicos na ótica do utilizador e computador com acesso à internet. Para aferir as competências cognitivas foi utilizada a escala SPMSQ, constituída por dez questões simples que incluem por exemplo qual o dia da semana, a idade ou quem é o atual presidente. Para ser incluído na amostra os participantes terão de apresentar um score entre o 0-2 erros que corresponde ao normal funcionamento mental.

Os doentes previamente selecionados foram contactados via telefónica. Foram contactados telefonicamente para aferir da sua disponibilidade e interesse em participarem no estudo. Aceitaram participar no estudo cinco doentes que constituíram assim a amostra do mesmo.

Como instrumento de colheita de dados (Anexo XXII) foi utilizado um questionário anónimo, de auto-resposta, que incluirá alguns aspetos demográficos designadamente a idade, sexo, estado civil e escolaridade; aspetos clínicos nomeadamente idade do diagnóstico da depressão, número de internamentos por este motivo, história de tentativas de suicídio, motivos aos quais atribui causa da depressão, existência de antecedentes familiares de depressão e a realização de terapêutica antidepressiva; a motivação para a participação na intervenção psicoterapêutica; e questões relacionadas com literacia informática, que aborda questões acerca do fato de possuir recursos informáticos, uso de recursos informáticos, capacidades na sua utilização. Além deste destes aspetos faz ainda parte do instrumento o inventário depressivo de Beck, e um questionário para aferir sobre o nível de conhecimentos sobre os diferentes aspetos abordados na intervenção planeada.

O Inventário depressivo de Beck. é um dos instrumentos mais utilizados para medir a severidade dos episódios depressivos, tendo sido traduzida e adaptada para Portugal em 1973 pelos professores A. Vaz Serra e J. Abreu. Esta é constituída por cerca de 21 itens, cuja intensidade varia de 0 a 3 de intensidade crescente. Os itens referem-se a tristeza,

pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de líbido. O seu preenchimento demora cerca de 10 a 15 minutos. O resultado final é obtido através da soma das notas de cada grupo, podendo classificar o quadro depressivo em inexistente ou existente, no qual este último se subdivide em leve, moderado ou grave. O ponto de corte é 13, valor acima do qual o utente está deprimido. (Ribeiro, 2007). O questionário de avaliação de conhecimentos é constituído por dezoito perguntas de verdadeiro e falso e foi validado por dois peritos na área, e incide sobre as temáticas abordadas nas sessões planeadas.

Numa primeira avaliação (T0) foram avaliados os níveis de depressão e os conhecimentos sobre a mesma, questões médicas, demográficos e o grau de motivação dos doentes para a participação na psicoeducação. De seguida foi realizada a intervenção psicoterapêutica com recurso à metodologia *b-learning*. No final da intervenção (T1) realizou-se uma nova avaliação com recurso aos mesmos instrumentos, excluindo a avaliação demográfica e médica

O programa psicoeducativo desenhado, é um programa psicoeducativo composto por oito sessões com uma periodicidade bissemanal. Nos estudos que constituíram a revisão bibliográfica encontram-se intervenções que decorrem num mínimo de seis semanas (Eker, 2012) e num máximo de um ano (Dumbar, 2009). Já a periodicidade varia de bissemanal (Eker, 2012) até quinzenal (Smith, 2010).

Todas as sessões presenciais tiveram uma duração prevista de 120 minutos e decorreram na sala 2 do Gabinete de Formação do CHL. Nas sessões utilizando uma metodologia e-learning foram planeadas para demorarem cerca de 30 minutos, com recurso à plataforma Moddle, Dumbar (2009) no seu estudo realizou sessões psicoeducativas com a duração de 20-30 minutos, enquanto que outros autores realizaram no máximo intervenções de 90-120 minutos (Eker, 2012).

A plataforma Moddle é um sistema aberto de gerenciamento de curso usado para gerenciar e promover a aprendizagem, sendo gratuito e que pode ser instalado em qualquer computador. Foram disponibilizados nesta plataforma, vídeos, músicas e

outros ficheiros de áudio, textos, apresentações e hiperligações para o desenvolvimento da temática da sessão. Foram ainda dinamizadas atividades para desenvolvimento e consolidação das temáticas.

Esta intervenção foi realizada de uma forma individual. A revisão bibliográfica realizada aponta que quer a intervenção individual quer a intervenção em grupo apresenta resultados ao nível da intervenção psicoeducativa. A abordagem individual permite ao indivíduo um espaço e um tempo próprios para o estabelecimento de uma relação de ajuda compreensiva, destigmatizante e aprofundada. Além disso permite uma intervenção mais específica, individualizada e focada nas necessidades do doente.

A definição das temáticas a abordar nas diferentes sessões, foi esquematizada na Tabela Devido á inexistência de programas psicoeducativos específicos para depressão, foi construída uma intervenção baseada em programas psicoeducativos já testados e aplicados em situações de perturbações bipolares, como o modelo de Cardfil (Griffiths & Smith 2010), o model 16o de Barcelona e os tópicos para serem abordados num programa psicoeducativo (Colon & Vieta, 2004).

Tabela 16 - Planeamento das Sessões Psicoeducativas

	Temáticas	Objetivos	Conteúdos	Métodos
1	Sessão Inicial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer os elementos que constituem o grupo</li> <li>- Informar acerca das regras e normas da intervenção</li> <li>- Preencher o pré-teste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação</li> <li>- Realização de contrato terapêutico</li> <li>- Preenchimento do instrumento de colheita de dados</li> </ul>	Presencial
2	Depressão?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer a doença</li> <li>- Conhecer os fatores desencadantes da doença</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saber o que é a doença</li> <li>- Fatores e causas desencadeantes</li> <li>- Sinais e Sintomas</li> </ul>	Presencial
3	Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer as diferentes opções para o tratamento da doença</li> <li>- Motivar para adesão ao regime terapêutico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitação para o tratamento</li> <li>- Papel das diferentes ferramentas para o tratamento (Psicofarmacologia e Psicoterapias)</li> <li>- Adesão ao regime terapêutico~</li> <li>- Riscos da não adesão ao regime terapêutico</li> </ul>	<i>e-learning</i>

4	Problemas do dia-a-dia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar os principais problemas do dia-a-dia</li> <li>- Conhecer estratégias para resolução de problemas do dia-a-dia</li> <li>- Capacitar o indivíduo para utilização de estratégias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação dos principais problemas do dia-a-dia</li> <li>- Identificação estratégias resolução dos principais problemas do dia-a-dia</li> <li>- Resolução de Problemas do dia-a-dia</li> <li>- Lidar com o Stress e Ansiedade</li> </ul>	Presencial
5	Crise	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir situações de crise</li> <li>- Capacitar para lidar com a crise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinais e sintomas de crise</li> <li>- O que fazer na crise</li> <li>- Estratégias para lidar em situações de crise</li> <li>- Como evitar recaídas</li> </ul>	<i>e-learning</i>
6	Envolvimento familiar/social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar estruturas de suporte</li> <li>- Criar, restabelecer ou melhorar suporte social e familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importância do envolvimento familiar e social</li> <li>- Identificação de redes de apoio/pessoas significativas</li> <li>- Recurso a redes de apoio/pessoas significativas</li> <li>- Dinâmicas relacionais e gestão de conflitos</li> </ul>	Presencial
7	Promoção saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a saúde mental dos indivíduos</li> <li>- Melhorar a vivência face á doença</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indivíduo como agente da sua saúde mental</li> <li>- Estratégias para manter uma boa saúde mental</li> <li>- Estigma associada á depressão</li> <li>- Preparar o futuro com Saúde Mental</li> </ul>	<i>e-learning</i>
8	Sessão Final	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preencher o pós-teste</li> <li>- Avaliar a intervenção realizada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encerramento do Programa</li> <li>- Preenchimento do instrumento colheita dados e questionário de satisfação</li> </ul>	Presencial

Para esta intervenção foi realizado o planeamento de cuidados, utilizando a CIPE versão 2, de acordo com o disposto na tabela 17

Tabela 17- Diagnósticos de enfermagem para a intervenção

Diagnóstico	Objetivos	Indicador de Avaliação
Depressão em grau elevado	Diminuir o nível de depressão	Inventários Depressivo de Beck
Conhecimento sobre a depressão diminuído	Aumentar os conhecimento sobre a depressão	Questionário de Conhecimentos

#### 4.4 PRESSUPOSTOS ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS

Foram garantidos em todas as etapas do processo de investigação todos os procedimentos éticos e deontológicos. Foi fornecida aos doentes envolvidos no estudo a informação necessária e adequada bem como reforçada o carácter voluntário da participação antes de efetuarem o seu consentimento escrito. Os investigadores asseguraram a confidencialidade dos dados recolhidos bem como o direito à privacidade e intimidade do doente. Os doentes tiveram acesso á plataforma moddle, tendo-lhes sido atribuída uma senha de entrada e uma palavra passe.e apenas os investigadores e os elementos do grupo experimental tiveram acesso á mesma.

Foi pedida autorização aos autores da validação da escala para a população portuguesa para o uso da mesma e à administração do CHL para a aplicação dos instrumentos de colheita de dados, que foram preenchidos na presença dos investigadores.

#### 4.5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO RESULTADOS

Compareceram na sessão inicial apenas duas das cinco utentes contactadas e que confirmaram a sua presença. Destas duas, uma abandonou a intervenção após a primeira semana.

Assim a doente sujeita à intervenção planeada, tinha trinta e cinco anos de idade, é do sexo feminino, vive em união de facto há cerca de dez anos. Tem duas filhas, uma com dois anos e outra com onze meses. Trata-se da segunda filha de um casamento entre um professor de Educação Física e uma doméstica. Refere uma relação conturbada com a família, em especial com o pai, que vê como um rival, no entanto, não consegue passar um dia sem ligar à mãe para saber como se encontram. A relação com a irmã já foi muito mais próxima. Refere que desde que se casou e por uma certa influência do cunhado afastaram-se.

É licenciada em Marketing e Gestão, tendo realizado uma Pós-Graduação em Gestão Desportiva. Atualmente é proprietária, em sociedade com o pai, de um ginásio.

Teve uma infância feliz, até que lhe foi-lhe diagnosticada depressão aos onze anos, após o falecimento do seu avô, de quem “era muito próxima”(sic). Quando soube da notícia, terá realizado uma intoxicação medicamentosa voluntária, que repetiu passados alguns anos. Esteve internada no serviço de Psiquiatria há alguns meses atrás, após episódio de heteroagressividade dirigida a bens materiais “destrui uma escrivinha toda”(sic)

Atribui como motivo à sua depressão “falta de força”. Nega antecedentes familiares de depressão e está medicada com Fluoxetina, ADT e Alprazolam, assumindo alguma irregularidade na sua toma.

Apresenta uma idade real coincidente com a idade aparente, com aspeto cuidado. O fáceis é tendencialmente expressivo e o humor algo deprimido. Motricidade livre e postura ligeiramente tensa. Discurso coerente e fluído, não se denotando alterações ao nível conteúdo do pensamento ou percepção. Refere que “por vezes desejo morrer”(sic) embora não verbalize plano suicida.

Refere possuir computador próprio e conta de email. Já realizou formação na área de informática. Utiliza o computador e a internet pelo menos uma vez por semana, inclusivamente no seu local de trabalho. Afirma ser capaz de enviar um documento como anexo por email, elaborar uma página de texto num editor de texto, abrir ficheiros de áudio, som e apresentações e fazer uma pesquisa na internet.

Na “The short portable mental status questionnaire”, obteve um score de 1 o que corresponde a um funcionamento mental normal.

Na primeira sessão demonstrou-se interessada. Alguma dificuldade em ser objetiva nas respostas às questões colocadas. Aceita e demonstra-se comprometida na realização do contrato terapêutico. Quando foi apresentada a plataforma Moddle refere “*já conheço, quando estudei nós também tínhamos*”.

Na segunda sessão quando é proposto o tema e a metodologia da mesma começa logo por dizer que “*tantos anos de doença que ficamos a saber muita coisa*”(sic). Consegue relacionar os sinais e sintomas da doença com os sintomas que habitualmente apresenta. Quando se aborda a questão dos fatores desencadeantes apresenta um período de labilidade emocional ao abordar a morte da avó mas rapidamente se centra nos conflitos com o pai e de que forma estes contribuem para a sua doença.

A terceira sessão foi a primeira á distância. Afirma ter realizado a mesma em casa ao final do dia. Identificou-se com alguns testemunhos disponibilizados sobre a adesão terapêutica, sobretudo com os motivos do abandono da terapêutica. Elaborou uma lista de quatro estratégias para promover a adesão terapêutica e três vantagens pela toma regular da terapêutica. Refere que sentiu necessidade de voltar a ler a informação disponibilizada “os testemunhos fizeram-me, algumas daquelas pessoas passaram pelo mesmo não sou só eu”(sic).

Pela primeira vez à quarta sessão pensou em não aparecer. Confidenciou mais tarde na avaliação da intervenção que teve vontade de desistir pois “falávamos de temas que eu evitava na minha vida”(sic), “chorava no caminho para casa”(sic). Refere que o marido teve um papel importante na sua continuação na intervenção “ele um dia disse-me: - tu nunca desistes de nada e agora queres desistir só porque falam de assuntos que tu não gostas de falar. Achas que é razão para isso?”(sic) . Nesta sessão foram ainda esclarecidas dúvidas e feito reforço da sessão á distância. Identificou como problemas do dia-a-dia demasiado enfoque e tempo que dedica ao trabalho, e a relação com os pais, demonstrando angústia e labilidade emocional pela situação, mas culpabilizando o pai por toda a situação. Utilizando o método passo a passo, estabeleceu um plano com estratégias para lidar com estes problemas. Comprometeu-se a realizar algumas atividades recreativas durante o fim de semana.

A quinta sessão foi realizada á distância, desta vez no local de trabalho “*num momento em que me sentia mais em baixo*”. Demonstrou-se muito empenhada em identificar as causas de recaídas anteriores e em tentar definir um plano anti-recaída.

Na sexta sessão ao se abordar a questão familiar em concreto a relação com o progenitor já não apresenta períodos de labilidade emocional. Mesmo com os conflitos e distanciamento familiar a própria identifica a importância que a família tem na sua vida e pode ter no seu processo de tratamento. Durante o fim de semana aproveitou para almoçar com uma casa amigo, dando cumprimento ao acordado na sessão quatro, aproveitado para se realizar reforço positivo e apelar á diversificação das redes de apoio. Já no final da sessão solicita ajuda para “como posso gerir melhor os stress com o meu pai”(sic).

A sétima e penúltima sessão, era uma sessão á distância. Optou novamente por a realizar a sessão no trabalho “*aproveito a manhã que está calmo e posso estar concentrada*”. Assume que “tenho feito pouco pela minha saúde mental”(sic) “nem estava muito desperta para isto, sempre associei mais os comprimidos ao tratamento, pois ma só quando estou mesmo mal”(sic). Durante a semana visualizou alguns dos recurso várias vezes como forma de se motivar na identificação e desenvolvimento de estratégias promotoras de uma saúde mental positiva.

Na última sessão preencheu o questionário e valorizou a importância que a intervenção teve para si, afirmando que “gostaria de repetir ou fazer algo deste género acho que me ajudava”(sic).

Os resultados dos scores da escala em ambos os momentos de avaliação estão demonstrados na Tabela 18. no caso do Inventário Depressivo de Beck ouve um decréscimo atingindo no final da intervenção um score de 11, pontuação essa que já não corresponde a um quadro depressivo. Já no que se refere ao questionário de conhecimentos sobre a depressão registou também uma melhoria, tendo acertado em todas as perguntas em T1.

Tabela18 Indicadores e ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem

	T 0		T1	
	Score	Juizo	Score	Juizo
<b>Depressão</b>	31	Grau elevado	11	Ausente
<b>Conhecimentos</b>	16/18	Diminuído	18/18	Presente

É por isso possível afirmar que a intervenção realizada terá contribuído nesta doente para diminuir o nível de depressão e aumentar os conhecimentos sobre esta doença. Este sucesso foi também partilhado por Burda et al. (2010) e. Lin et al, que realizaram intervenções psicoeducativas recorrendo ao uso de computadores para disseminar alguma informação e aumentar os conhecimentos dos participantes. Além disso vários autores também concluíram que intervenções psicoeducativas contribuíam para a melhoria dos sintomas depressivos (Andrade, 1999; Huxley et al., 2000; Donke et al 2009; Dunbar et al,2009).

A diferença de score do nível de depressão é bastante significativa, sendo necessário analisar outros aspetos que possam ter contribuído para tal. Em primeiro lugar a doente verbaliza no final da intervenção que “tenho tomado a medicação certa”(sic), tendo esta

adesão ao regime terapêutico eficaz produzindo alterações ao nível do padrão do sono, tornou-se mais regular, sentindo-se com mais energia e mais satisfeita durante o dia. Lin, Moyle, Chang, Chou & Hsu (2008) realizaram um programa interativo psicoeducacional usando o computador e conclui que a psicoeducação interativa pode ser tão ou mais eficaz do que uma abordagem tradicional para a adesão ao tratamento e na aquisição de conhecimentos sobre a doença em pacientes deprimidos, situação também descrita por Andrade (1999).

A doente afirma que esta alteração de comportamento ficou em parte a dever-se “aos conteúdos que estavam na plataforma sobre a importância do tratamento”(sic). Além disso á ainda que ter em conta que o período da intervenção correspondeu ao período de férias escolares, diminuindo assim o número de crianças que frequentam o seu ginásio, estando inclusivamente na última semana da intervenção fechado, ora este fato contribui para “andar menos ansiosa e preocupada”(sic). Esta maior disponibilidade têm-lhe permitido, por exemplo, fazer alguns programas com os amigos, algo “que gosto e faz-me bem distrair-me”(sic). Contudo, segundo a doente a principal “vitória da intervenção foi deixar de ter ideias de fazer mal a mim própria” “já não desejo morrer, quero dar a mim mesma uma oportunidade”, ”percebi que o que eu passo outras pessoas também passam”(sic) e que com “calma vou conseguir ultrapassar as dificuldades da vida” ainda por cima “passei a dar muito mais valor a outras coisas, por exemplo aos meus filhos, o que seria deles sem mim”(sic).

A doente considera ainda uma mais-valia a possibilidade de realizar algumas sessões à distância, não prescindindo das mesmas, pois permitiram-lhe aumentar o conhecimento sobre a doença. Uma outra vantagem das sessões à distância é que permitem “reler com calma as informações”(sic), permitindo ajustar ao ritmo da aprendizagem e ajuda a “lidar melhor com os problemas”(sic). Esta vantagens de ter acesso aos conteúdos, independentemente da hora e do local e de forma ilimitada é também apontado por Loureiro (2006) como uma das vantagens desta metodologia.

A principal desvantagem que a doente identifica nas sessões à distância é a falta de presença do terapeuta “nos momentos de maior fragilidade durante a realização da tarefas”(sic), contudo para outras pessoas pode ser uma vantagem pois permite analisar sozinho a informação. Este apeto, penso que poderá ser minorado em próximas

intervenções, se for utilizado o chat, recurso que a plataforma *e-learning* utilizada possui. O incremento desta ligação entre o enfermeiro e utente contribuirá para o sucesso de futuras intervenções, tal como defende pois não se pode marginalizar a importância do contexto das relações interpessoais para o sucesso da intervenção com recurso a metodologia *b-learning*.

Não existiram grandes dificuldades na utilização da plataforma e no acesso aos conteúdos. Como sugestão, a doente refere apenas a criação “de um site específico, pois o usado tem muitas funções que pode levar a que nos perdemos”(sic).

Os recursos disponibilizados na plataforma considerados pela doente muito importantes foram os vídeos, a disponibilização de links e questionários e por último a utilização de testemunhos de outros doentes, referindo a doente que foi “pena não ter havido mais pessoas pois aprendíamos uns com os outros”(sic) o que reforça a possibilidade de se usar o chat e o blog da plataforma numa ótica de ferramenta de autoajuda e partilha entre os participantes na intervenção. Também eles importantes mas menos apelativos foram considerados os textos e as apresentações. É sugerido que sejam melhorados os recursos referentes à sessão sobre a crise, ao nível das estratégias a utilizar para prevenir recaídas.

Já no que se refere à intervenção na sua globalidade, a doente considera-se muito satisfeita, assim como com a forma como decorreram as sessões, com as temáticas abordadas e com o desempenho dos terapeutas.

Após a intervenção realizada, a doente que ainda não se sente totalmente preparada para lidar com a crise e a identificar e estar recetiva para as redes de apoio. Se no primeiro caso refere que “ainda sinto que não sei lidar com algumas situações” que levam ao agravamento do seu estado de saúde, já para o segundo contribui “a relação com a minha família, muita coisas que não sei nem talvez queira lidar. Pelo contrário a intervenção ajudou-a a sentir-se “mais estável, os dias maus são mais espaçados”(sis) e sente-se agora “importante na sociedade... percebi que todos temos uma função...temos que desempenhar o melhor possível”(sic).

#### 4.5 CONCLUSÕES

Esta intervenção permitiu concluir que a intervenção realizada contribuiu para a melhoria da depressão e dos conhecimentos da doente participante. Depreende-se também que a metodologia *b-learning* possa ser utilizada com sucesso em intervenções psicoeducativas, com vantagens a nível dos custos da intervenção, mas também da gestão que é permitida ao doente fazer das sessões à distância do onde, quando e ao ritmo que quiser.

Em futuras intervenções deverá investir-se mais na qualidade gráfica dos recursos disponibilizados na plataforma, para tal seria importante o estabelecimento de parcerias com profissionais da área do design. Os vídeos e os relatos dos utentes são metodologias que podem ser do agrado dos doentes. Há que repensar uma forma de tornar os conteúdos mais teóricos e mais apelativos. Além da sugestão de hiperligações, a sugestão de filmes e livros poderão ser aspetos a explorar.

A utilização do moodle como plataforma embora se tenha revelado adequada, o fato de ser desenvolvida para outro contexto por vezes torna-se algo complexa e pouco ajustada. Deverá ser pensado no futuro a apostar na criação de uma plataforma própria.

Um outro aspeto que pode ser explorado em futuras intervenções é a utilização da plataforma como um meio que permita a disponibilização de informação que satisfaça alguma necessidade pontual ou específica de algum elemento identificado durante as sessões presenciais ou o facto de podermos usar as sessões à distância como forma de dar continuidade ou lançar assuntos para a próxima sessão. As sessões à distância ficaram mais reforçadas e enriquecidas se depois, presencialmente, revermos ou reforçarmos alguns assuntos.

O desafio é continuar a testar esta intervenção por forma a torná-la mais completa e eficaz. Terá que se evoluir também para a realização de um grupo de controle, pois, só assim será possível aferir da efetividade da mesma. .

## **5. LIMITAÇÕES E DESAFIOS FUTUROS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA**

Os limites são muitas vezes barreiras que surgem no percurso que se está a trilhar. O surgimento de barreiras levam muitas vezes à necessidade de parar para pensar na melhor forma de ultrapassar esta barreira e torná-la apenas em mais um obstáculo que surge no trilho e se conseguiu superar.

Ao longo deste relatório já por diversas vezes foram descritos, analisados e refletidos os limites e desafios que foram surgindo no percurso efetuado. No entanto, será também importante fazer uma alteração no tempo verbal e procurar descrever, analisar e refletir os limites e desafios que surgem ou surgirão no percurso da prática especializada.

O primeiro limite está relacionado com a participação e envolvimento muito reduzido até ao momento, em atividades e assembleias do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Participar nas atividades da OE, intervir nas assembleias, eleger e ser eleito para os órgãos da OE é um direito dos membros consagrados nos seus estatutos (OE, 2012), mas antes de mais, um dever de cidadania profissional e uma forma de desenvolvimento profissional e de competências. O colégio da especialidade é um órgão profissional constituído por todos os enfermeiros que possuam o título profissional da respetiva especialidade e que têm como competências a promoção e o desenvolvimento das relações profissionais e científicas entre os membros, elaborar estudos, programas formativos sobre temas específicos da especialidade, acompanhar o exercício profissional especializado e definir e propor competências e padrões de qualidade específicos da especialidade (OE, 2012). O desafio, esse será não ficar expectante, mas ser proativo, participar, estar disponível para desafios que possam ser lançados e trabalhar para dignificar, desenvolver e melhorar a Enfermagem de Saúde Mental.

O segundo limite identificado está relacionado com organização dos cuidados de enfermagem especializados do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental. O processo de acreditação do CHL pela JCI introduziu bastantes melhorias neste aspeto, sobretudo a nível de processo de trabalho e da segurança do utente. No entanto e se analisarmos a

organização dos cuidados de enfermagem à luz dos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2011) ou do Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica (OE, 2010), existe um longo caminho para percorrer. De acordo com estes últimos documentos, deveriam ser desenvolvidas as seguintes dimensões do referencial: quadro de referência para o exercício profissional de Enfermagem, sistema informação em Enfermagem, dotações Seguras em Enfermagem e metodologias de organização de cuidados de Enfermagem. O desafio transversal a toda a equipa e que daria um impulso a estas mudanças, seria sem dúvida a candidatura do mesmo a acreditação da idoneidade formativa dos contextos da prática clínica. Será, por isso, imperativo informar e motivar os colegas para este desafio, mas também procurar demonstrar vantagens em seguir este percurso, disponibilizando-se para poder ser um dos dinamizadores deste processo. No entanto, outros desafios menos ambiciosos, mas também importantes, poderão paralelamente ser desenvolvidos. Entre eles, continuar a incorporar na prática diária a utilização de linguagem CIPE, quer através da aproximação da terminologia usada na prática à terminologia CIPE, quer através da sua inclusão nos processos de tomada de decisão, ao nível dos diagnósticos, intervenções e resultados esperados.

A última limitação a apresentar está relacionada com a prestação de cuidados de âmbito especializado, através da realização de intervenções de âmbito psicoterapêutico, psicossocial e psicoeducacional ao doente internado e respetiva família, de forma a melhorar a sua saúde mental. O EESM (OE, 2011, p. 2) acresce à sua *“prática de cuidados gerais, uma prática que evidencia uma maior profundidade e leque de conhecimentos, uma maior síntese dos dados, maior complexidade de aptidões e de leque de intervenções com repercussões no aumento da autonomia.”*. Os desafios serão muitos, mas desde logo passarão pela tentativa de implementação de duas intervenções a realizar por EESM, direcionadas para duas das patologias mais prevalentes identificadas na caracterização do serviço, a depressão (Anexo XXII) e o alcoolismo (Anexo XXIII), o desenvolvimento e realização de intervenções em grupo para familiares de doentes internados aproveitando o desenvolvimento de competências e a experiência obtida com a intervenção *“Se eu não cuidar de mim quem cuidará”* e procurar aplicar o protocolo de investigação desenvolvido durante o WIP.

O último desafio passará por continuar a dar enfoque na prática especializada à promoção da saúde mental em doentes internados por doença mental, pois promover a saúde mental poderá representar para estes utentes melhor saúde, melhor qualidade de vida, melhor capacitação, melhor utilização dos serviços, melhor prognóstico, menor sofrimento, menor incidência de distúrbios mentais e de comportamento, uma recuperação mais rápida e preservação de habilidades psicossociais (Barry, 2001; Lehtinen, 2008; Lluch-Canut, 2005; Canadian Institute for Health,2009).

## 6. CONCLUSÃO

O foco da atenção e atuação do EESM deve ser a promoção da saúde mental e do bem-estar, a prevenção da doença mental e a realização de intervenções que consigam dar resposta aos problemas específicos relacionados com a doença mental, tendo em vista o apoio assistencial e o alívio de situações geradoras de sofrimento no indivíduo, família ou comunidade nos diferentes momentos do seu ciclo vital.

Tal, só é possível se o EESM mobilizar na sua prática clínica diária conhecimentos (científicos, técnicos e humanos), demonstrar um julgamento crítico no processo de tomada de decisão e adquirir, desenvolver, demonstrar e colocar em prática um conjunto diversificado de competências profissionais e do cuidar especializado.

A realização das atividades nos diferentes contextos clínico e a prática especializada realizada, o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência através da realização de estudos de investigação, bem como a sua análise crítico-reflexiva tornaram possível o desenvolvimento de competências nos domínios da responsabilidade ética, deontológica e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados, das aprendizagens profissionais, do autoconhecimento e da consciência de si próprio enquanto enfermeiro, da assistência ao seu alvo de cuidados na otimização da sua saúde mental, da ajuda ao seu alvo de cuidados na recuperação da saúde mental e da intervenção psicoterapêutica, socioterapêutica, psicossocial e psicoeducacional ao seu alvo de cuidados, tendo em vista manter, melhorar e recuperar a saúde.

É possível afirmar, no final da elaboração do presente relatório, que os objetivos propostos inicialmente foram assim atingidos: descreveram-se as atividades realizadas, analisando-se e refletindo-se sobre as competências adquiridas ao longo da prática profissional especializada e desenvolveram-se competências ao nível do planeamento, desenvolvimento, comunicação e apresentação de resultados de evidência científica.

A principal dificuldade neste processo esteve relacionada com o hiato temporal que mediou o término da especialidade e o início do mestrado, que trouxe algumas

dificuldades acrescidas no início e no desenvolvimento do relatório, pela distância temporal existente com a realização das atividades desenvolvidas nos contextos de EC.

Algumas das intervenções descritas apresentam limitações ao nível da avaliação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem obtidos pelos seus alvos com a realização das mesmas. A utilização de uma linguagem classificada como a CIPE, o recurso a escalas de avaliação e a definição e avaliação de indicadores são trilhos que se devem continuar a percorrer.

Os resultados positivos obtidos pelos seus participantes na promoção, prevenção e reabilitação da saúde mental com algumas das intervenções desenhadas e realizadas, deixa o desafio para a replicação das mesmas, de uma forma mais sistematizada e com amostras de maior número, de forma a poder eventualmente virem a ser consideradas intervenções de valia para os objetivos que as mesmas se propõem a atingir.

Por fim, deixar claro que o desenvolvimento de competências não é algo que está encerrado. O desafio maior está com toda a certeza para vir, pois o avanço no conhecimento e o desenvolvimento da Enfermagem de Saúde Mental exige do EESM que incorpore as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo e participando ele próprio, em projetos de investigação, por forma a desenvolver uma prática baseada na evidência e a obtenção dos resultados sensíveis aos seus cuidados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinios clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?*. Coimbra: Formasau.
- Administração Regional de Saúde do Centro (2010). *Perfil de Saúde da Região Centro 2012*. Coimbra: ARSC.
- Administração Regional de Saúde do Centro (2013). *Relatório de Atividades 2012*. Coimbra: ARSC
- Afonso, P. (2004) *Será depressão ou simplesmente tristeza...?*. (1ª ed.) Cascais: Principia.
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, (2012). *Promoção da saúde mental no local de trabalho: Resumo de um relatório de boas práticas*. Bilbao: Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho
- Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral (2013a). *Perfil de Saúde do ACeS PL 2013*. Leiria: Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral.
- Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral. (2013b). *Plano de desempenho 2013*. Leiria: Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral
- Aguiar, M., Lima, H., Braga, V., Aquino, P., Pinheiro, A., & Ximenes, L. (2012). Competências do enfermeiro para promoção da saúde no contexto de saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25 (Número Especial 2), p.157-63
- Alarcão, I. & Simões, J. (2007). Supervisão de Alunos em Ensino Clínico – Uma Reflexão. *Nursing*. 218, 7-11.
- Alarcão, I., Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Contexto Enfermagem*, 14 (3), 373-82.

- Aleixo, T., Escoval, A., Fontes, R. & Fonseca, C. (2011) Indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (3), p 141-149
- Alligoe, M. & Tomey, A. (2004) *Teóricas de Enfermagem e sua obra – Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi, 2002.
- Andrade, A. (1999) - A abordagem psicoeducacional no tratamento do transtorno afetivo bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26 (6).
- Andrade, F. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Tese Mestrado. Universidade do Minho, Braga.
- Araújo, C., Pinto, E., Lopes, J., Nogueira, L. & Pinto, R. (2008). *Estudo de Caso*. In: Métodos de Investigação em Educação. Braga: Universidade do Minho.
- Arsalani, N., Fallahi-Khoshknab, M., Josephson M. & Lagerstrom M. (2012) Iranian nursing staff's self-reported general and mental health related to working conditions and family situation. *International Nursing Review*, 59, 416-423.
- Barry, M. (2001) Promoting Positive Mental Health: Theoretical Frameworks for Practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 3 (1), p. 25–34.
- Batista, L. (2013) *Os profissionais de saúde e o estigma da doença mental*. Tese de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Bellack, A., Mueser, K., Gingerich, S. & Agresta, J. (2004). *Social Skills Training for Schizophrenia – A step by step guide*. (2ª ed.). New York: The Guilford Press
- Berk, L., Kelly, C., Dodd, S., Berk, M. & Jorm, A. (2010) *Guia para Cuidadores de pessoas com Perturbação Bipolar*. São Paulo: Segmento Farma

- Blackmore, C., Tantam, D., & Deurzen, E. (2008). Evaluation of e-learning outcomes: experience from an online psychotherapy education programme. *Open Learning*, 23(3),185-201.
- Bogdan, R. & Bilken, S. (1994) *Investigação qualitativa em educação uma introdução á teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora
- Burda, P., Starkey, T., Dominguez, F., & Tremont, M. (2000). Computer-assisted psychoeducation of psychiatric inpatients. *Computers & Education*, 25 (3), 133–137.
- Buys, N., Sun, J., & Wang, X (2013). Effectiveness of a workplace based intervention programe to promote Mental Health among employees in privately Owned Enterprises in China. *Population Health Management*. 16 (6), 406-414
- Cação, R., & Dias, P. (2003). *Introdução ao E-Learning*. (1ª ed). Porto: Sociedade Portuguesa de Inovação Consultadoria Empresarial e Fomento da Inovação.
- Campos, C (2005). Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, 5 (Suplemento. 1), S63-S69
- Canadian Institute for Health (2009). *Explore Positive Mental Health*. Ottawa: Canadian Institute for Health
- Cardoso, H., Pais-Ribeiro, J.& Silva, I. (2004). Dificuldade em perceber o lado positivo da vida? Stresse em doentes diabéticos com e sem complicações crónicas da doença. *Análise Psicológica*. 22 (3), 597-605.
- Caring for the caregiver: Why your mental health matters When you are caring for others*. Woodbridge: World Federation for mental health. Acedido em 12 de setembro de 2013 em <http://www.wfmh.org>
- Carvalho, M. & Marcelino, D. (2005). Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua Relação com o Emocional. *Psicologica: Reflexão e Crítica*, 18 (1), 72-77

- Caspar, P. (2007). Ser formador nos dias que correm: novos atores, novos espaços, novos tempos. *Revista de Ciências da Educação*, 2, 87-94.
- Centro Hospitalar de Leiria. (s.d.). *O Centro Hospitalar*. Acedido em 15 de Junho de 2014 em <http://www.hds.min-saude.pt/>.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Chang E., Bidewell J., Huntington A., Daly J., Johnson A., Wilson H., Lambert V., & Lambert C. (2007). A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (8), 1354-1362.
- Claros, M. (2009). *Tratamento em saúde mental: aderência à terapêutica medicamentosa e principais reações adversas de psicofarmacoterápicos*. Santo Agostinho: Faculdade de Saúde Santo Agostinho.
- Colom F & Vieta E. (2004) Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (Supl III), 47-50.
- Comissão Nacional para Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Relatório Propostas do Plano de Ação para a reestruturação e desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Comité Permanent des Médecins Européens (2011) *CPME statement on Mental Health, combating Stigma and Social exclusion*. Brussels: CPME.
- Concelho de Enfermagem. (2004) Quadro de referência para a construção de indicadores e produtividade na enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 13, p S3-S8
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2010) *Classificação internacional para a Prática da Enfermagem versão 2*. Loures: Lusodidacta

- Conselho Internacional dos Enfermeiros. (2005). *CIPE Versão 1. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: OE.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental.. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 - resumo executivo*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Correia, M (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI*. Tesis Doutoral. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Corrigan, P. & Penn, D. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *The American Psychologist*, 54 (9), 765-776
- Corrigan, P. (2007). How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness. *SocialWork*, 52, 1, 31-39
- Costa, J (2004) Método de prestação de cuidados. *Millenium*, 30, 234-251.
- Coyle, D., Doherty, G., Matthews, M., & Sharry, J. (2007) Computers in talk-based mental health interventions. *Interacting with Computer,s* 19, 545–562
- Decreto-Lei nº 140/2004 de 8 de junho. Aprova a reestruturação do Instituto Português da Qualidade, I.P. Diário da República I Série, N°134 (04-06-08), 3614-3616
- Departamento da Qualidade em Saúde da Direcção-Geral de Saúde. (2011). *Manual de Acreditação de Unidades de Saúde* (1 ed.). Lisboa: DGS
- D'Innocenzo, M., Adami, N. & Cunha, I (2006). O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (1), 84-88
- Direção Geral de Saúde (2007). *Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes – contenção física*. Lisboa: DGS
- Direção Geral de Saúde (2011). *Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sal segurança ou da sua envolvente*. Lisboa: DGS
- Direção Geral de Saúde (2013). *Portugal Saúde Mental em Números*. Lisboa: DGS

- Donker, T., Griffiths, K., Cuijpers, P., & Christensen, H (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *MC Medicine*, **7**, 79-89
- Dunbar, S., Reilly, C., Mccarty, F., & Culler, S. (2009) Effect of a Psychoeducational Intervention on Depression, Anxiety, and Health Resource Use in Implantable Cardioverter Defibrillator Patients. *Pace*, *32*, 1259-1271
- Eira, C., Guerreiro, R., Silva, P. & Vicente, M. (2003). Promoção do desenvolvimento psicossocial das crianças através dos Serviços de Cuidados de Saúde Primários. *Análise Psicológica 1 (XXXXI)*, 59-76.
- Eker, F., & Harkin S. (2012). Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder. [Journal Affect Disorder](#), *138* (3), 409-416.
- Florentim, R. (2009). O Enfermeiro na Assistência Psiquiátrica. *Jornal Já Agora [online]*, 69.
- Fonseca, M. (2006). *Supervisão em Ensinos Clínicos de Enfermagem- Perspectiva do docente* (1ªed.) Coimbra: Formasau.
- Garrido, A. (2005). A Supervisão Clínica em Enfermagem e as Condicionantes Organizacionais. *Sinais Vitais*, *65*, 11-13.
- George, J. (2000) *Teorias de Enfermagem – Os fundamentos à prática Profissional*. (4ed). Porto Alegre: Artmed.
- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem – Os fundamentos à Prática Profissional* (4ªedição). Porto Alegre: Artemd.
- Gil, H. (2009) - *e-Learning versus b-Learning?! Qual a melhor opção?....* In: XI Simpósio Internacional de Informática educativa. Coimbra, 18 a 20 de Novembro. Poster.
- Gomes, J. (2011). *Autoanálise*. In: Curso Pós Licenciatura de-Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Leiria

- Gomes, J. (2012). *Promoção da Saúde Mental em espaço urbano*. Tesis Doctoral. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Griffiths, E., & Smith, D. (2010). Psychoeducation intervention for people with bipolar disorder. *Mental Health Practice*, 13 (9), 22-24.
- Guimarães, L e Grubits, S. (2007). *Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hassard, J. & Meyer, S. (2011). *Mental health promotion in the workplace – A good practice report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Henriques, C. & Gomes, J. (2012). *Planeamento descritivo do 2º semestre*. Leiria: Escola Superior de Saúde de Leiria.
- Honey, K., Bennett, P., & Morgan, M. (2004) A brief psycho-educational group intervention for postnatal depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 405–409.
- Hospital de Dia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Santarém. (2007). *Manual do Hospital de Dia*. Santarém: Hospital de Dia
- Hospital Distrital de Santarém. (s.d.). *O Hospital*. Acedido em 15 de junho de 2014 em <http://www.hds.min-saude.pt/>.
- Huxley, N. A, Parikh, S. V. & Baldessarini, R. J. (2000). Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder: state of the evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 8 (3), 126-140.
- Jane-Llopis, E., Katschnig, H., McDaid, D. & Wahlbeck, K. (2007) *Commissioning, interpreting and making use of evidence on mental health promotion and mental disorder prevention: an everyday primer*. Lisboa: DGS
- Joint Comission Internacional (s.d). *Melhor com a JCI*. Acedido em 12 de Fevereiro de 2014 em <http://pt.jointcommissioninternational.org/>
- Keyes, C., Dhingra P., Simões, E. (2010). Change in level of positive mental health predicts risk of mental illness. *Am J Public Health*, 100 (12), p.2366–2371.

- Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E. & Ahonen, J. (1999). *Framework for promoting mental health in Europe*. Helsinki: Stakes.
- Lalanda, P. (1995). A interacção enfermeiro-doente. *Nursing*, 88 (8), 28 - 32.
- Lehtinen, V. (2008). *Building Up Good Mental Health Guidelines based on existing knowledge*. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health.
- Lei n.º 36/98 de 24 de Julho (1998). Lei de Saúde Mental. Diário da República I série. N.º 169 (24-07-1998), p. 3544-3550.
- Lin, M., Moyle, W., Chang, h., Chou, M., & Hsu, M. (2008). Effect of an interactive computerized psycho-education system on patients suffering from depression, *Journal of Clinical Nursing*, 17, 667–676
- Lluch-Canut, M. (2005). La promoción de la salud mental en los cuidados de enfermería. *Presencia jul-dic*;1(2).
- Loureiro, A. (2006). *Aprendizagem Híbrida: b-Learning - da sala de aula ao ciberespaço*. Tesis Mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Loureiro, C. (2013). Treino de competências sociais – uma estratégia em Saúde mental: técnicas e procedimentos para a intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (9), 41-47
- Loureiro, C. (2013). Treino de competências sociais – uma estratégia em Saúde mental: técnicas e procedimentos para a intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 9, 41-47
- Louro, M. (2009). *Cuidados Continuados no domicílio*. Tesis Doctoral. Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- McAllister, M., Lincoln, A., Ferguson, A., & McAllister, L. (2009). Designing valid assessments of students' competency in the workplace. ASHA convention. [http://www.asha.org/Events/convention/handouts/2009/1494\\_McAllister\\_Sue.htm](http://www.asha.org/Events/convention/handouts/2009/1494_McAllister_Sue.htm). 12-12- 2011 23h.

- McCarthy, C., & Aquino-Russell, C. (2009) A Comparison of Two Nursing Theories in Practice: Peplau and Parse. *Nursing Science Quarterly*, 22, 34-40
- McKay, Johnsen & Stein, R, (2005). Employment outcome in Massachusetts clubhouses. *Psychiatry Rehabilitation Journal*. 29:25-33
- Menezes, S., & Souza, M. (2011) - Grupo de psicoeducação no transtorno afetivo bipolar: reflexão sobre o modo asilar e o modo psicossocial. *Revista Escola Enfermagem Universidade de São Paulo*, 5(4), 996-1001.
- Mental Health Europe (1999). *Mental Health Promotion for Children up to 6 years*. Brussels: Mental Health Europe.
- Ministério da Saúde. (2006). *Glossário para as Unidades de Saúde Familiar*. Acedido em 1 de Abril de 2011 em [www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page\\_46/Glossario\\_USF](http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/Glossario_USF)
- Mirshawka, V. (1990) *A implantação da qualidade e da produtividade pelo método do Dr. Deming*. São Paulo: McGraw-Hill
- Morgado, J. (2012). *O estudo de caso na investigação em educação*. Santo Tirso: De Facto Editores
- Mundt, S. & Klafke, T. (2008). Processo Saúde-Doença no Contexto de Trabalho em Saúde: Percepções dos Técnicos de Enfermagem de um Ambulatório Hospitalar. *UNISC [Online]*, 29
- Nascimento, J. (2011) – *Sistemas de Informação na Saúde*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Neves, M. (2012) O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários:Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem. Referência.*, série III, (8) , 125-134.
- Neves, M. (2012) O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários: Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem. Referência.*, série III (8), 125-134.

*Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.* (2014)  
Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 26 de setembro de 2012 em  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro\\_Norma\\_de\\_DotacoesSeguras\\_dos\\_Cuidados\\_de\\_Enfermagem\\_AG\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – enquadramento conceptual enunciados descritivos.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição.* Acedido em 6 de Janeiro de 2012 em  
[www.ordemenfermeiros.pt/.../TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/.../TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2009) - *Caderno Temático : Sistema de Individualização das especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) – Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem – Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Caderno temático: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Ordem dos Enfermeiros (s.d.). *Informação.* Acedido em 15 de setembro de 2014 em  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/EstudoOCDEConfirmaVisaoOE.aspx>.

Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Repe e Estatutos da Ordem dos Enfermeiros.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Organização Mundial de Saúde & Organização Mundial dos Médicos de Família (2008) *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários - Uma perspectiva global*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Promocion de la Salud Mental: Conceptos, evidencia emergente, prática*. Genebra: OMS.
- Pacheco, M (2011). *Desenvolvimento da competência ética Dos estudantes de enfermagem - uma teoria explicativa*. Tesis Doutoral. Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Parecer CJ-102 sobre Consulta de Enfermagem por via telefónica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 12 de Agosto de 2014 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ\\_Documentos/Parecer102\\_2009\\_consulta\\_enfermagem\\_telefone.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer102_2009_consulta_enfermagem_telefone.pdf)
- Parecer CJ-99 sobre Procedimento do enfermeiro perante comportamentos ofensivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 12 de Agosto de 2014 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ\\_Documentos/Parecer%2099-2009%20](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer%2099-2009%20)
- Peplau, H. (1990) *Relaciones interpersonales en enfermeira: un marco de referència conceptual para la enfermeira psicodinàmica*. Barcelona: Masson-Salvat
- Perry, G., Presley-Cantrell, L., & Dhingra, S. (2010). Addressing Mental Health Promotion in Chronic Disease Prevention and Health Promotion. *American Journal of Public Health*. 100, 2337- 2339.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 10 de dezembro de 2011 em <http://dgsaude.min-saude.pt/pns>
- Poole, R., Simpson, S. & Smith, D. (2012) Internet-based psychoeducation for bipolar disorder: a qualitative analysis of feasibility, acceptability and impact. *BMC Psychiatry*, 12 (139), 1-10

- Powell, V. (2008) – Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira Psiquiatria*, Vol.I (30),73-80.
- Programa Nacional de Saúde Escolar. In: Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 12 de Julho de 2012 em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>
- Queirós, C., Sousa, S., & Marques, A. (2011). A B-Learning course to reduced self-stigma in schizophrenia:preparing individuals to active life. *European Psychiatry*, Supplement 1, Vol. 26, p1485-1485.
- Regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamenta as competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República II Série. N.º 35 (18-02-2011), p. 8648-8669.
- Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamenta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. Diário da República II Série. N.º 35 (18-02-2011), p. 8669-8673.
- Regulamento nº 167/2011 de 8 de março (2011). Aprova regulamento de idoneidade formativa dos contextos da prática clínica. Diário da República II Série. Nº 47 (11-03-08), 11114-11120.
- Ribeiro, J. (1999) – Investigação e avaliação em psicologia e saúde. (1ª ed.) Lisboa: Climepsi.
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation in Schizophrenia—Results of a Survey of All Psychiatric Institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (4), 765-775
- Sá-Chaves, I. (2002). *A construção de conhecimento pela análise reflexiva da praxis*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/ Fundação para a Ciência e a Tecnologia
- Santana, R., & Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: aspetos conceptuais e organizacionais *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7.

- Sartorius, N. (2002). Iatrogenic Stigma of mental illness. *British Medical Journal*, 324, 1470-1471
- Scherer, E., Scherer, Z, & Campos, M. (2007). Percepções sobre coordenação e funcionamento de reuniões de equipe geral de um hospital-dia psiquiátrico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 15 (1), 113-119.
- Seedat, S., Haskis, A., & Stein, D. (2008). Benefits of consumer psychoeducation: a pilot program in South Africa. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38 (1), 31-42.
- Serrão, D. (s.d.). *Reforma dos Cuidados de Saúde - Carta de Ljubljana* in Textos Completos de Daniel Serrão. Acedido em 30 de Janeiro de 2012 em <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=85>
- Setz, V. & D`Innocenzo, M. (2009). Avaliação da qualidade dos registos de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Ata Paulista de Enfermagem*, 22 (3), 313-317
- Silva, A (2009). *Efetividade de um programa de intervenção na percepção de sobrecarga dos familiares cuidadores de pessoas idosas com demência*. Tese Mestrado. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Silva, A. (2010). *Internamento Compulsivo*. Tese de Mestrado. Universidade do Porto, Porto.
- Silva, D. & Silva, E. (2004). O ensino clínico na formação em enfermagem. *Revista Millenium*, 30, 103-118
- Simões, C. & Simões, J. (2007). Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 10-23.
- Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) - Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico – funcionais* (2007). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 12 de Setembro de 2014 em

[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq\\_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf)

- Smith, D. (2010). Web-based psychoeducation for bipolar disorder. *European Psychiatry*, Supplement 1, Vol. 25, 20-20.
- Soares, C. (2008). *O processo supervisivo*, In: Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental, Leiria
- Sousa, S. (2012). *Auto-estigma na doença mental grave: Desenvolvimento de um programa de intervenção com recurso ao sociodrama e ao e-learning*. Tesis Doutouramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto
- Stacciarini, J e Tróccoli, B (2001) – O Stress na Atividade Ocupacional do Enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (2).
- Stengård, E. & Appelqvist-Schmidlechner, K. (2010). *Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future*. Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe
- Stuart, G & Laraia, M. (1998). *Principles and practice of psychiatric nursing process*. St Louis: Mosby.
- Townsend, M.. (2011) *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria* (6ª ed.). Lisboa: Lusociência.
- Trevisan, G. (2007). *Afetos e amores entre crianças – a construção de sentimentos na interação de pares*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti.
- Trzepacz, P. & Baker, R. (2001). *Exame Psiquiátrico do Estado Mental*. (1.ª ed.) Lisboa: Climepsi.
- União europeia. (2005) – *Livro Verde – Melhorar a Saúde Mental da População: Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas: Comunidade Europeia

- Watson, J. (2003). *Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem*. Porto: Lusociência
- Weiser, T. & Berry W (2013). Review article: Perioperative checklist methodologies. *Canadian Journal Anesthesia*, 60(2), 136–142.
- World Health Organisation. (1986) *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneve: WHO.
- World Health Organisation. (1998) *Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policy Makers. Report of the WHO European working group on Health promotion evaluation*. Copenhagen: WHO European Regional Office
- World Health Organization (2008a). *Atlas: nurses in mental health 2007*. Geneve: WHO.
- World Health Organization (2008). *Falls* Acedido em 12 de Fevereiro de 2013 em [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/other\\_injury/falls/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/falls/en/).
- World Health Organization Europe (2008) - *European pact for Mental Health and Well-being*. Brussels: WHO European Regional Office
- World Health Organization Europe (2008b) *Stigma a Guidebook for action*. Edinburgo: Health of Scotland
- Zimmerman, D. (1993). *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre: Artes Médicas.