



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**O papel do Enfermeiro Especialista em Saúde
Mental e Psiquiátrica em contexto de visita
domiciliária numa Unidade de Cuidados na
Comunidade**

Ana Cláudia da Costa Teixeira

Orientação: Professor Lino Ramos

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto de visita domiciliária numa Unidade de Cuidados na Comunidade

Ana Cláudia da Costa Teixeira

Orientação: Professor Lino Ramos

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA EM CONTEXTO DE VISITA DOMICILIÁRIA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

Ana Cláudia da Costa Teixeira

O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre:

Presidente | Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira

(Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus)

Arguente | Professor Doutor Jorge Salvador Pinto de Almeida

(Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco)

Orientador | Professor Doutor Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos

(Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal)

“Se eu pudesse escolher outra forma de ser, ainda assim eu escolheria ser eu mesma, estou sempre disposta a aprender, sou intensa, sou amor, sou da paz e do bem, é dessa forma bonita que Deus me ensinou a viver”

Ana Paula Naponiello

AGRADECIMENTOS

O meu obrigada,

Ao Professor Doutor Lino Ramos, pelo excelente acompanhamento, pela forma descontraída como geriu as minhas ansiedades.... Impecável!

À Enf.^a Rita Costa, pela disponibilidade de me ensinar, pelo companheirismo, pela confiança... Um exemplo, uma verdadeira líder!

À Professora Fernanda Paula Leal pela forma que nos conheceu a todos, cada um na sua particularidade.... Extraordinária!

À minha Rute, companheira de loucura, onde partilhámos os sucessos e as dúvidas, mas sempre a puxar uma pela outra!

Aos meus pais, pela presença, pelo apoio, por estarem sempre ao meu lado e me incentivarem.... Brilhantes! À minha irmã Sara pela motivação e pela forma divertida que gere os acontecimentos! Àquela que não está cá, agradeço as orações, que me deram força para continuar, sei que lá em cima estará orgulhosa de mim!

Ao meu Tiago, que não me deixou desistir, que me fez acreditar que o meu sonho era possível, que foi o meu porto de abrigo, quando chegava de mais uma viagem, és realmente importante na minha vida, o meu cúmplice!

Aos meus pequenos, Susana e Diogo, pelas horas que não estive convosco, que não pudemos brincar, que não pudemos pintar, que não pudemos sair... vamos duplicar agora os momentos!

Aos meus amigos, Fátima, Carla, Ivete, Sónia, Nuno e Marlene que ouviram os meus desabafos, nas longas gravações, e que me acompanharam horas e horas durante as viagens.

RESUMO

O presente relatório de estágio reflete o percurso formativo e pessoal desenvolvido no âmbito do 7º Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, incidindo no desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, bem como nas competências de mestre em Enfermagem, e subordinado ao tema: O papel do Enfermeiro Especialista em saúde Mental e Psiquiátrica em contexto de visita domiciliária numa Unidade de Cuidados na Comunidade.

Assim, é apresentado a caracterização do local de estágio, onde foram desenvolvidas as referidas competências e feita a descrição e reflexão das intervenções do enfermeiro, com base no processo de enfermagem e nas suas etapas de diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação, de forma a, por um lado salvaguardar a prática baseada na evidência, sempre pela melhoria dos cuidados atingindo a excelência da prática e por outro lado os ganhos em saúde para todos os intervenientes (utente, família, comunidade e unidade hospitalar).

Como desafio, foi proposto a realização de um artigo científico (scoping review), uma vez que existe pouca literatura científica para consolidar a importância do tema que iremos defender.

Os contributos angariados neste estágio, permitem dar visibilidade ao papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto de visita domiciliária, na forma como promove a autonomia da pessoa com doença mental, como intervém na educação da doença, sinais e sintomas e identificação de recaídas, na educação para a saúde na gestão e adesão da medicação e na manutenção das atividades de vida diárias e instrumentais.

Palavras-chave: Saúde mental comunitária, visita domiciliar, enfermagem psiquiátrica, saúde mental

ABSTRACT

This internship report reflects the training and personal path developed within the scope of the 7th Master's Degree in Nursing in Association in the area of Specialization in Mental Health and Psychiatric Nursing, focusing on the development of common and specific competences of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric, as well as the competences of a Master in Nursing, and subordinated to the theme: The role of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric in the context of home visits in a Community Care Unit.

A description and reflection of the nurse's interventions is presented, based on the nursing process and its stages of diagnosis, planning, implementation and evaluation, in order to, on the one hand, safeguard evidence-based practice, always for the improvement of care, achieving excellence in practice and, on the other hand, health gains for all those involved (patient, family, community and hospital unit).

As a challenge, it was proposed to write a scientific article (scoping review), since there is little scientific literature to consolidate the importance of the topic we will be defending.

The contributions made during this internship allow us to give visibility to the role of the Specialist Mental Health and Psychiatric Nurse in the context of home visits, in the way they promote the autonomy of people with mental illness, how they intervene in the education of the illness, signs and symptoms and identification of relapses, in health education, in the management and adherence to medication and in the maintenance of activities of daily living and instrumental activities.

Keywords: Community mental health, home visits, psychiatric nursing, mental health

SIGLAS

ACES – Agrupamento Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

EESMP – Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

RNCCISM – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

ULS – Unidade Local de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

VD – Visita Domiciliária

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Análise SWOT 36

FIGURA 2: Fluxograma PRISMA..... 38

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Consulta de Enfermagem em visita domiciliária..... 32

GRÁFICO 2: Consulta de Enfermagem em contacto telefónico..... 33

GRÁFICO 3: Referenciações ano 2023..... 34

GRÁFICO 4: Admissões e altas 2023..... 34

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Formulação de questão de investigação..... 35

TABELA 2: Apresentação dos artigos 41

INDICE

Parte I

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1. Saúde e Doença mental	12
1.2. A pessoa com doença mental grave na comunidade	14
1.2.1 A família da pessoa com doença mental grave	16
1.3. Papel do enfermeiro Especialista em visita domiciliária.....	18
1.4. Modelo das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau	14
2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE CUIDADOS.....	26
2.1 Unidade de cuidados de comunidade.....	26
3. PERCURSO METODOLÓGICO DO PROJECTO	30
3.1. Metodologia	30
3.2 Diagnóstico de situação.....	31
3.3 Definição de objetivos.....	35
3.4 Planeamento	37
3.5 Execução	39
3.5.1 Discussão de resultados	42
3.6. Conclusão	44
3.7. Atividades desenvolvidas	45

Parte II

4. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS..	50
4.1.Competências comuns de enfermeiro especialista	51
4.2.Competências específicas do EEE em saúde mental e psiquiátrica.....	54
4.3.Competências de mestre em enfermagem.....	59
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63

INTRODUÇÃO

O Presente relatório de estágio traduz o percurso formativo e pessoal desenvolvido no âmbito do 7º Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e pretende ser um elemento de avaliação para obtenção do grau de mestre. O objetivo de aprendizagem deste plano de estudos do curso de mestrado é a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências que permitam comunicar as conclusões deste projeto.

Assim, é necessário evidenciar uma capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica, fundamentar as escolhas com base na evidência científica, escolhendo um modelo de enfermagem que apoie as intervenções e no final apresentar o relatório em sede pública.

Para chegarmos ao relatório, foi necessário realizar o estágio de forma a consolidar as competências. O estágio final estaria dividido em dois momentos, o primeiro estágio em internamento e o segundo em contexto de comunidade. No entanto, através de reconhecimento e validação de experiência profissional, de cerca de 10 anos em internamento de psiquiatria, foi possível a concessão de uma equivalência de competências, e assim o estágio final ser no segundo momento. Este estágio decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade, situada na margem sul do rio Tejo, integrada inicialmente num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), mas com alteração no início do ano de 2024 para uma Unidade Local de Saúde (ULS).

Os objetivos deste relatório são apresentar o percurso realizado, descrevendo teoricamente a temática que foi desenvolvida, apresentar uma metodologia de projeto e por fim, descrever e refletir as competências comuns de enfermeiro especialista, as competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica (EESMP) e as competências de mestre.

A saúde mental foi durante muitos anos observada aquém das suas potencialidades. Nos últimos anos, a parte mental dos seres humanos foi comentada em grande ângulo nas redes sociais e media, havendo um aumento exponencial na sua importância. A pandemia e as suas consequências potenciaram esta popularidade.

Os estudos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de

morbilidade, nas sociedades atuais (Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM], 2008a) e por esse motivo a saúde mental é cada vez mais analisada pela sociedade.

Os serviços de saúde mental integrados em hospitais gerais não estabelecem o foco do sistema de saúde na promoção, prevenção e recuperação da saúde mental, mas antes no tratamento (Xavier, 2020).

A Lei de Saúde Mental (Diário da República, Lei n.º 35/2023, de 21 de julho), clarifica que a prestação de cuidados de saúde mental deve ser assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas e num ambiente o mais restrito possível, baseado na comunidade, devendo o internamento hospitalar ter lugar como medida de último recurso.

Pretendia-se que o modelo hospitalocêntrico perdesse força e que fosse emergindo o modelo de cuidados praticados na comunidade, afastando cada vez mais as pessoas com doença mental do hospital e que se integrassem mais e melhor na sociedade/comunidade.

Segundo Ordem dos Enfermeiros (OE)(2021), deveria haver um equilíbrio entre serviços hospitalares e serviços centrados na comunidade, no entanto, os cuidados prestados devem ser orientados para a comunidade, recorrendo-se aos serviços hospitalares apenas quando necessário e com a menor duração possível e assim à pessoa com doença mental devem ser prestados cuidados que fomentem a sua integração na sociedade, com cuidados que promovam os processos de empowerment (empoderamento) e recovery (recuperação).

É neste momento que o EESMP assume um papel preponderante porque, integrado nos cuidados de saúde primários, será o responsável pelo acompanhamento da pessoa na comunidade.

A visita domiciliária (VD) em saúde mental permite uma abordagem mais próxima da pessoa, uma vez que, conhece a sua realidade e o contexto onde está inserido (familiar, social e económico). Esta nossa afirmação é sustentada por Labate, Galera e Avanci (2004), referindo exatamente o conhecimento do contexto, permitindo manter as pessoas mais tempo inseridos na comunidade e promovendo uma maior proximidade. É fundamental reconhecer a importância do papel do EESMP na visita domiciliária, na comunidade, sendo a sua intervenção, totalmente diferenciadora na pessoa que é cuidada.

Neste contexto é importante não esquecer quem acompanha diariamente estas pessoas, a família, que tem um papel de parceiro, que de acordo com Carvalho (2015), o EESMP deve aproveitar e potenciar estes cuidadores, investindo na educação para a saúde, no treino de competências e na literacia em saúde.

Este relatório está, estruturalmente, dividido em 2 partes. A primeira parte onde é feito um enquadramento teórico sobre as temáticas da saúde mental, visita domiciliária, o papel do EESMP e as suas intervenções nessa visita e a importância da família e parceira de cuidados.

Igualmente, é necessário adequar um modelo de enfermagem que sustente as nossas afirmações. As teorias de enfermagem permitem que as complexidades da prática e da investigação façam sentido e façam parte do alicerce do processo de enfermagem, ao procurar estruturar e organizar os conhecimentos de modo a sistematizar a prática do cuidado. (Barros & Bispo, 2017). Neste sentido, foi escolhida uma teórica de enfermagem, considerada a mãe da enfermagem psiquiátrica e que muito desenvolveu para uma melhoria dos cuidados.

Posteriormente, é realizada a caracterização do contexto de estágio onde se desenvolveu o projeto de intervenção.

Na segunda parte vem descrito a aquisição e desenvolvimento de competências de EESMP e de mestre em Enfermagem, através da reflexão e análise do percurso formativo.

Os apêndices presentes neste relatório, contribuem para uma compreensão do trabalho desenvolvido, por razões de confidencialidade, irão ser retirados após a defesa pública deste trabalho, de modo a preservar diversos conteúdos sobre os intervenientes neste processo.

O Relatório encontra-se segundo as normas da American Psychological Association (APA) 7ª edição e de acordo com o novo acordo ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, iremos abordar os conceitos que serviram de apoio à realização deste relatório e que, de certo modo, foram enquadradores temática. Iniciamos com uma breve descrição da saúde e doença mental, em harmonia com os Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Estreitando o tema, falamos sobre a pessoa com doença mental grave na comunidade, dando especial atenção à família da pessoa com doença mental grave, face ao seu sofrimento, sobrecarga, mas acima de tudo, à parceria de cuidados do EESMP.

O último conceito é o papel do EESMP em VD, dando a conhecer algumas das intervenções do enfermeiro, num contexto diferente do habitual. Posteriormente, apresentamos a nossa teórica, onde vamos fundamentar as nossas intervenções.

1.1 Saúde e Doença Mental

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde mental é definida como um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere (OMS, 2001).

Em contraposição a este estado de bem-estar existe as doenças mentais. A doença mental remete-nos para o sofrimento, a incapacidade ou morbilidade devido a transtornos mentais, neurológicos ou de abuso de substâncias, que podem surgir devido à combinação genética, biológica e psicológica do indivíduo bem como devido a condições sociais adversas e fatores ambientais (OMS, 2013).

Segundo o Institute for Health Metrics and Evaluation, em 2010, aferiram que as perturbações mentais ocupavam um lugar de destaque ainda maior que as doenças crónicas (diabetes ou patologias respiratórias), no entanto nem sempre são bem diagnosticadas, apesar do sofrimento e incapacidade.

Em Portugal, várias foram as Leis de base da Saúde e Leis de Saúde Mental, mas com políticas pouco desenvolvidas e com pouco investimento económico. Sendo Portugal um dos

países europeus com uma prevalência enorme de doenças mentais e sem acessos a cuidados de saúde mental, foi criado o Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM) no sentido de otimizar o acesso aos cuidados de saúde e a criação de programas de tratamento e de reabilitação psicossocial, atualmente considerados fundamentais (DGS, 2012).

O PNSM 2007-2016, permitiu a desinstitucionalização de doentes dos hospitais e o regresso à comunidade, a criação de serviços de saúde mental nos hospitais gerais, a criação de unidades de saúde mental da infância e adolescência, implementação de rede de cuidados continuados integrados de saúde mental e serviços e programas residenciais. Assim, os cuidados de saúde mental passam a ser centrados na comunidade, aliviando os serviços hospitalares (DGS, 2012).

No entanto, segundo a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), em 2015, o cumprimento dos objetivos do programa não foi a desejável, tendo sido identificadas algumas lacunas tais como a oferta de serviços de saúde mental em número insuficiente, assimetrias regionais no acesso aos cuidados, necessidade de maior e melhor promoção no acesso e qualidade dos cuidados (ERS, 2023).

Uma vez não implementado na sua totalidade, ocorre um alargamento do PNSM para o período de 2017-2020 e desta feita, com um grande enfoque nos CSP. Assim, de acordo com o PNSM (2017) pretendia-se aumentar em 25% o registo das perturbações mentais nos CSP, inverter a prescrição de benzodiazepinas, apoiar a criação de vagas para adultos e crianças em cuidados continuados integrados e aumentar o número de ações no âmbito dos programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais.

Para concretizar estas metas, a ERS (2023) menciona que o ideal seria que o tratamento das perturbações psiquiátricas comuns fosse nos CSP, e com melhores acessos e qualidade, bem como, apoiar a implementação dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (ERS, 2023).

Dando prioridade à saúde mental, e com um investimento extra (motivado pela mitigação do COVID-19), foram criadas, em 2020, equipas comunitárias de saúde mental para a população adulta (ECSM-PA) e para infância e adolescência (ECSM-IA), integradas em cada Administração Regional de Saúde (ARS).

Todavia, em 2021, o Governo evidencia, através da Resolução da Assembleia da República n.º 158/2021, de 6 de maio, o reforço das respostas e estratégias na área da saúde mental, mencionando a promoção de um maior envolvimento dos CSP na prevenção e tratamento de ansiedade e depressão, através de programas específicos e de uma consulta, em todos os centros de saúde.

Obviamente, um dos pontos deste Diploma, é dedicado aos recursos humanos, referindo ser necessário dotar os cuidados de saúde primários de profissionais especialistas em saúde mental, nomeadamente psicólogos e enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria, em particular nas regiões mais carenciadas.

A ERS (2023), devido ao levantamento de dados, consegue ser a melhor entidade a revelar indicadores que nos apontam que ainda existe um caminho a ser traçado no sentido de melhorar os CSP e consequentemente o acesso por parte dos utentes que necessitam deste apoio, encaminhamento e aconselhamento.

Uma das dificuldades apontadas pela ERS (2023) é não existir em todas as ARS, informações relativamente à área da saúde mental, por falta de recursos humanos e devido aos sistemas informáticos inadequados e a não uniformização dos procedimentos instituídos nas unidades. Ao nível da Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental, está implementada em quase todas as ARS, mas não se encontra funcional na sua totalidade.

1.2 A pessoa com doença mental grave na comunidade

Segundo a OE, a doença mental grave é definida como a doença psiquiátrica que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa, comprometendo as suas capacidades e competências na realização de tarefas de subsistência, no estabelecer da relação com o meio ambiente e no participar na vida em sociedade, com repercussões na sua qualidade de vida. (OE, 2021 citando Gühne et al., 2015).

A doença mental grave, durante muitos anos, implicou internamentos longos, resultando em incapacidade elevada, e com um impacto sobre a pessoa, família e sociedade colossal (OMS, 2008).

As políticas de saúde mental, durante a organização do sistema de saúde português, incitavam a uma mudança de um modelo hospitalocêntrico para um modelo comunitário. Em concordância com o Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave (OE, 2021), as orientações direcionam a prestação de cuidados de saúde mental na comunidade, facilitando a reabilitação e a inserção social da pessoa, evitando desta forma, o afastamento das pessoas das suas casas, famílias e comunidade.

Este Guia (OE, 2021), esclarece que notoriamente, os CSP e o Hospital são igualmente importantes e por isso, deve haver o equilíbrio na sua utilização, privilegiando os cuidados prestados na comunidade e apenas recorrer aos serviços hospitalares quando necessário e com menor duração.

Segundo Fazenda (2008), o modelo de saúde mental comunitária, pressupõe a manutenção da pessoa com doença mental grave na comunidade, ajustando algumas condições, tais como: a) integração no SNS (com especial atenção a que os CSP estejam interligados a Hospitais Gerias para melhoria da referenciação); b) continuidade na prestação de cuidados, com o acompanhamento de uma equipa especializada; c) articulação com estruturas comunitárias, direcionando recursos, reforçando redes de suporte social e estabelecimento de parcerias; d) na perspetiva da reabilitação psicossocial, intervir com a pessoa com doença mental incluindo sempre a família; e) incentivar à participação da pessoa e família.

Ao operacionalizar estas políticas, as famílias foram as mais afetadas, pois ficaram com os seus familiares e todos os custos inerentes a esta reinserção, mas com pouco acompanhamento social. Esta sobrecarga familiar, deveria ter como adjuvante um suporte social na comunidade.

Surgem dois conceitos importantes quando abordada a organização das redes de apoio: a rede primária e a rede secundária. Segundo Guadalupe (2001), a rede primária é um conjunto de indivíduos em interação uns com os outros que têm afinidades pessoais, identificando-se aqui a família, mas também as relações de amizade e vizinhança. A mesma autora, refere que é atribuída a esta rede a maioria das funções de suporte social e onde se identifica a fonte emocional e consequentemente o maior nível de conflitualidade. A rede secundária refere-se a um grupo de pessoas unidas por uma mesma função num quadro institucional (organizações e instituições), onde se estabelece relações num contexto formal e com objetivos funcionais (Guadalupe, 2001).

Durante o estágio foi possível verificar a forma como estas redes de suporte se complementam, sendo vivenciado tanto na rede primária, o apoio das famílias, amigos e vizinhos (que são essenciais no dia a dia da pessoa com doença mental), como na rede secundária, que apesar de ser mais complexo, também é possível verificar in loco a sua relevância.

O EESMP, como técnico especializado, insere-se na rede secundária, desempenhando um papel diferenciador no apoio à pessoa com doença mental, mas também no apoio à rede primária.

Fazenda (2008), refere que na prática da saúde mental comunitária, a participação de utentes e das famílias é indispensável porque um dos objetivos é o aumento da autonomia e do controlo sobre as decisões que afetam as suas vidas.

1.2.1 A família da pessoa com doença mental grave

Para Relvas (2004) a família é uma rede complexa de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos, com alterações ao longo do ciclo vital, e com vários tipos de organização familiar.

Na presença de uma doença mental grave, as famílias unem-se para ajudar não só a pessoa, mas também os elementos da família, uma vez que os cuidados passam a ser centrados em todos, pois estarão todos envolvidos no processo de doença e todos estarão no foco dos profissionais da rede secundária. A família necessita de ajuda para lidar com a culpa, a sobrecarga, o pessimismo e o isolamento social, que surgem do sofrimento que a convivência com a doença confere, tanto para eles quanto para a pessoa que adoece (Souza & Scatena, 2005).

Desta forma, a OE (2011) reconhece que o EESMP ajuda o indivíduo e família a manter, melhorar ou recuperar a saúde na medida em que foca as suas intervenções na promoção, prevenção e na intervenção perante as respostas humanas desajustadas aos processos de transição geradoras de sofrimento ou doença mental (OE, 2011b).

O Decreto-Lei n.º 8/2010, decreta as normas de implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (RNCCISM), que explana a importância de todas as equipas e residências de saúde mental, mas dá enfoque às equipas de apoio domiciliário

que, no contexto real, conhecendo as dinâmicas familiares, com avaliação socioeconómica, envolve a pessoa e a família para uma melhor gestão da doença no domicílio.

Dada a complexidade da doença, o enfermeiro empodera a pessoa e família de conhecimento sobre a doença (intervenções psicoeducativas), que desta forma, compreendem, preveem e pode até antecipar situações de descompensação. As intervenções psicoeducativas realizadas à pessoa e família são igualmente pertinentes pois estas facilitam as mudanças e permitem uma maior adesão ao plano terapêutico e por conseguinte, adesão terapêutica (Teixeira, 2023).

Ainda referido por Teixeira (2023) no seu artigo, os familiares desempenham um papel essencial no tratamento, cuidado e recuperação, pois estão presentes ao longo da evolução da doença. No entanto, este papel representa uma sobrecarga, que nem sempre é reconhecida por quem não está desperto para alguns sinais.

O conceito de sobrecarga é visto em duas dimensões: a sobrecarga objectiva e a subjectiva. A sobrecarga objectiva corresponde ao impacto direto das mudanças e limitações na dinâmica familiar, decorrente da alteração das rotinas familiares e individuais, restrição das actividades sociais, e das dificuldades laborais e financeiras (Xavier & Pereira, 2008). Por outro lado, o mesmo autor, menciona que a sobrecarga subjectiva corresponde aos sentimentos associados à sobrecarga: a perda, culpabilidade, tensão relacional intra-familiar, preocupação com o futuro, medo da violência (Xavier & Pereira, 2008).

Para alguns familiares, ser cuidador de uma pessoa com doença mental, não se resume apenas a um episódio, pois sendo uma doença crónica, é uma doença que acompanha o ciclo vital e que preocupa os familiares devido ao seu futuro (Tessler & Gamache, 2000).

Durante o meu tempo de estágio e na vida profissional escutei esta inquietação, pois estando a ficar mais velhos e a verificar a perda de autonomia dos filhos, ficam receosos com o futuro destes. Por vezes, existem outros familiares (irmãos, tios e sobrinhos) mas que os pais, consideram que não irão cuidar destes da forma como eles próprios o fazem, porque efetivamente são eles os pais e, face a este juízo necessitam ser tranquilizados.

Uma relação desenvolvida num modelo comunitário e no domicílio, permite ao EESMP e a família uma parceria ideal de cuidados, uma vez que intervém num local privilegiado, onde é possível identificar os problemas.

1.3 Papel do enfermeiro Especialista em Saúde Mental em visita domiciliária

A VD, contrariamente às instituições de saúde em que o atendimento é efetuado de forma individual, em locais próprios da instituição, a VD pressupõe um atendimento no domicílio, centrado na pessoa, família e no ambiente que o rodeia.

A VD, na perspetiva de Garrote (2005), é um conjunto de cuidados de saúde proporcionados no domicílio a utentes incapacitados e suas famílias com a finalidade de promover, manter ou minimizar o impacto da doença e da incapacidade.

Reinaldo & Rocha (2002), defendem que a VD é um instrumento facilitador da abordagem a utentes e famílias, permitindo entender a dinâmica familiar, e assim verificar as possibilidades de envolvimento da família no tratamento.

Outros autores referem que a VD possibilita a observação da pessoa no seu contexto, verificando as suas condições de habitação, higiene, saneamento básico, bem como as relações que se estabelecem entre os membros da família (Labete, Galera e Avanci, 2004).

Os cuidados no domicílio modificaram os cuidados das instituições para a casa das pessoas, obrigando assim à redefinição do processo de cuidados e introduzindo um equilíbrio diferente, sendo por isso obrigatório reapreciar o modelo de cuidados (Lopes, 2021).

As afirmações acima referidas complementam-se, com Ferreira (2019) a mencionar que a VD é um modelo que assegura a continuidade dos cuidados, promove a acessibilidade, facilita a aceitabilidade uma vez que mantém as pessoas inseridas no seu contexto, demonstra ter benefícios ao nível da sintomatologia, da funcionalidade ou da qualidade de vida das pessoas e famílias. Desta forma, a VD contribui ainda para a diminuição de reinternamentos hospitalares ou para a diminuição da duração dos mesmos (Ferreira, 2019).

Na primeira visita, o enfermeiro deverá estabelecer uma relação de confiança com a pessoa e família, apresentando competências comunicacionais importantes para transmitir segurança aos outros. Uma comunicação eficaz com todos os intervenientes, permite um processo terapêutico também eficaz, e desta forma, adequadas as intervenções de enfermagem às necessidades de cada família (Gomes, Amendoeira e Martins, 2012).

Para Sequeira e Sampaio (2020), o EEESMP deve “desenvolver o seu saber ser e saber estar, tanto com ele mesmo como na relação com a pessoa, pois estes factos constituem, na sua essência, os alicerces da relação terapêutica, indispensável à prática do cuidar em Saúde Mental e Psiquiatria”.

Ao estabelecer um projeto terapêutico, o EESMP sustenta-se no Regulamento n.º 515/2018, que afirma que o EEESMP para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito psicoterapêutico que lhe permite, durante a prática profissional, mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (OE, 2018).

A psicoterapia, segundo a European Association of Psychotherapy (EAP, 2021), é essencialmente uma terapia “falada”, podendo os psicoterapeutas usar uma variedade de métodos tais como a arte, música, drama e movimento. As sessões podem ser individuais, incluir o companheiro ou familiar, ou em grupo, umas direcionadas à cognição e ao comportamento, outras têm como objetivo mudanças na personalidade ou o desenvolvimento emocional, variando mediante o problema identificado ou a preferência da pessoa (EAP, 2021).

A OE (2021), citando Sampaio et al. (2018), descreve as intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem que consistem na aplicação de técnicas, de forma informada e intencional, baseada nos seguintes pontos:

- “a) ser estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial;”*
- “b) ser realizada por um enfermeiro especialista em ESMP;”*
- “c) Ser baseada em um ou mais racionais teóricos de Psicoterapia;”*
- “d) Decorrer da identificação de um diagnóstico de Enfermagem no âmbito da Saúde Mental;”*

“e) O utente deve apresentar um papel ativo e ter, necessariamente, alguma consciência de si;”

“f) O número de sessões deve ser compreendido entre três e doze;”

“g) Ter, na sua base, a relação terapêutica e a comunicação interpessoal entre o enfermeiro e o utente;”

“h) O objetivo deve ser a mudança ou a redução de um estado percebido como negativo pelo utente através da definição prévia de metas mútuas entre o enfermeiro e o utente.”
(Sampaio et al., 2018).

É dado um grande enfoque à relação terapêutica, uma vez que é o elemento crucial na terapia que surge como fator crítico da predição do sucesso de um processo psicoterapêutico (EAP, 2021).

Assim, o EESMP, segundo o Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica, pode intervir psicoterapeuticamente, das seguintes formas: (a) executar intervenção em crise; (b) técnica de modificação do comportamento; (c) executar aconselhamento; (d) executar técnica de mediação artístico-expressiva; (e) executar técnica de resolução de problemas; (f) executar intervenção promotora do processo familiar; (g) executar técnica de relaxamento; (h) executar terapia pela reminiscência (i) executar reestruturação cognitiva; (j) executar entrevista motivacional (OE, 2023).

Ao nível das intervenções psicoeducativas, o EESMP tem um papel determinante no processo de saúde/doença da pessoa, uma vez que a psicoeducação é uma ferramenta que permite a capacitação da pessoa com doença mental grave e da sua família. A psicoeducação ajuda a uma melhor compreensão do problema de saúde e, por conseguinte, facilita a participação mais ativa no tratamento.

De acordo com a OE (2018), o EESMP “coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.” (OE, 2018a). Portanto, deve analisar e implementar estratégias e atividades individualizadas, nomeadamente: “ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar.” (OE, 2018a).

O EESMP utiliza a psicoeducação na sua prática com o objetivo de impulsionar relações orientadas pelo respeito e pela reciprocidade, aumentar a autoestima, aumentar a esperança, favorecer a autodeterminação, favorecer o autocontrolo e apoiar o crescimento pessoal (OE, 2021).

Para Gonçalves-Pereira et al. (2006) a intervenção psicoeducativa, deve auxiliar as pessoas com doença mental e a sua família, a conhecer a doença e desta forma, adquirir novas capacidades e habilidades para lidar com a doença e os problemas. O pensamento é focado no futuro e na mudança e nunca no passado e na estagnação.

Para esta nova adoção de comportamentos, associada a outras intervenções terapêuticas e farmacológicas, o EESMP, depois de estabelecer uma relação terapêutica, deve fundar uma aliança mútua com uma abordagem aberta, participativa e igualitária onde a identificação de áreas de entendimento e um acordo quanto aos objetivos a atingir é fundamental (Favrod & Maire, 2014).

Os programas psicoeducativos, ajustados às necessidades da pessoa, implicam uma organização sequencial e, na sua maioria, intervenções mais prolongadas, que resultam em efeitos superiores e mais duradouros (Mcfarlane et al., 2003; Brito, 2005).

Segundo OE (2021), os temas mais frequentes das sessões, elaborados tendo em conta o conhecimento científico mais atual e uma prática baseada na evidência são: sintomas e sinais, causas, evolução e prognóstico, opções de tratamento e reabilitação, estratégias de coping para lidar com os sintomas e os problemas, técnica de resolução de problemas, estratégias de redução do stress, treino de competências sociais, prevenção de recaídas e o estigma.

As sessões de psicoeducação, de acordo com a OE (2021), podem ser individuais ou em grupo, e ainda subdividir-se em grupo de pessoas com doença mental, cuidadores ou grupos-alvo. Ainda o mesmo autor, refere que existem diferenças caso as sessões sejam realizadas no hospital ou comunidade (OE, 2021).

A OE (2021) assume que o EESMP é o profissional de saúde mais capaz de se articular em todos os contextos (com as pessoas com doença mental, cuidadores e comunidade), com o intuito de as apetrechar de competências para aumentar a compreensão destas questões e consequentemente ter uma relação mais vantajosa, e assim, promover as questões do empowerment (empoderamento) e recovery (recuperação).

Os cuidados de enfermagem, nomeadamente, as intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas, conjugadas com as psicossociais e socioterapêuticas, permitem ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a alcançar a sua totalidade funcional tão rapidamente quanto possível. As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por EESMP (OE, 2018).

As intervenções do EESMP em visita domiciliária, tem um papel ainda mais importante, dado que este enfermeiro, sai da sua zona de conforto, que é o internamento ou as consultas e intervém num espaço que é de outra pessoa, sendo mais desafiador uma vez que tem todo um processo de relação, comunicação, confiança que são os alicerces da enfermagem.

1.4 Modelo das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau

Hildegard Peplau, considerada a mãe da enfermagem psiquiátrica, desenvolveu em 1952, a Teoria das Relações Interpessoais. Esta teoria remete-nos para a enfermagem como um processo interpessoal centrado na enfermeira e no paciente, identificando conceitos e princípios que dão suporte às relações interpessoais, e na prática da enfermagem, estas situações de cuidado possam ser transformadas em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal (Peplau, 1990).

Enquanto lecionava aulas de enfermagem psiquiátrica, Peplau defendia a necessidade da experiência clínica com pacientes psiquiátricos, tornando obrigatório a entrevista aos pacientes pelas enfermeiras e o registo das entrevistas e o estudo acerca dos padrões de interação (O'Toole, 1996).

Segundo Sills (1999), Peplau lutou para que as enfermeiras tivessem maiores oportunidades de formação e, desta forma, pudessem dar um verdadeiro cuidado terapêutico aos pacientes e não apenas serem guardiãs, papel que prevalecia, à época, nos hospitais psiquiátricos.

Para Peplau, os metaparadigmas são basilares visto que são os que fundamentam a prática da enfermagem: a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem. A pessoa, como sendo o indivíduo que necessita de cuidados de saúde, considerando o ser humano um organismo vivo em estado de equilíbrio instável que luta para atingir um estado de equilíbrio perfeito (George, 1993).

Para o conceito do ambiente, Tomey (1989), refere que uma das maiores limitações da teoria de Peplau é, esta teórica, apenas referir a influência sobre a pessoa em contexto de cultura e costumes, desvalorizando diretamente a sociedade e ambiente.

Santos (2004) citando George (1993), define a saúde como um símbolo vocabular que implica movimento adiante da personalidade e outros processos humanos em curso na direção de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária.

O conceito de enfermagem é considerado por Peplau (1988) como uma arte terapêutica e um processo interpessoal, onde cada indivíduo é visto como um ser biopsicosocioespíritual, dotado de crenças e costumes. A enfermagem é uma relação entre um indivíduo que está doente ou necessitado de serviços de saúde e um enfermeiro preparado para reconhecer e para responder às necessidades (Neto, 1999).

Para o desenvolvimento da sua teoria, Peplau usou muito do conhecimento de Sullivan, que tinha desenvolvido a Teoria Interpessoal de Harry Stack Sullivan (Tomey, 1989). Com base nesta teoria, Peplau declara que o crescimento pessoal é compartilhado pela enfermeira e pelo paciente, a partir da relação pessoal desenvolvido no processo de cuidar, denominando uma "enfermagem psicodinâmica" para descrever este relacionamento dinâmico. A enfermagem psicodinâmica envolve reconhecer, esclarecer e construir uma compreensão acerca do que acontece quando a enfermeira se relaciona de forma útil com o paciente (O'Toole, 1996).

O'Toole (1996), refere que existem dois pressupostos nesta enfermagem ou relacionamento dinâmico: um é a postura adotada pela enfermeira que interfere diretamente no que o paciente vai aprender durante o processo de cuidado ao longo de sua experiência como doente; o outro é o auxílio ao desenvolvimento da personalidade e ao amadurecimento é uma função da enfermagem que exige o uso de princípios e métodos que facilitem e orientem o processo de solução dos problemas ou dificuldades interpessoais.

Na relação do enfermeiro com a pessoa, Peplau (1990) descreve quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução.

Na fase de orientação, o paciente apresenta uma necessidade e solicita ajuda profissional. A enfermeira, numa fase inicial, identifica as necessidades do paciente, o qual, durante a interação, fornece muitas pistas a respeito de como visualiza a dificuldade que está experimentando e oferece

à enfermeira a oportunidade de reconhecer suas carências de informação e compreensão acerca do problema (Almeida, Lopes e Damasceno, 2005).

Identificadas as necessidades, a enfermeira, em colaboração com outros elementos da equipa de saúde, orienta o paciente acerca do problema e de suas implicações. É importante nesta fase de orientação, alguns fatores como a ansiedade ou a tensão, que podem condicionar o êxito no relacionamento da sua experiência atual com a anterior. O ambiente hospitalar, segundo Almeida, Lopes e Damasceno (2005), é propício para a etapa de orientação, considerando que as limitações de espaço e liberdade de movimentos impulsionam o paciente ao seu próprio mundo imaginário e podem suscitar a oportunidade para que, com a ajuda do profissional, possa esclarecer e explicar o que acontece a sua volta.

Segue-se a fase de identificação, na qual o paciente começa a responder seletivamente às pessoas que lhe oferecem a ajuda de que necessita. A enfermeira, no desempenho das ações de cuidado, pode levar o paciente a identificá-la como uma figura familiar ou culturalmente importante em suas lembranças. O paciente poderá responder de três formas: ou desenvolvendo ações de caráter participativo e interdependente com a enfermeira, ou isolando-se e assumindo uma atitude de independência em relação à enfermeira, ou adotando uma postura de desamparo e dependência em relação a essa profissional. Alguns pacientes identificam-se tão facilmente com a enfermeira que esperam que ela atenda a todos os seus desejos, desconsiderando o fato de que, o relacionamento interpessoal pressupõe que haja uma interação entre ambos.

Ainda nesta fase, os esforços da enfermeira devem direcionar-se para o auxílio do paciente na consecução de uma aprendizagem construtiva, que segundo O'Toole (1996), citando Peplau, ocorre quando se centram nos elementos essenciais da situação, com foco nos seus próprios esforços, e que pode desencadear respostas, não estando dependente da enfermeira presente. (O'Toole, 1996).

Para Peplau (1990), a fase da exploração ocorre quando o paciente identifica a enfermeira como sendo aquele que reconhece e compreende as relações interpessoais passando a explorar todos os serviços que lhe são oferecidos. No entanto, em concordância com Almeida et al. (2005), quando o processo de recuperação é encetado, podem ser experimentados conflitos entre o seu estado de dependência/independência e cabe à enfermeira manter a satisfação do paciente em

relação às suas questões à medida que elas surgem e, conforme avança a convalescência, deverão ser estabelecidas novas metas.

Na fase da resolução, Peplau (1990) afirma que se espera que as necessidades do paciente já tinham sido satisfeitas e começa a desfazer-se o elo entre o paciente e enfermeira e a retoma a casa do paciente. Para que a resolução aconteça de forma bem-sucedida, há a necessidade da libertação gradual da identificação com as pessoas que prestaram ajuda e da criação e fortalecimento da capacidade de atuar por si mesmo.

Franzoi (2016), refere que durante estas fases da relação enfermeiro-doente, há mudanças progressivas no papel do enfermeiro e do paciente, resultado de um amadurecimento e crescimento pessoal de ambos, destacando a autonomia e participação do paciente, passando este a um sujeito ativo neste processo.

A teórica Peplau (1990) identifica sete papéis de enfermagem que se desenvolvem ao longo das várias fases, sendo eles: o papel de estranha (logo no primeiro contacto terapêutico), o papel de pessoa de recurso, o papel de professor ou educador, papel de líder, papel de substituto, papel de conselheiro e papel de especialista técnico. Este último não estava citado no trabalho original de Peplau, mas segundo Franzoi (2016) houve necessidade de ser introduzido por fazer todo o sentido.

Peplau (1990), evidenciava o papel da família, sociedade, cultura e ambiente nas mudanças, quer fosse em ambiente hospitalar ou comunitário. De igual forma, Riehl (1980) refere que um dos papéis que a enfermeira pode desenvolver é o de fazer com que os cuidados de saúde possam ser conduzidos do hospital para a comunidade.

É curioso observarmos que passados tantas décadas, esta teoria continua atual, e que a relação interpessoal enfermeiro-paciente faz parte da própria natureza da enfermagem e, segundo Hoga (2004), é valorizada a visão holística apresentada pela autora (as experiências, expectativas, valores e crenças do indivíduo).

2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE CUIDADOS

Neste capítulo iremos efetuar uma breve descrição da unidade onde realizámos o estágio final e que nos possibilitou o desenvolvimento das competências.

O estágio era dividido por dois momentos, um em contexto de internamento e outro em contexto comunitário. Estes trariam um leque de oportunidades de aprendizagem. O primeiro estágio não foi realizado uma vez que foram validados e certificados os créditos, e reconhecido a experiência profissional de largos anos em serviço de internamento. O segundo estágio, foi realizado numa unidade de cuidados na comunidade (UCC), com a duração de 18 semanas com uma carga horária total de 388h, compreendido entre os meses de setembro 2023 a janeiro de 2024.

2.1 UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

A UCC onde estagiamos é uma unidade funcional de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), situada na margem sul do Tejo, num concelho que serve cinco uniões de freguesia, onde anteriormente figuravam onze freguesias de características rurais e urbanas, numa área de aproximadamente 70 Km².

Esta UCC desenvolve as suas atividades na comunidade, com uma equipa multiprofissional e em articulação com outras unidades funcionais, hospital e outras entidades e recursos na comunidade.

De acordo com o DL nº 28/2008 de 22 de fevereiro, artigo 11º, alterado posteriormente pelo DL nº 239/2015 de 14 de outubro de 2015, diz que a UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, a pessoas, famílias ou grupos com extrema vulnerabilidade, ou em situações de risco ou dependência física e funcional, ou que por doença necessite de um acompanhamento de proximidade, com ênfase para a educação para a saúde (DR, 2015).

O local onde realizamos o estágio, tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população deste concelho, com o objetivo de ganhos em saúde, com a intervenção de

uma equipa multidisciplinar, para uma melhoria contínua do estado de saúde da população, evidenciando as boas práticas de prestação de cuidados de proximidade. Os valores desta UCC, que são orientadores, prendem-se com o assegurar a qualidade e equidade na prestação de cuidados, a melhoria da acessibilidade e a promoção da autonomia da pessoa.

A UCC é composta por uma equipa multidisciplinar com enfermeiros de cuidados gerais, enfermeiros especialistas (saúde mental, reabilitação, saúde comunitária, saúde materna e obstétrica e saúde infantil e juvenil), fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, nutricionista, assistentes técnicos e assistentes operacionais.

Da especialidade a que nos propomos existe apenas um EESMP na UCC. A prestação de cuidados é feita no domicílio e em contextos comunitários. As visitas no domicílio e outras visitas são alinhadas no dia anterior, mas combinado anteriormente com as pessoas que cuidamos. No dia, o EESMP desloca-se de táxi (programado para esta atividade) até às residências das pessoas, unidade hospitalar ou unidades funcionais.

O EESMP e a restante equipa, em concordância com o Despacho n.º 10143/2009, artigo 9, ponto 4, têm, sob a domínio da UCC, um conjunto de programas e projetos da carteira de serviços, que devem estar integrados no plano de ação do ACES, sendo estas as áreas de cuidados e atividades propostas: **a)** Projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com grande vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência; **b)** Intervenções em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade; **c)** Projetos de intervenção domiciliária, no âmbito da RNCCI, com indivíduos dependentes famílias/cuidadores; **d)** Projetos de promoção de estilos de vida saudável com intervenções ao nível de programas de saúde já existentes, ou a implementar e desenvolver, em parceria com outras instituições que podem cooperar para a aquisição de hábitos de vida saudáveis da população ao longo do ciclo de vida (DR, 2009).

Apenas cingindo ao trabalho desempenhado pelo EESMP na UCC, passamos a descrever as principais atividades.

A VD realizada pelo EESMP, teve início naquela UCC em maio de 2019, num projeto criado entre o ACES e o hospital de referência e tinha como objetivos: garantir a continuidade e

qualidade dos cuidados de enfermagem aquando da transição da pessoa do hospital para a comunidade, promover a autonomia da pessoa com doença mental e ajudar na integração no contexto familiar e comunidade. Mais adiante, iremos explicar de que forma é feita a referenciação para esta VD e as condicionantes.

O EESMP, integra a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) no domicílio. O artigo 27 do DL nº 101/2016, de 6 de junho, tem redigido que a ECCI é uma equipa multidisciplinar, integrada na UCC, e da responsabilidade dos CSP e com o objetivo da prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma aos CSP (DR, 2016).

Como já referimos, na UCC, existem vários enfermeiros, de cuidados gerais e especialistas, que se dividem por turnos da manhã, da tarde e aos fins de semana. Por uma questão logística, o EESMP, incorpora a equipa aos fins de semana, realizando prestação de cuidados diretos. Durante a semana, para além de todas as tarefas atribuídas, o EESMP, facilita consultadoria na área da saúde mental aos colegas da ECCI, em situações mais complexas (como por exemplo a gestão ou aceitação do luto em famílias vulneráveis, na vivência de uma situação oncológica).

O EESMP iniciou um projeto com a Universidade Sénior do concelho, onde foi criado um gabinete de escuta ativa. Foi escolhido um dia por mês para a sua realização. Sendo uma população vulnerável, vem permitir que a pessoa possa conversar, sem ouvida, sem julgamentos, sem juízos de valor. Esta atividade tem bastante adesão por parte das pessoas. Para além disso, foram solicitadas sessões de educação para a saúde, sobre temática onde se verificou ser mais necessário. Estas sessões, aumentam a literacia em saúde, levam a uma aproximação à comunidade e, desta forma, a identificação de situações de alerta. Mais uma vez, o EESMP adota um papel de educador, fazendo a alusão à teórica escolhida.

A UCC é parceira de algumas instituições e Organizações não governamentais (ONG), e desta feita, também facultam consultadoria sobre casos em situações de vulnerabilidade extrema.

Todavia, o papel do EESMP não se estreita, pois é elemento-chave nas equipas comunitárias e transmite o seu parecer em reuniões comunitárias ou comissões de trabalho das juntas de freguesia e câmara municipal.

Ao nível das escolas, o EESMP integra o grupo de trabalho que realiza sessões de educação para a saúde e aborda temas da saúde mental, lutando pela diminuição do preconceito, promovendo a autoestima dos jovens, prevenindo comportamentos de risco e incentivando ao aumento da resiliência.

O EESMP é de extrema relevância, atuando em vários níveis de prevenção e na doença, e num rácio de idades muito abrangente.

3. PERCURSO METODOLÓGICO DO PROJETO

Neste capítulo iremos apresentar o nosso percurso metodológico, apresentando o mesmo através da metodologia de projeto.

Segundo Fortin (2009), a investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real, e assim, torna-se um método de aquisição de conhecimentos e de encontrar respostas para as questões que necessitam de investigação.

O conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (OE, 2006 citando INC, 1999).

Assim, a metodologia teve por base uma scoping review, que à semelhança de outras revisões, segue uma abordagem rigorosa e sistemática, todavia, esta revisão tem em vista o mapeamento da evidência, disponível para um tema de interesse (Tricco et al., 2018).

- 3.1 Metodologia

A Metodologia de projeto é definido como um conjunto de operações explícitas que permitem uma representação antecipada e final de um processo de transformação do real que prevê uma mudança (Ruivo et al., 2010). A metodologia associada à investigação, traduz-se num método de análise e resolução de problemas, que conduz à aquisição de capacidades e competências de características pessoais na elaboração e concretização de um projeto numa situação real (Ruivo et al., 2010).

Para Ruivo et al. (2010), a metodologia permite uma aprendizagem importante e estabelece ligações com a realidade, desenvolvendo competências fundamentais para a formação de alunos e profissionais mostrando ser um elemento relevante dentro da investigação e no desenvolvimento da profissão de Enfermagem.

A metodologia de projeto é composta por cinco fases: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados obtidos (Ferrito et al., 2010).

Para a elaboração deste relatório, resolvemos realizar uma scoping review, para conhecer e analisar qual a melhor evidência científica sobre o nosso tema do papel do EESMP, em visita domiciliária e em contexto de UCC.

Este género de revisão baseia-se no referencial do JBI (Joanna Briggs Institute, 2015), orientados por um protocolo de pesquisa que visa avaliar evidências emergentes, esclarecer conceitos ou definições, identificar fatores relacionados a um determinado tema e identificar e analisar lacunas do conhecimento científico.

A scoping review diferencia-se dos outros métodos, uma vez que, auxilia na colheita de informações amplas e focadas, sem distinção entre tipos de estudos e métodos utilizados, ou seja, aponta a necessidade de inclusão de todos os estudos existentes para uma revisão diversificada (Sucharew, 2019).

Para além da parte da investigação, também pretendemos na componente prática, manter a continuidade de cuidados no domicílio, e prosseguir com o treino de competências e as sessões de psicoeducação individual e em família.

Considerando a importância das intervenções, e para sustentar as afirmações, será realizado um levantamento e tratamento de dados relativamente ao número de pessoas acompanhadas, o número de altas desta equipa e o número de internamentos por recaídas.

Serão apresentados de forma sistematizada as ações das diversas etapas da metodologia, explanando cada fase.

3.2 Diagnóstico da situação

A primeira etapa da metodologia é o diagnóstico da situação, que visa identificar uma situação-problema detetado para se elaborar um modelo sobre o qual se pretende atuar e mudar (Ruivo et al, 2010).

É possível afirmar que o EESMP é um elemento importante numa equipa de ECCI, equipa

hospitalar e equipa de rua, tendo em conta as intervenções tão específicas a si atribuídas. No entanto, tamanha importância não se verifica no número de recursos humanos, pois tal como referido anteriormente, apenas existe um EESMP nesta equipa com inúmeros pedidos de acompanhamento. Uma vez que se promove as dotações seguras (preconizado pela OE) e a excelência dos cuidados, os acompanhamentos são aceites conforme se justificam as altas.

Para a apreciação do desempenho desta equipa, optámos por apresentar dados que confirmem a utilidade deste EESMP, sob forma de consulta de enfermagem em VD e consulta de enfermagem em contacto telefónico. Estes dados estão representados nestes gráficos.

É possível visualizar no gráfico 1 a evolução da consulta de enfermagem em VD desde o seu início em 2019. É visível que no período de pandemia (ano de 2020), o número total de consultas de enfermagem no domicílio aumentou, logicamente, relacionado com o isolamento social a que se estava sujeito, pelas medidas implementadas.

Ocorre um decréscimo aquando do fim do isolamento, mas mantém-se em crescimento o número de consultas.

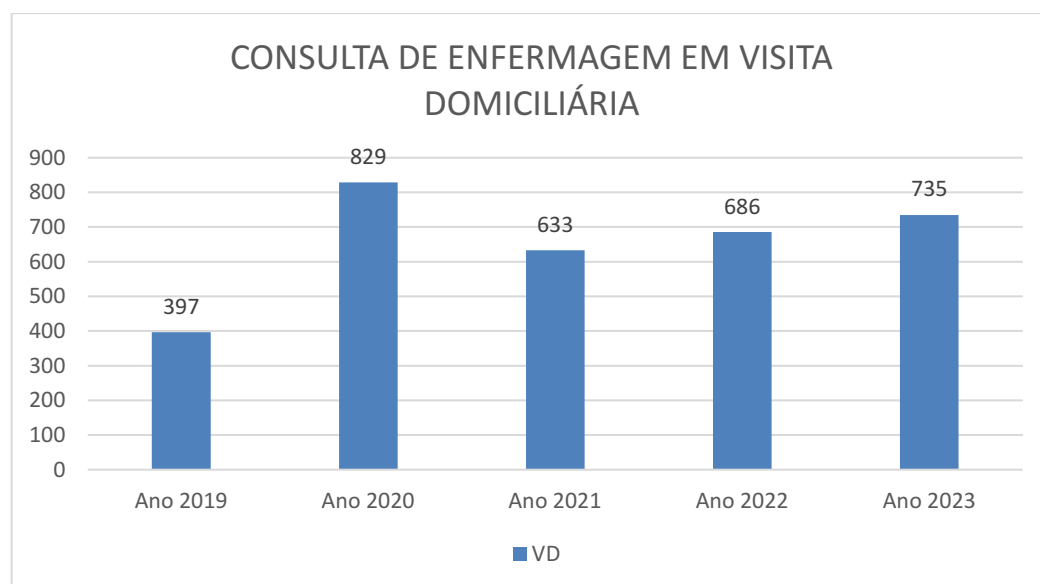


GRÁFICO 1: Consulta de Enfermagem em visita domiciliária

As consultas de enfermagem de saúde mental realizadas pelo EESMP, também podem ser em formato telefónico. Estes contactos permitem o acompanhamento, intervalando VD com con-

tacto telefónico. Por exemplo, para pessoas socialmente ativas, com emprego, estes contatos permitem, sem prejudicar o local de trabalho, compreender o estado de saúde da pessoa, avaliar o estado mental, realizar educação para a saúde, incentivar à adesão terapêutica e aconselhar.

Assim, a consulta de enfermagem em contacto telefónico, possibilitou registar, também desde 2019, os seguintes dados referenciados no gráfico 2.

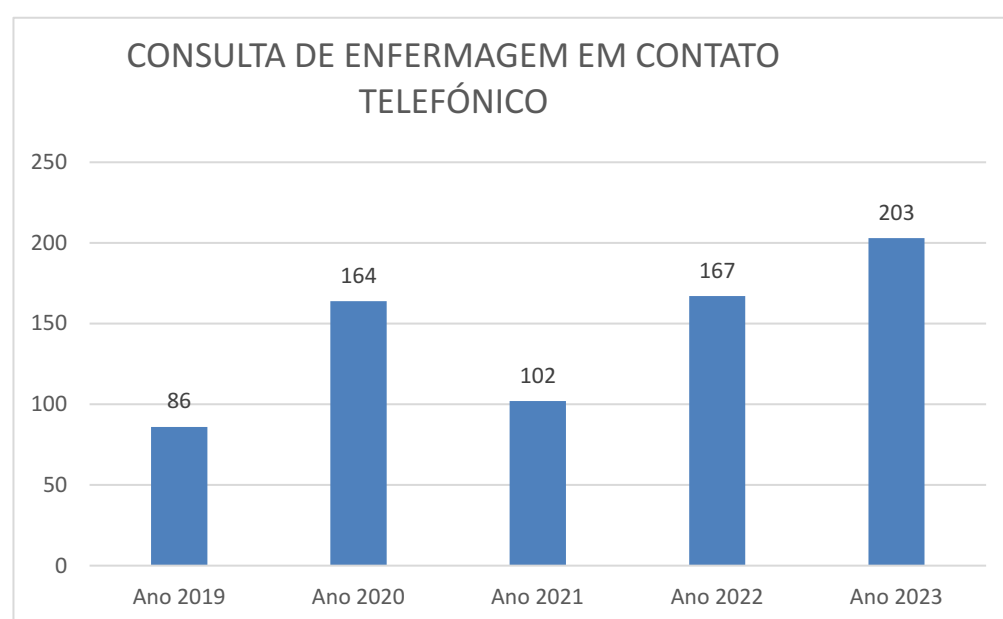


GRÁFICO 2: Consulta de Enfermagem em contacto telefónico

Ao nível das referenciações para a equipa de saúde mental, o maior referenciador é o hospital do concelho, quando necessita dar alta e verifica que o doente tem critérios para ser acompanhado em domicílio. Os CSP são os segundos maiores referenciadores, o que é positivo, uma vez que, são estes o primeiro contacto das pessoas em caso de disrupção.

No entanto, existe um valor muito expressivo nos outros, que inclui a própria comunidade (por identificação ou denúncias), instituições, organizações, associações, camara municipal ou junta de freguesia. Este é um indicador bastante favorável indicando que toda a comunidade começa a estar desperto para estes problemas da saúde mental.

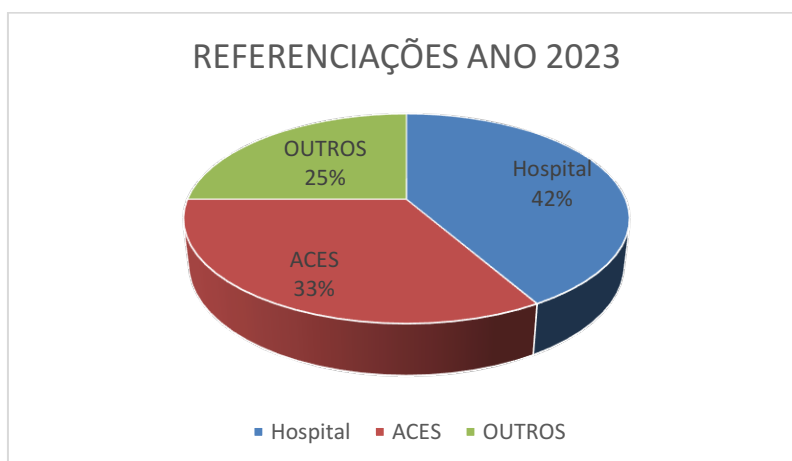


GRÁFICO 3: Referenciações ano 2023

Ao nível das altas e admissões praticamente, sempre que ocorre uma alta, é reagendada uma admissão. No gráfico 4, é observável este cenário.

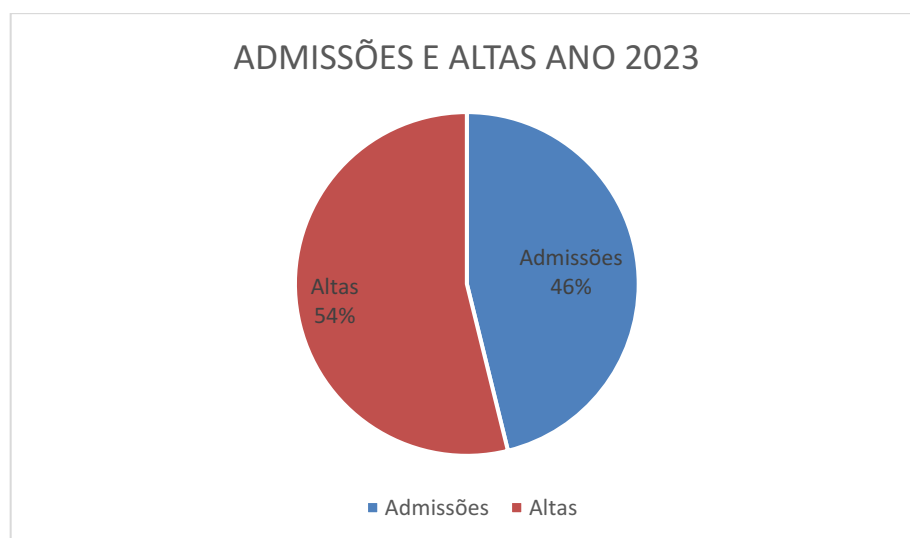


GRÁFICO 4: Admissões e altas 2023

Relativamente a reinternamentos, durante o ano de 2023, apenas se verificou um internamento, não relacionado com a doença mental, mas por doença médica (Diabetes Mellitus insulino dependente), mas que, por conseguinte, veio descompensar a parte psiquiátrica e deste modo, foi contabilizado como reinternamento.

Através destes dados já daria para compreender a importância do papel do EESMP, pois estes dados refletem os cuidados de enfermagem deste especialista, que com o seu acompanhamento, reduz os reinternamentos. Esta redução corresponde a mais tempo na comunidade, mais integração social, menor é o preconceito da doença mental, melhora a sua autonomia e funcionalidade, o conhecimento da sua doença e promove uma mudança no comportamento de saúde e uma adesão à terapêutica.

Assim, para podermos enfatizar o papel do EESMP, escolhemos realizar investigação, procurar os melhores exemplos de enfermeiros de saúde mental em VD, mapear os conceitos relativos a este enfermeiro e às intervenções realizadas em contexto de comunidade, e conhecer o que de melhor se sabe e se faz no país e no mundo, e até talvez, rever ou alterar algum procedimento. Como resultado, mobilizamos conhecimentos, associado à prática profissional, fundamentado pela evidência. Inicialmente, foi definida a questão de pesquisa, baseada na estratégia PCC, que representa um acrónimo para População, Conceito e Contexto, evidenciado na tabela 1.

P	População	Adultos com perturbação mental
C	Conceito	Papel do EESMP
C	Contexto	Visita Domiciliária (Comunidade)

Tabela 1 – Critérios utilizados para a formulação de questão de investigação.

Para dar resposta à nossa problemática surge então a questão de investigação: “Qual o papel do EESMP numa visita domiciliária à pessoa com perturbação mental?”.

3.3. Definição de objetivos

Na sequência da questão de investigação foram definidos objetivos gerais e específicos. Traçámos como objetivos gerais: promover a continuidade de cuidados no domicílio e após a alta hospitalar; e enfatizar o papel do EESMP tendo em contas as suas intervenções específicas na VD.

Definimos como objetivos específicos: acompanhar a pessoa com doença mental em VD, após a alta hospitalar; capacitar a pessoa e cuidador para o conhecimento de sua doença, realizando

sessão individual/família de educação para a saúde (psicoeducação); estimular a reabilitação psicossocial com treino de competências; orientar nas atividades de vida diárias e instrumentais diárias (promovendo a autonomia e funcionalidade); promover o empoderamento; promover a expressão de sentimentos e emoções; promover a adesão terapêutica; e contribuir para a melhoria da prática de enfermagem de saúde mental baseada na evidência científica.

Considerámos importante proceder a uma análise SWOT, para que conferisse robustez ao problema identificado. A análise SWOT, apresenta-se como uma ferramenta bastante útil para o desenvolvimento e compreensão de um planeamento ou projeto Hofrichter (2021). Ainda o mesmo autor, descreve que a análise SWOT facilita a demarcação de uma estratégia ou orientação para o desenvolvimento de um determinado projeto, ou empresa, ou carreira, ajudando a entender os Pontos Fortes, Pontos Fracos, Oportunidades e Ameaças (Hofrichter, 2021). Na figura 2 são colocados estes pontos:



Figura 1: Análise SWOT do problema

3.4 Planeamento

Depois de identificada a nossa problemática e esclarecidos os objetivos, prosseguimos para a fase seguinte, o planeamento.

Segundo Teixeira (2010), a fase do planeamento define-se como o ato de planear, desenhar, executar e acompanhar um determinado conjunto de ações propostas com o objetivo de intervir sobre determinada problemática da realidade.

Como estratégia, a pesquisa de evidência científica decorreu nas bases de dados MEDLINE, BDENF e LILACS e EBSCO (que integra as bases de dados PubMed, CINAHL Plus, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register e MedicLatina), nas datas de 13 a 23 de novembro 2023. Foram usados os descritores DeCS/MeSH de pesquisa: “community mental health” e “home health nursing” com a inclusão do operador booleano “AND”.

Os critérios de inclusão destas pesquisas eram que fossem enfermeiros de saúde mental, as visitas domiciliárias realizadas por enfermeiro especialista e pessoa com doença mental adulta.

Os critérios de exclusão foram outros profissionais que não enfermeiros, assistência no domicílio a outras situações que não pessoa com doença mental (pré-natal, puerpério) uma vez que não é a temática em estudo e excluímos também pessoa sem maioridade, pois o nosso estudo apenas se cinge a pessoas adultas.

Para selecionar os artigos, numa primeira fase, sem filtros, foram encontrados 279 artigos. Dado o volume de artigos, foram aplicados os filtros por título, artigo em texto integral, artigo com idioma português, inglês e espanhol, todos os tipos de estudo e um espaço temporal de 5 anos. Mas aqui surge a primeira adversidade, pois devido à pouca informação e investigação do tema, surgiram apenas 3 artigos. Mas para uma melhor discussão do tema e uma maior abordagem de mapeamento de conceitos, a amostra teve de ser alterada. Portanto, mantiveram-se os critérios anteriores, mas foi alargado o tempo de 2011 a 2023 (12 anos).

Para uma melhor perceção do processo de seleção dos estudos, foi elaborado um fluxograma PRISMA.

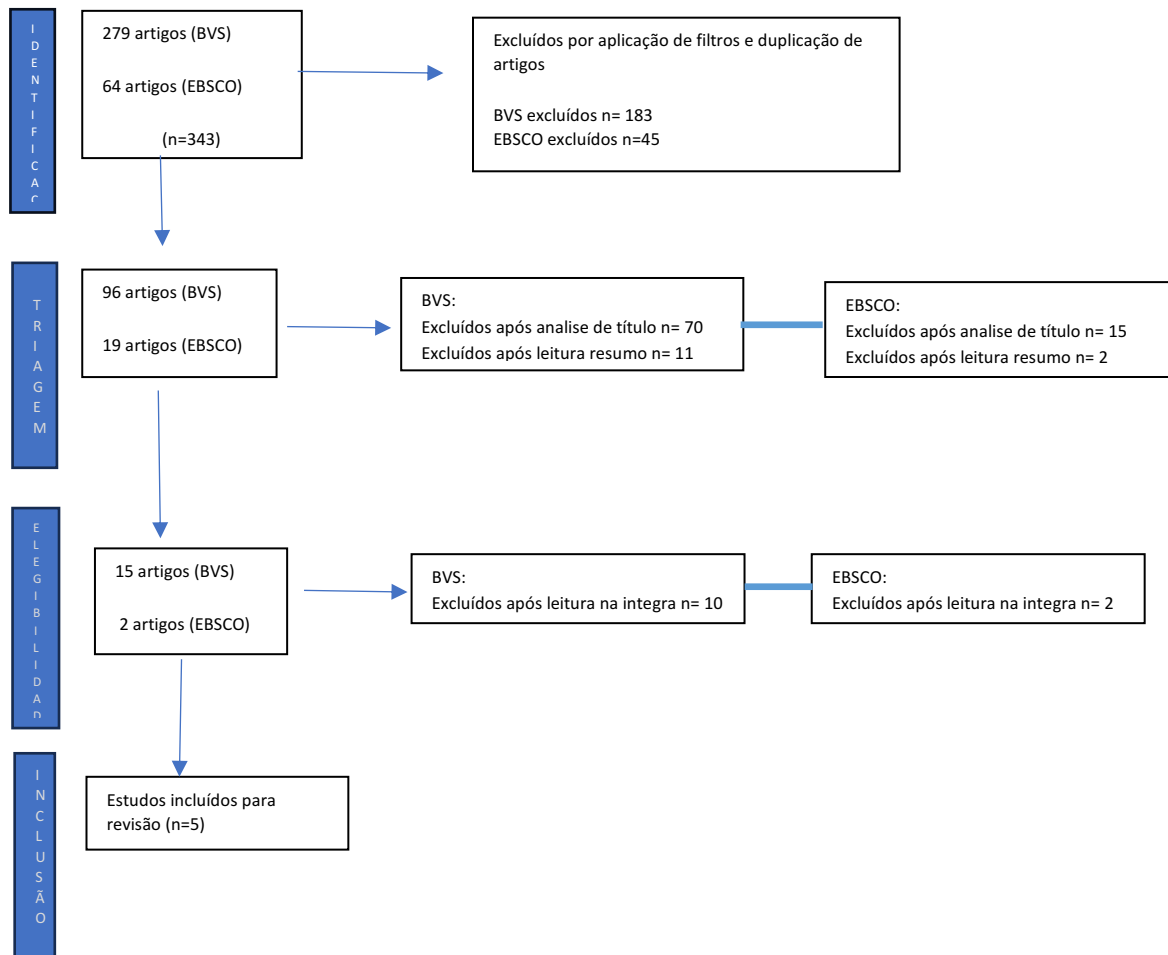


Figura 2 (PRISMA) - Fluxograma, do processo de seleção dos estudos, adaptado do manual metodológico para a revisão Scoping JBI

Tal como descrito no fluxograma, após leitura de títulos, resumos, metodologia, resultados e conclusão, foram excluídos aqueles que não respondiam à nossa pergunta de investigação. No final, foram selecionados 5 artigos.

Na breve leitura, foi possível compreender as diferentes formas de atuação do enfermeiro de saúde mental, mas ao mesmo tempo, em países mais desenvolvidos, verificar que a VD realizada pelo enfermeiro é a estratégia em saúde mais utilizada e que garante maior confiança, quer para as equipas quer para o doente. Iremos confirmar estas afirmações ao longo da execução.

3.5. Execução

A fase da execução admite a materialização de um desejo construído mentalmente para se tornar uma situação real, permitindo a realização da vontade e necessidades através das ações planeadas e assume uma importância relevante para os participantes do projeto. (Ruivo et al., 2010). O mesmo autor enaltece a pertinência de serem mobilizados meios através dos quais seja feita a procura de dados, informações e documentos que visem a resolução do problema identificado (Ruivo et al., 2010).

Após terem sido exibidos os primeiros dados, foi construído uma tabela com as principais referências de cada estudo (apresentado na tabela 2):

Identificação do estudo	Objetivos do estudo; desenho, números e tipo de participantes	Resultados	Conclusões
A1. Setoya, N., Aoki, Y., Fukushima, K., Sakaki, M., Kido, Y., Takasuna, H., Kusachi, H., Hirahara, Y., Katayama, S., Tachimori, H., Funakoshi, A., & Kayama, M. (2023). Future perspective of psychiatric home-visit nursing provided by nursing stations in Japan. <i>Global health & medicine</i> , 5(3), 128–135. https://doi.org/10.35772/ghm.2023.01034	- Investigar as características e dificuldades da assistência domiciliar de enfermagem psiquiátrica. - Pesquisa por questionário em 7869 estações membros da National Association for Visiting Nurse Service, apenas 2782 responderam. - Destas 2782 unidades/postos, 1613 oferecem enfermagem psiquiátrica em visita domiciliar. - Questionário realizado de setembro a outubro de 2022.	*Características dos postos que oferecem enfermagem psiquiátrica: - Divisão por 4 grupos: nenhum usuário; menos de 20%; de 20-80%; mais de 80%. - Média de funcionários: 7,8 enfermeiros (4 enf especialistas em psiquiatria), 0,8 terapeutas Ocupacionais, 1,7 fisioterapeutas ou fonoaudiólogos, 0,26 assistente social. *Dificuldades dos postos: - “cuidar de doentes/famílias que recusaram atendimento” (56%); - “Cuidar de sintomas psiquiátricos” 54%; - “avaliação de sintomas psiquiátricos” (49%). *Necessidades: - Sistema comunitário de colaboração (67,6%) - Consulta com psiquiatras (59,6%) - Consulta com enfermeiro especialista psiquiatria (45,4%)	- Enfermagem psiquiátrica em Visita domiciliar aumenta a promoção dos cuidados na comunidade; - Para a enfermagem psiquiátrica em visita domiciliar os enfermeiros são obrigados a ter experiência em cuidados psiquiátricos, devendo por isso, investir em programas de formação e treinamento, amplamente contínuos para uma melhoria da qualidade do atendimento e melhores resultados para os usuários. - Atitudes e confiança dos enfermeiros são preditores significativos da participação dos doentes e facilitador para a sua tomada de decisão. - Espera-se a partilha com os cidadãos/comunidade para uma maior visibilidade dos serviços e maior procura tornando um sistema de cuidados integrados na comunidade.
A2. Ferreira, S., & Ramos, L. (2020). A visita domiciliária na transição hospital-domicílio à pessoa com doença mental: uma revisão integrativa da	- Identificar os benefícios da visita domiciliária a pessoas com doença mental na continuidade de cuidados hospital domicílio;	- Importância da abordagem à pessoa com doença mental; - Apresentação pré-alta de um plano de acompanhamento por parte do enfermeiro que irá intervir no domicílio; - Risco de abandono do tratamento por falta de insight;	- Redução de hospitalizações com consequentes ganhos em saúde; - Intervenções do Enfermeiro Especialista no domicílio traz benefícios: melhora a adesão ao tratamento, a qualidade de vida, as habilidades sociais, as

literatura. Rev. port. enferm. saúde mental, 59-67.	- Revisão integrativa da literatura com dados de 2013 a 2018	- Indicadores de psicopatologia e qualidade de vida são melhores em grupos com acompanhamento telefónico ou no domicílio; - Relação custo-benefício: pessoas sem acompanhamento mais recaídas ou hospitalizações e custos mais elevados; pessoas com intervenção do Enfermeiro Especialista têm menos recaídas e menos gastos.	relações familiares e promove a inclusão na comunidade; - Autores referem que a área da visita domiciliária a pessoas com doença mental carece de mais investigação.
A3. Kayama, M., Setoya, N., & Doyle, C. (2020). Expanding use of nurse home visiting for psychiatric care in Japan. <i>Psychiatric Quarterly</i> , 91, 571-576.	- Investigar a taxa de implementação de visitas psiquiátricas, através de documentos processos e resultados da “Pesquisa e Recebimento médico de visita domiciliar” de 2006 a 2016 e “Despesas com assistência de enfermagem em visita domiciliar” (Governo japonês a cada 2 anos) - Taxas de implementação com dados de questionários aplicados às instituições “National Association for Visiting Nurse Service”	- Solicitação de visitas domiciliárias por médicos gerais e psiquiatras. - Hospitais psiquiátricos localizados fora das cidades e estes postos distribuídos numa área de vida diária dos pacientes; - Aumento do número de usuários dos serviços de enfermagem de visita domiciliária psiquiátrica; - Inclusão de doenças mentais no Seguro Médico Nacional com revisões sistemáticas na cobertura; -Segurança dos profissionais	- Impacto da política dos serviços psiquiátricos com avaliação muito positiva; - 70 mil pacientes internados poderiam ter alta e seguimento em visita domiciliária, - Visitas domiciliárias influenciam a qualidade de vida diária dos pacientes; - Maior número de horas de formação para aumentar conhecimento, competências na assistência de pacientes psiquiátricos no domicílio; - Compreensão do contexto dos pacientes e os seus cuidados favoráveis na inclusão comunitária.
A4. Drescher, A., Both, J. E., Hildebrandt, L. M., Tambara Leite, M., & Schmidt Piovesan, S. M. (2016). Concepções e intervenções em saúde mental na ótica de profissionais da estratégia saúde da família. <i>Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE</i> , 10.	- Compreender as percepções dos profissionais de saúde vinculados a estratégia de saúde da família (ESF) sobre doença mental e atendimento às pessoas em sofrimento psíquico. - Estudo descritivo com abordagem qualitativa por entrevista semiestruturada a 2 médicos, 2 enfermeiros, 1 técnico de enfermagem, 1 odontólogo e 3 agentes comunitários de saúde	- A conceção do profissional de saúde em relação à doença mental fala em sofrimento mental do indivíduo e da família; - O preconceito, exclusão e a vergonha que impossibilita a pessoa com doença mental de exercer as atividades de vida diárias; - Intervenções em saúde mental realizada por profissionais com formação académica deficiente e atendimentos realizados por enfermeiros não especializados; - Visita domiciliária (VD) só realizada quando o doente mental apresenta sintomas agudizados; - A VD é um recurso importante na saúde mental, permite avaliar a dinâmica familiar e condições de vida. - A VD propicia assistência mais humanizada, possibilita promoção em saúde e redução das internações; -A VD é uma ferramenta que permite identificar situações com potencialidade para desencadear	- Falta de conhecimento pelos profissionais tem como consequências intervenções pouco adequadas; - A percepção dos entrevistados é que um doente mental é um indivíduo dependente de cuidados e incapaz de realizar as atividades de vida diária e tem uma vida associada ao uso contínuo de medicamentos; - Os profissionais assumem que a assistência de saúde mental deve ser exclusivamente realizada por profissionais especializados; - As principais estratégias de intervenção em saúde mental é a visita domiciliária, atividades em grupo, escuta ativa e prescrição de medicamentos. - Conclui-se haver grande fragilidade na atenção à saúde mental devendo haver um maior investimento na

		sofrimento e agudização de sintomas; - O uso de medicação não pode ser considerado a única intervenção em saúde mental.	qualificação profissional e no atendimento especializado.
A5. Silva, C. M. C., Teixeira, E. R., Sabóia, V. M., & Valente, G. S. C. (2011). Visita domiciliar na atenção à saúde mental. <i>Ciencia y enfermería</i> , 17(3), 125-136.	- Descrever o processo de atendimento domiciliar a saúde mental no contexto de programa de saúde de família; - Discutir aspetos que fundamentem e/ou interferem no cuidado domiciliar ao doente com transtorno mental; - Revisão de literatura.	- Equipa com 1 enfermeiro, 1 médico de família, 1 auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde; - Enfermeiros prestam cuidados a doentes mentais com pouca ou nenhuma formação dentro da saúde mental; - Visita domiciliária (VD) usada como estratégia de acompanhamento na comunidade e desobstrução das vias de acesso aos serviços de saúde; - VD é atividade mais referida pelos enfermeiros direcionado ao doente mental e extensivo à família e comunidade; - VD possibilita conhecer os pacientes as suas vivências, planejar estratégias terapêuticas, tendo em conta a rotina de casa, criando um vínculo entre enfermeiro e paciente; - Família é um pilar importante no tratamento do cliente com transtorno mental, o enfermeiro atua na orientação, treinamento e educação para a saúde das famílias.	- Admissão de enfermeiros com treinamento profissional constante para diminuir dificuldades; - Desenvolvimento de conhecimentos em programas de competências específicas e processos educativos para melhor desenvolver ações no acompanhamento dos seus pacientes; - A VD permite trabalhar em equipa com a família, identificar as reais necessidades da comunidade através da participação no planeamento das ações; - Maior participação do doente e maior responsabilização traduz uma abordagem eficaz a fim de evitar o abandono de medicamentos e rehospitalizações; - Informação sobre medicamentos psiquiátricos, orientação e suporte das famílias visando a diminuição da sobrecarga do cuidador.

Tabela 2: Apresentação dos artigos

3.5.1 Discussão de resultados

A análise dos estudos incluídos permitiu identificar três temáticas que estão presentes em todos os estudos: a intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica na visita domiciliária, as políticas de saúde e a necessidade de formação dos enfermeiros.

Apesar das políticas de saúde mental de cada país serem diferentes, as análises dos estudos retratam a importância do enfermeiro especialista de saúde mental na abordagem à pessoa com doença mental (Ferreira, 2019). No seu estudo, Silva (2011), refere que a aposta foi em equipas de família, multiprofissionais, como estratégia de intervenção, porém estas intervenções são realizadas por enfermeiros generalistas com conhecimentos na área da saúde mental. O mesmo autor reconhece que este facto acarreta

dificuldades de intervenção para estes enfermeiros, e, evidenciam a importância da formação específica do enfermeiro em saúde mental nos cuidados à pessoa com doença mental, reiterando que esta deva ser exclusivamente realizada por enfermeiros especialistas nesta área de cuidados.

Drescher (2016), descreve que a conceção em saúde mental, na perceção dos multiprofissionais entrevistados, concebe que a pessoa com doença mental é um indivíduo dependente de cuidados e incapaz de realizar as atividades de vida diária, na qual pode estar associada o uso contínuo de medicamentos.

Igualmente, Setoya (2023) afirma que o enfermeiro especialista de SM adota uma postura de confiança e atitudes que são preditores significativos da participação da pessoa e facilitador para a sua tomada de decisão.

Importa salientar que o enfermeiro especialista é responsável por desenvolver junto da pessoa e seus cuidadores familiares um conjunto de atividades psicoeducativas, orientação e suporte que vão desde à gestão da doença e do regime terapêutico instituído, promovendo também a diminuição da sobrecarga do familiar cuidador (Silva, 2011). O mesmo autor enfatiza que, quanto maior for a participação da pessoa e a sua responsabilização maior é a adesão ao comportamento de saúde e à terapêutica, evitando abandono e consequentemente re-hospitalizações.

Pese embora as intervenções e estratégias utilizadas por estes enfermeiros não estejam descritas, a visita domiciliária surge como a estratégia de intervenção mais utilizada (Drescher, 2016). Para Kayama (2020), a visita domiciliária do enfermeiro especialista em saúde mental à pessoa com doença mental, permite compreender o contexto onde esta se insere, identificar as suas reais necessidades e possibilita como corroborado por Silva (2011), trabalhar em equipa com a família e comunidade através da participação e planeamento das ações.

Especificamente ao fator necessidades formativas, todos os estudos reiteram que existe dificuldades nas abordagens, intervenções pouco adequadas, falta de formação, falta de profissionais especializados em saúde mental (Setoya, 2023; Ferreira, 2020; Kayama, 2020; Drescher, 2016; Silva, 2011).

Assim como todos os autores mencionam a necessidade de desenvolver programas de formação (com mais horas de estudo) e programas de competências específicas com processos educativos para melhor desenvolver ações no acompanhamento de pessoas com doença mental, e

assim conseguir uma melhoria continua da qualidade do atendimento e melhores resultados para as pessoas ao cuidado destes profissionais. (Setoya, 2023; Ferreira, 2020; Kayama, 2020; Drescher, 2016; Silva, 2011).

No que diz respeito à investigação, Ferreira (2020) assume existir uma grande lacuna, havendo por isso necessidade de se investir na área da saúde mental e mais especificamente nas atividades desenvolvidas pelos enfermeiros especialistas em contexto de visita domiciliária. Esta lacuna também foi encontrada e partilhada pelos autores deste relatório.

Relativamente, às políticas de saúde, Kayama (2020) e Ferreira (2020), referem o impacto da política dos serviços psiquiátricos com uma avaliação muito positiva, sendo o acompanhamento pelo enfermeiro no domicílio, a melhor estratégia encontrada, permitindo reduzir o tempo de hospitalização.

Kayama (2020), salienta ainda que os serviços psiquiátricos, poderiam ser melhorados, uma vez que existe um grande número de pessoas internadas em hospitais, que se tivessem um acompanhamento em visita domiciliária, poderiam ter alta, apontando este caminho como, politicamente, mais económico.

A redução de hospitalizações, traz ganhos em saúde para a pessoa, que adquire melhor qualidade de vida, maior autonomia, e inclusão satisfatória na comunidade (Ferreira, 2020), e consequentemente ganhos para a economia do país.

3.6 Conclusão

A evidência científica disponível sobre a intervenção do EESMP na visita domiciliária no contexto da comunidade, perspetiva que estas intervenções são extremamente importantes para esta população, uma vez que permite um acompanhamento de proximidade, promovendo a sua autonomia, funcionalidade e qualidade de vida, capacitando e educando a pessoa e família sobre a doença mental e sua gestão. (Ferreira, 2020).

Os autores consideram, em uníssono, que o papel do enfermeiro em VD é determinante nas novas políticas de saúde mental, sendo uma estratégia muito bem conseguida, demonstrado pela eficácia dos resultados.

No entanto, dada a fragilidade da atenção à saúde mental, ainda se verificam situações onde é necessária a melhoria nos cuidados/intervenções e a sugestão de procura de conhecimentos para uma melhor conduta na abordagem no domicílio (Drescher, 2016).

Deve possibilitar-se ao doente o aproveitamento das suas capacidades cognitivas, relacionais e afetivas, melhorando a sua produção laboral e o seu contributo na sociedade (Souza, Baptista & Alves, 2008). O doente necessita de programas de intervenção terapêutica adequados, proporcionando uma boa reabilitação psicossocial e reinserção do indivíduo na sociedade (Spadini & Souza, 2006).

De acordo com o Decreto-Lei nº 113/2021 de 14 de dezembro, os cuidados de saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia, assim como evitando a sua estigmatização, discriminação negativa e devem ser prestados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada, prioritariamente ao nível da comunidade.

O mesmo decreto remete-nos para as equipas comunitárias de saúde mental, com um nível de atendimento especializado e diferenciado, incluindo avaliação de necessidades, diagnóstico, consulta, intervenções terapêuticas, visitas domiciliárias e intervenções de reabilitação, tendo como objetivo a recuperação global da pessoa com doença mental.

3.7 Atividades desenvolvidas

Durante o período de estágio foram muitas as atividades de enfermagem desenvolvidas onde dediquei grande empenho, excelente resultado e efetivamente com uma aprendizagem colossal.

A VD, realizada pelo EESMP, pode ser solicitada de várias formas. Pelos gráficos acima exibidos, compreende-se que a maioria da referenciação vem pelo hospital de referência. O hospital pede o acompanhamento desta equipa quando necessita dar alta do internamento, mas mantendo os cuidados no domicílio. É através desta equipa que o hospital garante que o doente mantém a adesão terapêutica, que não perde o contacto com a comunidade, que são estimuladas as atividades

básicas e instrumentais de vida, que a família se preserva como parceira nos cuidados. Esta referência é feita por email ou telefonicamente, inicialmente na tentativa de saber se a equipa está disponível para acompanhar e validar que cumpre todos os critérios de inclusão.

Na possibilidade de acompanhar o utente, o primeiro contacto dá-se ainda durante o período do internamento, onde é explicado todo o processo e se solicita autorização para ir ao domicílio da pessoa após a alta.

Posteriormente, a pessoa tem alta e é agendado uma VD, com a família presente, para o EESMP realizar uma avaliação e em conjunto estruturarem um plano de cuidados de enfermagem. Neste momento também são avaliadas as questões sociais e, no caso de ser necessário, o EESMP articula com outras unidades ou instituições.

O enfermeiro através de instrumentos de avaliação (Classificação Internacional de Funcionalidade), avalia a sua funcionalidade para poder ajustar as opções, podendo ser a integração numa resposta social (RNCCISM), ou grupo de reabilitação ou o mercado de trabalho (às vezes com limitações).

Ao nível da terapêutica, após ser aplicada a escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) é incentivada a autonomia, com estabelecimento de caixas terapêuticas que impede os esquecimentos, e um melhor conhecimento dos medicamentos e da doença.

A VD é realizada apenas por um EESMP, situação que não está em conformidade com o preconizado pela OE.

O Parecer do Conselho de Enfermagem nº 152/2019 da OE, refere que os cuidados prestados no domicílio devem ser, sempre que possível, assegurados por 2 enfermeiros, de forma a garantir o apoio necessário à prestação de cuidados de enfermagem, bem como por questões de segurança tanto do cliente como do profissional (OE, 2019).

Esta pode ser considerada a atividade que requer maior atenção, uma vez que o EESMP tem de estar totalmente desperto para assoberbar tudo o que se passa na VD, seja a pessoa ou a família, comportamentos, atitudes, concentração, sinais, sintomas, comunicação verbal e não verbal, uma imensidão de dados que permitem uma avaliação diagnóstica de excelência.

Nos agendamentos de fim de semana, acompanhámos situações de pessoas em acompanhamento pela ECCI, por feridas neoplásicas malignas ou em fim de vida no domicílio. O papel do enfermeiro poderia ficar apenas por só prestar cuidados à ferida, avaliar a dor, minimizar o desconforto. No entanto, verificámos que as feridas, ou melhor, os pensos em regiões do corpo muito visíveis, trazem repercussões psicossociais, levando ao isolamento e à depressão. O contacto com estes doentes é importante, uma vez que, mesmo em contexto de ECCI, o EESMP consegue ter uma visão holística, olhando para as dimensões física, psíquica, social e espiritual e intervém no momento e mostra disponibilidade para continuar este apoio.

Neste contexto, foi possível observar casos de familiares cuidadores de pessoa com doença neoplásica, em que era importante existir um momento em que pudéssemos intervir com estes familiares. Foi muito gratificante a escuta ativa, onde falaram sobre necessidades e dificuldades, no entanto, verifica-se a resiliência dos cuidadores, a força e positividade que demonstravam. Tivemos de abordar assuntos como o luto em que mostrámos, mais uma vez, estar disponíveis para acompanhar, caso fosse pertinente.

Outra atividade desenvolvida foram as visitas semanais realizadas a uma ONG. Estas visitas proporcionavam reuniões com presidente, assistente social e EESMP, onde eram discutidos casos clínicos, sempre com a intenção de atuar ao nível primário, de forma a prevenir ruturas, internamentos e descompensações. Mutuamente, era feito por parte do ESSMP aconselhamento, e por parte do assistente social esclarecimento de questões sociais.

O EESMP, nesta organização é solicitado para realizar educação para a saúde e intervenção psicoterapêutica (sessões de relaxamento). É possível encontrar neste local (zona mais desfavorecida e consequentemente mais vulnerável deste concelho) pessoas com pouca escolaridade, mas com muitos problemas associados. Estes problemas são de carácter social, financeiro, físico e mental. As sessões de educação para a saúde foram adequadas à população-alvo, e depois de serem levantadas as necessidades.

O tema da sessão teve o título de “Saúde Mental Positiva” e foi fenomenal experienciar sentimentos e emoções, tristezas e alegrias, condicionadas pelos fatores sociais e culturais. Fiquei muito sensibilizada com as partilhas, dando muito valor a elas, pois aquelas pessoas sentiram que naquele momento nós ouvimo-las e valorizamo-las, mas era essencial focarmo-nos nas coisas positivas, que era o real objetivo da formação.

No mês de novembro de 2024, arrancou um novo projeto da UCC com a Universidade Sénior. Este projeto tinha dois objetivos essenciais: a escuta ativa desta população e o aumento da literacia em saúde.

No primeiro dia a curiosidade era muito grande, havendo pessoas a procurarem o ESSMP apenas para cumprimentar, conhecer, e saber o que se pretendia fazer. A abordagem foi positiva e a procura para escuta ativa foi tranquila, faseada e inicialmente encapuzada.

Encontrámos pessoas com muita solidão, com lutos de maridos e filhos mal resolvidos, mas acima de tudo pessoas com muita necessidade de serem ouvidas. Respeitamos os silêncios, que também existiram, limpámos as lágrimas que foram correndo, contudo, sentimos que o papel do EESMP estava a ser desempenhado com uma excelência desmedida.

Houve uma situação de uma senhora (viúva), com bom contacto, sorridente à abordagem, que na sala de escuta, mostrou a sua fragilidade (ainda não conhecida na Universidade), vivendo uma situação ainda não confirmada de possível neoplasia do útero e que escondia este prognóstico da filha pois preferia ser ela a “aguentar sozinha”. No mês seguinte, voltou à sala para nos dizer que já estava confirmado o diagnóstico e que já tinha falado com a filha, dizendo a verdade. Aparentemente, estava tranquila e agradeceu a nossa intervenção, que fez toda a diferença neste processo de doença.

Nas sessões de educação para a saúde, abordámos a temática das demências. Um tema atual, associado à saúde mental e que a maioria das pessoas que assistiam tinham alguém conhecido também com um problema de saúde destes.

A partilha e testemunhos foram imensos, os exemplos da vida real da EESMP foram enriquecedores para a sessão e no final conseguimos identificar uma pessoa, cuidadora formal da mãe, com doença de Alzheimer, que confirmava todos os exemplos dados e que no fim pediu para falar connosco e que foi direcionada para a nossa consulta na UCC. Esta nossa presença permite abrir o leque a situações que estão escondidas, camufladas e que por vezes ao sentir a compreensão do outro, permite a expansão do caso e a nossa identificação de acontecimentos, que no futuro poderiam declinar e levar a uma doença mental.

A UCC em parceria com a camara municipal, integrou um grupo de trabalho com uma psicomotricista, com o objetivo de envolver pessoas com doença mental na prática de terapias

expressivas e desta forma melhorar a qualidade de vida e a funcionalidade, com base na ação e no movimento. Esta intervenção, promove as relações interpessoais, o desenvolvimento de capacidades cognitivas e estimulação corporal pelo movimento.

Para Almeida (2013), a psicomotricidade é a ciência que estuda o homem observando o seu corpo em movimento, interpretando a sua ação em contexto físico e humano e estudando o dinamismo dialético evolutivo, nas dimensões filogenéticas, ontogenéticas e socio genéticas, intrínsecas e extrínsecas, entre o homem e os contextos dentro de sucessivos fragmentos temporais.

O movimento para uma pessoa com doença mental nem sempre é facilitador, uma vez que a medicação, é influenciadora deste movimento. No entanto, verificámos em todas as sessões uma excelente interação entre os elementos do grupo, uma entreajuda, e conjugado as capacidades cognitivas com o movimento. Indubitavelmente, foi um projeto que surpreendeu pela riqueza da experiência.

Para enfatizar o papel do EESMP na UCC, foi pedido que apresentássemos uma sessão aos profissionais de saúde (nomeadamente clínicos de medicina geral e familiar) onde esclarecêsemos as intervenções do EESMP e os resultados desta intervenção.

A sessão foi programada para cerca de trinta minutos, mas tendo em conta que este tema ainda é pouco expandido, foi demonstrado um enorme interesse dos clínicos, com inúmeras questões relativas ao acompanhamento do enfermeiro e à referenciação, e em consequência disso, foram pedidos “estágios” para conhecer estas intervenções in loco.

O que depreendemos desta sessão é que a maioria não conhecia o trabalho desenvolvido pelo EESMP, e que ao darmos a conhecer, as referenciações podem diminuir os internamentos. Ao identificar uma situação, o médico pede apoio ao EESMP e este no domicílio intervém, no sentido de promover a qualidade de vida, incentivar à adesão terapêutica, capacitar para o conhecimento da doença e desta forma diminuir as recaídas que retira a pessoa da comunidade e a leva a um internamento hospitalar. Neste caso, foi mais um sucesso nas políticas de saúde, com os CSP a ser os primeiros intervenientes.

Em estágio, foram desenvolvidas outras formações pontuais, com organismos em longa parceria (IPSS), com sessões de educação para a saúde para cuidadoras formais de serviços de

apoio domiciliário (assistentes operacionais e auxiliares de ação direta), com temas que era necessário aprofundar como por exemplo a comunicação, atitudes e abordagem à pessoa com doença mental. O objetivo era sensibilizar estas cuidadoras para as mudanças de humor e emoções relacionado com a doença mental e qual a melhor atitude (e postura) e comunicação eficaz. Consideramos terem sido bastante produtivas estas formações.

Uma vez por mês ocorrem reuniões comunitárias, na união de freguesia do concelho, onde o EESMP, responsável pelo eixo da saúde mental, faz a ponto de situação dos casos que acompanha, em equipas de rua e para o qual é pedida a sua consultadoria. Nestas reuniões estão incluídas outras instituições, organizações e associações e todos dão o seu parecer e sempre que surge uma nova circunstância, é comunicado a esta equipa comunitária para decisão superior.

Não conseguimos enumerar e explanar todas as atividades desenvolvidas pois foram inúmeras, contudo, estas são bastante significativas e reflete o excelente papel do EESMP.

Parte II

4 ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste último capítulo, analisamos reflexivamente o processo de aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do EESMP e das competências de Mestre em Enfermagem, de forma a demonstrar que foram atingidas todas as competências referidas.

Segundo o regulamento publicado pela OE, o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados e que partilha um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (OE, 2019).

Para o desenvolvimento das competências, decorreu o estágio final, onde já referimos acima que se verificou a validação de competências no primeiro estágio e no segundo, em

comunidade, deparamo-nos com outro tipo de realidade e em contexto diferente, mas sem dúvida, desafiador.

Para a Enfermagem, Benner (2001) foi um elemento-chave ao criar o modelo de aquisição de competências, reconhecendo cinco níveis de competência: Iniciado, Iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Ao longo de cada estágio, o caminho segue com a evolução do profissional, inicialmente, com o cumprimento de normas e regras, com dificuldades e à medida que o número de experiências vivenciadas vão aumentando, as dificuldades vão diminuindo (apoiado e supervisionado por um enfermeiro mais experiente) até atingir um patamar em que o enfermeiro é reconhecido, pela pessoa cuidada e pares, como profissional com capacidade para resolver situações complexas e ajudar na tomada de decisão.

O percurso do enfermeiro, constrói-se ao longo da sua vida profissional com base no conhecimento técnico, a capacidade de tomar decisões, a forma eficaz de comunicar, a capacidade de ter iniciativa, de ser flexível e responsável, o espírito crítico, de forma proativa e de possuir conduta ética e deontológica (Benner, 2001).

4.1. Competências comuns de enfermeiro especialista

As competências comuns do Enfermeiro Especialista, documentadas em Diário da República- II série, nº 26, no Regulamento nº 140/2019, do estatuto da OE, são competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, apresentadas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2019).

Estas competências foram organizadas em quatro domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O primeiro domínio, da responsabilidade profissional, ética e legal, corresponde ao desenvolvimento de uma prática, baseada nas normas legais, princípios éticos e deontologia profissional.

O Enfermeiro Especialista deve ter bem presente o Código Deontológico do Enfermeiro, comum a todos os enfermeiros, mas este, uma vez que tem uma responsabilidade acrescida, deve respeitar e fazer respeitar (pelos pares) os princípios da liberdade, dignidade, igualdade, a verdade, justiça da pessoa cuidada, de forma a garantir um ambiente terapêutico seguro. Surgem, por vezes, dilemas éticos, sendo o enfermeiro especialista a pessoa mais habilitada para abordar reflexivamente a situação e agir profissional, ética e deontologicamente em conformidade.

Muitas vezes, as pessoas com doença mental sofrem de discriminação, não sendo respeitados os direitos humanos da pessoa. O enfermeiro especialista adapta as intervenções de enfermagem, atuando no sentido de reduzir a discriminação, o preconceito e o estigma.

Ao longo do estágio fui capaz de desenvolver estas competências, uma vez que procurámos promover a igualdade, por exemplo no acesso aos cuidados de saúde primários, onde facilitámos e acompanhámos de forma a permitir que a pessoa se sentisse igual às demais que se encontravam nos serviços.

Na presença de um dilema ético, soubemos articular, estabelecendo-se o melhor plano terapêutico, e assim, dada a possibilidade da tomada de decisão da pessoa e empoderamento, promovendo uma maior autonomia. O apoio do enfermeiro especialista e família foi bastante importante na decisão da pessoa com doença mental.

No segundo domínio, o da melhoria contínua da qualidade, é esperado que o enfermeiro especialista seja um elemento dinamizador, desenvolvendo estratégias na área da governação clínica, colabora em programas de melhoria e garante um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

Neste domínio, sentimos validadas as competências, na medida em que fomos elementos dinamizadores em reuniões com parceiros, reuniões de equipa, sessões no serviço e formações no exterior. Estas dinâmicas foram consideradas bons momentos de aprendizagem e por esse motivo, oportunidades de melhoria. O próprio projeto permitiu aos enfermeiros a mobilização de

conhecimentos, adquiridos em outras unidades curriculares, e à perceção da estratégia da visita domiciliária em outros países, com diferentes políticas de saúde.

Relativamente ao terceiro domínio, a gestão de cuidados, o enfermeiro especialista deve gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta e articulando com a equipa.

Efetivamente, para certificar a garantia da qualidade, deve ser adaptada a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto (OE, 2019). Existem vários tipos de liderança, e o ambiente dos contextos varia muito, mediante a liderança instituída.

Introspectivamente, consigo enumerar mentalmente alguns tipos de liderança aos quais já estive exposta em locais de ensinos clínicos e em locais de trabalho. Também consegui vislumbrar o estilo de liderança do local de estágio.

Neste domínio, foi possível agilizar com outras equipas, da própria ECCI mas com outras valências (reabilitação ou paliativos), em resposta a doentes com vulnerabilidade extrema. Os colegas das especialidades acima referidas pediram apoio para avaliar fatores de risco de luto patológico ao cuidador principal e intervir na família.

Fazendo luz à Teoria de Peplau, o enfermeiro especialista desempenhou alguns dos papéis referenciados pela teórica, identificando as necessidades da família, facilitando a expressão de sentimentos e pensamentos, tentando desculpabilizar a família. Esta intervenção durou no processo antes da morte e permaneceu até após a morte, acompanhando no processo de luto. Apesar de duro, foi gratificante sentir o reconhecimento destas pessoas, que compreenderam que poderia ter sido muito mais complicado se não tivesse ocorrido este acompanhamento diferenciado.

Por outro lado, também foi possível articular imensas vezes com a equipa de enfermagem, equipa médica, secretárias de unidade, assistentes sociais na procura do melhor cuidado aos nossos doentes, promovendo a qualidade de vida. Pelo que referimos anteriormente parece-nos que as atividades descritas nos permitiram desenvolver aprofundar estas competências.

Para terminar as competências comuns, temos o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, em que se espera que o enfermeiro especialista desenvolva o autoconhecimento e a assertividade, baseando a sua prática clínica especializada em evidência científica (OE, 2019).

Em contexto de estágio, o autoconhecimento e a assertividade foram constantemente abordados, pois no fim de cada dia era feito um briefing onde acontecia a expressão de sentimentos e emoções, permitindo a gestão emocional de cada situação.

Deste modo, foi possível aperfeiçoar a compreensão de si próprio, as fraquezas e as forças e possibilitar um crescimento pessoal e profissional.

O desenvolvimento destas competências, tiveram como base o modelo de Peplau, sendo possível identificar ao longo do estágio, as diferentes fases e os diferentes papéis que estavam a ser desempenhados.

A construção da scoping review, e tendo em conta que foram analisados inúmeros artigos, permitiu ter uma visão alargada dos outros países, na forma como eram realizadas as visitas domiciliárias e, à vista disso, adotar algumas estratégias fundamentadas pela prática baseada na evidência.

4.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica

Após termos falado sobre as competências comuns dos enfermeiros especialistas, e de que forma as desenvolvemos, é agora importante referir as competências que são específicas do EESMP.

As Competências Específicas do EESMP, de acordo com a OE (2018), no Regulamento n.º 515/2018, DR, 2ª série, N.º 151, de 7 agosto de 2018, são:

“a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, 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 psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, 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.” (OE, 2018).

Para a primeira competência, referido já em cima, o processo reflexivo era feito diariamente, e assim, conseguir retificar comportamentos ou atitudes para a próxima abordagem.

Similarmente, servia para elogiar ou enaltecer as atitudes assertivas e espontâneas. As nossas crenças e valores por vezes podem interferir na relação terapêutica. Assim, foram trabalhados estes cenários, dando uma melhor consciência de nós.

Phaneuf (2005), referia que a auto-reflexão, a tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, e a retroação pelos outros permitem-nos descobrir bastante bem quem nós somos, como somos e o que precisaríamos de fazer para melhor nos atualizarmos. Concordamos com esta autora, pois sabendo quem somos e como somos podemos mudar o que está menos bem. Por vezes, temos as nossas crenças, interiorizadas por nós como sendo as corretas, e posteriormente em presença de uma situação, conseguimos perceber que aquilo que nós dávamos como garantido, não é bem assim, e iniciamos um processo de mudança.

Assim, pode afirmar-se que as Unidades Curriculares de Relação de Ajuda e Desenvolvimento Pessoal, através do processo reflexivo, foi um grande auxílio para a consciência de si, fez-nos abordar o autoconhecimento e a autoconsciência, pois olhando para o passado poderíamos encontrar fatores que poderiam interferir nas nossas relação enfermeira-pessoa cuidada, enfermeiro-família, enfermeiro-enfermeiro, enfermeiro-equipa multidisciplinar.

No desempenho de funções, e na prática de cuidados de enfermagem de saúde mental, o processo reflexivo deve ser sustentado pela melhor evidência, revestindo-se de uma relevância que é transversal aos enunciados descritos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados associados ao EESMP no regulamento nº356/2015, de 25 de junho (OE, 2015b).

A segunda competência “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”, remete-nos para a avaliação global da pessoa, ao longo do seu ciclo vital, recorrendo a ferramentas, auxiliados pela família, no nosso caso, na comunidade.

Tal como referido pela OE (2018a), é fundamental a recolha de informação, mobilizando competências de comunicação, técnica de entrevista, valorização cultural, observação de comportamentos, revisão de registos e avaliação da pessoa e sistemas.

Em estágio, diria que a comunicação foi a competência mais desenvolvida. Quer para estabelecer uma relação terapêutica quer para uma relação de ajuda, é importante a comunicação verbal e não verbal. Chalifour (2008), refere que a relação terapêutica é o ponto central no processo de cuidar em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, pois a recuperação do equilíbrio do utente em sofrimento mental, tem como base as relações interpessoais significativas.

Construindo a ponte à nossa teórica Peplau, esta também realça as relações interpessoais. Portanto, uma relação terapêutica aliada a uma comunicação terapêutica, permite responder de forma mais acertada às necessidades da pessoa, estando implícita a comunicação verbal e não verbal (Sequeira, 2020).

Inicialmente, houve necessidade de ajustar a comunicação não verbal, uma vez que ao entrar num domicílio, este nem sempre é o que desejávamos. As condições de salubridade (a limpeza, os cheiros) não eram os ideais e por isso, despoletava algumas expressões faciais menos agradáveis. Isto foi de imediato identificado e corrigido.

Ao nível da comunicação verbal, ao longo das VD, era visível a evolução da relação estabelecida e em cada entrevista, verificava-se mais confiança, maior profundidade na expressão de sentimentos e emoções, e com isto, maior e melhor adesão ao regime terapêutico, mais motivação e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

O melhor exemplo é de uma senhora com doença mental (A.), que a equipa acompanhava em VD, de fácil abordagem, simpática, agradável no contacto, no entanto com imensa dificuldade em gerir algumas atividades de vida diária (AVD). Vive com uma mãe idosa, ainda capaz de realizar pequenas AVD's mas com pouca ajuda da sua filha. O acompanhamento da equipa surge para apoio na gestão do regime terapêutico e no autocuidado higiene. A Sr^a. A., refere ter medos e não conseguir fazer a sua higiene. Foram trabalhados vários aspetos e no fim do estágio, a senhora consegue realizar a sua higiene apenas com orientação verbal, trata da limpeza do seu quarto e espaço de fumo, consegue deslocar-se ao CSP para consulta de seguimento e ainda foi realizada educação para a saúde e treinamento para realizar caixa terapêutica sozinha. Foi bastante

gratificante para ela e para nós enfermeiros que vemos esta pessoa motivada em satisfazer as suas necessidades básicas humanas. Entretanto, a senhora teve alta, mas mantém-se o acompanhamento telefónico semanal.

Braga (2007) refere que a comunicação verbal e não verbal é uma habilidade fundamental a ser adquirida pelo enfermeiro, uma vez que conduz à excelência do cuidar.

Mesquita (1997) aprofunda, mencionando que é essencial a compreensão da comunicação através de sinais não verbais, que está intimamente ligada ao corpo e movimento. Assim, foram mobilizadas várias técnicas de comunicação terapêuticas verbais e não verbais, desta feita, daremos enfoque ao toque e ao silêncio.

O toque, segundo Chalifour (2008) é uma das técnicas que o enfermeiro utiliza frequentemente na sua prática clínica, e segundo Stuart & Laraia (2006) o toque serve para estabelecer contacto com o utente, potenciar a comunicação e transmitir atenção, interesse e reconhecimento. Por outro lado, também é importante a distância, a tão afamada imagem de bolha em que só entra nela quem nós permitimos. O enfermeiro na relação com a pessoa deve respeitar e ser respeitado quando a estes aspetos (proximidade e distância).

Na comunicação, a escuta ativa tem um papel fulcral. Segundo Chalifour (2008), o enfermeiro promove condições ambientais adequadas, está atento aos índices não-verbais da mensagem verbal, apresenta disponibilidade intelectual e afetiva, não escutar só o que lhe interessa e dar-se tempo para entender o que é dito antes de responder (Chalifour, 2008). Esta técnica foi treinada inúmeras vezes.

Contrariamente à escuta ativa, existe o silêncio. O enfermeiro está disponível para ouvir, mas a pessoa fica em silêncio. Os silêncios são elementos importantes da comunicação entre o cuidador e a pessoa cuidada (Bioy, Bourgeois, & Nègre, 2003); podendo corresponder a uma paragem no diálogo, pode tornar-se numa importante estratégia de comunicação (Phaneuf, 2005).

Num momento de intervenção do enfermeiro, em estágio, surgiu uma pessoa que apresentava alguns silêncios. Foi extremamente essencial, gerir estes silêncios. Os silêncios estavam relacionados com a vergonha e o desconforto do assunto. Deixámos que os silêncios existissem e gradualmente, foram reduzindo.

O desenvolvimento destas e outras técnicas de comunicação, permitiu validar as competências referentes a este domínio.

A terceira competência está relacionada com a ajuda ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

Após a apresentação da pessoa, ainda no serviço de internamento de psiquiatria (este o primeiro contacto antes das VD), o enfermeiro que vai acompanhar a pessoa na comunidade torna-se o gestor de caso. O método de gestão de caso inclui atividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente (OE, 2018a).

Neste caso, em estágio, a enfermeira orientadora era a gestora de caso dos doentes que acompanha em VD. Ela torna-se a mediadora entre a pessoa e família, identificando as necessidades de ambos e constrói-se um plano individual de intervenção em parceria com a pessoa e família.

A título de exemplo, foi realizado um excelente desempenho num jovem, perante o seu segundo surto, após abandono da terapêutica. Com um olhar desconfiado na apresentação, mostrou-se disponível para ser acompanhado pela equipa de VD. A família constituída pela mãe e 2 irmãs (apenas a mãe vive com o jovem), encontravam-se renitentes com a visita, não estando presente na primeira e segunda visita. Houve necessidade de reunir com esta família, para as incluir neste projeto. Após conhecimento da mãe e apresentação dos objetivos da visita, foi notória a diferença de atitude da mãe, sendo criado um laço, uma parceria que se manteve ao lado de todo o processo de reabilitação.

Foram agilizadas pela equipa, reuniões com assistente social para um apoio, no qual legalmente havia direito, tendo o enfermeiro ajudado nesse processo até que tudo ficasse resolvido. Por forma a manter uma ocupação, o gestor de caso, averiguou quais os locais possíveis para formações subsidiadas, dentro dos temas que eram do agrado da pessoa cuidada. Este jovem integrou uma formação de cozinha, levando a uma organização de horários, vestimentas e deslocações, que noutros tempos seria difícil dada a desorganização cognitiva existente.

De realçar que nem sempre é fácil a agilização com outras equipas multiprofissionais, mas a resiliência é uma das maiores qualidades dos enfermeiros e por isso, de uma forma formal ou informal, tenta-se atingir o fim, sempre com o melhor para a sua pessoa cuidada.

Haveria inúmeros exemplos dignos de registo e que poderiam validar todas as competências descritas neste domínio.

A quarta e última competência refere que o EESMP presta cuidados psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo no ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitários, de forma a manter melhorar e recuperar a saúde.

Em consonância com o Regulamento nº515/2018 da OE, o enfermeiro utiliza estratégias como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar. (OE, 2018).

O percurso do estágio mobiliza várias competências anteriormente referidas, e que ao chegar a esta competência verifica-se uma consolidação de conceitos.

Foram desenvolvidos processos psicoterapêuticos, socio terapêuticos e reabilitação psicossocial em várias pessoas cuidadas: dotámos as pessoas para saberem lidar com a sua doença, capacitámos para melhorarem a sua autonomia e funcionalidade, instruímos e treinámos pessoas para conseguirem, autonomamente, realizar a sua caixa terapêutica, ensinámos pessoas para saberem gerir as suas emoções e sentimentos, orientámos no sentido de criar projetos de futuro. Estas intervenções tiveram o objetivo de aumentar o insight, promover o empoderamento e prevenir recaídas (e a desinserção social). Em suma, todas as intervenções visam a qualidade da pessoa com doença mental e famílias.

O papel do EESMP é, indubitavelmente, de uma relevância notável, muito mais desafiante na comunidade. Todavia, este papel não se cinge apenas ao doente mental na comunidade, com um internamento no hospital. O EESMP atua em várias valências. Estivemos presentes em situações de saúde mental, em que era pedido apoio pela Polícia de Segurança Pública, por equipas de rua, por parceiros (ONG), por escolas e por profissionais de saúde, para aconselhamento ou sessões de educação para a saúde. Aqui reflete-se os diferentes papéis que a teórica Peplau tanto defendia.

Ao analisarmos as intervenções durante o estágio, consideramos que foram validadas todas as competências de EESMP.

4.3. Competências de mestre em enfermagem

As competências de mestre cruzam-se com algumas competências comuns e específicas, por isso, poderão ser repetidas algumas noções.

O grau de mestre, segundo o DL nº 65/2018, artigo 15, nº 1, é atribuído a quem demonstre:

- a)** Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustente os conhecimentos, os desenvolva e aprofunde e que constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, e em contexto de investigação;
- b)** Saber aplicar os conhecimentos, a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c)** Capacidade para integrar conhecimentos, resolver questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, refletindo sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais;
- d)** Ser capazes de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes;
- e)** Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida. (Decreto-Lei nº 115/2013, Ministério da Educação e Ciência).

Estas competências atinge o patamar máximo referido por Benner, também mencionado por Lourenço et al. (2022), referindo que prática de cuidar e na interação com outros, assim como no compromisso profissional que adota, o enfermeiro toma decisões e atua tanto na prestação de cuidados como na coordenação de uma equipa.

Podemos afirmar que a prática reflexiva está associada à aprendizagem com a experiência e, é contextualizada como uma estratégia importante para os enfermeiros que englobam a aprendizagem ao longo da vida.

Tendo em conta a prática profissional, estas competências da tomada de decisão, de coordenação de equipas, resolução de situações complexas, exigência da responsabilidade ética nossa e dos outros profissionais, já eram praticadas. Com esta complementaridade do mestrado,

ajudou, através das disciplinas lecionadas, a aprofundar estes conhecimentos nas vastas áreas de intervenção de enfermagem e na prática em estágio, alicerçou as competências.

A área da investigação considero ter sido muito desafiante, pois a enfermagem necessita de ser mais desenvolvida do ponto de vista da investigação, pois é importante, segundo Nunes (2018), investigar a forma como os enfermeiros prestam cuidados, produzem e compartilham o conhecimento além do envolvimento das pessoas, famílias, grupos nos cuidados e na construção de projetos terapêuticos.

Sentimos que deixámos uma marca, ao criar um artigo de investigação, num tema deveras importante, mas ainda com pouca literatura explorada.

Consideramos que pelo percurso e trabalho desenvolvido foi-nos permitido desenvolver e atingir as competências de mestre.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez chegados a este capítulo, concluímos o exercício reflexivo deste percurso, construído com as aprendizagens e com o cumprimento dos objetivos a que nos propusemos.

A realização deste relatório permitiu a análise das atividades desenvolvidas no estágio, através da mobilização de conhecimentos lecionados em aulas, e nas pesquisas efetuadas para investigação, na procura da melhor prova científica, de forma a prestar os melhores cuidados de enfermagem, a tão proclamada prática baseada na evidência.

Para isto, a escolha da teórica tem muita importância, uma vez que Peplau defendia os vários papéis desempenhados pelo enfermeiro de saúde mental e as fases em que as pessoas se encontravam. Também aqui, requereu alguma pesquisa, de forma a enquadrar as intervenções e escolhermos (pessoa e família) o melhor plano de cuidados.

O curso de Mestrado foi um investimento profissional e pessoal que nos fez evoluir como pessoa e como profissional, com a atualização de conhecimentos e com uma perspetiva de mudança ao nível da melhoria das práticas em enfermagem, que por vezes, consideramos ser as adequadas.

Sendo a nossa área preferencial a de internamento, saindo da zona de conforto, verificou-se um crescimento profissional e pessoal, com maior incidência para o contacto com as pessoas, e neste caso, comunicação, atitude, postura e intervenção em domicílio. Estas foram os grandes desenvolvimentos.

O artigo de investigação foi bastante desafiador, uma vez que não dominávamos a dinâmica e exigiu muitas horas de pesquisa, revisão e concretização. No entanto, consideramos ter deixado a nossa marca, uma vez que a temática não é ainda muito divulgada em Portugal. Foi curioso verificar que, a nível de políticas de saúde, existem outros países mais aplicados em formar enfermeiros para a saúde mental e com um enorme sucesso na VD, libertando os hospitais de situações que não requerem internamento. Obviamente, com menos internamentos, os gastos são menores e consequentemente com mais verba para apoios dos EESMP na comunidade.

Relativamente ao caminho percorrido para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do EESMP e das competências de mestre, também vem espelhado neste relatório comprovando o ganho das competências.

Para a consolidação de saberes, consideramos que foi facilitador a forma descontraída, mas assertiva do professor orientador e a enfermeira orientadora no local de estágio. É necessário enquanto enfermeiro estudante ter espaço e tempo para aprender e desenvolver (por exemplo ter a oportunidade e liberdade de, com a supervisão dos orientadores, realizar as consultas de enfermagem em VD) e esse espaço foi dado e respeitado, julgando por isso, ter sido bastante positivo.

Outro fator positivo, prende-se com as relações multidisciplinares. Para uma melhor adequação de soluções é imprescindível articular com várias equipas e com qualificações profissionais diferente do EESMP. Foi gratificante verificarmos estas relações, que, em bem da verdade, resultam porque existe um bem maior que é a pessoa que estamos a cuidar e este altruísmo foi identificado infinitas vezes.

O ponto menos positivo, foi ter atravessado a mudança de ACES para ULS. Esta alteração foi na mudança do ano, tendo ocorrido alguns constrangimentos na prestação de cuidados, não havendo um acautelamento das necessidades. Tanto os profissionais como os estudantes daquela

UCC ficaram lesados pela impossibilidade de se deslocarem aos domicílios. Mas mesmo assim, constatou-se uma grande resiliência, na tentativa de resolução destas pressões.

Desta forma, terminamos este relatório, considerando que foram adquiridas e desenvolvidas as competências, para que sejam atribuídos o grau de Mestre e o título de EESMP.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde - ACSS, IP (2017). Guia de referenciação para as unidades e equipas de saúde mental da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Lisboa: ACSS, IP-Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde. Acedido em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Guia_Referenciacao_Final.pdf

Almeida, A. (2013). Psicomotricidade Jogos Facilitadores de Aprendizagem. Viseu: Psicossoma.

Almeida, V. D. C. F. D., Lopes, M. V. D. O., & Damasceno, M. M. C. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 39, 202-210.

Barros, A. & Bispo, G. (2017) – Teorias de enfermagem: base para o processo de enfermagem. Conferência: Encontro Internacional do Processo de Enfermagem: raciocínio clínico e a era digital. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/324614913_Teorias_de_enfermagem_base_para_o_processo_de_enfermagem

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

Bioy, A., Bourgeois, F. & Nègre, I. (2003). Communication soignant - soigné: Repères et pratiques. Bréal: Édition: Anne-Béatrice Muller.

Braga EM, Silva MJP. Comunicação competente visão de enfermeiras especialistas em comunicação. Acta Paul. Emferm. 2007; 20(4):410-4.

Carvalho A. et al., Portugal - Saúde mental em números 2015: Programa nacional para a saúde mental. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2016. http://www.apah.pt/media/publicacoes_tecnicas_sector_saude_2/Saude_Mental.pdf.

Chalifour, J. (2008). A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial humanistas da relação de ajuda (Vol. 1). Loures: Lusodidacta.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008) Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, Resumo Executivo. Coordenação Nacional para a Saúde Mental”.

Direção-Geral da Saúde. (2017b). Programa nacional para a saúde mental. Lisboa, Portugal. Autor. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-saude-mental/>

Direção Geral da Saúde (2012). Programa Nacional para a Saúde Mental: orientações programáticas.

Drescher, A., Both, J. E., Hildebrandt, L. M., Tambara Leite, M., & Schmidt Piovesan, S. M. (2016). Concepções e intervenções em saúde mental na ótica de profissionais da estratégia saúde da família. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 10.

European Association for Psychotherapy (2021). EAP Statement on the Legal Position of Psychotherapy in Europe, (January), 1-8. Retrieved from <https://www.europsyche.org/app/uploads/2021/04/Legal-Position-of-Psychotherapy-in-Europe-2021-Final.pdf>

Favrod, J. & Maire, A. (2014) – Recuperar da Esquizofrenia: Guia prático para profissionais. Loures, Portugal: Lusociência.

Fazenda, Isabel. (2008). O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania. Lisboa: Climepsi Editores

Franzoi, M. A. H., Lemos, K. C., Jesus, C. A. C. D., Pinho, D. L. M., Kamada, I., & Reis, P. E. D. D. (2016). Teoria das relações interpessoais de Peplau: uma avaliação baseada nos critérios de fawcett. *Rev. enferm. UFPE on line*, 3653-3661.

Ferreira, S. (2019). Promoção da Continuidade de Cuidados na Transição Hospital-Domicílio à Pessoa com Doença Mental Grave através da Visita Domiciliária do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Escola Superior de Setúbal, Setúbal, Portugal

Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M.A. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures. Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-18-5

Garrote, J M C. (2005). La valoración geriátrica hoy: atención domiciliaria. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia* [Em linha] Barcelona, 2005. Disponível em WWW:<URL:http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2005_1/g-15-1-005.pdf

Gomes, F., Amendoeira, J., e Martins, M. (2012). A comunicação no processo terapêutico das famílias de doentes mentais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 54-60. Acedido http://issuu.com/spesm/docs/revistan_7_spesm_final

Gonçalves-Pereira, et al. (2006) – Intervenções familiares na esquizofrenia: dos aspectos teóricos à situação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 19 p. 1-8. Recuperado de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/21883/1/001-008.pdf>

Guadalupe, Sónia (2001). Intervenção em Rede e Doença Mental, acedido em Maio 2010 em <http://www.cpihts.com>

Hoga LAK. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. Rev Esc Enferm USP 2004; 38(1):13-20.

ICN (2011). CIPE® 2 Classificação internacional para a prática de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Kayama, M., Setoya, N., & Doyle, C. (2020). Expanding use of nurse home visiting for community psychiatric care in Japan. *Psychiatric Quarterly*, 91, 571-576.

Labate, R. C., Galera, S. A. F., & Avanci, R. de C. (2004). Visita domiciliária: um olhar da enfermagem psiquiátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 625-626. doi:10.1590/s0034-71672004000500024

Lopes, M. (2021). Desafios de Inovação em Saúde: Repensar os modelos de cuidados. Imprensa Universidade de Évora.

Lopes Neto, D., & Nóbrega, M. M. L. D. (1999). Holismo nos modelos teóricos de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 52, 233-242.

Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, (30), 557-578.

McFarlane, W. [et al.] (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy* [em linha]. Vol. 29, nº 2 (Abril 2003), p.223-245. ISSN: 0194-472X. Acedido em: 18/02/2015. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01202.x/epdf>

Mesquita RM. Comunicação Não-verbal: relevância na atuação profissional. *Rev.paul.Educ. Fis.*1997; 11(2):155-63.

Nunes, L. (2018) Para uma epistemologia de enfermagem. (2ª edição). Loures: LUSODITACTA – Soc. Port. de Material Didático, Lda

Ordem Enfermeiros [OE]. (junho de 2023). Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem (OE, Ed.) de Ordem Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30833/gobp_intervencao psicoterapeutica_ok.pdf

Ordem Enfermeiros [OE]. (junho de 2021). Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave. (OE, Ed.) de Ordem Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25680/guiabp_cuidenfesprecuppessdoencamentalgrave_ordenerm_ok.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Parecer nº 152/2019. Parecer do Conselho de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/15709/parecer-do-conselho-de-enfermagem-n%C2%BA-152_2019.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018) – Diário da República, 2.ª série — N.º 151 — 7 de agosto de 2018 - Regulamento n.º 515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. P. 21427-21430. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/115932570>

Ordem dos Enfermeiros (2011) – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Mental. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>

O'Toole AW, Welt SR. Teoría interpersonal en la práctica de la enfermería: trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau. Barcelona: Masson; 1996.

Peplau, H. E. (1990). Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona, Espanha: Salvat Editores.

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, 2ª Série, n.26. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho. Diário da República, 2ª Série, n.º 122. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa

Reinaldo, A. M. S.; Rocha, R. M. (2002) Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: ideias para hoje e amanhã. Revista Eletrônica de Enfermagem. vol. 4, nº 2, p. 36 – 41, 2002. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>

Relvas, A. (2004). O Ciclo Vital da Família: Perspetiva sistémica. (3ª Ed.). Biblioteca das Ciências do Homem. Porto: Edições Afrontamento. ISBN:972-36- 0413-2

Riehl JP, Roy C. Conceptual models for nursing practice. 2nd ed. New York: Appleton-Century-Crofts; 1980

Ruivo, A., Leal, P., Costa A., & Pereira, M. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. Percursos nº 15 (janeiro-março). Escola Superior de Saúde do Instituto politécnico de Setúbal: Publicação da área disciplinar de Enfermagem. ISSN: 16465067

Santos, Z. M. D. S. A., de Oliveira, V. L. M., & Pagliuca, L. M. F. (2004). Teoria de Peplau– Análise crítica de sua aplicação no cuidado de uma pessoa com diagnóstico de ansiedade. Rev Rene, 5(2), 16.

Sequeira, C.; Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e

Intervenções. (202-210). Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda.

Setoya, N., Aoki, Y., Fukushima, K., Sakaki, M., Kido, Y., Takasuna, H., Kusachi, H., Hirahara, Y., Katayama, S., Tachimori, H., Funakoshi, A., & Kayama, M. (2023). Future perspective of psychiatric home-visit nursing provided by nursing stations in Japan. *Global health & medicine*, 5(3), 128–135. <https://doi.org/10.35772/ghm.2023.01034>

Sills G. Hildegard E. Peplau: académica, educadora y líder de la enfermería. Trad. de Liria Pérez Peláez. *Invest Educ Enferm* [periodico online] 1999; 17(2). Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/homenajeesp.htm> (25 ago. 2003)

Silva, C. M. C., Teixeira, E. R., Sabóia, V. M., & Valente, G. S. C. (2011). Visita domiciliar na atenção à saúde mental. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 125-136.

Souza, R. C., & Scatena, M. C. (Mar./Abr. de 2005). Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, n.º 2, 173-179.

Souza, M. S., Baptista, M. N. & Alves, G. A. da S. (2008). Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. *Aletheia*, 28, 45-59.

Spadini, L. S. & Souza, M. C. (2006) – A Doença Mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. p. 123-127. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a17v40n1.pdf>

Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (2006). *Enfermería psiquiátrica: Principios y práctica* (8ª ed.). Madrid: Elsevier España S.A.

Sucharew H, Maurizio Macaluso. Methods for Research Evidence Synthesis: The Scoping Review Approach. *J. Hosp. Med.* 2019; 7:416-8. DOI: <https://doi.org/10.12788/jhm.3248>

Teixeira, J. I., Ramos, V., & Nogueira, V. (2023). Integração e continuidade de cuidados de saúde à pessoa com esquizofrenia e sua família. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 39(5), 458–70. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v39i5.13416>

Teixeira, C. (2010) *Planejamento em Saúde – Conceitos, métodos e experiências*. Brasil: Salvador: EDUFBA, disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6719/1/Teixeira%2C%20Carmen.%20Livro%20Planejamento%20em%20saude.pdf>

Tessler, R. C., & Gamache, G. M. (2000). *Family Experiences with Mental Illness*. Auburn House: Westport

The Joanna Briggs Institute. *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. South Australia (AU): The Joanna Briggs Institute; 2015.

Tomey, A M. *Nursing Theorists and their Work*. 2.ed. Toronto: The C.V. Mosby Company. p.203-211. 1989.

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., ... & Hempel, S. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467-473. doi: 10.7326/M18- 0850

WHO (2002). Relatório mundial da saúde. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança. Disponível em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch1_po.pdf

WHO, WONCA (2008) Integrating mental health into primary care: a global perspective. WHO”.

Xavier, M. (2020). Reintegração profissional das pessoas com doença mental: «É preciso passar à prática». Disponível em: <https://justnews.pt/noticias/reintegracao-profissional-das-pessoas-com-doencamental-preciso-passar-a-pratica#.YAXigjlxdhE>