



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **Implementação da Consulta de Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica ao nível dos Cuidados de Saúde Primários**

**Susana Margarida Farinha André**

Orientação: Professor Doutor Jorge Salvador Pinto de Almeida

**Mestrado em Enfermagem em Associação**

Área de especialização: Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

**Relatório de Estágio**

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **Implementação da Consulta de Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica ao nível dos Cuidados de Saúde Primários**

**Susana Margarida Farinha André**

Orientação: Professor Doutor Jorge Salvador Pinto de Almeida

**Mestrado em Enfermagem em Associação**

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

**Relatório de Estágio**

Portalegre, 2020

**Implementação da Consulta de Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica  
ao nível dos Cuidados de Saúde Primários**

Susana Margarida Farinha André

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e  
Especialização em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica**

**Júri:**

**Presidente:** Ana Paula Gato Rodrigues Polido Rodrigues

**Arguente:** Lara Guedes Pinho

**Orientador:** Jorge Salvador Pinto de Almeida

Data: 29/07/20290

## *DEPOIS DE TUDO*

*De tudo ficaram três coisas:*

*A certeza de que estamos sempre a começar...*

*A certeza de que é preciso continuar...*

*A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar.*

*Por isso devemos:*

*Fazer da interrupção um caminho novo...*

*Da queda, um passo de dança...*

*Do medo, uma escada...*

*Do sonho, uma ponte...*

*Da procura, um encontro.*

*FERNANDO SABINO*

## **AGRADECIMENTOS**

Começamos então a agradecer, agradecer, agradecer, gratificar, gratular, recompensar, reconhecer, retribuir a quem me tem acompanhado neste “caminho novo” ...

Ao professor Jorge Almeida, vinte anos depois de nos termos conhecido também em contexto escolar, voltamos a cruzar-nos... reconheço e agradeço-lhe, o facto de me ter permitido fazer este “caminho” no meu ritmo. Houve momentos que senti que caminhava sozinha, mas agora sei que não... sei que estive seeeeeempre ali, deixando-me descobrir e confiando no que sou capaz... estivemos a subir “escadas” em diferentes degraus, mas juntos...

Ao Paulo Filipe e João Roque, Enfermeiro Orientador e Enfermeiro Gestor do serviço onde realizei o Estágio Final, pelo exemplo sublime de como se cuidam os outros, e também pelo apoio incondicional, disponibilidade e partilha de conhecimentos. Espero que consigamos criar “pontes” que permitam que os nossos “caminhos” se continuem a cruzar.

Ao Miguel, ao José Miguel e ao Luís Pedro, os Homens da minha vida, por caminharem comigo, me encorajarem e confiarem em mim. Amo-vos muito mais que muito...

Também a ti Paizão e às minhas “SuperMulheres”, mamy Lurdes e mana Cláudia, pelo exemplo de garra e empenho com que percorrem o vosso/nosso “caminho”, e pelo apoio incondicional, mesmo que silencioso. Também vos amo muito mais que muito!

Aos colegas do Mestrado... ao Nuno que tantas vezes me disse, “SE OS OUTROS CONSEGUEM, NÓS TAMBÉM VAMOS CONSEGUIR!!”, aos “Esquizofrénicos do acaso”, aos “Mestres”, à “Terapia de Grupo”, e ao “IPP Saúde Mental”, grupos do WhatsApp que tornaram este “caminho”, no “nosso caminho”, seeeeeempre com novos “passos de dança”.

Aos colegas de trabalho, pela compreensão, ajuda e consideração... Em especial a ti, Ercília, chefe (patroa e gerente) e amiga do coração... bem sei a ginástica que te obriguei a fazer por estar ausente, espero que não te arrependas e que te possas orgulhar (ainda mais) de mim...

Aos meus amigos, pela motivação e interesse, especialmente à Dulce, pelo apoio incondicional e pelos nossos “encontros”, em especial, durante as minhas viagens, ao telefone, proporcionando momentos de decompressão, confiança e companheirismo... sinceridade, encorajamento, generosidade e alegria são características que muito aprecio em ti e que cimentam a nossa amizade!!!

## **RESUMO**

Os Cuidados de Saúde Primários representam cuidados essenciais, devendo ser o primeiro nível de contato com o Sistema Nacional de Saúde por parte do utente, sendo o seu acesso universal. É proporcionada assistência continuada e de proximidade, promovendo uma relação de segurança e de confiança. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde

Mental e Psiquiátrica representa, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, a garantia da continuação da prestação de cuidados sendo uma mais valia para a equipa, enquanto elo de ligação e de proximidade entre o doente e o hospital. Realizar uma consulta de enfermagem especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica no centro de saúde, permite garantir a prestação de cuidados baseados numa visão holística, bem como a redução de custos. Neste trabalho é abordado a estratégia de implementação da consulta, dirigida especificamente aos doentes portadores de doença mental que realizam injetável periodicamente, num contexto comunitário específico.

**Palavras-chave:** Consulta, Centro de Saúde, Enfermagem Psiquiátrica

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

et al. - et all (e outros)

n.º - número

p. – página

## **LISTA DE SIGLAS**

APA – *American Psychological Association*  
CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem  
CNS – Conselho Nacional da Saúde  
CS – Centro de Saúde  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
DL – Decreto Lei  
DM – Doente Mental  
DR – Diário da República  
EE – Enfermeiro Especialista  
EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica  
ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica  
IPP – Instituto Politécnico de Portalegre  
ME – Mestrado em Enfermagem  
NAP – Neuroléptico de Ação Prolongada  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PE – Processo de Enfermagem  
PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental  
RA – Relação de Ajuda  
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro  
RIL – Revisão Integrativa da Literatura  
SM – Saúde Mental  
SMP – Saúde Mental e Psiquiatria  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
TSSS – Técnica Superior de Serviço Social  
UC – Unidade Curricular  
UCSP – Unidade de Cuidados Personalizados  
ULS – Unidade Local de Saúde

## ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO .....	9
PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....	12
1. Enquadramento Teórico .....	12
1.1. A Saúde Mental e os Cuidados de Saúde Primários .....	12
1.2. Enfermagem de Ligação/ Continuidade dos Cuidados .....	15
1.3. Intervenções do EEESMP nos CSP .....	17
1.4. Base teórica de suporte às intervenções do EEESMP .....	18
1.4.1. <i>Modelo dos Sistemas de Betty Neuman</i> .....	18
1.4.2. <i>Relação de Ajuda</i> .....	20
2. Caracterização dos locais de Estágio .....	22

2.1. Estágio I: Unidade de Internamento Psiquiatria Agudos .....	23
2.2. Estágio II: Consulta Externa de Psiquiatria .....	23
3. Desenvolvimento de Competências .....	25
3.1 Competências comuns do Enfermeiro Especialista .....	25
3.2 Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica .....	30
3.3 Competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica .....	39
PARTE II – METODOLOGIA PROJETO .....	42
4. Implementação da Consulta de Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica nos Cuidados de Saúde Primários.....	42
4.1. Diagnóstico da situação .....	42
4.2. Definição de objetivos .....	45
4.3. Operacionalização .....	46
4.4. Avaliação .....	49
5. Reflexão Conclusiva .....	50
6. BIBLIOGRAFIA .....	53

## 0. INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Mestrado em Enfermagem (ME) surge no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem em Associação entre Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, nomeadamente entre o Instituto Politécnico de Portalegre (IPP) em associação com a Universidade de Évora, o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Castelo Branco e o Instituto Politécnico de Setúbal. O referido curso realizou-se no IPP, tendo a duração de 3 semestres, com início em setembro do ano letivo 2018/2019 e final previsto em julho do ano letivo 2019/2020. Foram disponibilizadas sete áreas de especialização, tendo sido a especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) a nossa eleita, e cuja coordenação é assegurada pelo Professor Doutor Jorge Almeida.

É no decorrer do último semestre do curso, que o presente relatório é elaborado, no âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório Final. O relatório é parte integrante para obtenção do grau de mestre em enfermagem (Decreto Lei [DL] n.º 63/2016, publicado em Diário da República [DR] de 13 de setembro de 2016), e vai ao encontro dos objetivos de aprendizagem do ciclo de estudos. Pretendemos assim, descrever as competências adquiridas relativas às competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), assim como, as que lhe são específicas à área de especialização, e ainda, as competências de mestre nesta área de especialidade, realizando uma reflexão crítica sobre as mesmas.

Para a aquisição de competências na área da ESMP foram realizados dois estágios curriculares, em hospitais diferentes, o primeiro em contexto de internamento de doentes agudos, e o segundo no âmbito da consulta externa de Psiquiatria. Esta diferença entre contextos, explica-se pela necessidade sentida de alargar o “leque” de experiência na área da Saúde Mental e Psiquiatria (SMP), para, desta forma, melhorar a aptidão de cuidados na área. Integrar a ESMP ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), é a temática que elegemos para o presente relatório, tendo em conta motivos de âmbito pessoal, profissional e técnico-científicos.

Trabalhar ao nível dos CSP, permite-nos reconhecer a importância da proximidade e consequente facilidade em estabelecer uma relação de confiança, elemento essencial à prestação de cuidados e capacitação do indivíduo, bem como no apoio à família. Por outro lado, este tipo de cuidados, são mais acessíveis em termos de custos e otimizam o acesso, garantindo proximidade às suas casas e manutenção do seu quotidiano.

É impossível dissociar os problemas mentais de problemas físicos, sendo possível, desta forma, uma resposta holística na satisfação das necessidades da pessoa ao nível mental e/ou físico. Integrar a SMP ao nível dos CSP, possibilita ainda, uma maior sensibilização da população para esta realidade, reduzindo o estigma e a discriminação, contribuindo para uma sociedade mais justa e cooperativa.

A Saúde Mental (SM) representa um componente fundamental no bem-estar dos indivíduos, sendo influenciada por múltiplos fatores de ordem genética, biológica, social e ambiental. Segundo o Conselho Nacional da Saúde ([CNS], 2019), as perturbações mentais representam a principal causa de incapacidade, representando em custos 3,7% do PIB.

Apesar destes factos preocupantes, a SM mantém-se como não prioritária ao nível das políticas de saúde e das comunidades. As respostas que existem na comunidade, apesar de serem reconhecidas como essenciais, ainda são uma realidade pouco implementada e estruturada. Pretendemos com este trabalho contribuir para inverter esta realidade.

O acompanhamento do doente mental (DM) ao nível dos CSP é o elemento chave para promover uma relação de confiança e de proximidade. Suportada nesta relação, a melhoria ao nível da adesão terapêutica e conseqüente redução de reinternamentos vem reforçar essa importância. É fundamental promover a descentralização dos serviços de SM, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias (Plano Nacional de Saúde Mental [PNSM], 2017). Este facto valida e realça a ação/visão do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) no âmbito comunitário, sendo uma “mais valia” a sua integração ao nível dos CSP.

Assim, considerando a temática suprarreferida, estabelecemos os seguintes objetivos:

- Apresentar o Relatório de ME através da Metodologia de Projeto que será alvo de prova pública perante um júri;
- Refletir sobre a importância da intervenção do EEESMP no âmbito do acompanhamento do DM ao nível dos CSP;
- Descrever reflexivamente a aquisição das competências desenvolvidas no percurso do Mestrado no Estágio Final.

A estrutura do presente relatório encontra-se dividida em duas partes. A primeira parte integra três capítulos, sendo o primeiro capítulo relativo ao Enquadramento Conceptual acerca da SM em CSP, apresenta as intervenções a implementar pelo EEESMP e aborda a comunidade como um sistema tendo em conta o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, fazendo menção à Relação de Ajuda enquanto ferramenta fundamental na partilha. O segundo capítulo apresenta a caracterização do local onde se realizaram os estágios curriculares. No terceiro capítulo, é abordado desenvolvimento de competências alcançado no decorrer dos estágios, através de uma análise reflexiva. A segunda parte integra o capítulo da Metodologia Projeto, sendo apresentada a estratégia de

implementação da consulta de Enfermagem Especializada de SMP nos CSP, onde se inclui o diagnóstico da situação atualmente, os objetivos do projeto, o modo de operacionalização da consulta e a forma de avaliar a sua eficácia/necessidade. O último capítulo corresponde à Reflexão Conclusiva, na qual se apresenta de modo sucinto as principais considerações finais no que diz respeito ao trabalho desenvolvido.

Este Relatório de ME, foi redigido de acordo com as diretrizes do Novo Acordo Ortográfico português e referenciado de acordo com a norma da American Psychological Association (APA) – 6ª edição.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

### **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

#### **1.1 – A Saúde Mental e os Cuidados de Saúde Primários**

O desenvolvimento de serviços de SMP na comunidade é fundamental para que a assistência seja melhorada, mais abrangente e de proximidade. (Join Mental Health [JMH], 2015)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), a forma de garantir acesso aos cuidados a todos os DM, é real e efetiva quando são providenciadas respostas na comunidade. Os princípios estabelecidos para cumprimento desta premissa são: acessibilidade, compreensão, coordenação e continuidade do cuidado, efetividade, equidade e respeito pelos direitos humanos.

Assim, é garantido o princípio da **acessibilidade**, que indica a disponibilidade de serviços de SM locais, evitando viagens de longas distâncias e duração, bem como o acesso ao cuidado quando e onde precisam.

Em relação ao princípio da **compreensão**, este diz respeito à capacidade de assegurar cuidados e recursos adequados às características das pessoas (severidade da doença, idade, género) e ao contexto social, económico e cultural onde se encontra, realidade já tida em conta nas diferentes áreas de atuação dos CSP que incluem todo o ciclo de vida do indivíduo.

A **coordenação e continuidade do cuidado**, exige uma estreita relação, partilha de informação e consequente comunicação eficaz entre diferentes profissionais e equipas, sendo as tecnologias de informação um instrumento coadjuvante na sua aplicação. Sempre que um doente tem alta do internamento hospitalar, é encaminhado para os CSP, de forma assegurar continuidade dos tratamentos, sendo por isso, um princípio já assegurado.

O princípio da **efetividade** está relacionado com a necessidade de basear as ações orientadas e implementadas em evidência, tendo em conta benefícios atestados para o verdadeiro contexto destas pessoas, ou seja, tendo em conta a comunidade onde estão inseridas, sendo que, são os CSP que melhor executam cuidados nesta realidade.

No que concerne à **equidade**, sabe-se que pessoas com transtornos mentais graves, podem ter mais dificuldade em demonstrar e expressar as suas necessidades. É na comunidade, que se consegue identificar, avaliar e resolver, unindo esforços e utilizando os recursos existentes, de modo a garantir parcerias que permitam colmatar essas necessidades, bem como promover cuidados assistenciais.

O último princípio estabelecido pela a OMS, é o de **respeito pelos direitos humanos**, princípio que implica permitir o tratamento o menos restritivo possível, sendo o acompanhamento nos CSP a resposta mais adequada a este princípio, pois permite ao indivíduo permanecer na comunidade onde está inserido, mantendo os laços com as pessoas de referência e as suas rotinas e hábitos de vida.

Em suma, os cuidados na comunidade contribuem para melhorar o acesso aos serviços, permitindo ao DM manter relações familiares, amizades e o emprego durante o tratamento, contribuindo para uma intervenção precoce e reabilitação psicossocial, garantido assim adesão ao tratamento mais consistente e duradoura.

Finalmente, os cuidados de SMP na comunidade facilitam a coordenação entre os serviços de saúde e os demais. A estreita colaboração entre os serviços de saúde e os serviços

do sector social, garantem a componente da reabilitação psicossocial dos cuidados prestados a pessoas com doenças mentais graves.

Por todas estas razões científicas, clínicas e éticas, a passagem de modelos assistenciais hospitalares, para modelos baseados na comunidade e socialmente inclusivos tornou-se, globalmente, num dos principais objetivos das políticas de SM.

Existem, no entanto, sérios desafios nesta área cuja solução tende a tardar. Segundo o CNS (2019), as transformações demográficas, as desigualdades e as barreiras à reforma dos cuidados de SM, representam problemas reais que tendem a persistir. É fundamental assegurar não apenas os direitos daqueles que vivem com doença mental, incluindo familiares e cuidadores, mas também promover a sua participação na definição de políticas abrangentes e adequadas à realidade de cada pessoa.

Tendo por base os dados epidemiológicos analisados, o PNSM (2017), evidencia que, nos países ocidentais, as patologias psiquiátricas e os problemas relacionados com a SM representam a principal causa de incapacidade, morbilidade e morte prematura. Em Portugal, para além da elevada prevalência de doença mental, o acesso a cuidados especializados não coincide com as necessidades, verificando-se uma elevada discrepância entre as metas preconizadas pela OMS e a realidade assistencial na área da SM.

Os CSP representam cuidados essenciais, baseados em práticas e métodos fundamentados, devendo ser o primeiro nível de contato com o Sistema Nacional de Saúde (SNS) por parte do utente, sendo o seu acesso universal. É proporcionada assistência continuada e de proximidade, promovendo uma relação de segurança e de confiança.

A OMS (2008), preconiza que os CSP sejam um “componente essencial” na SM, enquanto elemento de assistência, integração e acompanhamento.

No PNSM (2017) estão contemplados objetivos de integração de serviços de SM nos CSP, por forma a melhorar a acessibilidade aos mesmos, mantendo a pessoa com doença mental no seu ambiente.

Também o DL n.º 35/99, série I-A, publicado em DR a 5 de fevereiro de 1999, que ditou a reorganização da prestação de cuidados de Psiquiatria e SM, prevê que a assistência ao DM seja desenvolvida comunitariamente, em estreita articulação com a especialidade.

Mais recentemente, o parecer da Ordem dos Enfermeiros (OE) ao Relatório da Avaliação do PNSM realça a importância de “(...) integrar o EEESMP será determinante para concretizar a integração da SM nos CSP como uma verdadeira prioridade” (2017, p. 2). No exercício das suas competências, o EEESMP representa, ao nível dos CSP, a garantia da continuação da prestação de cuidados - gestão e supervisão da medicação, o apoio ao doente mental e sua família, bem como na reabilitação e reintegração no seu quotidiano - sendo uma mais valia para a equipa, enquanto elo de ligação e de proximidade entre o DM e o hospital. A prestação de cuidados de saúde ao DM, tendo em conta as componentes biopsicossociais, é, ao nível da assistência, mais efetiva e abrangente quando acontece no contexto de CSP.

O desafio proposto ao enveredar nesta área de especialização, prendeu-se com o facto de, ao exercermos funções ao nível dos CSP há mais de vinte anos, identificamos e percebemos a importância da mudança de contexto de intervenção na área da SM. Assim, é fundamental criar um modelo de articulação entre áreas de atuação, onde a informação flua nos dois sentidos, com o objetivo de garantir a continuidade de cuidados de uma forma harmoniosa e equilibrada. O foco mantém-se na pessoa/família com doença mental, alterando-se, no entanto, o contexto de assistência para comunitário, sendo o hospital um recurso mobilizado apenas/sempre que necessário.

## **1.2. Enfermagem de Ligação/ Continuidade dos Cuidados**

A Enfermagem dedica-se ao estudo da resposta humana a problemas de saúde, o que inclui as transições vividas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida. O enfermeiro interage, sustentado na relação terapêutica, ajudando as pessoas a lidarem com os desafios e com as transições, com o propósito de proporcionar equilíbrio nas diversas vertentes, aumentando assim a sensação de bem-estar. (Petronilho, 2007)

Para se fazerem transições saudáveis, é preciso criar condições ao doente e seu cuidador, fornecendo-lhes informação e promovendo competências necessárias para fazerem

escolhas sustentáveis, de modo a se adaptarem a novas realidades e/ou modificarem os seus comportamentos. O enfermeiro, ao promover cuidados particularizados com programas dirigidos e dinâmicos, capazes de envolver os seus intervenientes, tende a influenciar atitudes e comportamentos de saúde positivos.

Quando se trata de uma perturbação psiquiátrica, o doente e o cuidador deparam-se com o problema de re/adaptação à condição de vida, situação que exige uma intervenção programada, acertada, compreendida e aceite por todos, com colaboração e supervisão de profissionais de saúde cientificamente preparados para responder às necessidades e potenciar as capacidades identificadas.

Garantir a continuidade de cuidados após alta hospitalar é fundamental, pois assim é afiançada a manutenção da qualidade dos cuidados prestados ao doente e conseqüente melhoria na sua capacidade de adaptação e de equilíbrio. A programação da alta hospitalar, deve iniciar-se o mais cedo possível, de modo a, por um lado o tempo de internamento seja mais curto, e por outro a premissa da continuidade dos cuidados seja diligenciada e articulada com os cuidados de saúde comunitários.

Identifica-se assim o conceito de Enfermagem de Ligação, cujo papel é a assistência do doente na sua comunidade articulando-a com o hospital, garantindo desta forma a resposta adequada à sua situação, com o menor transtorno possível para o seu dia-a-dia e reduzindo despesas ao nível de respostas hospitalares. Especificamente, a enfermeira de ligação estabelece a comunicação com o doente, identifica as suas necessidades e capacidades, assegura a colaboração de familiares após o regresso a casa, estabelece com as equipas hospitalares, meios de auxílio à convalescença e manutenção dos cuidados no domicílio. (Bernardino et al., 2010)

O sucesso do processo de continuidade de cuidados está relacionado com a utilização adequada de recursos (Petronilho, 2007). No hospital, as equipas de saúde aquando do planeamento da alta devem identificar, com a colaboração do doente e cuidador, as necessidades de cuidados após a alta. Devem assim elaborar-se planos de cuidados que promovam ações programadas de ensino, estabeleçam rede de contactos na comunidade que garantam a continuação do plano de cuidados elaborado, de forma a assegurar a disponibilidade dos recursos necessários no momento da alta, e que evitem constrangimentos para o doente e

cuidador ou mesmo o prolongamento do internamento, minimizando assim, o risco de readmissões ou de complicações.

É nesta ordem de pensamento que entendemos que o conceito enfermeiro de ligação apresentado por Bernardino, et al. (2010), está adequado. Trata-se, pois, do profissional indicado para estabelecer a comunicação com o doente, identificar as suas necessidades e capacidades, assegurar a colaboração do cuidador após o regresso ao domicílio, garantindo e adequando o cumprimento do plano terapêutico estabelecido, e diligenciar junto da instituição hospitalar e extra-hospitalar meios para a continuidade de cuidados.

### **1.3. Intervenções do EEESMP nos CSP**

As intervenções do EEESMP têm como objetivo contribuir para que o doente e seu cuidador tenham capacidade de dar respostas adequadas face aos problemas relacionados com a sua doença mental, com o intuito da manutenção da sua qualidade de vida e na tentativa de não agravar a sua situação de doença. (OE, 2018)

A consulta de enfermagem especializada de SMP em contexto de CSP, surge como uma intervenção autónoma, baseada na relação de ajuda (RA), com o objetivo de aumentar o *insight* e as competências da pessoa/família com doença para resolução dos seus problemas. No fundo trata-se de um processo de empoderamento que contribui para o processo de autonomização e inserção social e familiar.

Segundo o Regulamento n.º 515/2018, o EEESMP tem competência para prestar “(...) cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo da vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (p. 21427). Neste contexto, a aplicação e execução desta competência ao nível dos CSP é desejável, pois permite que o doente se mantenha enraizado na sua comunidade, não invalidando a resposta às suas necessidades específicas de saúde. O trabalho do EEESMP ao nível comunitário, permite encontrar respostas adequadas ao nível das instituições que existem em determinado local, promovendo acordos e parcerias adequadas à pessoa. Os cuidados hospitalares, ficam assim reservados para períodos

de descompensação psíquica, esgotadas as possibilidades de o conseguir “à distância”, inserido no seu ambiente.

Por último, a intervenção do EEESMP ao nível dos CSP contribui para redução de gastos, uma vez que a distância entre a especialidade hospitalar e o domicílio é elevada, e ainda, possibilita a redução do estigma relativamente à doença mental, pois obriga uma deslocação mais frequente do DM na sua comunidade.

#### **1.4. Base teórica de suporte às intervenções do EEESMP**

De modo a alcançar elevados padrões de qualidade do cuidar em ESMP, é importante identificar um Modelo Conceptual, pois permite sustentar, alicerçar, reforçar e fundamentar a atuação do enfermeiro quer seja na prática clínica, como na investigação. (Braga et al., 2018)

##### **1.4.1. Modelo de Sistemas de Betty Neuman**

O modelo preconizado por Betty Neuman destaca o Holismo como conceito central, perspetivando a sua ação para o bem-estar e para a manutenção do equilíbrio. A pessoa é definida como sistema aberto e dinâmico de troca de energia e de interação de variáveis que se relacionam com o ambiente, e cujo fim é minimizar os possíveis danos dos stressores internos e externos. O enfermeiro preocupa-se e dirige as suas ações para os reais ou potenciais fatores de stress que alterem ou possam vir a alterar o funcionamento harmonioso do sistema da pessoa. (Braga et al., 2018)

A pessoa, é considerada enquanto sistema, apresentando-se como indivíduo, grupo, família ou comunidade. O sistema é aberto e dinâmico, em constante interação com o ambiente, afetando-se mutuamente, com reciprocidade de trocas e ajustes, de modo a garantir harmonia e equilíbrio. A ausência de harmonia e equilíbrio pode ditar o surgimento de doença. (George, 2000)

A estrutura básica do sistema é formada pelas características individuais, representada por fatores básicos de sobrevivência comuns à espécie (por exemplo, manutenção da temperatura, características genéticas, entre outras, do indivíduo), sempre associado à sua dimensão fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual. (Neuman, 1995)

Existem influências ambientais, também denominadas stressores, que originam tensão e possível desequilíbrio, sendo denominadas intra, inter e extrapessoais, ou seja, que ocorrem no indivíduo, entre um ou mais indivíduos ou ocorrem fora do indivíduo, respetivamente. (Freese, 2002)

A ação da enfermagem incide sobre garantir estabilidade e harmonia entre a relação das variáveis individuais e as influências ambientais. Isto é, a intervenção da enfermagem é entendida como um processo de “agir com” a pessoa garantindo responder às suas necessidades, utilizando três níveis de prevenção de modo a “(...) reter, atingir e manter o equilíbrio do sistema” (George, 2000, p. 231). Assim, segundo George (2000), a prevenção primária enquadra-se na vertente da promoção da saúde, inclui a educação para a saúde e as alterações no estilo de vida. Este tipo de prevenção ocorre quando há identificação do perigo ou do risco, antes de haver exposição ao stressor. A prevenção secundária diz respeito à resposta ao stressor, com o intuito de restabelecer a homeostasia e equilíbrio do sistema. A eficácia deste nível de prevenção é muito importante, pois irá ditar a sustentação da estrutura básica e consequentemente de todo o sistema. A prevenção terciária ocorre após ser retomada a estabilidade do sistema, ou seja, após a intervenção do nível anterior, sendo o seu objetivo proteger a reconstituição do sistema através dos recursos existentes.

Na representação esquemática do modelo de Neuman são ainda identificados os conceitos de linha flexível e normal de defesa e de linha de resistência cuja tarefa é promover a adaptação do indivíduo ao meio envolvente, respondendo a agentes stressores como “escudo protetor”, através da utilização dos recursos internos fisiológicos (por exemplo, sistema imunitário) ou os adquiridos (e assimilados) noutros momentos de exposição aos agentes stressores. A eficácia das linhas de defesa, determina a capacidade de reajustamento e reequilíbrio do indivíduo, ditando a sua sobrevivência. (Braga et al., 2018)

Em suma, para Neuman, a saúde é resultante do equilíbrio num determinado momento, sendo vista como um contínuo de bem-estar de natureza dinâmica ao longo do

tempo. A prevenção primária, secundária e terciária, como intervenções de enfermagem, possibilitam a manutenção desse equilíbrio, permitindo uma visão holística do cuidar.

A utilização deste referencial, aplica-se integralmente no âmbito enfermagem, pois a sua visão do indivíduo de forma global assegura a implementação de cuidados de enfermagem individualizados, sustentados em tomada de decisões fundamentadas e orientadas a cada situação, indo assim ao encontro dos pressupostos que uma consulta de EESMP deve praticar.

A abordagem sistemática deste Modelo permite ainda, a compreensão da globalidade e complexidade do indivíduo e sua família, adaptando estratégias que apoiem o indivíduo a manter, recuperar e reconstruir a estabilidade do sistema e da estrutura, estabelecendo vínculo permanente entre o sistema do indivíduo, o ambiente, a saúde e naturalmente a Enfermagem.

#### **1.4.2. Relação de Ajuda**

Os enfermeiros trabalham com pessoas em todo o ciclo de vida, por vezes saudáveis, noutras doentes, tanto em contexto de unidades de cuidados intensivos, como num ambiente desfavorável e necessitado. Em qualquer das situações, a principal arma terapêutica é o próprio enfermeiro e a relação que estabelece. (Vieira, 2006)

Apesar de toda a evolução ocorrida, a Enfermagem continua a ser uma profissão rigorosa e exigente, para a qual é preciso estabelecer permanentemente relações com outras pessoas de forma empática, para além de um saber teórico específico, um fazer técnico característico, e capacidade para tomar decisões em situações de grande exigência ética. (Vieira, 2006)

Lopes (2018) afirma que toda a relação estabelecida entre enfermeiro e doente tem potencial terapêutico pois, não é possível prestar cuidados de enfermagem, sem ser num contexto de relação. Refere ainda que se pode estabelecer dois tipos de relação: a relação que é estabelecida num contexto de prestação de cuidados e a RA enquanto instrumento terapêutico.

Segundo Hildegard Peplau, fundadora da Enfermagem Psiquiátrica, a Enfermagem “é uma relação humana entre uma pessoa que está enferma ou necessitada de serviços de saúde e uma enfermeira com uma formação especializada para reconhecer e responder à necessidade de ajuda.” (Almeida, 2005, p. 206) Assim, de acordo com Almeida (2005), os cuidados de enfermagem centram-se em ajudar o indivíduo, a sua família e/ou comunidade a alterar/adaptar comportamentos que influenciem positivamente as suas vidas, tendo sempre presente que os objetivos a atingir devem ser definidos por ambos os intervenientes, indivíduo e enfermeiro, de modo a que sejam consonantes, pois só desta forma, os resultados também o serão.

Também Mendes (2006), referencia as relações interpessoais como centrais na prestação dos cuidados de enfermagem, sendo no seu âmbito que surge a RA enquanto “instrumento válido, útil e com fidelidade comprovada num processo de cuidados de enfermagem.” (Mendes, 2006, p. 71).

A aptidão para estar numa RA, ultrapassa a capacidade de comunicação verbal e não verbal, impõe, isso sim, a apreciação das competências pessoais dos intervenientes, de forma consciente e interessada, de modo a dar continuidade ao relacionamento. (Mendes, 2006)

O propósito da RA é possibilitar o intercâmbio pessoal entre duas pessoas, enfermeiro e doente, sendo que compete ao enfermeiro identificar e perceber as necessidades da outra pessoa, a fim de ajudá-la a descobrir os recursos que possui para enfrentar a sua situação atual. (Fernández, 2013)

Segundo Carl Rogers (2010), para ser possível estabelecer uma RA, é preciso haver coerência entre as emoções e as atitudes, o que implica um profundo autoconhecimento e aceitação incondicional daquilo que somos. A abordagem que cada enfermeiro tem junto de um doente, é o resultado da sua formação e experiência anterior, sendo também influenciada pela sua personalidade, conhecimentos e pela perceção que tem de si e dos outros, sendo por vezes difícil orientar a sua atuação por um modelo e base teórica, podendo dar origem a tensão e a confusão. (Chalifor, 2008)

Segundo a premissa de Chalifor (2008, p. 7), “(...) o profissional intervém a partir daquilo que ele é e orienta-se segundo um modelo de ajuda que lhe serve de referência (...)”, entendemos que o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman, exposto anteriormente valida a

orientação de Chalifor, permitindo intervenções adequadas e tendo em conta a relevância da RA.

No percurso realizado, foi possível perceber e aplicar muitos dos pressupostos teóricos apresentados, entendemos por isso que, decorrente da nossa formação e experiência profissional, daquilo que é a nossa capacidade de nos autoconhecermos e da capacidade de adaptação a diferentes realidades, o modelo apresentado é o mais assertivo na orientação e avaliação das nossas intervenções como EEESMP.

## **2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO**

Cumprindo o percurso académico proposto, foram realizados dois estágios denominados Estágio I e Estágio Final, tendo estes sido realizados em contextos diferentes.

O Estágio I teve a duração de 6 semanas e decorreu num serviço de internamento de Psiquiatria de doentes agudos de um Centro Hospitalar, sendo esta escolha motivada pela inexperiência na área da doença mental, tentando desta forma, ter contacto com esta realidade e assim desenvolver as competências previstas na assistência ao DM.

O Estágio Final realizou-se noutra hospital, em contexto de Consulta Externa de Psiquiatria, justificando-se esta opção, com o facto deste serviço pertencer à mesma Unidade Local de Saúde (ULS) onde são exercidas funções enquanto enfermeira. Foi assim possível conhecer alguns dos doentes da área geográfica onde se pretende implementar o projeto que se apresenta e, por outro lado, conhecer a equipa e dinâmica do serviço, de modo a facilitar a articulação futura entre o hospital e os CSP, estreitando laços e facilitando a comunicação.

### **2.1. Estágio I: Unidade de Internamento Psiquiatria Agudos**

Esta unidade localiza-se num Centro Hospitalar, sendo uma das unidades de internamento que compõem o serviço de Psiquiatria. O seu funcionamento está conectado com o serviço de Consulta Externa, Hospital de Dia e com diversas valências específicas da psiquiatria

como a Psiquiatria Forense, Unidade de Patologia Dual, entre outras. Tem uma capacidade de 27 camas destinadas a homens, sendo que foram acrescentadas 4 para mulheres, num total de 31. É constituída por uma equipa multidisciplinar constituída por 8 psiquiatras, 19 enfermeiros, 7 dos quais EEESMP, 1 psicóloga clínica e 1 técnica superior de serviço social (TSSS), além do apoio de 1 secretária clínica e 8 assistentes operacionais. Assiste doentes com perturbações psiquiátricas com impacto funcional marcado, em fase de descompensação clínica aguda, com risco significativo de dano para si ou para outros, ou com necessidade de uma avaliação clínica e complementar mais compreensiva, para melhor definição do diagnóstico psiquiátrico. As pessoas que são acompanhadas nesta unidade sofrem, na sua maioria, de quadros clínicos de esquizofrenia e outros síndromes psicóticos, depressão e outras doenças afetivas. A sua área geográfica assistencial engloba a zona litoral e pinhal interior da região centro.

## **2.2. Estágio II: Consulta Externa de Psiquiatria**

Esta valência está integrada no serviço de Psiquiatria que presta apoio no âmbito da promoção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento, reinserção e prevenção da recaída resultante do trabalho de uma equipa multidisciplinar que engloba 4 psiquiatras (a tempo parcial), 2 psicólogos, 1 TSSS (a tempo parcial), 1 terapeuta ocupacional e 11 enfermeiros, dos quais 5 são EEESMP. Os serviços de apoio contam também com 7 assistentes operacionais e 3 administrativos, 2 dos quais na consulta externa.

É responsável pela prestação de cuidados de SMP a uma população de 115000 pessoas numa área geográfica de cerca de 4500 Km<sup>2</sup> num contexto de prevenção, tratamento, reabilitação, formação e investigação.

O Serviço de Internamento, além das 13 camas para internamento completo, presta também internamento em regime de Hospital de Dia com capacidade para 12 pessoas (em dias úteis, das 9 às 17 horas). É um Serviço misto (homens e mulheres), ocupa uma área independente contígua ao Hospital, englobando um bloco com atendimento de Consulta Externa e intervenção na comunidade, gabinetes de psicologia e sala de atividades ocupacionais. A taxa de ocupação ronda os 90%, a demora média situa-se nos 21 dias de internamento e as patologias mais frequentes são os síndromes depressivos, o alcoolismo crónico, seguidos de esquizofrenias e outras psicoses.

Segundo dados do Serviço, os cuidados de ESMP prestados ao nível da consulta externa, abrangem cerca de 140 utentes, estando a sua ação relacionada com a administração periódica do neuroléptico de ação prolongada (NAP), e, em algumas situações, na colaboração na triagem de Enfermagem no contexto de consulta médica. Semanalmente é ainda realizada visita domiciliária de acompanhamento, vigilância e administração de terapêutica NAP, a cerca de 110 DM, ao nível comunitário.

Apesar de a maioria dos contatos serem agendados, existe flexibilidade no atendimento, sendo que os doentes vêm ao serviço na data que lhes é mais conveniente, seja para a administração da terapêutica NAP, seja por necessidade de esclarecimento ou ajuda na resolução de qualquer inquietude ou problema. É graças a esta postura que está estabelecida uma relação de confiança, que permite e facilita a RA, base fundamental na atuação do EEESMP. A intervenção terapêutica realizada, adequa-se às necessidades que se encontram alteradas, variando entre psicoeducação, treino de capacidades cognitivas, treino de competências sociais, terapia pelo som e movimento, entre outras. Também neste contexto, caso se trate da melhor opção para o doente, o EEESMP, estuda e diligencia respostas na comunidade em colaboração com a TSSS, de forma a garantir a satisfação da premissa que define Saúde Mental: o “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, 2002).

### **3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

A Enfermagem é, dentro da área da saúde, a profissão que presta cuidados com o objetivo de ajudar a pessoa, sã ou doente, ao longo de toda a sua vida, a preservar, melhorar ou retomar a sua saúde, de modo a alcançar a sua máxima capacidade funcional, o mais precocemente possível. (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE], 1996)

De modo a atingir este objetivo, e tendo em conta a constante mudança que se verifica nos diferentes contextos da prática, é fundamental que os enfermeiros atualizem sistematicamente os seus conhecimentos, de modo a acompanhar a transformação existente, garantindo desta forma, a melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, dignificando assim a sua profissão. (Jesus et. al, 2011)

No n.º 3 do Artigo 4º do REPE, é descrito que o especialista em Enfermagem é “(...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.” (OE, 2015, p.99) sendo no caso do presente relatório, na área da SMP. É também definido no n.º 4 do mesmo Artigo, o conceito de cuidados de enfermagem, “(...) são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.” (OE, 2015, p.99)

Neste contexto pretende-se uma análise crítica e reflexiva acerca das competências comuns do EE e das competências específicas do EEESMP, e ainda, o seu contributo para o processo da prática clínica especializada, adquiridas ao longo do percurso formativo, num contínuo processo de desenvolvimento, desde a teoria até ao ensino clínico.

### **3.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista**

Entende-se por competências comuns, as competências que são transversais aos enfermeiros de todas as áreas de especialidade. Estas, encontram-se descritas em DR n.º 26/2009, 2ª série. n.º 26 de 6 de fevereiro de 2019, no Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do EE, estando enunciadas por domínios de competência, são elas: responsabilidade profissional ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O EE lida diariamente com a necessidade de tomar decisões que causam dúvidas e que são de difícil solução. No que concerne ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, a resolução de dilemas, deve ser baseada em conhecimentos e práticas ético-deontológicas, respeitando normas legais e jurídicas e os direitos humanos sendo estas fundamentais para o desenvolvimento de uma relação terapêutica significativa. Os conteúdos abordados nas UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, Gestão em Saúde e Governança Clínica e Enfermagem de SM e Psiquiátrica I e II foram decisivos para o alcance do domínio desta competência.

No decorrer do estágio foi possível participar na tomada de decisão terapêutica e resolução de problemas garantindo a ausência de discriminação económica, social, política,

étnica, ideológica ou religiosa e, salvaguardando sempre os direitos da pessoa. Também a concordância do doente (quando possível), do enfermeiro orientador e o debate com a equipa multidisciplinar, nortearam as decisões tomadas, tendo em conta o princípio da honestidade, integridade e transparência na tomada de decisões. À *posteriori* foi sempre realizada a avaliação das mesmas, no sentido de cimentar aprendizagens e garantir melhores cuidados em situações futuras.

A defesa intransigente dos direitos dos doentes, ainda mais necessária quando falamos de doentes mentais pela sua habitual vulnerabilidade, e a prática alusiva ao Artigo 8º do REPE foi sistematizada em cada intervenção, pelo que consideramos que adquirimos as competências do domínio da responsabilidade ética e legal.

O segundo domínio das competências comuns do EE diz respeito à melhoria continua da qualidade.

Segundo a OE (2015), os padrões de qualidade deverão tornar-se num instrumento que contribua para a busca das melhores respostas em cuidados de enfermagem de modo a atingir o objetivo de excelência do serviço, nas instituições que prestam cuidados de saúde aos cidadãos.

Sendo o estágio um momento de novas aprendizagens, o contexto de Mestrado dita que já existe da nossa parte experiência profissional anterior, o que permite uma ação proativa na melhoria da assistência prestada.

A uniformização de regras e procedimentos é importante em qualquer que seja o serviço de saúde. Trata-se de uma premissa aceite por todos como essencial e geradora de boas práticas contribuindo para a melhoria da qualidade assistencial. A especificidade da doença mental exige uma atenção especial, quando se fala em criar normas de atuação em Psiquiatria.

Assim, no decorrer do estágio, a criação de condições para a manutenção de um ambiente seguro e terapêutico, constituiu um dos pilares de atuação, garantido a confidencialidade da informação recolhida, potenciando o envolvimento da família e a adesão ao regime terapêutico, garantindo a administração de medicação segundo conhecimentos relativos à farmacologia.

O respeito pela individualidade, autonomia e liberdade do doente estiveram sempre presentes no desenvolvimento de atividades, planeando e executando cuidados individualizados, na tentativa de dar resposta às necessidades identificadas na dimensão social, cultural ou mesmo espiritual e religiosa.

Na procura da melhoria dos cuidados de enfermagem, foram consultadas normas e procedimentos existentes nos serviços onde se realizaram os estágios, bem como, os processos clínicos dos doentes, proporcionando assim uma melhoria de conhecimentos e domínio das diferentes patologias existentes, com o intuito de, mais rápida e eficazmente, identificar, organizar e prestar cuidados de qualidade.

Contribuíram ainda para o desenvolvimento de competências neste domínio, a participação em vários eventos formativos (reuniões científicas, simpósios, jornadas), no âmbito da SMP.

Também a realização de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) (Apêndice I), que incidiu sobre a importância das intervenções especializadas do EEESMP na adesão terapêutica nos doentes portadores de esquizofrenia, contribuiu para a implementação de intervenções sustentadas na evidência científica.

Em suma, no que se refere ao domínio das competências relativas à Melhoria Continua da Qualidade, entendemos que as mesmas foram alcançadas tendo em conta a reflexão evidenciada, que espelha o percurso cursado ao longo deste trajeto formativo.

O terceiro domínio de competências comuns do EE, segundo o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, diz respeito à gestão de cuidados, tendo em conta por um lado, a dimensão de gestão de cuidados e otimização da resposta da equipa de enfermagem em articulação com a equipa multiprofissional, e por outro, a adaptação da liderança e a gestão de recursos existentes às situações e ao contexto de modo a otimizar a qualidade dos cuidados.

O trabalho em SMP, envolve uma dinâmica de interdisciplinaridade de competências que vai muito além de um diagnóstico médico. Qualquer doente terá de ser visto numa perspetiva holística, tendo em conta que está inserido numa família e numa comunidade na qual age e interage. Para um indivíduo portador de patologia do foro mental, esta realidade assume uma grandeza mais acentuada, pois existe uma perda da consciência de si e dos outros e um

compromisso relacional significativo, o que não acontece noutra tipo de doenças. Existe um conjunto de dimensões que necessitam ser reajustadas, tornando a intervenção de uma equipa multidisciplinar no desenvolvimento de ações e soluções direcionadas para o indivíduo, sua família e meio social, imprescindíveis.

Segundo o REPE, “(...) os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional” (OE, 2015, p.102).

Também nas alíneas b) e c) do Artigo 112º dos Estatutos da OE, é referido o dever de colaborar com os outros profissionais de saúde, “(...) com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços” (OE, 2015, p. 87).

A enfermagem tem assim, dada a proximidade e natureza das suas próprias intervenções, um papel central focalizado nas necessidades humanas básicas que é preciso satisfazer.

No período dos estágios foi promovido um ambiente positivo e assertivo da nossa parte, tendo sido estabelecida uma boa relação com os pares, bem como com toda a equipa multidisciplinar. Imperaram atitudes de disponibilidade, tranquilidade, empenho e assertividade, tendo essas atitudes contribuído para um ambiente de confiança, o que facilitou a delegação de tarefas, principalmente aos assistentes operacionais, prevista no Artigo n.º 10 do REPE: “Os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem” (OE, 2015, p. 104).

A prática da gestão de recursos é um dos princípios que temos de ter em conta na nossa atividade profissional diária. No decorrer deste percurso formativo, a sua implementação foi mantida, evitando aumento de gastos de material.

Para cumprir esta competência, a partilha de conhecimentos e de experiências com os orientadores de estágio e dos outros colegas foi muito importante, bem como, as matérias

abordadas nas UC de Gestão em Saúde e Governação Clínica, Enfermagem em SMP I e II e ainda Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica.

Ainda em relação às competências comuns do EE, falta abordar o domínio das competências relativas ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que se subdivide em autoconhecimento e assertividade e numa *praxis* especializada baseada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Neste percurso, foi de facto esta a competência adquirida que maior consciência temos de ter alcançado, tendo sido o grande “marco” de aprendizagem, sendo que, o contributo de UC como Relação de Ajuda em SM, Desenvolvimento Pessoal, Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica, bem como a experiência apreendida nos campos de ensino clínico, foi imprescindível.

A reflexão sobre as competências adquiridas durante a execução dos trabalhos elaborados, nomeadamente o e-portofolio, a RIL (Apêndice I) e agora deste relatório também permitiram o crescimento pessoal e profissional traduzindo-se numa análise de autoconhecimento e conseqüente desenvolvimento pessoal.

A adoção de um comportamento diferenciado “(...) ajuda-nos a sentirmo-nos bem connosco próprios e a aumentar a nossa autoestima. Ajuda-nos a sentirmo-nos bem em relação a outras pessoas e aumenta a nossa capacidade de desenvolver relações satisfatórias com outras pessoas (...)” (Towsend, 2011, p. 238).

Assim, foi graças ao desenvolvimento pessoal e ao treino de assertividade, que surge capacidade para reconhecer e principalmente ACEITAR o outro como ele é, identificando sentimentos, capacidades, valores, limites pessoais e profissionais, transpondo-os para comportamentos e atitudes mais positivas e adequadas que permitem cumprir o objetivo desta nossa profissão, melhorando a nossa atuação quer a nível profissional, como também a nível pessoal.

### **3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

De acordo com o Regulamento n.º 515/2018, inerente às competências específicas do EEESMP, publicado em DR n.º 151, 2.ª série de 7 de agosto de 2018, o EEESMP “(...) compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.” (p.21427).

Para além de se mobilizar como instrumento terapêutico, o EEESMP desenvolve conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permite durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Competências estas, que foram desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos e que irão ser seguidamente abordadas.

Em relação à primeira competência específica do EEESMP, que diz respeito ao elevado conhecimento e consciência de si, foram identificadas semelhanças com a competência descrita no último ponto das competências comuns do EE, pelo que já foi apresentado algum do percurso percorrido neste âmbito.

Foi com a UC de Desenvolvimento Pessoal em Saúde Mental, que o processo de autoconhecimento, se iniciou, ou pelo menos foi nessa altura que tomámos consciência da sua importância enquanto instrumento terapêutico na prática profissional e na criação de relações de confiança com o doente, bem como, no aumento da capacidade de encontrar alternativas para a resolução de problemas. Obviamente que a maturidade adquirida ao longo dos anos e o percurso profissional percorrido também terão dado o seu contributo para o desenvolvimento de um “(...) juízo clínico logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade.” (Regulamento n.º 515/2018, p. 21427).

Benner (2001) defende que a busca de respostas e a reflexão interpretativa sobre as mesmas, orienta a descoberta de novas competências e conhecimentos bem como identifica obstáculos à implementação de boas práticas. Assim, a reflexão realizada teve na sua origem contributos teóricos que ajudaram no processo de tomada de decisão e na compreensão dos sentimentos e dificuldades sentidas nas interações estabelecidas.

Também Chalifour (2008), reforça a importância da primeira competência específica do EEESMP, quando afirma que a sua ação é influenciada pela própria personalidade, pelos seus conhecimentos e habilidades profissionais, pela conceção que faz de pessoa e saúde, pela

compreensão que tem em relação à origem da necessidade de ajuda, pela forma como agimos enquanto agentes de ajuda e pelo contexto em que estamos inseridos.

Neste sentido, aprendemos que a relação terapêutica depende muito da forma como gerimos todos estes aspetos em conjunto. Não há, de facto, uma “receita” objetiva e universal de como devemos *ser e estar* para melhor saber atuar.

Tendo em conta que os estágios decorreram em contextos diferentes, foi possível identificar este fenómeno, sendo que, nos sentimos muito mais motivados e “confortáveis” com as estratégias adotadas no contexto do Estágio Final. A postura calma, segura, competente, humana e interessada do enfermeiro orientador permitiram identificar a postura adequada a adotar aquando da intervenção terapêutica junto do DM. O principal obstáculo que identificámos no decorrer do Estágio I, foi a presença demasiado marcada do modelo biomédico na prestação de cuidados, facto que, a nosso ver, dificulta o estabelecimento da relação terapêutica contribuindo para o insucesso da recuperação do doente e da qualidade de vida de toda a família. Achemos ainda que, se esta experiência tivesse acontecido sem termos desenvolvido a competência do elevado conhecimento e consciência de si, teria sido desmotivante e condicionaria todo o percurso vivido após a mesma.

Atribuímos especial valor, à capacidade desenvolvida de não alienação dos nossos valores, emoções, sentimentos e vivências, sem deixar, no entanto, que estes moldem a nossa atuação, sem prejuízo para a relação terapêutica. Realçamos também que, sendo absolutamente essencial esta capacidade num processo de intervenção terapêutica em SMP, a mesma deve ser transversal em qualquer contexto profissional.

Tendo em conta, o exposto anteriormente, consideramos ter atingido a primeira competência específica do EEESMP, tendo a noção que se trata de um processo evolutivo, que estará sempre incompleto.

A segunda e terceira competência específica do EEESMP descrita no Regulamento já citado, estão interligadas e dizem respeito à assistência e ajuda à pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da SM. Estas competências conduzem-nos à importância que o Processo de Enfermagem (PE) tem na nossa prática, sendo considerado por muitos autores como a essência da prestação de cuidados. Dele fazem parte cinco etapas:

Avaliação Inicial (ou recolha de dados), Diagnóstico, Planeamento de Intervenções de Enfermagem, Implementação das Intervenções e Avaliação de Resultados (Alvim, 2013).

O PE promove uma prática assistencial organizada, contribuindo para a promoção de cuidados de enfermagem direcionados e adequados a cada indivíduo, família ou comunidade, permitindo atender às necessidades de saúde identificadas e assim prestar cuidados de qualidade.

Entendemos que a prática em Enfermagem, implica sempre a utilização deste método, mesmo que não implique um registo formal, para prestar cuidados individualizados e dirigidos bem-sucedidos, o enfermeiro tem de percorrer as cinco etapas no PE.

Neste período de formação que experienciámos, a aplicação do PE ganhou uma relevância ainda maior, pois a sua aplicação permitiu sistematizar aprendizagens.

O descritivo da segunda competência do EEESMP contempla a “recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental.” (Regulamento n.º 515/2018, p. 21428) e coincide com a primeira etapa do PE. Assim, no decorrer do ensino prático, realizámos colheita de informação necessária e adequada à avaliação de cada situação, tendo sido utilizada “(...) aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento (...)” (Regulamento n.º 515/2018, p. 21428). Cumprir esta premissa implicou escuta ativa, disponibilidade, aceitação, ausência de julgamento e empatia, atitudes fundamentais para o sucesso de qualquer intervenção terapêutica em SM. Foram assim realizadas várias entrevistas, que, segundo Chalifour (2009), consiste numa interação entre dois ou mais intervenientes, implica procedimentos verbais e não verbais e que, ao longo das quais são “utilizados determinados modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características, do assunto tratado, dos objetivos visados e do tempo que acordam para o seu fim.” (p. 60).

A entrevista de enfermagem, adequada às diversas circunstâncias e contextos, foi uma das mais importantes intervenções realizadas em ambos os estágios. Não descurar as etapas e fases da entrevista e todos os elementos a considerar durante a mesma, foram momentos de aprendizagem e de sedimentação. Mobilizar técnicas de comunicação verbal e não verbal, e

adaptá-las a cada circunstância e situação também constituiu um desafio que entendemos ter superado.

A utilização da entrevista de enfermagem, permite ainda a otimização da SM, pois uma sólida e coerente recolha de dados inicial que inclui não só a história do indivíduo, mas também da família, e do meio onde está inserido, constitui um instrumento fundamental para planear as intervenções a realizar ao longo do internamento e alta hospitalar, implementando medidas de reabilitação e reinserção. O momento da entrevista também constitui uma oportunidade de estabelecer uma relação terapêutica, instrumento fundamental para que o doente sinta “intenção” na nossa ação e confie em nós, facilitando o processo de restabelecimento do seu equilíbrio.

A observação também representa um elemento essencial na colheita de dados, fazendo a “ponte” entre a comunicação verbal e não verbal, contribuindo assim para a elaboração do PE. A sua utilização é essencial para se proceder à avaliação do Exame Mental, um instrumento em SM que baliza o estado mental do indivíduo e, conseqüentemente, o plano terapêutico a estabelecer. A realização desta tarefa, foi acompanhada e debatida com o enfermeiro orientador, tendo o seu contributo ajudado a identificar e compreender as alterações do funcionamento mental.

Já os registos de enfermagem constituem “a ação ou ato de colocar por escrito, factos relativos à pessoa que requer cuidados de enfermagem (...), que serve de guia orientador para a prestação de cuidados, devendo conter não só dados observados e interpretados (diagnósticos de enfermagem) mas também as intervenções (...) e resultados da ação de enfermagem.” (Figueiroa-Rêgo, 2003, p.39). Embora já fizessem parte da nossa prática diária, durante os estágios a sua utilização foi diferente, pois no primeiro estágio, a plataforma de registo foi a Glintt<sup>®</sup>, enquanto que no segundo estágio, foi usado o Sclínico<sup>®</sup>, que é a plataforma adotada pelo nosso serviço, sendo que, a sua utilização foi ao nível hospitalar e não dos CSP, o que constituiu mais um desafio de aprendizagem que entendemos ter alcançado, tendo em conta que nos adaptámos a esta forma de utilização e realizámos os registos com verdade, rigor e clareza.

A atuação do enfermeiro baseia-se na prescrição de intervenções de enfermagem que implicam relações interpessoais com os doentes, seus familiares e restantes elementos da equipa e sociedade em geral, através das mais variadas interações e transações que,

diariamente desenvolvem nas suas atividades. A postura do enfermeiro perante o doente, implica observar, analisar e sintetizar de forma a poder programar, executar e avaliar as prescrições de enfermagem assumindo assim uma atitude profissional. (Amaral, 2010)

A terceira competência especializada atribuída ao EEESPM descrita no Regulamento n.º 515/2018 publicado em Diário da República N.º 151, 2.ª série. de 7 de agosto de 2018, relaciona-se com a etapas do PE que dizem respeito ao diagnóstico, ao planeamento das intervenções de Enfermagem e à sua implementação, tendo as mesmas, sido aplicadas e respeitadas no decorrer do ensino clínico, sempre que possível, em concordância com o doente e/ou o cuidador no âmbito da SM.

Tendo em conta os diagnósticos de enfermagem, a planificação das intervenções e resultados esperados, foi elaborado um plano de cuidados individualizado, a propósito um estudo de caso realizado no Estágio I, tendo constituído um momento de aprendizagem enquanto futuros EEESMP. A sua elaboração, vai ao encontro do desenvolvimento da competência relacionada com a metodologia de gestão de caso, tendo exigido pesquisa teórica de determinada patologia e a reflexão sobre a assistência individual e personalizada ao doente e família.

Para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, foi utilizada a terminologia padronizada, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), pois a mesma permite a utilização da mesma linguagem em diversos pontos do mundo, de modo a avaliar os resultados quantitativamente e assim gerar dados fiáveis e válidos acerca do trabalho de enfermagem. Afinal... a “(...) disponibilidade de boa informação é um pré-requisito para cuidados eficazes de alta qualidade.” (CIPE, versão 2015. pág. 7)

No Estágio Final, tivemos ainda oportunidade de participar nas visitas domiciliárias, algumas das quais, a DM da área geográfica onde trabalhamos. Esta experiência, revelou-se muito enriquecedora, pois permitiu conhecer o ambiente em que estes doentes estão inseridos, o que inclui condições habitacionais e a dinâmica familiar. Quando necessário intervir na tentativa de promover e proteger a sua SM, são feitas diligências junto da comunidade local ou através dos recursos hospitalares para a melhoria das condições de vida destas pessoas. A participação da TSSS nestas visitas é muito vantajosa, sendo uma ajuda essencial para a prossecução destes objetivos, tendo reforçado a importância do trabalho em equipa.

Esta experiência permitiu a reflexão sobre o trabalho em multidisciplinariedade e reforçou a importância do projeto que pretendemos implementar ao nível dos CSP, no sentido de permitir a implementação e manutenção de estratégias que minimizem o desenvolvimento de complicações, garantindo a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, inserido no ambiente que lhe é mais favorável.

Assim, consideramos que no processo de aquisição destas competências foi demonstrado interesse no desenvolvimento das mesmas, tendo sido realizado o PE em ambos os contextos, primando por assistir o doente e/ou sua família, na otimização da sua SM e prevenção de complicações.

Na quarta e última competência do EEESMP, é preconizado que o enfermeiro implemente as intervenções identificadas no plano de cuidados, mobilizando cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais. Parece-nos imprescindível que, ao executar esta competência o enfermeiro já tenha alcançado/ implementado as anteriores, pois a etapa da implementação das intervenções e respetiva avaliação dos resultados, é precedida pelas etapas do PE contempladas nas competências descritas anteriormente.

A implementação das intervenções de enfermagem visa alcançar os objetivos traçados, através da satisfação das necessidades alteradas identificadas, com o intuito de alcançar o melhor estado de saúde possível.

Segundo o Regulamento n.º 515/2018 publicado em DR n.º 151, 2.ª série. de 7 de agosto de 2018, a ESMP foca-se na promoção da SM, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, com o objetivo de obter ganhos em saúde. Neste contexto, o EEESMP (e ainda segundo o documento supracitado) “(...) mobiliza-se a si mesmo como instrumento terapêutico (...)” (p. 21427), estabelecendo relações de confiança e parceria com o indivíduo, aumentando o insight sobre os seus problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução. As suas vivências, conhecimentos científicos e técnicos e capacidades terapêuticas resultam dos conhecimentos adquiridos e das experiências anteriores, tendo como “(...) objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, na tentativa de promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.” (p. 21427).

A prática profissional do EEESMP, passa por intervir ao nível psicoterapêutico, sócio-terapêutico, psicossocial e psicoeducacional. As intervenções psicoterapêuticas, psicoeducativas e psicossociais apresentam um elevado potencial terapêutico quando falamos em diagnósticos de enfermagem, sendo um marco no desenvolvimento de intervenções autónomas.

Neste âmbito, foi possível realizar e participar em diversas intervenções durante a formação clínica. Assim, em ambos os estágios participámos na reunião comunitária. Trata-se de um encontro informal em que todos podem falar abertamente sobre qualquer tema, relacionado ou não com o serviço, partilhar preocupações e oferecer sugestões ou críticas diversas com a condição de não se falar em momento algum das doenças que afetam cada um e das doenças em geral. Cabe ao EEESMP moderar os contributos de cada interveniente, intervindo apenas quando necessário manter a cordialidade no ambiente. Estes encontros são de uma maneira geral muito ricos em conteúdos, especialmente pela informalidade proporcionada, por outro lado, complementam o tratamento, promovem a interação entre todos e estimulam o pensamento e a comunicação. A reunião comunitária ajuda a compreender que não são apenas os procedimentos e as habilidades técnicas que constituem instrumentos de trabalho em enfermagem. Os processos cognitivos através da linguagem, do pensamento, da aprendizagem, da memória, das emoções, da atenção, da motivação e da perceção que a mesma contém, constituem elementos fundamentais a que se pode recorrer autonomamente para realizar intervenções com evidência científica com benefícios para o doente. Estas reuniões permitem ainda observar muitas reações por parte dos doentes, designadamente ao nível do discurso e do pensamento, na dinamização de experiência de grupo e de partilha. Esta experiência permitiu adquirir competências psico e socioterapêuticas.

Também em ambos os locais de estágio, realizam-se Sessões de Relaxamento. Payne (2003), refere que o relaxamento tem vários objetivos, nomeadamente, como medida preventiva para proteger os órgãos de desgaste desnecessário, como tratamento para aliviar e saber lidar com o stress, e ainda, para acalmar a mente e permitir que o pensamento se torne mais claro e eficaz. A ansiedade em grau elevado exerce influência sobre os processos de memorização, de perceção, de tomada de decisão e de atenção. Desta forma o relaxamento é útil pois “atenua” estas alterações, reduzindo o risco de recaída.

No Estágio I colaborámos na aplicação da escala de Zung e na obtenção dos resultados que ditavam se o doente tinha ou não critérios para ser incluído nas sessões, caso se

apresentasse ansioso. Foi ainda possível observar as alterações da expressão corporal (postura, expressão facial) no decorrer das sessões, bem como, de um modo geral, a redução do ritmo cardíaco e da tensão arterial (estes parâmetros eram avaliados antes e depois das sessões).

No Estágio Final, tivemos oportunidade de desenvolver a intervenção propriamente dita, utilizando a técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (1938). Assim, foi assegurado um espaço sossegado, ameno e livre de agitação; aconselhou-se os doentes a deitarem-se em colchões com o apoio de almofadas, garantindo desta forma que, o corpo se encontrava totalmente apoiado e assim liberto de tensão; após contextualização da ação, iniciou-se o procedimento. De referir que, para garantir uma relação terapêutica autêntica, para aumentar o interesse e a motivação e por considerarmos relevante eticamente dizer a verdade, revelámos a nossa inexperiência relativamente àquela técnica, pedindo sinceridade aquando da avaliação da mesma. Na execução do procedimento usámos um tom de voz sossegado e calmo, aplicando pausas longas entre as instruções para dar tempo à execução da ação. Terminou-se permitindo um retorno vagaroso e gradual até ao estado de vigília. O *feedback* dos doentes foi positivo, assim como o do enfermeiro orientador, pelo que consideramos ter alcançado o objetivo a que nos propusemos.

Participámos ainda numa sessão de psicoeducação familiar, com o intuito de informar sobre o conceito, manifestações e curso da esquizofrenia, identificando as manifestações da doença, delírios e alucinações, como sendo parte da doença, reforçando a importância da adesão terapêutica e, como sempre, manifestando disponibilidade para apoiar e esclarecer esta família no decorrer da doença do seu familiar.

Também foi possível, no decorrer dos dois estágios, realizar atividades lúdicas, recreativas e ocupacionais individualmente ou em grupo, mobilizando dinâmicas socioterapêuticas, com o intuito de atingir a máxima autonomia e funcionalidade pessoal dos doentes. Estas atividades traduzem-se em ganhos para a saúde numa perspetiva de promoção da saúde e prevenção da doença na medida em que permite desenvolver competências sociais, treino de habilidades, interação com os outros, perceção das realidades de si mesmo e da presença do outro, permite ainda, o desenvolvimento de capacidades cognitivas e psico-motora. O enfermeiro consegue ainda observar e avaliar o alcance das medidas farmacológicas do tratamento, da evolução da própria doença e diversas circunstâncias relacionadas com o doente.

Assim, consideramos que a aquisição da última competência descrita no Regulamento n. 515/2018 foi também alcançada, concluindo desta forma que, o percurso cursado, contribuiu para diminuir o grau de incapacidade e consequente manutenção do equilíbrio e funcionamento do doente portador de doença mental.

### **3.3. Competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

No cumprimento dos requisitos que se colocam para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem, analisam-se de seguida, as competências contempladas no DL n.º 65/2018 publicado em DR n.º 157/2018, 1ª Série. de 16 de Agosto de 2018, são eles: “a) Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e 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, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”(p. 4162).

Refletindo sobre o desempenho alcançado ao longo deste percurso académico, entendemos que, existe uma relação entre as competências relativas ao EEESMP e as competências de Mestre, tendo sido, portanto já feita parte da reflexão.

No que respeita à primeira competência descrita, os vinte anos de experiência profissional enquanto enfermeira generalista na área dos CSP, aliado ao contributo da componente teórica que assimilámos no primeiro e parte do segundo semestre deste Mestrado, bem como, as pesquisas que realizámos para complementar e melhorar a nossa intervenção no

decorrer dos estágios realizados, foram essenciais e contribuíram para a aquisição desta competência. Aliás, integrar o ME, só por si, demonstra necessidade/vontade de adquirir novos conhecimentos e competências, contribuindo para prestar cuidados mais qualificados, direcionados e habilitados.

Também no decorrer deste percurso, foi possível desenvolver trabalhos na área da Investigação, sendo esta outras das vertentes onde se pretende que o mestre em Enfermagem adquira competências. Assim, no âmbito do Estágio Final, foi realizada uma RIL (Apêndice I), com o intuito de fornecer ao EEESMP estratégias de intervenção que permitam ao doente portador de esquizofrenia manter a adesão à terapêutica, de modo a promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A mobilização de conhecimentos em diversas áreas e a sua exposição em diferentes contextos, implicam a necessidade de adequar a linguagem a cada situação, utilizando linguagem técnico-científica quando falamos com os nossos pares, e linguagem mais simples e clara, quando os nossos interlocutores são o próprio doente ou família, tendo em conta o raciocínio lógico e conhecimentos mais fundamentados.

A reflexão ética e deontológica sobre a nossa prática, tornou-se mais constante e clara, a UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem deu um contributo decisivo para esta noção. Embora a prática clínica sempre o tenha exigido, este percurso permitiu sistematizar e relembrar conceitos, bem como, reforçar estratégias de atuação.

A procura continua do saber, no sentido de dar resposta aos desafios e dilemas que surjam, através da pesquisa e aprofundamento de conhecimentos, constitui uma característica que permite uma prática profissional responsável e uma conduta adequada à profissão.

Entendemos, pois, ter alcançado as competências enunciadas, o que permitiu ampliar o nosso enriquecimento profissional e pessoal, e assim, contribuir para a dignificação desta nobre profissão que é ser enfermeiro.

## **PARTE II – METODOLOGIA PROJETO**

### **4. IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

No decorrer deste percurso académico, cedo percebemos que, todo aprofundamento e conhecimento adquirido, teria como destinatários os utentes do Centro de Saúde (CS) onde exercemos funções, de modo a que pudéssemos contribuir para o "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 onde se insere." (OMS, 2001), usufruindo assim de cuidados especializados na área da SMP.

O Regulamento n.º 365/2015 que indica os Padrões de Qualidade de Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental publicado em DR n.º 22, 2ª série de 25 de junho de 2015, reforça esta ideia, referindo ser essencial “(...) uma mudança de paradigma hospitalocêntrico e biomédico, para uma intervenção holística, de raiz comunitária (...)” e indica que se deve dar prioridade “(...) à realização de ações concretas a fim de melhorar a inclusão social e combater fenómenos de discriminação e de estigmatização.” (p. 17035).

Também em capítulos anteriores, abordámos o papel dos CSP na assistência ao DM e a importância do EEESMP nesse âmbito. Descrevemos de seguida, a abordagem à problemática identificada que deu origem à elaboração deste projeto.

#### **4.1. Diagnóstico da situação**

O CS onde exercemos funções e onde pretendemos implementar uma consulta de EEESMP, localiza-se na Região Interior Centro, estando integrado numa ULS.

A sua área geográfica é de 446,7 km<sup>2</sup>, 126 Km de perímetro, dividido em 10 freguesias com características distintas, nomeadamente, no que concerne ao número de habitantes residentes e às condições económicas e sociais. De acordo com as informações estatísticas dos Censos, relativamente à população residente em 2011, existem cerca de 15.880 habitantes, o que determina uma densidade populacional de 35,20 habitantes/km<sup>2</sup>. (Censos 2011)

No que respeita à idade, constata-se que a faixa etária compreendida entre 25 e 64 anos é a mais representativa da população residente, traduzindo cerca de 55% do total da população em 2011. Denota-se, no entanto, tal como no restante país, uma tendência progressiva para o envelhecimento da população, com diminuição dos grupos etários mais jovens (dos 0-24 anos) e aumento dos grupos etários mais velhos. (Censos, 2011)

O número de utentes inscritos no nosso CS, em janeiro de 2017, era de 14.369 utentes segundo dados recolhidos no SINUS®. Constata-se que a menor percentagem de utentes pertence ao grupo etário com idade inferior a 1 ano correspondendo a cerca de 0.64%, seguindo-se o de 1 a 9 anos com 6.75%, contrapondo com um valor elevado de utentes com idade superior a 80 anos, sendo este de 10,36%.

Na área de abrangência deste CS existem, enquanto estruturas sociais de apoio Centros de Dia (em quase todas as freguesias), Lares de Idosos, Jardim-de-infância e Creches (públicos e privados), Escolas Básicas (ensino básico e secundário), APPACDM, empresas e outras instituições articuladas em rede para dar resposta às necessidades sociais identificadas.

Quanto à rede de cuidados de saúde, ao nível dos Cuidados Diferenciados, os utentes são referenciados na sua maioria, para o hospital referido anteriormente, salvo ausência de resposta em determinada especialidade. A população pode ainda recorrer a serviços convencionados e particulares por meio de clínicas existentes.

São várias as valências que constituem o CS: Unidade de Cuidados Personalizados que inclui o Serviço de Atendimento Permanente que assegura 24h de assistência, Unidade de Cuidados na Comunidade e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados. Os enfermeiros deste CS são 21, sendo 11 enfermeiros especialistas, nenhum na área da ESMP. Para além da sede existem ainda 5 extensões de saúde em funcionamento parcial, apenas com consultas médicas, e outra com cuidados de enfermagem e consultas médicas diárias.

Uma das maiores dificuldades encontradas na nossa realidade, comum a todas as valências é a ausência de um TSSS no serviço. Existe alguma facilidade de comunicar e articular com os TSSS de outras instituições, mas, exige um gasto de tempo exagerado em diligências que deveriam ser executadas por outro profissional, tempo esse que poderia ser canalizado para outras ações.

Tendo em conta a experiência vivenciada no contexto do Estágio Final, definimos, como primeiros destinatários na implementação da nossa consulta, os DM cujo tratamento exige a administração periódica de neurolépticos de ação prolongada (NAP), pois identificamos como de extrema importância o cumprimento do esquema terapêutico no sucesso do seu tratamento e o quanto ele pode estar em risco, pela forma como estes doentes são assistidos.

Na área de influência do nosso CS, estão contabilizados 28 DM a realizar NAP. Cerca de 18 doentes têm idade compreendida entre os 40 e os 55 anos, existindo apenas 4 entre os 30 e os 40 anos e 6 com mais de 60 anos. A maioria tem o diagnóstico de esquizofrenia e realizam NAP há mais de 5 anos, havendo alguns casos de diagnóstico de psicose afetiva e fazerem este tipo de tratamento apenas há 2 anos. Apesar de apresentarem algumas limitações funcionais e cognitivas, são quase todos autónomos, e contam com o apoio das famílias com quem vivem.

Há apenas 3 situações em que a administração do NAP ocorre no domicílio, uma por déficit cognitivo que não permite a deslocação da utente, outra por se encontrar a tomar conta da mãe dependente, não lhe sendo possível deslocar-se para longe de casa e, finalmente outra, por ser a forma de garantir o equilíbrio e bem-estar do doente que não consegue sair de casa. A maioria vive em localidades pequenas, fora da vila e são acompanhados ao nível da especialidade de Psiquiatria, no hospital distrital que se insere na mesma ULS que o nosso CS, havendo outros que são acompanhados noutro hospital da região centro.

Assim, os DM que necessitam de realizar NAP, são atendidos na sala de tratamentos, que funciona em dias úteis das 9:00 às 17:00, e é o mesmo local onde se executam outros tratamentos, pensos e/ou injetáveis, avaliação de sinais vitais, mediante marcação por hora, sendo atendidos em simultâneo vários doentes, pelos enfermeiros que são diariamente escalados para essa sala.

Não está sistematizada nenhuma forma de controle de cumprimento do esquema terapêutico, sendo apenas a atenção e empenho dos profissionais que permite identificar o incumprimento. Não é, no entanto, prática comum diligenciar o motivo da ausência e muito menos encetar contacto para reagendar administração do NAP.

O contacto com a especialidade ao nível hospitalar, apenas acontece em casos muito pontuais relacionados com identificação de alteração do comportamento do doente ou por advertência do familiar, apesar deste contacto ser muito valioso, acessível, competente e extremamente cordial.

Pelo acima apresentado e reforçando que, taxas elevadas de não adesão terapêutica, aumentam a possibilidade de recaída e consequente reinternamento, entendemos que uma assistência de enfermagem especializada e uma articulação bem-sucedida entre o hospital e a comunidade poderá reduzir significativamente esta realidade e contribuir para restabelecer (ou mesmo aumentar) a capacidade funcional do indivíduo, bem como apoiar a sua família.

## **4.2. Definição de Objetivos**

Os objetivos ajudam na definição dos resultados que pretendemos obter, isto é, são os objetivos que norteiam a nossa ação. Após descrevermos a situação que nos parece passível de intervenção, definimos como objetivo geral a implementação da consulta de enfermagem especializada em SMP ao nível dos CSP. Os objetivos específicos deste projeto são:

- Melhorar a acessibilidade aos cuidados de SMP aos doentes portadores de DM a realizar NAP;
- Promover ambiente adequado à promoção de relação terapêutica;
- Intervir precocemente na deteção e resolução da descompensação do DM contribuindo para a redução das taxas de reinternamento;
- Contribuir para a redução do estigma relativo à doença mental, promovendo a inclusão social;
- Apoiar a família/cuidador incondicionalmente no processo terapêutico do DM;
- Implementar sistema de registos de enfermagem que permita demonstrar ganhos em saúde;
- Promover trabalho em rede, colaborando com recursos da comunidade potenciando a autonomia do DM.

### **4.3. Operacionalização**

Neste item descreveremos as atividades a desenvolver, bem como as estratégias e os meios que se pretende utilizar para alcançar os objetivos traçados.

A consulta de enfermagem especializada em SMP no âmbito dos CSP, pretende oferecer ao DM muito mais que um ato isolado que é a administração de NAP. Queremos proporcionar ao DM um ambiente adequado, de proximidade e confiança, de modo a favorecer a relação terapêutica.

A sua implementação implica disponibilizar ao EEESMP, semanalmente, pelo menos um dia dedicado a estes doentes, sendo a gestão do tempo, organizada pelo próprio. É ainda necessário, um gabinete específico utilizado só por si naqueles dias, garantindo disponibilidade, respeito e sigilo. O método de **gestão de caso** parece-nos ser o mais adequado na assistência a

estes indivíduos, pois permite coordenar cuidados de saúde individualizados e holísticos, assegurando continuidade de cuidados, respondendo às necessidades identificadas ajustando opções, potenciando assim resultados positivos. Em situações que seja inviável a deslocação do DM ao serviço, está prevista a nossa deslocação ao domicílio, de forma a garantir igualdade na assistência especializada.

Embora se tenha afirmado que a administração de terapêutica por si só, é insuficiente na assistência ao DM, **gerir o regime terapêutico**, é umas das intervenções basilares na atuação do EEESMP, pois a medicação desempenha um papel fundamental na redução de sintomas e consequente melhoria na funcionalidade do indivíduo. Compete-nos assim, adequando estratégias de intervenção, contribuir para adesão ao regime terapêutico. Na RIL (Apêndice I) elaborada no decorrer do Estágio Final, foi possível concluir que o EEESMP é o profissional mais próximo e habilitado para assegurar a gestão do regime terapêutico, tendo em conta a sua aptidão para gerir recursos e de conceber cuidados eficientemente de acordo com as necessidades identificadas, promovendo a recuperação da funcionalidade e agilizando os recursos existentes de modo a promover a reintegração do doente na comunidade.

O EEESMP, a cada contacto, munido de **pensamento crítico**, fará uma avaliação geral do doente, identificando alterações comportamentais ou do pensamento e implementando intervenções que permitam prevenir agudizações. Será também elaborado um **plano de cuidados individualizado**, determinando diagnósticos de enfermagem, identificando os resultados esperados e planeando intervenções adequadas, sempre que possível com a participação do DM e/ou seus familiares.

Também pretendemos que este espaço compreenda intervenções no âmbito **psicoterapêutico**, utilizando abordagens construtivas na gestão das diferenças manifestadas. Atingir o máximo de funcionalidade saudável e satisfatória, implica mobilizar cuidados na área da (re)educação, treino e reabilitação das suas capacidades e competências, tendo o EEESMP que mobilizar estratégias vocacionadas para o **orientar, ensinar, treinar, motivar, assistir, apoiar, advogar, capacitar**, entre outras.

No que respeita à **família/cuidador**, é importante demonstrar disponibilidade e cooperar, na resolução de problemas identificados, de modo a contribuir para a sua capacitação e evitar desequilíbrios nas relações.

A **observação** e a **comunicação** são preciosos instrumentos que permitem compreender o estado de SM dos indivíduos. Exige uma avaliação dos fatores protetores e promotores do bem-estar que contribuem para a manutenção do equilíbrio, bem como, dos fatores stressores que predispõem perturbação e conseqüente alteração do funcionamento do doente.

O ambiente que rodeia o indivíduo, pode ser um dos elementos que contribui para que este não seja/esteja funcional e/ou autónomo. Terá o EEESMP que agilizar intervenções que permitam identificar estas situações e mobilizar dinâmicas que atenuem o problema, promovendo **ações** mobilizadoras que **reduzam comportamentos abusivos**, como a ingestão de substâncias ou a violência.

Uma das vantagens de prestar cuidados ao nível comunitário, é que estão identificados os diversos parceiros sociais existentes, bem como, a cooperação entre os mesmos já está estabelecida por “pontes” criadas noutras ocasiões. A identificação e mobilização de **recursos da comunidade** contribui para a **reabilitação psicossocial**, permitindo ao DM integrar programas de treino de aptidão social e de desenvolvimento socioemocional, como forma de melhorar a sua autonomia e contribuir para **reduzir o estigma** relativo à doença mental e promover a **inclusão social**.

Caberá também ao EEESMP, **articular com o hospital** a assistência especializada ao doente, de modo a garantir resposta adequada e o menor transtorno possível para o seu funcionamento. Uma estreita relação entre equipas permite agilizar procedimentos, com ganhos efetivos para todos os intervenientes, incluindo a redução de despesas ao nível de respostas hospitalares e uma maior segurança e proximidade na relação.

A agilização do processo de registo, ocorrerá na plataforma SClínico<sup>®</sup>, implica a construção de indicadores e metas de saúde, ação a desenvolver em parceria com o departamento de informática e gabinete de parametrização da ULS.

A construção de diagnósticos de enfermagem será realizada tendo em conta a linguagem classificada CIPE<sup>®</sup> e as orientações da OE descritas no documento “Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica”. No que se refere à colheita de dados, esta deve ser realizada o mais completa possível, recolhendo obrigatoriamente dados

anamnésicos, antropométricos e exame mental, informação crucial para se proceder à fase seguinte do projeto - a avaliação.

#### **4.4. Avaliação**

A análise das respostas do doente às intervenções de enfermagem, ditam os resultados alcançados. Deste modo, a avaliação constitui uma etapa fundamental para que o nosso plano de cuidados esteja sempre atualizado e vá ao encontro das reais necessidades do doente.

A avaliação pode ser realizada a cada contacto ou sempre que há alterações significativas na sua situação. (Alvim, 2014)

Trata-se, pois, da etapa final do processo de enfermagem, e visa determinar a evolução do doente, permitindo alterar diagnósticos, reformular intervenções, de modo a alcançar os objetivos que são a recuperação/manutenção do equilíbrio da pessoa. Falamos, portanto, de um processo dinâmico, em continua evolução e com eventual necessidade de reajustes. (Amaral, 2010)

A aplicação de escalas de avaliação e o cumprimento de registos rigorosos, serão primordiais na avaliação da consulta. Analisar os dados obtidos através da plataforma SClínico<sup>®</sup>, as taxas de adesão terapêutica, número de reinternamentos, bem como índices de satisfação dos frequentadores da consulta permitirá reconhecer a importância da consulta e do trabalho especializado efetuado pelo EEESMP no âmbito dos CSP.

## 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Este relatório procurou descrever o trabalho desenvolvido durante o percurso formativo, refletindo sobre o nosso desenvolvimento pessoal e profissional, e ainda, demonstrando a aquisição de conhecimentos e competências para a intervenção especializada na área da ESMP. A melhoria da qualidade dos cuidados com recurso à investigação e a uma prática baseada na evidência, tendo em conta, referenciais éticos e deontológicos, foram a “meta” que pretendemos alcançar.

A experiência profissional, superior a vinte anos na área dos CSP, faz-nos olhar para o indivíduo de forma holística, intervindo sempre tendo em conta o ambiente que o rodeia, as suas limitações e potencialidades. Prestar cuidados de proximidade e enquadrados em determinado contexto é uma realidade sempre presente, mesmo quando implica diligências que ultrapassam as quatro paredes de um gabinete.

Quando falamos de um DM, somos obrigados a olhá-lo não apenas numa perspetiva biomédica, em que tratamos e satisfazemos necessidades mediante alterações físicas, não valorizando o papel dos fatores sociais e da subjetividade individual. É então preciso cuidar estes doentes, tendo em conta todo o contexto em que estão inseridos e ainda potenciar as suas capacidades, reabilitando-as e estimulando o alcance do máximo de autonomia, satisfação e qualidade de vida.

Apostar nas competências do EEESMP para cuidar e assistir estes doentes ao nível dos CSP, é garantir uma prática de enfermagem repleta de elevados padrões de qualidade no cuidar e consequentes ganhos para todos os intervenientes neste processo: para o doente e sua família pela recuperação da qualidade de vida, para os cuidados hospitalares porque permite poupar recursos e para o próprio EEESMP, por alcançar uma prática profissional de excelência, adequando a sua atuação à especificidade de cada situação, mobilizando-se como instrumento terapêutico.

A consulta de enfermagem especializada em SMP em contexto de CSP, oferece assim, uma resposta comunitária, baseada na RA, com o objetivo de aumentar o insight e as competências da pessoa/família com doença para resolução dos seus problemas. Trata-se, pois,

de um processo de reforço, que contribui para o processo de autonomização e inserção social e familiar.

Esta consulta surge como intervenção autónoma, pretende dar resposta às necessidades do DM e sua família, proporcionando assistência continuada e de proximidade, promovendo uma relação de segurança e de confiança.

A assistência do EEESMP ao nível dos CSP também implica a articulação com o hospital, estabelecendo com as equipas hospitalares meios de colaboração, de modo a garantir respostas adequadas à situação do doente, na tentativa de reduzir ao máximo, causar transtornos no seu dia-a-dia e a manutenção dos cuidados no contexto.

Os princípios estabelecidos para cumprimento desta premissa são: acessibilidade, compreensão, coordenação e continuidade do cuidado, efetividade, equidade e respeito pelos direitos humanos.

Assim, entendemos ter alcançado os objetivos a que nos propusemos no início deste trabalho. Por um lado, porque demonstrámos a relevância do papel do EEESMP ao nível dos CSP e, por outro, por termos demonstrado o cumprimento das competências relativas à área de especialização de ESMP.

É importante ainda referir, que elaborámos este documento não só com o intuito de cumprir os requisitos exigidos para concluir este percurso, mas também com a intenção de o aplicar na nossa prática clínica, propondo superiormente a implementação da consulta de enfermagem especializada em SMP no CS onde exercemos funções.

E porque a ação dos CSP também se foca na área da prevenção, pretendemos futuramente poder também acrescentar outras valências à consulta enfermagem especializada em SMP, nomeadamente na área da Saúde Escolar, através de ações de promoção da SM em toda a comunidade escolar, na área da Saúde Materna, na Preparação para o Parto, colaborando na preparação para a parentalidade, na área dos Cuidados Domiciliários, assistindo no stress do prestador de cuidados, e ainda, em outras situações relacionadas com ansiedade, humor alterado, processo de luto e auto estima alterada, de modo a contribuir para uma comunidade mentalmente mais saudável e, por consequência, aumentar o seu bem-estar em todas as vertentes que o constituem: física, psicológica, social e espiritual.

## **6. BIBLIOGRAFIA**

Almeida V., Lopes M., Damasceno M. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), 202-210.

Alvim S. (2013). O Processo de Enfermagem e suas Cinco Etapas, *Revista Enfermagem em Foco* 2013; 4(2): 140-141

Amaral, C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*. Loures: Lusociência.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto

Bernardino, E., Segui, M., Lemos, M., Peres, A. (2010). Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63, 459-463.

Braga L., Salgado P., Souza C., Prado-Junior P., Prado M., Melo M., Santos P. (2018, out-dez). O modelo de Betty Neuman no cuidado ao doente com cateter venoso periférico. *Revista de Enfermagem Referência, série IV* (19), 159-167.

Chalifour, J (2008). *A Intervenção Terapêutica*. Volume 1. Loures: Lusodidata.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE*. Suíça: Internacional Council of Nurses

Fawcett J, Neuman B., 5ª Ed., *The Neuman Systems Model*, USA: Pearson

Fernández, M. (2014). La comunicación en la relación de ayuda al cuidador principal. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 5(1), 56-63

Figueiroa-Rêgo, S. (2003). Século XXI: Novas e velhas problemáticas em enfermagem: Sistemas de informação e documentação em enfermagem e modelos de cuidados em uso. *Pensar enfermagem*, 7: 34 – 47

Freese, B. Neuman: Modelo de Sistemas. In A. Tomey Alligod. 5ª Ed., *Teorias da Enfermagem e sua Obra* (Modelos e Teorias de Enfermagem) (335-375). Loures: Lusociência

George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. 4ª Ed. (225 – 228). Porto Alegre: Artmed

Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal.

Acedido a 26 de maio de 2020 em:

[file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Censos2011\\_ResultadosDefinitivos\\_Portugal\\_2.pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Censos2011_ResultadosDefinitivos_Portugal_2.pdf)

Jesus, M., Cristina, P., et al. (2011). Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. *Revista da escola de enfermagem USP*, vol.45, n.5, 1229-1236. ISSN 0080-6234.

Lopes, M (2018). Forming and Maintaining Interpersonal Relationships. In Santos, J., *European Psychiatric Mental Health Nursing in the 21st Century* (1.ª edição), Lisboa: Springer International Publishing AG, 247 – 257

Mendes, J. (2006). A Relação de Ajuda: Um Instrumento no processo de cuidados de Enfermagem. *Revista de Formação Contínua em Enfermagem INFORMAR*, 36, 71-77

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016). Decreto Lei n.º 63/2016 publicado em Diário da República n.º 176/2016, Série I de 13 de setembro de 2016, 3159 – 3191

Ministério da Saúde (1999). Decreto-Lei n.º 35/99 publicado em Diário da República n.º 30/1999, Série I-A de 5 de fevereiro de 1999, 676 – 681

Ministério da Saúde (2014). *Portugal Saúde Mental em Números 2014*. Lisboa: Programa Nacional para a Saúde Mental, Direção Geral da Saúde [DGS]. Acedido em 26 de maio de 2020 em: [www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014.aspx](http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014.aspx)

Ministério da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: DGS

Ministério da Saúde (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa: Conselho Nacional de Saúde [CNS]

Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. 3ª Ed.. Norwalk, CT: Appleton & Lange

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Regulamento n.º 356/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental* publicado em DR n.º 122/2015, 2ª série. N.º 122 de 25 de junho de 2015, 17034-17041

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Pronúncia da OE ao Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental*. Acedido em 10 de março 2020 em:

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/PronunciaOE%20 RelatorioAvaliacaoPlano%20NacionalSaudeMental.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/PronunciaOE%20RelatorioAvaliacaoPlano%20NacionalSaudeMental.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica* publicado em DR n.º 151/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de agosto de 2018, 21427-21430

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Acedido em 4 março de 2020 em:

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9938/ppadr%C3%A3odocumenta%C3%A7%C3%A3o\\_enfermagem-sa%C3%BAdem-mental-e-psiqui%C3%A1trica\\_ausculata%C3%A7%C3%A3o\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9938/ppadr%C3%A3odocumenta%C3%A7%C3%A3o_enfermagem-sa%C3%BAdem-mental-e-psiqui%C3%A1trica_ausculata%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do EE* publicado em DR n.º 26/2009, 2ª série. N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019, 4744-4750

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2001), *Relatório mundial da Saúde mental: nova conceção, nova esperança*. Genebra. Acedido em 21 de maio de 2020 em:

[https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf?ua=1)

Organização Mundial de Saúde (2003) *Organization of services for mental health. Mental Health Policy and Service Guidance Package* Genebra: OMS. Acedido em 10 março 2020 em:

[https://www.who.int/mental\\_health/policy/services/4\\_organisation%20services\\_WEB\\_07.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/policy/services/4_organisation%20services_WEB_07.pdf?ua=1)

Organização Mundial de Saúde (2008). *Integração da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários: uma perspetiva global*. Genebra: OMS

Payne, A. (2003). *Técnicas de relaxamento – Um guia prático para profissionais de saúde*, 2ª Ed., Loures: Lusociência

Petronilho, F. A. (2017). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: Formação e Saúde

Rogers, C (2009). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora

Townsend, M. (2011). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado; a Prática Baseada na Evidência*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas

União Europeia [EU] (2015). *Joint Acton on Mental Health and Well-being: towards community-based and socially inclusive mental health care. Análise da situação em PORTUGAL*. Lisboa: JMH.

Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência*. 2ª Ed. Lisboa: Universidade Católica de Lisboa Editora