Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Gestão de Risco em Saúde Mental

Débora Esteves Barroso

2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Gestão de Risco em Saúde Mental

Débora Esteves Barroso

Orientador:

Mestre Domingos Manuel Quintas Malato

2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Domingos Malato, pela orientação, disponibilidade e partilha de conhecimentos. Muito obrigado pela dedicação, ajuda e incentivo ao longo destes meses e por me ter feito acreditar que a realização deste projecto seria possível.

Às Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus pela oportunidade de realização dos ensinos clínicos na Clinica Psiquiátrica de São José e pela aprendizagem proporcionada.

À Irmã Manuela Conceição pelo exemplo, apoio, ensinamentos e disponibilidade prestada.

Ao enfermeiro Carlos Aguiar, enfermeiro Luís Diogo e a enfermeira Ana Real por me ajudarem em cada dia a encontrar o sentido e a paixão de ser enfermeira.

A todos os clientes/familiares e a toda a equipa da Unidade de Reabilitação Psicossocial, Unidade de agudos e consultas externas da Clinica Psiquiátrica de São José pelo privilégio e satisfação que foi, ter trabalhado e aprendido convosco.

Aos meus amigos e colegas de trabalho pela força e apoio incondicional em todos os momentos.

Um agradecimento especial ao meu marido, pela paciência e pelo amor demostrado todos os dias, nunca irei esquecer o apoio num dos momentos mais importantes da minha vida.

Por fim agradeço às pessoas que estão no início de tudo, a Deus, aos meus pais, pelo exemplo, dedicação, apoio e amor diário e ainda ao meu irmão por dar alegria à minha vida.

Para finalizar agradeço a todos os que contribuíram directa ou indirectamente, para este trabalho e que não foram contemplados anteriormente. Obrigado a todos.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANA – American Nurse Association

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPSJ – Clinica Psiquiatrica São José

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CSS – Cuidados de Saúde Secundários

DGS – Direcção Geral de Saúde

IHSCJ – Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

IOM – Institute of Medicine

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

JCAHO – Joint Comission on Acreditation of Healthcare Organization

MAT – Medida de Adesão Terapêutica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organizações Mundial de Saúde

PII – Plano Individual de Intervenção

SNNIEA – Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos

RESUMO

O presente relatório pretende expor o percurso formativo que desenvolvi no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Pretende ainda contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde ao cliente/família com doença mental prevenindo os riscos inerentes ao internamente hospitalar e ambulatório. Os estágios foram realizados na Clínica de São José, que pertence ao Instituto das Irmãs Hospitaleiras, nas unidades de cuidados integrados, de consultas externas e de internamento de agudos.

Tendo em conta os objectivos estabelecidos, as actividades desenvolvidas e a reflexão crítica efectuada procurarei demonstrar, neste relatório que aprofundei e adquiri as competências inerentes ao perfil do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

A segurança do cliente é uma preocupação fundamental das organizações de saúde, nomeadamente as unidades de saúde mental e psiquiatria pela sua especificidade e vulnerabilidade. A gestão do risco torna-se assim num foco central de atenção para a sua concretização. Foram identificados diversos riscos nos contextos clínicos e, verificou-se a necessidade de implementar o manual de gestão de risco em unidades de saúde mental e psiquiatria.

Ao longo deste relatório pretendeu-se, através da apresentação de diversas situações reais vividas na primeira pessoa, demostrar de que forma as actividades e estratégias desenvolvidas, contribuíram de fora pertinente para a aquisição e desenvolvimento de competências. Outro objectivo consistiu no incentivo de boas praticas baseadas na evidência científica, visando a melhoria continua da qualidade prestada pelos enfermeiros, à pessoa ao longo da sua vida num contexto individual e familiar de forma a manter, melhorar e recuperar a sua saúde mental.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Gestão de Risco, Qualidade, Segurança do cliente.

ABSTRAT

This report seeks to expose the educational path developed under the Professional Nursing Master of the Specialisation in Mental Health and Psychiatric Nursing. It also aims to contribute to the improvement of health care provided to the patient/family with mental illness preventing the risks associated to patient admissions in Menthal Health Services. The internships were conducted at the "Clínica Psiquiátrica de São José - wich belongs to the institute "Irmãs Hospitaleiras", at the integrated care unit, the outpatient visits unit and the acute illness admission unit.
Regarding the objectives set, the activities carried out and the reflexions elaborated, I tried to demonstrate in this report the acquisition of the competencies inherent to the psychiatric and mental health specialized nurse profile.

Patient safety is a major concern of health organizations and specially of mental health and psychiatry units, for its patients specificity and vulnerability. Risk management becomes therefore a central focus of attention for their achievement. We identified several risks in clinical settings, and verified the need to implement the risk management operating manual in these units.

Throughout this report was intended, through the presentation of various real situations experienced in the first person, demonstrate how the activities and strategies developed, helped out the acquisition and development of relevant skills. It was also intended to demonstrate the encouragement of best practices based on scientific evidence, aimed at continuous improvement of quality provided by nurses to the person throughout their life in an individual and famillíar context in order to maintain, improve and regain their mental health.

Keywords: Mental Health and Psychiatric Nursing, Risk Management, Quality, Patient Safety.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 9

1.PROBLEMÁTICA EM ESTUDO 11

2.FINALIDADE E OBJECTIVOS 12

3.ENQUADRAMENTO TEÓRICO 13

3.1.Gestão de Risco nos serviços de Saúde Mental e Psiquiatria 13

3.2.Perfil do enfermeiro especialista em saúde Mental como gestor de risco 14

3.3. A Enfermagem e o Erro Clínico 16

3.4.Importância Segurança do Cliente nos Cuidados de Saúde 18

3.5.Modelo dos Sistemas de Cuidados de saúde de Betty Neuman 19

4. METODOLOGIA 21

4.1.Caracterização, organização e funcionamento dos Serviços 22

4.2. Actividades desenvolvidas e competências adquiridas 23

4.2.1. Cuidados de enfermagem especializados à pessoa com doença mental e família 23

4.2.1.1. Síntese dos contributos para o primeiro objectivo 42

4.2.2. Identificação e análise dos riscos 45

4.2.2.1. Discussão da análise dos riscos 58

5. QUESTÕES ÉTICAS 62

6. IMPLICAÇÕES/RECOMENDAÇÕES DO TRABALHO PARA A PRÁTICA 63

7. LIMITAÇÕES DO TRABALHO 64

8. CONCLUSÃO 66

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 68

APÊNDICES

Apêndice n.º 1 – Reflexões Criticas

Apêndice n.º 2 – Estudo de Caso – Unidade de Cuidados Integrados

Apêndice n.º 3 – Estudo de Caso – Unidade de Agudos

Apêndice n.º 4 - Planos de Sessões: Dinâmicas de Grupo

Apêndice n.º 5 – Manual de Gestão de Risco em Serviços de Saúde Mental

Apêndice n.º 6 – Projecto “Notificar, Melhorar e Aprender”

Apêndice n.º 7 – Programa de intervenção de Enfermagem – Adesão à Terapêutica

Apêndice n.º 8 – Protocolo de Articulação em Saúde Mental da CPSJ com os Cuidados de Saúde Primários

Apêndice n.º 9 – Procedimento da Consulta de Enfermagem de Psiquiatria

Apêndice n.º 10 – Apresentação da sessão sobre “A avaliação do Estado Mental” para Enfermeiros.

ANEXOS

Anexo I – Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

Anexo II – Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Anexo III – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental

Anexo IV – Instrumento de Registo do Plano Individual de Intervenção

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I – Riscos de segurança do cliente…….....47

Quadro II – Risco de agressão a clientes, profissionais e público……50

Quadro III – Riscos no cumprimento de metas…….……51

Quadro IV – Risco da credibilidade e confiança na unidade de saúde……51

Quadro V – Riscos do ambiente…….52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Riscos das Unidades de Saúde Mental……..…..…53

Gráfico 2 – Nível de riscos relacionados com a Segurança do cliente……..…53

Gráfico 3 – Riscos Associados do grupo de riscos para a segurança do cliente…..54

Gráfico 4 – Nível de riscos relacionados com a agressão……..……...55

Gráfico 5 – Nível de riscos relacionados com o cumprimento de metas……..…..55

Gráfico 6 – Nível de riscos relacionados com a credibilidade e confiança da unidade de saúde……..55

Gráfico 7 – Nível de riscos relacionados com o ambiente ……..……..56

Gráfico 8 – Riscos Associados do grupo de riscos para o ambiente….....56

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi proposta a elaboração deste relatório, tendo como principal objectivo dar visibilidade, de forma clara e concisa, às actividades e estratégias desenvolvidas ao longo do estágio. Deste modo, são descritas situações e problemas, assim como o desenvolvimento de estratégias de resolução para os mesmos, através de reflexões criticas sobre temáticas pertinentes e fulcrais para os diversos campos de estágio, com a finalidade de atingir os objectivos e as competências de Enfermeira Especialista nesta área.

Os ensinos clínicos, foram realizados no Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus na Clínica Psiquiátrica de São José, nas unidades de cuidados integrados, consultas externas e unidade de internamento de agudos. A elaboração deste projecto teve como perspectiva a prática clínica, tendo priveligiado um espaço de intervenção psicoeducativa, psico e sócio terapêutica, de partilha, reflexão e análise das intervenções de enfermagem e das experiências vividas nos vários contextos.

Ao longo do meu percurso desenvolvi interesse por algumas áreas nomeadamente pela qualidade nos cuidados de saúde, gestão de risco e segurança do cliente. Desta forma, acredito na articulação destas áreas com as competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria desenvolvendo actividades e intervenções que identifiquem que ambas caminham lado a lado.

A Ordem dos Enfermeiros tem como intenção promover a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando o cumprimento das regras de ética e deontologia profissionais (Oliveira, 2005). Segundo o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, OE 2010, os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

Nesse sentido, a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção de saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.

No que concerne à estrutura deste trabalho, por ser um trabalho que reflecte um percurso, a metodologia utilizada foi sobretudo descritiva, mas também de análise reflexiva, promovendo um crescimento pessoal e profissional, reflectindo na e sobre a prática. Inicia-se com a problemática em estudo, objectivos e finalidades, posteriormente, a identificação e justificação detalhada da área de gestão do risco, subdividida por áreas temáticas, pela gestão de risco e qualidade em Saúde Mental, o papel do enfermeiros especialista em saúde mental como gestor de risco, por fim aborda-se a ligação entre a enfermagem e o erro clínico, bem como, a segurança do cliente e o modelo conceptual Betty Neuman.

Para finalizar, deixam-se algumas considerações finais e perspectivas futuras, face ao desempenho do enfermeiro especialista na área de Enfermagem saúde mental e psiquiatria, terminando este relatório com uma breve conclusão, seguido da bibliografia consultada durante todo este processo.

A metodologia de apresentação deste relatório segue a norma de apresentação de trabalhos escritos APA.

1.PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Os serviços de saúde têm evoluído no sentido de prestar cuidados de qualidade cada vez maior ao cliente, sendo os enfermeiros um dos pilares desta prestação de cuidados.

A Gestão de Risco é uma prioridade recente e muito importante nas organizações de Saúde, encontrando-se ainda a dar os primeiros passos em Portugal. O risco é um conceito que se encontra afecto a todas as nossas actividades do dia-a-dia, estando igualmente implícito e associado à prestação de cuidados de saúde. No âmbito da saúde, os conceitos de risco e de erro adquirem maior relevo com elevado impacto ao nível da sociedade. Os enfermeiros, dado a complexidade das funções que desempenham, são responsáveis por mais incidentes e efeitos adversos do que qualquer outro profissional de saúde.

Hoje em dia a gestão de risco na saúde é um tema muito em voga, no entanto ainda pouco se fala da gestão de risco direccionado à saúde mental. No contexto dos cuidados de saúde mental e psiquiatria salienta-se que a população alvo dos nossos cuidados é considerada de risco não só pela vulnerabilidade em que muitas vezes se encontram mas também por se poderem constituir agentes de comportamentos de risco para o próprio e para terceiros. Nas unidades de saúde mental identificam-se riscos comuns à semelhança de outras unidades de diferentes áreas nomeadamente quedas, infecções, identificação incorrecta de clientes, erros terapêuticos e os riscos mais específicos da área saúde mental como suicídio, agressividade, estigma, não adesão à terapêutica, abusos e maus tratos.

Conclui-se que a segurança do cliente deve ser considerada como a base da qualidade dos cuidados e deve basear-se numa atitude preventiva. Neste contexto, o enfermeiro especialista em saúde mental desempenha um papel crucial na identificação de situações de risco, bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados, agindo de acordo com padrões de boas práticas e com fundamentação em evidência científica.

2.FINALIDADE E OBJECTIVOS

Os estágios clínicos realizados e a sua descrição e reflexão no presente relatório tiveram como finalidade a aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e psiquiatria intervindo na promoção e recuperação da saúde mental, prevenção da doença mental e na segurança do cliente. De seguida apresentam-se os objectivos gerais e específicos:

1. Desenvolver a prestação de cuidados a pessoa com doença mental num percurso conducente à apropriação do perfil de competências estabelecido para o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

- Identificar necessidades de cuidados em pessoas com doença em internamento e na comunidade, demonstrando capacidade de reflexão sobre a prática e conhecimentos aprofundados.
- Planear cuidados de enfermagem especializados, de forma sistemática e criativa, à pessoa com doença mental e sua família, que visam a resolução de problemas identificados, demonstrando iniciativa e capacidade de liderança;
- Prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, a pessoa com doença mental de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

2. Desenvolver estratégias de identificação e análise dos riscos reais e potenciais para a segurança do cliente

- Identificar as situações de risco reais e potenciais para a segurança do cliente nos serviços de Saúde Mental e Psiquiatria nomeadamente na unidade de agudos, unidade de cuidados Integrados e consultas externas da Clinica Psiquiátrica de São José.
- Analisar os riscos reais e potenciais para os clientes, profissionais e serviços de Saúde Mental e Psiquiatria nomeadamente a unidade de agudos, unidade de cuidados Integrados e consultas externas da Clinica Psiquiátrica de São José.

- Analisar os tipos de incidentes relacionados com a segurança do cliente na unidade de agudos, unidade de cuidados Integrados e consultas externas da Clinica Psiquiátrica de São José.

3.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

3.1.Gestão de Risco nos serviços de Saúde Mental e Psiquiatria

Falar ou escrever sobre qualidade é ao mesmo tempo difícil e apaixonante. Difícil porque a própria palavra qualidade é frequentemente utilizada com sentidos bem diversos. Apaixonante porque se trata de uma palavra que se aplica a tudo, desde a própria vida, passando pelos produtos e serviços que todos compramos até à gestão das organizações. Qualidade é satisfazer os utilizadores fornecendo-lhes produtos, serviços e ambientes que não só compram as suas expectativas básicas como ainda excedem as expectativas. Um serviço de saúde com qualidade é aquele que organiza os seus recursos da forma mais efectiva em resposta às necessidades sentidas, com segurança, sem desperdício e de acordo com padrões de elevado nível e respeito pelos direitos humanos (OMS,2008).

Um sistema de gestão da qualidade na área da saúde é constituído por uma série de procedimentos que ao serem seguidos aumentam a qualidade do desempenho clinico de um serviço, tendo como um dos objectivos a minimização da possibilidade de existência de erro clinico (Paladini, 2008).

A gestão do risco é um tema actual, corresponde a uma área emergente nas organizações de saúde, nomeadamente as de saúde mental, encontrando-se ainda a dar os primeiros passos em Portugal.

Segundo Oliveira (2005, p. 13), os objectivos da gestão do risco (clínico e não clínico) são: "*desenvolver e implementar processos para identificar e hierarquizar os riscos; estabelecer sistemas que permitam lidar com os riscos identificados, eliminando-os ou reduzindo-os a um nível aceitável; reduzir o efeito directo e consequente e o custo de incidentes que ainda possam ocorrer, através da criação de medidas de apoio efectivas; proteger o hospital e respectivo pessoal de responsabilidades legais*".

Torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos e da sociedade. A importância da saúde mental é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (2001), desde a sua origem, o que se reflecte na sua própria definição de saúde, como "não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade", mas como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social". Nos últimos tempos, esta definição ganhou uma maior distinção, como resultado de grandes progressos nas ciências biológicas e comportamentais. Estes, por sua vez, aperfeiçoaram a nossa maneira de compreender o funcionamento mental e a profunda relação entre saúde mental, física e social.

A doença mental abrange uma gama variada de perturbações que afectam o comportamento emocional, social e intelectual, manifestando-se em determinado momento ao longo da vida, antes do qual não existem alterações ou perda de capacidades. Pode, portanto, em muitos casos ser curada.

Embora a promoção da saúde mental positiva para todos os membros da sociedade seja evidentemente uma meta importante, ainda há muito que aprender sobre como atingir esse objectivo. Por outro lado, existem intervenções eficazes para uma série de problemas de saúde mental.

3.2.Perfil do enfermeiro especialista em saúde Mental como gestor de risco

A gestão de risco na área da saúde é uma área recente e ainda em desenvolvimento em Portugal, pelo que se procurou investigar o perfil do gestor do risco nas organizações de saúde portuguesas e quais as implicações da sua actuação.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), o enfermeiro especialista possui um "conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde", demonstrando elevados níveis de "julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção". O conjunto de competências clínicas especializadas, sucede do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais,

dessa forma, a definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro prestador de cuidados gerais.

A formação que o mesmo adquire sobre a área é determinante para o seu sucesso e compreensão do processo associado à gestão do risco. Esta formação poderá ser obtida ao longo do seu curso de formação, em pós-graduações, formações pontuais, através da leitura de livros, entre outras possibilidades. O processo de formação, de crescimento pessoal e profissional é assim contínuo.

Através das características pessoais, gosto e interesse pela área, motivação, conhecimentos e formação adequada em gestão do risco reúne-se os critérios para o gestor de risco. O enfermeiro especialista que reúna as características anteriormente referidas juntamente com as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental, reúne mais que critérios suficientes para desempenhar um excelente cargo de gestor de risco em unidades de saúde mental.
A possibilidade do enfermeiro assumir cargos de gestão nas unidades de saúde mental e psiquiatria é uma oportunidade para amplificar a sua área de intervenção, com repercussões na valorização da profissão.

No âmbito da gestão do risco clínico, os enfermeiros nas unidade de Saúde mental e psiquiatria, têm como objectivos: identificar situações de risco potencial e de crise e analisar, propor e implementar soluções para os problemas encontrados; identificar lacunas e realizar planos de intervenção para as colmatar, com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa dependente, família e cuidadores informais; contribuir para a criação do processo clínico, através dos registos de enfermagem traduzindo, deste modo, as práticas dos enfermeiros e os resultados de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Silvério, 2012).

Utilizando o processo de gestão do risco clínico, o enfermeiro especialista em saúde mental contribui para a prevenção de suicídio, não adesão à terapêutica, agressão, infecções, prevenção de quedas, prevenção de úlceras de pressão e de erros medicamentosos, assim como avaliação do risco de quedas e de úlceras de pressão.

Concluiu-se que o papel do enfermeiro especialista em saúde mental é fundamental na supervisão e monitorização de todas as etapas do processo de gestão do risco clínico, sendo um mediador da comunicação e um elo de ligação entre todos os intervenientes, promovendo a excelência da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nas unidades de saúde mental e psiquiatria.

3.3. A Enfermagem e o Erro Clínico

Eminentemente associado ao conceito de risco, encontramos o conceito de erro, o que pode desde já realçar a sua importância na dinâmica organizacional, sendo alvo de destaque numa política de gestão de risco. Segundo Fragata (2009), o **erro** caracteriza-se por um desvio de um resultado em relação a um plano pré-estabelecido ou o uso de um plano errado para atingir um dado objectivo.

Os enfermeiros são os profissionais que mais tempo passam junto dos clientes, tornando evidente que os cuidados de enfermagem estão inevitavelmente envolvidos na sua segurança (PORTUGAL, 2009).

Os enfermeiros não estão habituados a falar dos seus erros nem a reportá-los, e muito menos reflecti-los em equipa. A detecção e o reporte dos eventos adversos é de grande importância para a prevenção do erro em qualquer organização complexa, mas o comportamento na presença do erro é igualmente crucial. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2006, p.2), desde o relatório do *Institute of Medicine* (IOM), "*To Err is Human: Building a Safer Health System*" (1999), que identifica como uma importante causa de morte o erro clinico, tem vindo a ser crescente a evidência da relação de eventos adversos com os cuidados de enfermagem, tais como quedas, erros de terapêutica, infecções nosocomiais, readmissões, etc.

É urgente, assim, a reflexão e discussão deste tema nas equipas de saúde, nomeadamente por parte das equipas de enfermeiros. A melhoria deste problema passa pela mudança cultural dos enfermeiros para evitar e reportar o erro através da identificação, registo, análise, discussão e prevenção dos mesmos, numa cultura de responsabilidade e não de culpabilização.

Segundo a OE (2009) o enfermeiro "tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem"[1]. Mansoa (2010), refere que são vários os autores que afirmam que os enfermeiros devido a grande representação em termos de recursos humanos e por passarem uma grande parte do seu tempo com os utentes, são os responsáveis por mais efeitos adversos evitáveis do que qualquer profissional de saúde.

Implementar um sistema de reportar os erros é um passo fundamental para os evitar nos cuidados de saúde. Este deve ser anónimo e sem culpabilização. Outra estratégia complementar para diminuir os erros são as campanhas de incentivo ao reporte dos erros, ensinos, e iniciativas de segurança que visam introduzir normas de segurança (Fragata, 2011).

A melhoria deste problema passa pela mudança cultural dos enfermeiros para evitar e reportar o erro através da identificação, registo, análise, discussão e prevenção dos mesmos, numa cultura de responsabilidade e não de culpabilização.

É essencial que os enfermeiros mudem a sua atitude perante o erro, o que significa reportar o erro em vez de o esconder, identificar melhor os eventos adversos e diminuir os erros pela capacidade de os prevenir. Para isto é essencial a reflexão individual e em equipa e uma adequada supervisão clinica. Se se falar abertamente sobre os erros, estes podem ser prevenidos, permitindo percorrer o caminho desejável no sentido de construir sistemas de saúde que se conhecem verdadeiramente, e que prestam cuidados seguros e de excelente qualidade.
A sensibilização para este problema permitirá uma maior maturidade por parte dos enfermeiros, clínicos, gestores e sociedade civil, sobre a forma de encarar um erro que é humano mas que resulta de uma responsabilidade partilhada, e não apenas de falhas indevidamente atribuídas a um único indivíduo.

[1] *Anexo do Estatuto da OE art.º 76º n.º 1 e 2 republicado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro*

3.4.Importância da Segurança do Cliente nos Cuidados de Saúde

A Segurança dos clientes é uma área prioritária nas intervenções dos cuidados de saúde. Segundo Mansoa (2010), a segurança e qualidade têm sido reconhecidos como factores chave na criação de sistemas de saúde acessíveis, efectivos e eficazes.

A segurança do cliente é um dos pilares da qualidade dos cuidados em saúde e responsabilidade dos vários envolvidos: sociedade, individuo, profissionais de saúde, formadores, governos, ordens profissionais, associações etc. Para evidenciar esta crescente preocupação com o problema da segurança do cliente foi criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a *Word Alliance for Patient Safety* em 2004.

Florence Nightingale a "mãe " da enfermagem como é conhecida, em 1959 defendia a segurança nos cuidados de enfermagem, propondo que os enfermeiros através da sua prática colocassem o cliente na melhor condição possível para que a natureza actuasse sobre ele. A *American Nurses Association* (ANA) afirma também que uma característica essencial da enfermagem é a prestação de cuidados que promovam a relação saúde e tratamento.

A segurança do cliente baseia-se na identificação dos riscos, na gestão e prevenção dos incidentes e eventos adversos, admitindo e aceitando que os mesmos podem ocorrer mas também são, na maioria dos casos evitáveis. Desta forma, a DGS elaborou um sistema nacional chamado Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos (SNNIEA), é estruturado de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde e o Conselho da União Europeia, abrange todos os níveis e áreas de prestação de cuidados, e tem como objectivo dotar os cidadãos e os profissionais de saúde de uma ferramenta para a notificação e aprendizagem com o erro. Este sistema assenta em notificações feitas de forma voluntária, anónima, confidencial e não punitiva. Para que todas as unidades de saúde garantam a comparabilidade dos dados sobre a segurança do cliente, devem adoptar a taxonomia definida no relatório técnico " Estrutura conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do cliente".

As metas internacionais para a segurança do cliente são o principal foco de vigilância permanente, em termos de segurança clínica, definidas pela OMS e pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO): 1) Correcta identificação de clientes; 2) Melhoria de comunicação; 3) Melhoria de segurança em relação a medicamentos perigosos; 4) Cirurgias corretas; 5) Redução de infeções nosocomiais; 6) Redução do risco associado a quedas de clientes. Estas campanhas são estratégias de segurança para a promoção de uma cultura de segurança nas instituições de cuidados de saúde, tentando diminuir, assim, a probabilidade de erro.

3.5.Modelo dos Sistemas de Cuidados de saúde de Betty Neuman

Para o desenvolvimento de competências e prestação de cuidados de enfermagem de excelência, torna-se crucial a elaboração de um processo de enfermagem rigoroso, fundamentado com a utilização de um modelo teórico adequado e praticável.Durante os estágios utilizei como referencia o Modelo dos Sistemas de Cuidados de Saúde de Betty Neuman, na realização dos processos de enfermagem.

Este modelo é fundamentado na Teoria Geral dos Sistemas, que refere que um sistema deve ser visto como um todo, e não como a soma das suas partes, ou seja, deve ser visto como uma organização dinâmica de um conjunto, com limites, mas com interacções, tentando manter um equilíbrio dinâmico com os subsistemas e com o sistema maior a que pertence. Ocupa-se dos efeitos e das reacções do indivíduo perante um elemento causador de stress/tensão, e de que forma esse elemento poderá contribuir, ou não, para a manutenção da saúde. O indivíduo é descrito como um ser holístico e um sistema aberto que interactua com o meio ambiente, de modo a facilitar a harmonia e o equilíbrio entre o ambiente interno e externo.
O modelo é composto essencialmente por dois elementos: o causador de stress e a reacção ao mesmo, somados às variáveis de tempo e/ou ocorrências, condições presentes e/ou passadas do indivíduo, natureza e intensidade do factor de stress e a quantidade de energia solicitada pelo organismo, para se adaptar às situações.Uma

das vantagens do presente modelo é que o sistema-cliente pode ser a pessoa, enquanto individuo, família, grupo ou comunidade (Newman, 2011).

As intervenções de Enfermagem têm como objectivo reduzir os factores de stress e as condições adversas que afectam, ou poderiam afectar o funcionamento óptimo, de um indivíduo, perante determinada situação. Segundo Neuman (2011), as intervenções de Enfermagem comportam três tipos de prevenção, a primária, secundária e terciária.

4. METODOLOGIA

A metodologia assegura um processo rigoroso que permite atingir determinado fim, neste caso, a aquisição das competências inerentes à prática da enfermagem na especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria.

Considero os ensinos clínicos fundamentais no meu caminho de aprendizagem para a especialidade, não só pela oportunidade de aprofundar o conhecimento sobre a saúde mental e psiquiátrica, mas principalmente pelo conhecimento da mente humana, permitindo conhecer verdadeiramente os clientes, compreende-los e lidar da melhor forma com eles.

Com o intuito de atingir os objectivos e as competências referidas anteriormente, o estágio foi dividido em três partes. Uma primeira parte, na unidade de Cuidados Integrados onde fiz o estágio em reabilitação psicossocial, durante os meses de Outubro e Novembro de 2012, segunda parte, no serviço de consultas externas durante duas semanas de Dezembro de 2012 e duas em Janeiro de 2013, por ultimo, concluí o último ensino clínico de Janeiro a Fevereiro de 2013 na unidade de internamento de agudos. Decidi realizar os estágios na Instituição das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus por conhecer a instituição e por serem uma organização de saúde de referência e direccionada para a Saúde Mental e Psiquiatria a nível mundial. Desta forma tinha a garantia de que iria tirar o maior proveito deste estágio e de que iria atingir todos os objectivos propostos.

As competências adquirem-se não só pela pesquisa de conceitos teóricos, mas também, pela articulação desses conceitos com o desenvolvimento de habilidades práticas de intervenção. Enquanto futura Enfermeira Especialista na área da Saúde Mental, senti necessidade de um maior investimento, pelo que mobilizei e aperfeiçoei os meus conhecimentos através de uma exaustiva pesquisa bibliográfica e consulta a peritos em diversas temáticas específicas, de forma a garantir uma evidência científica aplicada à prática.

4.1.Caracterização, organização e funcionamento dos Serviços

A Clinica Psiquiátrica de São José (CPSJ), foi fundada em 1956 e é uma IPSS. Com uma capacidade para 190 clientes, esta clínica dá resposta a nível de internamento a clientes com doença mental aguda ou agudizada, clientes de evolução prolongada e deficientes mentais. Pertence a congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IHSCJ) que tem como missão no campo da Saúde desenvolve-se através da oferta de serviços para pessoas com perturbações mentais, deficientes físicos e psíquicos e ocasionalmente pessoas com outras patologias. Em Portugal a Congregação está presente desde 1894, realizando a sua missão em 12 estabelecimentos de saúde, dos quais 8 situam-se no Continente e 4 nas Ilhas autónomas (2 na Madeira e 2 nos Açores), tendo cerca de 2800 camas de programa integrado de recuperação internamento.

A **unidade de cuidados integrados** tem um programa específico chamado psicossocial. É um programa que funciona, em regime de médio internamento (tem um período médio de permanência de 2 a 3 meses e máximo de 6 meses), em regime ambulatório, onde se propõe a criação de um ambiente familiar terapêutico que compreende a aplicação de um plano terapêutico com diversas actividades organizadas e pretende desenvolver um programa de competências interpessoais com vista à plena autonomia e independência. Tem como principal objectivo promover a capacidade de integração no meio social, familiar e profissional (reinserção na comunidade). O processo de reabilitação psicossocial da perturbação mental implica 2 vertentes, uma individual e outra social, visto que incide por um lado, na recuperação e aprendizagem de competências pessoais e relacionais, e por outro, na criação de suportes sociais adequados aos níveis de autonomia ou dependência dos clientes. Defende uma abordagem biopsicossocial que é também defendida pela OMS, ultrapassando o modelo exclusivamente médico e realçando a importância dos factores psicológicos e sociais como determinantes das doenças mentais e como instrumento para a recuperação e a melhoria da qualidade de vida dos clientes, incitando sempre que possível à emancipação do cliente mental.

O **serviço de consulta externa** da Clínica Psiquiátrica de São José encontra-se a Unidade de Ambulatório, onde existem as consultas programadas de Psiquiatria, consultas de gerontopsiquiatria, consultas de terapia familiar, consulta de técnico de rreferência, consultas de Enfermagem, consultas de Fisiatria e consultas de Psicologia). Estas consultas foram essenciais na aquisição de conhecimentos sobre a patologia psiquiátrica, mas principalmente pelo conhecimento da mente humana, pela importância de conhecer verdadeiramente os clientes conseguindo compreende-los, permitindo-nos lidar da melhor forma com eles.

A **unidade de internamento de agudos** é uma unidade de clientes em situação aguda em internamento. Responde a clientes com patologia psiquiátrica de diversa ordem que necessitem de estadia de curto internamento – em média até um mês, tendo capacidade para 30 utentes de ambos os sexos. Da sua lotação faz parte 3 unidades privadas / individualizadas. A admissão de utentes a esta unidade faz-se através da consulta de psiquiatria e com o seu consentimento.

No período de internamento, estes utentes são acompanhados por uma equipa multidisciplinar da qual destacamos: o enfermeiro, o psiquiatra, o clínico geral, o psicólogo, o terapeuta ocupacional e o assistente social (em casos pontuais). Alguns utentes – de acordo com o seu quadro clínico – podem ser integrados em programas de reabilitação, nomeadamente, psicomotricidade, ateliers, etc.A alta faz-se sempre em ligação estreita com a família e/ou cuidadores informais / amigos. Por vezes, e após uma avaliação individualizada, o utente poderá ser transferido para a unidade de cuidados integrados desta clínica para continuidade de plano terapêutico ou para outras instituições da área de saúde mental.

4.2. Actividades desenvolvidas e competências adquiridas

4.2.1. Cuidados de enfermagem especializados à pessoa com doença mental e família

Com base na aquisição das competências do enfermeiro especialista em saúde mental, foram estabelecidos vários objectivos orientativos para a realização dos ensinos clínicos. Foram estabelecidos dois objectivos gerais e vários objectivos

específicos. Estes vão sendo mencionados ao longo deste capítulo, seguindo-se as actividades desenvolvidas que contribuem mais directamente para os atingir. Isto sem prejuízo de se saber que todas as actividades desenvolvidas neste estágio podem de alguma forma contribuir para o atingir de todos os objectivos.

Relativamente ao **primeiro objectivo geral** *"desenvolver a prestação de cuidados a pessoa com doença mental num percurso conducente à apropriação do perfil de competências estabelecido para o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria",* pretende-se estabelecer um fio condutor de formação no sentido de capacitar o enfermeiro para a prestação de cuidados de saúde ao cliente mental. Tal objectivo pode ser conseguido através da aquisição de todas as competências inicialmente definidas, e através da individualização dos cuidados prestados a cada cliente tendo em conta o seu problema de saúde e a identificação das suas necessidades em internamento e na comunidade. Assim, demonstrando capacidade de reflexão sobre a prática e conhecimentos aprofundados realizei as seguintes actividades:

- **Conhecer detalhadamente os serviços, a sua dinâmica e projectos;**

Esta actividade teve o objectivo de facilitar a minha integração nos serviços através da consulta de normas e protocolos do serviço, observação das dinâmicas dos serviços, e assistência às reuniões de serviço, possibilitando assim uma prestação de cuidados mais adequada, bem como uma maior possibilidade de reconhecimento de necessidades e oportunidades de melhoria dos cuidados de saúde prestados naquele serviço em particular.

- **Identificar problemas/necessidades no serviço, bem como necessidades manifestadas pelos clientes e sua família;**

Através do conhecimento profundo dos serviços, seus projectos e dinâmicas, e através do diálogo com profissionais, clientes e suas famílias, é possível perceber quais as oportunidades de melhoria para o serviço. Através da entrevista de triagem e de admissão, avaliação do estado mental, realização de um plano individual de intervenção, bem como da adequada instituição de uma relação terapêutica, utilizando instrumentos de análise de interacção, identificando emoções e

sentimentos, valores e outros factores pessoais ou circunstanciais passíveis de interferir na relação terapêutica é possível a identificação de necessidades e expectativas do cliente e família, no sentido de promoção de saúde e prevenção de doença mental.

Consegui realizar uma avaliação ampliada das pessoas e famílias como os valores e cultura, os papéis na família e sociais, os comportamentos de auto-estima, o stress, as tarefas de desenvolvimento, os insucessos ou frustrações da vida. De forma a identificar as necessidades de promoção da saúde e de prevenção da doença mental, realizei a avaliação através da observação comportamental, de entrevistas de triagem, entrevistas de suporte e relação de ajuda, onde em ambas as entrevistas realizei a avaliação do estado mental do cliente, durante as entrevistas com a família, na relação terapêutica estabelecida com os clientes, verificação de dados do processo clínico, e reuniões com a equipa multidisciplinar.

Em todos os serviços os enfermeiros desempenham também o papel de técnico de referência, ou seja, técnico de saúde designado pela equipa interdisciplinar em função da área prioritária de necessidades/potencialidades de intervenção do utente, identificadas após a avaliação multidimensional e que será responsável pela validação do plano Individual de Intervenção (PII) com o cliente e família/tutor/pessoa significativa, pela monitorização e pela revisão. Outra das actividades realizadas foi a elaboração dos planos individuais de intervenção (PII).

Visa organizar, operacionalizar e integrar todas as respostas às necessidades/problemas e expectativas da pessoa cliente. Permite planear os cuidados de saúde promovendo a prevenção, o tratamento, a reabilitação psicossocial, a autonomia e a qualidade de vida da pessoa cliente, respeitando hábitos, preferências, confidencialidade e privacidade. Os cuidados definidos neste plano devem ter em conta não só as necessidades/problemas do utente como também as suas potencialidades e expectativas. Este plano, sempre que a situação clínica do cliente permitir, deve ser efectuado em conjunto com o cliente e com a participação da família/tutor/pessoa significativa.

O PII é elaborado em instrumento próprio (Anexo 4) instrumento de registo do plano individual de intervenção) e integra o processo clínico. Deverá ser entregue uma cópia do PII à pessoa assistida e/ou família/tutor/pessoa significativa. É elaborado no prazo máximo de 72 horas após a admissão na unidades de cuidados integrados e unidade de internamento de agudos. Logo que a situação clínica da pessoa assistida o permitir o PII deve ser discutido com a mesma.

- **Realizar práticas reflexivas de auto-análise (reflexões semanais);**

Estas reflexões foram um instrumento fundamental de autoconhecimento e consciência própria enquanto pessoa e enfermeira tendo em conta as experiências vivenciadas durante os ensinos clínicos através da relação terapêutica com o cliente e recorrendo a intervenções psicoterapêuticas, sócio-terapêuticas, psicossociais e psico-educativas, contribuindo desta forma para uma análise ao trabalho efectuado, percepção de necessidades de melhoria em determinados aspectos teóricos e práticos, e melhor conhecimento de mim própria, dos locais de estágios e dos clientes a quem prestei cuidados. São instrumentos chave para a aquisição da competência de auto conhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

Estas foram fundamentais para aquisição da competência *"deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional",* encontrando-se em apêndice n.º 1. A tomada de consciência do meu eu, dos sentimentos, das emoções, das vivências e história pessoal são ricos na relação terapêutica e nas intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas, ou seja, o auto conhecimento revela-se essencial para a compreensão e ajuda do outro.

- **Mobilizar conhecimentos especializados na área de Saúde Mental e Psiquiatria;**

Este é um aspecto essencial e imprescindível na capacitação de qualquer enfermeiro especialista em saúde mental. A pesquisa e leitura de bibliografia adequada torna-se um componente fundamental na aquisição do conhecimento teórico, permitindo depois uma interacção com os conhecimentos adquiridos na

prática clínica, capacitando o enfermeiro especialista nas competências de diagnóstico de problemas de saúde mental e outros problemas relacionados, utilizando sistemas de taxonomia padronizados no diagnóstico de enfermagem e problemas de saúde mental, nomeadamente, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® 2.

Tentei sempre oferecer fundamentação para os cuidados que prestei, bem como estabelecer prioridades gerindo o tempo. Ao longo do estágio houve maior necessidade de gestão do tempo uma vez que me foram atribuindo mais e maiores responsabilidades, pelo que o volume de trabalho foi aumentando e também a necessidade de me ir adaptando e planeando adequadamente o turno

Esta actividade consistiu na integração dos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos e desenvolvidos, bem como no reconhecimento de necessidades específicas do serviço, no desenvolvimento de projectos e actividades pertinentes e com utilidade prática, sempre no sentido de melhoria contínua dos cuidados prestados e numa maior promoção e desenvolvimento da profissão de enfermagem na área da saúde mental com cuidados especializados e personalizados.

Consegui demonstrar conhecimentos e responder de forma adequada ao que era pedido, transmitindo segurança às pessoas, famílias e aos profissionais de saúde. Fundamentei as minhas acções e opções, baseando-me na investigação e estudo que ia realizando consoante as minhas necessidades. Apresentei uma postura crítica e reflexiva, tendo mostrado habilidades muito para além dos aspectos técnicos. Discuti com a equipa de enfermagem as melhores formas de actuar em diferentes situações.

- **Trabalhar com equipa multidisciplinar;**

A prestação de cuidados em saúde mental passa obrigatoriamente pelo trabalho em equipa multidisciplinar integrada, optimizando e mobilizando uma serie de recursos sempre com vista à prestação dos melhores cuidados ao cliente, oferecendo-lhe as soluções adequadas às suas necessidades. Também em termos formativos se torna bastante vantajoso o trabalho em equipa, contribuindo para a formação e melhoria contínua dos conhecimentos teóricos e práticos.

Esta actividade foi essencial na melhoria da minha formação enquanto enfermeira especialista, através do contacto com colegas e orientadores, absorvendo as suas opiniões, reflectindo sobre isso, e redireccionando o meu trajecto de formação quando necessário, sempre que foram reconhecidas falhas ou necessidades de melhoria. Desenvolvi esta actividade em todos os estágios, mas efectivamente onde a sua visibilidade foi maior foi na unidade de cuidados de integrados pelo dinamismo da equipa e pala metodologia de trabalho que o serviço apresenta. Nos outros serviços apenas verifiquei este trabalho em equipa multidisciplinar nas reuniões de apresentação e discussão do plano individual de intervenção que falei anteriormente. Uma mais valia para a prestação de cuidados visando a orientação para o cliente.

- **Mobilização de conhecimentos na área de intervenção comunitária através da pesquisa de bibliografia adequada e visita a residências comunitárias (da pontinha e a residência da galileia) de capacitação do cliente e treino da sua autonomia durante o estágio das consultas externas;**

Estas actividades visaram uma melhor percepção da vida dos clientes em comunidade, dos recursos existentes, da articulação com os cuidados de saúde primários, e do cliente seguido em ambulatório. Foram fundamentais para a identificação e avaliação das necessidades individuais e familiares em grupo e planeamento de intervenções de enfermagem adequadas a estas. Foram ainda importantes na aquisição de outras competências do enfermeiro especialista, nomeadamente no planeamento e implementação de cuidados de enfermagem visando a prevenção da doença mental, bem como a promoção de processos de readaptação e reabilitação do cliente, identificação e satisfação das suas necessidades fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida. Permitiu ainda ter uma grande percepção da variedade cultural dos clientes observados, bem como do modo como a cultura, etnicidade e espiritualidade influência a representação da saúde e da doença mental bem como a diversidade de manifestações de doença, possibilitando uma melhor adequação de cada plano terapêutico a cada cliente sempre entendido numa abordagem holística.

Ainda neste âmbito, tive a oportunidade de conhecer o trabalho desenvolvido nas residências comunitárias da CPSJ, pude observar a sua grande importância para a reabilitação do utente e para uma boa integração futura na comunidade.

A enfermagem da Saúde Mental Comunitária tem como um dos objectivos a incorporação da pessoa com doença mental na respectiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os confinar, mais ou menos de forma permanente, em instituições psiquiátricas. Estas residências, uma dentro da instituição e outra na Pontinha, destinam-se a utentes do foro psiquiátrico em situações de reabilitação. É uma unidade de vida autónoma, destinada a pessoas adultas com problemática psiquiátrica e de evolução crónica clinicamente estável e que necessitam de treino de autonomia. Tem como finalidade a promoção da autonomia, a estabilidade emocional e a participação social, com vista à integração social, familiar e profissional, assegurando a prestação de serviços médicos e sociais. Pretende uma maior reintegração social e familiar das pessoas com incapacidade psicossocial, preparando-as para o regresso ao domicílio e proporciona suporte residencial com vista à integração em actividades de socialização, a melhoria da qualidade de vida e maior participação social, promovendo deste modo, a integração sócio-ocupacional. Ambas as residências têm uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, assistentes operacionais, médicos psiquiatras e clínicos gerais, terapeuta ocupacional, técnico de psicomotricidade técnica de serviço social, psicólogos, serviço de fisioterapia. Os clientes beneficiam de uma diversidade de actividades realizadas por técnicos da equipa multidisciplinar, expressão plástica, psicomotricidade, terapia ocupacional, jogos de salão, ginástica, artesanato, pintura, acompanhamento espiritual.

Um trabalho muito interessante na medida em que podemos intervir na aquisição de competências, comportamentos e rotinas nestes utentes que residem nestas residências e é gratificante ver quando são inseridos na residência e posteriormente na comunidade. Deste projecto so tenho a referir uma lacuna que identifiquei, a intervenção do enfermeiro é muito pouca e deve-se a escassez de recursos humanos. O enfermeiro apenas vai às residências uma vez por mês e no mínimo

deveria ir uma vez por semana para poder intervir em alguma necessidade que encontre imediatamente.

- **Assisti e realizei consulta de enfermagem de aconselhamento e administração de injectáveis depo e assisti a consultas médicas de psiquiatria;**

Ppermitiu-me ganhar maior à vontade no reconhecimento de sinais e sintomas em saúde mental, realização de diagnósticos, e percepção dos planos terapêuticos mais adequados para cada situação particular.

As **consultas de triagem de enfermagem** realizam-se diariamente (telefonicamente, email, pessoalmente) e com articulação com as unidades de internamento e serviço de admissões. Nestas consultas verifiquei uma lacuna da avaliação do estado mental, pois não era realizado adequadamente. Desta, forma elaborou-se uma apresentação para o serviço sobre a avaliação do estado mental do cliente que se encontra em apêndice n.º10.

Na **consultas de enfermagem** realizam-se entrevistas de suporte, de aconselhamento administração de injectáveis, tratamento de pensos, relação terapêutica, avaliação do estado mental, disponibilização de informação quando necessário e que seja pertinente para o utente.Tive a oportunidade de realizar consultas de enfermagem e de triagem para curto, médio e longo internamento. Foram sem dúvida, aquelas que achei mais importantes na minha formação,dado que são aquelas que irei realizar no meu dia-a-dia como enfermeira especialista de Saúde Mental e Psiquiatria.

Estas consultas revelaram-se uma agradável surpresa para mim, dado que, como referi anteriormente, pensava que iriam ser bastante monótonas, no entanto, as consultas foram bastante variadas e pecebi que são de uma importância extrema para os clientes. Estas consultas permitem um acompanhamento mais próximo após a alta, permitindo também que os clientes se sintam apoiados em situações de recaída e em todo o processo de manutenção pós-alta. Para além disso, podemos nestas consultas perceber se existem ou não sinais de recidiva da sintomatologia e agravamento da patologia, adesão à terapêutica e perceber como tem decorrido a

reintegração familiar, social e laboral, fornecendo ferramentas aos clientes para uma reintegração mais fácil e rápida após a alta. Durante estas consultas tive oportunidade de observar clientes com várias patologias. As patologias mais frequentes foram do foro afectivo, nomeadamente as depressões major e as doenças bipolares, no entanto vi também alguns clientes com outro tipo de patologias, nomeadamente perturbações psicóticas e perturbações de personalidade.

Em relação ao papel do enfermeiro especialista nestas consultas há muito potencial a ser desenvolvido ao nível de intervenções mais diferenciadas e alguns aspectos que devem ser melhorados. No serviço existe apenas um enfermeiro o que é uma grande lacuna para o desenvolvimento deste. Neste serviço o enfermeiro dá apoio às consultas médicas, realiza a triagem, orienta a consulta de enfermagem a utentes e familiares onde estão incluídos alguns ensinos e administra injectáveis, dá ainda apoio às residências comunitárias. Tive oportunidade de participar em tudo com pouca dificuldade. Senti que na triagem/admissão deveria existir uma folha de colheita de dados mais completa, assim como na consulta enfermagem deve estar incluído a avaliação do estado mental. A ausência de folhetos informativos para disponibilizar ao utente e família também é um aspecto a melhorar assim como a articulação com os cuidados primários.

Assistir às **reuniões clínicas de serviço mensais** – todas as últimas 6ªf do mês assim como observar as **consultas programadas de Psiquiatria** constituíram parte da actividade realizada durante o estágio. Foram importantes na medida em que alguns clientes foram depois seguidos no internamento. Nestas consultas são principalmente acompanhados clientes do distrito de Lisboa, Setúbal, Santarém e de outros distritos com patologia psiquiátrica que justifiquem acompanhamento em consulta de psiquiatria e consultas de acompanhamento pós-alta. Para além das consultas programadas de psiquiatria, existem neste edifício também consultas de psicologia, enfermagem, que podem ser solicitadas pelo próprio ou normalmente pelo Psiquiatra sempre que este considere que o utente beneficia de uma avaliação ou procedimento técnico dessa área específica.

- **Assistir às reuniões de serviço todas as segundas-feiras e reuniões de equipa técnica na unidade de cuidados intermédios e as reuniões comunitárias na unidade de cuidados intermédios e unidade de internamento de agudos.**

Esta actividade vem no sentido de integração na equipa do serviço, compreensão e conhecimento detalhado dos serviços, assim como, dinâmica, projectos em curso e em desenvolvimento. Foram essenciais para a identificação de necessidades e problemas, assim como, a continuidade dos cuidados ao cliente e família tanto em internamento como na comunidade.

As reuniões clínicas de serviço mensais, reuniões de equipa multidisciplinar e reuniões comunitárias foram uma pratica semanal dos estágios e uma mais valia para a excelência do trabalho de equipa e articulação de cuidados.

Nas presentes reuniões são discutidas e analisadas as alterações, melhorias ou outras situações de clientes. São essenciais para a continuidade dos cuidados prestados pois todos os técnicos têm a oportunidade de conhecer na íntegra os clientes a quem temos a missão de cuidar bem como o plano multidisciplinar para eles traçado, facilitando desta forma a sua reabilitação. Nas reuniões comunitárias os clientes manifestam as suas preocupações relativamente a questões que tem implicações para todos os clientes e profissionais de saúde do serviço. Considero estas reuniões essenciais para a reabilitação dos utentes.

O **segundo objectivo especifico** *"Planear cuidados de enfermagem especializados, de forma sistemática e criativa, à pessoa com doença mental e sua família, que visam a resolução de problemas identificados, demonstrando iniciativa e capacidade de liderança",* pretende para além da capacitação do enfermeiro especialista em saúde mental, o ganho de rotinas baseadas nas boas práticas, abordagem do cliente de forma holística, como um ser funcional integrado numa família e numa comunidade e tendo sempre isso como pressuposto aquando do estabelecimento de um plano terapêutico e de reabilitação individualizado. Pretende-se ainda a

motivação do enfermeiro especialista para o desenvolvimento de projectos que visem a melhoria de cuidados, num trabalho integrado em equipa multidisciplinar, com envolvimento de todos os profissionais necessários às necessidades dos clientes e dos serviços.

O reconhecimento das reais necessidades dos clientes é uma parte fundamental do processo terapêutico, no sentido de optimizar recursos, evitar gasto desnecessário de recursos, e organizar um processo terapêutico adequado e individualizado, dirigido às necessidades do cliente. Este objectivo foi atingido através da realização das seguintes actividades:

- **Elaborar estudos de casos;**

Um aspecto fundamental da formação do enfermeiro especialista passa pela elaboração e discussão de estudos de caso, constando do mesmo uma história clínica e exame objectivo completos, incluindo a avaliação do estado mental do cliente, bem como estabelecimento de um plano terapêutico adequado e individualizado.

Relativamente ao processo de planeamento, planeei cuidados específicos para a resolução/minimização dos problemas identificados, creio que consegui estabelecer prioridades nos cuidados, definir objectivos, resultados esperados, e intervenções de enfermagem de modo a atingir esses mesmos objectivos como posso demonstrar nos estudos de caso que realizei. Quanto à utilização do processo de avaliação, julgo que também a utilizei adequadamente averiguando se cada uma das pessoas atingiu o nível de bem-estar ou recuperação previstos nos objectivos previamente estipulados, por exemplo validei os ensinos realizados, averiguei se a terapêutica foi eficaz, se os ambientes terapêuticos criados eram propícios à verbalização dos sentimentos, se os exercícios de estimulação estavam a ser eficazes entre outros.

Foram realizados dois estudos de caso na unidade de cuidados intermédios - reabilitação psicossocial (apêndice n.º2) e outro na unidade de internamento de agudos (apêndice n.º3). Permitiram a realização dos processos de enfermagem e planos de cuidados, com a aplicação do modelo de enfermagem de Betty Neuman e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® 2.

- **Elaborar o projecto "Programa de Adesão à terapêutica" e realizar acções de sensibilização para a Adesão à Terapêutica a clientes e enfermeiros;**

Sendo a não adesão à terapêutica um problema tão actual e pertinente na prática clínica, principalmente no que diz respeito à saúde mental, tornou-se quase obrigatório fazer algo para melhorar o panorama actual, daí a necessidade da criação deste projecto de grande utilidade. Este projecto foi ainda importante no desenvolvimento de algumas competências do enfermeiro especialista em saúde mental, nomeadamente no que diz respeito à promoção e desenvolvimento da profissão, desenvolvendo e incentivando processos de mudança e inovação.

O "**Programa intervenção de Enfermagem - Adesão à Terapêutica" (apêndice n.º7),** foi elaborado pela necessidade encontrada durante o estágio. Verificou-se um número significativo de casos de reinternamento por não adesão a terapêutica e percebeu-se claramente que é sem dúvida um factor de risco na pós-alta. Desta forma é pertinente desenvolver um projecto para as unidades de saúde mental sobre a adesão terapêutica. Este projecto realizado visa definir o conceito de adesão ao regime terapêutico, analisar a prevalência da adesão ao regime terapêutico na Unidade pela aplicação da Medida de Adesão Terapêutica (MAT), identificando os clientes com o diagnóstico de não-adesão, Identificar os factores envolvidos no fenómeno da não-adesão terapêutica, produzir dados para os indicadores de qualidade dos cuidados no âmbito da adesão do regime terapêutico, desenvolver e promover acções de melhoria para o problema identificado, nomeadamente: (1) sessões psicoeducativas sobre a adesão terapêutica; (2) implementar uma consulta/entrevista motivacional de preparação para a alta; (3) programa de treino de gestão da medicação; (4) desenvolver um programa de follow-up telefónico no pós-alta; e por ultimo monitorizar as modificações positivas no estado de diagnóstico inicial.

É sem dúvida um projecto ambicioso, que constitui uma mais-valia para a prestação de cuidados e ganhos em saúde das instituições envolvidas, e que permite melhorar

e atingir outras competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, noemadamente *"Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterepêutico e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde"* como por exemplo a competência f4, nomeadamente a unidade de competência f4.3 que incide sobre a promoção da reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental, criando projectos e envolvendo outros profissionais de saúde na definição de projectos que visem essa mesma reabilitação.

Este projecto vida as boas práticas em saúde mental, ou seja, a relação terapêutica, avaliação sistemática e tomada de decisão, administração e monitorização de intervenções terapêuticas, gestão eficaz de situações críticas, intervenção ensino/treino, monitorização e garantia da qualidade e das práticas de cuidados de saúde e as competências organizacionais e do papel de trabalho (SPESM, 2009).

Após a elaboração deste projecto foi essencial realizar uma sessão de sensibilização para o Programa de Adesão à Terapêutica, esta encontra-se em apêndice n.º7 dentro do apêndices do programa. A colaboração e participação dos clientes foi bastante positiva. O feedback foi surpreendente na medida em que a maioria afirmou já ter abandonado pelo menos uma vez a medicação, ter sentido os efeitos adversos da medicação, outros também verbalizaram que sempre que se sentiam piores tomavam medicação em excesso e quando se sentiam melhores paravam a medicação. Outros motivos como os efeitos adversos, o difícil contacto com o médico, a falta de confiança com o médico e a maioria por dificuldades financeiras foram os factores de deixarem a medicação mais verbalizados pelos clientes. Para a sensibilização dos enfermeiros foi apresentado o projecto e colocado um Poster no serviço, encontram-se nos apêndices do Programa de interveção de Enfermagem – Adesão à Terapêutica, apêndice n.º7.

- **Realizar um procedimento da Consulta de Follow-up de enfermagem; impresso para a Consulta de Follow-Up e Guia Pós alta;**

Este projecto pretende-se também de grande utilidade na uniformização e padronização do seguimento de enfermagem dos clientes após a alta, de forma a melhorar a reabilitação e detectar precocemente sinais e sintomas de recidiva da doença, melhorando desta forma o seguimento do cliente e prevenindo reinternamentos. Este projecto é importante na monitorização e melhoria da qualidade de cuidados, permitindo avaliar práticas clínicas de modo a garantir cuidados seguros e efectivos.

Para a realização deste projecto foi elaborado um procedimento e os impressos próprios para a sua implementação, um guia pós alta sobre a Adesão terapêutica e o procedimento da Consulta de Enfermagem Follow-up, encontram-se nos apêndices do Programa de intervenção de Enfermagem – Adesão à Terapêutica, apêndice n.º7. Visam a continuidade de cuidados após alta, no sentido do cliente sentir maior acompanhamento e dos enfermeiros verificarem a adesão a terapêutica no pós alta e identificarem novas necessidades/problemas.

- **Elaborar durante o estágio de consultas externas o Protocolo de articulação com os cuidados de saúde primários**

Este projecto surgiu no sentido de colmatar uma lacuna identificada ao longo dos estágios, e foi desenvolvido com o intuito de melhoria da continuidade de cuidados, nomeadamente através da melhor articulação com os cuidados de saúde primários, optimizando os recursos, evitando gastos desnecessários e melhorando o seguimento do cliente aproximando-nos da realidade em que ele vive. Este projecto foi também determinante no desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, nomeadamente no desenvolvimento de políticas de saúde mental. Na área da Saúde Mental, a perspectiva comunitária é uma consequência do processo de desinstitucionalização. Por isso, é necessária uma abordagem em rede.

A perspectiva de rede é horizontal, baseada na valorização das diferenças mas não na hierarquia de estatuto, e permite estabelecer parcerias entre os vários actores, e

entre o Estado e a sociedade civil. A construção de uma rede não se faz de um dia para o outro, é um longo processo de aprendizagem da cidadania.

É muito importante a boa articulação entre cuidados de saúde primários e secundários! Muitas vezes, por falta de comunicação, existe uma duplicação do trabalho efectuado, levando novamente a consumo desnecessário de recursos. A interligação entre os cuidados de saúde primários (CSP) e cuidados de saúde secundários (CSS) torna-se assim essencial, pois sem ela, a própria continuidade da prestação de cuidados de saúde pode ficar comprometida, sem ganhos em saúde para o utente.

Tornou-se assim evidente para mim, a necessidade da criação de um protocolo em que são definidos alguns pontos importantes para a melhoria da articulação entre os cuidados prestados pela Clínica Psiquiátrica São José e os Cuidados de Saúde Primários, encontrando-se em apêndice n.º8.

Para atingir o **terceiro objectivo específico** *"prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapeutico, psicossocial, a pessoa com doença mental de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde"* concretizei as seguintes actividades:

- **Prestação de cuidados especializados através do estabelecimento de uma relação terapêutica de ajuda eficaz com o cliente/família; Desenvolvimento de técnicas de comunicação verbal e não verbal adequadas e eficazes;**

A relação estabelecida entre cliente e profissional de saúde é uma das bases do plano terapêutico e adquire importância extrema. Nesse sentido, torna-se imprescindível o treino da criação e manutenção de uma relação terapêutica com o cliente e com os que o rodeiam, nomeadamente a sua família, sendo que alguns aspectos importantes são a empatia, a capacidade de compreensão do cliente, utilização de instrumentos de análise de interacção, identificando emoções e sentimentos e gerindo fenómenos de transferência e contra-transferência, definindo claramente os limites da relação. Esta actividade foi realizada em todos os estágios efectuados, sendo determinante no desenvolvimento de algumas competências

como por exemplo o início, desenvolvimento e finalização de intervenções psicoterapêuticas individuais ou em grupo a clientes e famílias visando a redução do sofrimento e a promoção de processos adaptativos. Permitiu ainda promover a reabilitação e reinserção psicossocial do cliente, desenvolvendo intervenções psicoeducativas ao cliente e sua família permitindo-lhes compreender e saber lidar com a sua doença.

Realizei uma adequada relação terapêutica, utilizando instrumentos de análise de interacção (paráfrase, clarificação, validação, exploração, confrontação, encorajamento, reflexo de sentimento, suporte). Identificando emoções e sentimentos, valores e outros factores pessoais ou circunstanciais passíveis de interferir na relação terapêutica é possível a identificação de necessidades e expectativas do cliente e família, no sentido de promoção de saúde e prevenção de doença mental.

Realizei entrevistas de ajuda e suporte pois é um momento de contacto privilegiado entre o interveniente e o cliente. Sempre que em algum momento, o interveniente percebe a existência de dificuldades/problemas nas vivências do cliente, sendo que estas podem dificultar ou impedir a sua adaptação à realidade, o interveniente deve procurar realizar uma entrevista de ajuda (formal ou informal). Em ambos os clientes, sentiu-se a necessidade de planear uma entrevista de ajuda e suporte, segundo Phaneuf (2005, p. 294) "*Trata-se de uma estratégia de comunicação profissional pela qual a enfermeira estabelece um processo de ajuda estruturado, previsto antecipadamente*". Estas intervenções foram essências na busca do desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em saúde mental, *"Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental"* e na *"Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto*".

- **Discutir com o orientador e/ou docente os registos de interacção ou discussão de casos;**

Este foi um aspecto fundamental da minha formação, sendo o contacto com o orientador determinante na melhor orientação em termos teóricos e práticos de todos os estágios efectuados.

Relativamente aos registos, estes revelaram-se de extrema importância para a continuidade dos cuidados, é um contexto onde existe muita regra e rigor no que se refere a este instrumento básico de enfermagem e fui utilizando-o da melhor forma ao longo do estágio encontrando as minhas próprias estratégias para que conseguisse ser o mais correcta possível, quer na realização do registo escrito quer na transmissão oral aquando da passagem de turno. Sendo o contributo e "importância dos registos de enfermagem actualmente reconhecida e indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados" (MARTINS et al, 2008:52), estes permitem igualmente expor à comunidade científica e social uma valorização, visibilidade e evidência da essência da prática de enfermagem.

E se ao falarmos de cuidar do cliente, englobamos a família, esta deve ser igualmente englobada nos registos, dando ênfase à inclusão da família nos cuidados, assim como os cuidados prestados à mesma, não descurando esta abordagem mesmo em contexto de urgência. Neste sentido, optei por abordar em equipa uma nova abordagem das notas de enfermagem, a *escrita sensível*, que procura abordar e expressar sentimentos verbalizados pelo cliente e família, incluindo desta forma todo o processo do cuidar, num intuito de maior visibilidade aos cuidados, no sentido de uma prática de qualidade.

A formação inter-pares constitui uma excelente forma de aprendizagem, ganhando aqui especial relevo o feedback dos colegas especialistas sobre as actividades realizadas e desenvolvidas.

- **Observar e participar nas actividades e projectos desenvolvidos pela instituição; e assistir e realizar intervenções de cariz psicoterapêutico, socioterapêutico e psicoeducacional e acompanhar os enfermeiros especialistas na planificação destas intervenções; realização de entrevista de relação de ajuda; entrevista de acolhimento/admissão ao serviço**

De forma a melhorar o conhecimento da dinâmica e trabalho desenvolvido nos serviços onde estagiei, tentei sempre conhecer todos os projectos e actividades lá desenvolvidas, procurando perceber quais os pontos menos bons que poderiam ser melhorados, permitindo assim a promoção e desenvolvimento da profissão, bem como a melhoria dos cuidados prestados pela instituição.

Outro dos componentes fundamentais do plano terapêutico e de reabilitação de um cliente mental passa pelo apoio psicoterapêutico, socioterapêuitico e psicoeducacional. Estas formas de intervenção carecem de um forte componente prático, apenas adquirido através da observação de várias intervenções e sua planificação. Desta forma, tive oportunidade de assistir à planificação e desenrolar de inúmeras intervenções, tendo de seguida oportunidade de efectuar também eu dinâmicas de grupo na unidade de cuidados intermédios sobre o conhecimento do grupo e sobre a auto estima (apêndice n.º4), tendo ainda agido como co-terapeuta ou terapeuta nas intervenções planificadas, e tendo realizado várias entrevistas de relação de ajuda bem como de admissão, actividades estas que me permitiram o desenvolvimento de inúmeras competências nomeadamente ao nível da relação terapêutica e aconselhamento, bem como ao nível da reabilitação e reinserção psicossocial.

Ainda dentro da aquisição da mesma competência, assisti e realizei intervenções do cariz psicoterapêutico, socioterapêutico.

Nas intervenções em grupo, uma vez que já conheço os clientes, bem como as suas patologias e o seu tratamento tinha dois principais objectivos, favorecer o conhecimento do grupo; e aumentar a auto-estima. Desta forma planeai e elaborei duas dinâmicas de grupo: a primeira dei-lhe o nome de “caixa dos meus segredos”

porque todos nós somos um segredo para os outros, e em grupo, sentados numa cadeira em roda, íamos passando uns aos outros uma caixa e comunicavamos os "segredos" (características pessoais e fisicas, viagens de sonho, actividades preferidas, etc.).Com esta actividade consegui um maior conhecimento de grupo por parte de todos e uma maior alegria de fazer parte deste grupo.

A segunda actividade dei-lhe o nome de "Ofereço-te o meu violino porque…". Tinha como objectivo aumentar a auto-estima e o critério fundamental era apenas dizer coisas positivas que viam nos outros clientes; nenhum participante poderia dizer coisas negativas.

Antes de iniciar as actividades comecei por arranjar a sala e as cadeiras em roda, depois de todos os participantes estarem sentados pedi para todos descreverem, numa palavra, como se sentiam, e no final repeti o mesmo exercício. Foi muito útil e positiva esta avaliação no início e no fim.

A minha intervenção baseou-se na realização de estratégias de relacionamento interpessoal, confiança, apoio e ajuda na expressão de pensamentos e sentimentos. Promover o bem-estar e intensificar o grau de autonomia e promover a manutenção de um comportamento positivo.

Também foram desenvolvidas actividades no âmbito da terapia expressiva, definida pela utilização de estímulo de expressões não-verbais em contexto terapêutico (Ferraz, 2009, p.17). É uma forma criativa de ajudar as pessoas em diversas questões emocionais, valoriza o sentir, a emoção e os sentidos.

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria "para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve competências conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução." (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Desta forma, surge a necessidade de criar e aplicar novas intervenções para a resolução dos problemas identificados. Neste caso o problema identificado foi o não conhecimento do grupo e o défice de auto-estima.

Relativamente a intervenções de cariz psicoterapêutico, socioterapeutico dentro do cronograma de actividades da unidade de cuidados intermédios de reabilitação psicossocial, realizei a reunião de grupo diária, realizada de segunda a sexta-feira e tem como objectivo a partilha e descrição de cada cliente do seu dia anterior, evidenciando o que mais e menos gostaram bem como da forma como se sentiram. É um grande momento de partilha e de maior conhecimento dos clientes e das suas emoções e sensações actuais, da forma como se estão a sentir no momento. Senti-me bastante ansiosa e expectante mas com o decorrer da actividade senti-me segura, ouvida e respeitada. De alguma forma senti que consegui chegar aos clientes e que melhorei o seu dia de alguma forma, o que foi particularmente gratificante e aumentou em muito a minha confiança neste género de actividades!

4.2.1.1. Síntese dos contributos para o primeiro objectivo

A enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é uma área com elevado nível de complexidade, exige do enfermeiro uma grande capacidade de relação com o outro e muita dedicação. Fazendo uma breve reflexão e síntese sobre as intervenções por mim realizadas ao longo deste percurso bem como sobre os contributos para o primero objectivo geral, considero que possuo as competências necessárias para desenvolver actividades de enfermagem especializadas na área da Saúde Mental e Psiquiatria. Tive sempre em atenção todas as oportunidades de aprendizagem, optando pelas situações que mais contribuíssem para o meu desenvolvimento, rentabilizando todas as oportunidades que foram surgindo ao longo do estágio, de forma a atingir a aquisição das competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica e na realização dos objectivos propostos.

O ensino clínico realizado na **Unidade de Cuidados Integrados** constituiu um excelente momento de aprendizagem e foi realizado num excelente local de trabalho onde o trabalho de equipa é constante. Foi um estágio fundamental para a aquisição da competência *"Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, psicossocial e psicoeducacional e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinamismo individual, familiar de grupo ou comunitário de*

formar a manter, melhorar e recuperar a saúde". Neste serviço, foram criadas todas as condições para ter um papel pró-activo na equipa e nas minhas intervenções enquanto cuidador. Uma mais valia foi a realização de actividades em grupo, muito importante para o meu percurso como futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria. Deve ser criado um tempo e um espaço para a pessoa entrar em contacto com a sua essência. É preciso que cada um de nós possa criar e manter esse espaço para si mesmo e, eventualmente, para os outros. Exige descobrir-se para sair da existência comandada por padrões estabelecidos pelos outros que, muitas vezes, nos acostumamos a pensar como nossos.

Os enfermeiros especialistas de Saúde Mental e Psiquiatria podem liderar vários tipos de grupos terapêuticos, como os de educação, treino de assertividade, apoio, entre outros. Orientar grupos terapêuticos encontra-se no domínio da prática de enfermagem que, como corrobora Townsend (2011, pp. 173-174), "é uma abordagem terapêutica tão comum na disciplina da psiquiatria [que] os enfermeiros que trabalham neste campo devem empenhar-se continuamente na expansão do seu conhecimento e utilizar os processos de grupo como intervenção significativa na enfermagem psiquiátrica".

O ensino clínico da **consulta externa** foi fundamental na minha especialidade, não só pela oportunidade de aprofundar o conhecimento do papel na comunidade do enfermeiro especialista em saúde mental como também na aquisição de competências nomeadamente, "*Coordena, implementa e desenvolve projectos de promo*ção e protecção da saúde mental e prevenção mental na comunidade e grupos" e na competência "*Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto".*

Também muito importante na aquisição destas competências foi a realização do projecto de articulação de cuidados primários, projecto este que surgiu da necessidade de colmatar ou pelo menos melhorar uma lacuna que existia nesta área, e que pessoalmente me deu muito prazer realizar.

Na **Unidade de Internamento de Agudos** adquiri muitas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, foi um caminho surpreendente na tomada de consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira e no quanto isto se revela essencial na minha relação e intervenção com o cliente. No estabelecimento de uma relação de suporte com a família foi sem dúvida neste estágio que desenvolvi esta competência. Em saúde mental as entrevistas com a família ganham especial relevo na recolha de informação clínica que permita auxiliar no diagnóstico do cliente, bem como no processo de reabilitação.

Também identifiquei e desenvolvi competências relativas a unidade de competência "Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade", nomeadamente, *"avalia situações de emergência psiquiátrica, e o seu nível de risco com vista à intervenção de emergência"*.

Também neste estágio percebi a importância da experiência adquirida ao longo do tempo pelos enfermeiros especialistas. Esta realidade vem ao encontro do que defende BENNER (2005), na sua obra "De Iniciado a Perito", ao considerar que apenas um enfermeiro perito, detém a capacidade de "identificar a causa do problema sem perder tempo em considerações sobre diagnósticos ou soluções alternativas", colocando em prática todo um "conhecimento intuitivo da situação" aquando da avaliação de um cliente. Esta actuação requer, na minha opinião, tanto conhecimentos como intuição, tornando a tomada de decisão como parte integrante da prática de enfermagem. Desta forma, consegui desenvolver estratégias no sentido de estabelecer uma relação terapêutica com os meus clientes de uma forma estruturada e de acordo com o modelo teórico de Betty Neuman.

Considerei, neste contexto, que o enfermeiro especialista seria o elemento chave num primeiro contacto tranquilizante dos clientes e família, contribuindo este para uma minimização do sentimento de despersonalização e de perda da identidade sentida pelo cliente na urgência, transmitindo maior segurança e estabelecendo uma relação de confiança.

Segundo Betty Neuman, a enfermagem assiste a pessoa, família/grupos e comunidade para obter um nível máximo de bem-estar. Para o atingir, são

realizadas intervenções intencionais, com vista à redução dos factores de stress e condições adversas que podem afectar o funcionamento excelente, em qualquer situação em que se encontra a pessoa. As nossas intervenções visam a integridade da pessoa, e têm como foco as variáveis que têm efeito sobre a resposta da pessoa aos agentes de stress, procurando reduzir o seu efeito (Kérouac, 1994). O papel do enfermeiro, assim como dos outros elementos da equipa multidisciplinar, é o de "…preparar o cliente mas também a sua rede de suporte para um cuidado autónomo, de modo a que este possa adquirir os conhecimentos e as competências necessárias para substituir o terapeuta o mais cedo possível" (Chalifour, 2009, p. 266). De acordo com o modelo de Betty Neuman, cabe ao enfermeiro preservar a integridade da pessoa, atendendo a todas as dimensões que têm efeito sobre as defesas e respostas da mesma aos agentes de stress, de forma a evitar ou a reduzir as suas consequências.

Mas para que este papel se desenrole da forma mais eficiente, é necessário que o enfermeiro tenha um conhecimento de si mesmo, procurando um equilíbrio pessoal e social, com um controle efectivo sobre as suas acções e empenho no seu desenvolvimento. Desta forma, as intervenções de enfermagem e segundo Neuman, incluem a prevenção primária (evitando processos de desadaptação), secundária (recuperação da adaptação) e terciária (através da manutenção da adaptação).

Em conclusão, adquiri ganhos ao nível do crescimento pessoal, em competências relacionais, comunicacionais e na ordem do saber-estar, para mim foram mais que muitos. Em tudo o que fiz sinto que ajudei os clientes a se tornarem pessoas capazes de saírem do internamento com estratégias que lhes permitam integrarem-se minimamente. Em suma, consegui identificar problemas em conjunto com o meu cliente, trabalhando com ele de forma a o conduzir ao melhor estado de bem-estar possível.

4.2.2. Identificação e análise dos riscos

No que diz respeito ao **segundo objectivo geral** "*desenvolver estratégias de identificação e análise dos riscos reais e potenciais para a segurança do cliente",*

este objectivo é especialmente importante na aquisição e desenvolvimento de várias competências do enfermeiro especialista, nomeadamente na promoção e desenvolvimento da profissão, desenvolvendo e incentivando processos de mudança e inovação, bem como na monitorização da qualidade de cuidados, supervisionando e avaliando práticas clínicas de modo a garantir cuidados seguros e efectivos, e assegurando uma gestão eficaz dos recursos, monitorização dos cuidados e cumprimento dos padrões de qualidade.

Para a concretização dos seguintes objectivos específicos *"Identificar e analisar as situações de risco reais e potenciais para a segurança do cliente nos serviços de Saúde Mental e Psiquiatria nomeadamente na unidade de internamento de agudos, unidade de cuidados Integrados e consultas externas da Clinica Psiquiátrica de São José"* utilizei os seguintes métodos: Observação do local e condições de trabalho, conhecimento das actividades realizadas e a organização de trabalho, consulta dos registos existentes (processos clínicos, procedimentos, instruções de trabalho) e verificação das informações técnicas/de segurança dos materiais e equipamentos, assim como recolha de informação junto dos diferentes profissionais.

Para identificar os trabalhadores expostos ao risco: Identificou-se os trabalhadores que podem estar expostos ao factor de risco e os que correm maior(es) risco(s), os que estão numa situação de contrato precário e ainda ter em conta que alguns trabalhadores têm vários locais de trabalho.

Na avaliação dos riscos verifiquei a probabilidade, gravidade e posteriormente calculei o nível de risco através do procedimento Identificação e avaliação dos riscos (que consta no apêndice 5). O passo seguinte foi estabelecer o plano de acção, quais as medidas correctivas ou preventivas a implementar para eliminar/reduzir o risco, definir que é o responsável pelas mesmas, o prazo da concretização destas e a data da monitorização.

Como é de grande importância a continuação desta boa prática elaborei uma política e um procedimento de identificação e avaliação dos riscos e os seus respectivos anexos (Instrução de trabalho e impresso de identificação e avaliação dos riscos),

um panfleto sobre como realizar a avaliação dos riscos e ainda uma apresentação sobre gestão de risco nas unidades de saúde mental, descritos no apêndice 5.

A identificação dos riscos reais e potenciais para a segurança do cliente na unidade de agudos, unidade de cuidados Integrados e consultas externas da Clínica Psiquiátrica de São José foi realizada através da observação, análise de documentos (protocolos, procedimentos e processos clínicos) e entrevistas não formais. Desta forma, consegui identificar as situações de risco reais e potenciais para a segurança do cliente nas unidades referidas. Foi um resultado esperado no início do projecto e foi concretizado com sucesso.

Após a identificação e avaliação dos riscos utilizando o modelo identificação e avaliação de riscos e plano de acção, anexo II do procedimento de identificação e avaliação de gestão de riscos foi realizada uma grelha como se pode ver nos quadros I, II, III, IV, e V para uma melhor compreensão dos riscos analisados. Foram agrupados os riscos em cinco áreas, a) risco de segurança do cliente; b) risco de agressão a clientes, profissionais e público, c) risco de cumprimento de metas; d) risco da credibilidade da unidade de saúde, e) risco do ambiente. Não foi realizada a identificação dos perigos e análise dos risco na sustentabilidade financeira.

Verificou-se que quem está mais sujeito a risco são os próprios clientes, logo seguido dos enfermeiros e assistentes operacionais. De referir no entanto que todos os restantes profissionais e visitantes estão implicados em alguns riscos.

De seguida encontra-se esquematizado em quadro todos os perigos identificados e os riscos associados, de acordo com as áreas descritas anteriormente.

Quadro I. Riscos de segurança do cliente

Risco de Segurança do cliente					
Perigo	**Riscos Associados**	**P**	**G**	**NR**	**Medidas Correctivas e Preventivas**
Não desinfecção de material (dinamap, termómetros e estetoscópios) de utente para utente	Risco de Infecção	E	IV	5	Ensino e educação de profissionais de saúde sobre o tema e importância do mesmo, Acções de sensibilização.

Não Adesão a Terapêutica	Risco de Reinternamento, Risco de suicídio, risco de agressão para Outros e risco de instabilidade Mental.	E	V	5	Implementação do projecto sobre "Programa de Adesão à terapêutica", realização de entrevistas para aplicação da escala MAT com uma periodicidade definida após a alta. Sensibilização deste tema para os profissionais.
Hipotensão	Risco de Síncopes, e risco de queda	D	IV	4	Reconhecimento de sinais e sintomas de hipotensão, reavaliação clínica periódica com optimização terapêutica. Gerir ambiente físico e criar ambiente de segurança.
Alterações de Humor/Disforia	Risco de vulnerabilidade, risco de Suicídio, risco de violência para Outros e risco de instabilidade Mental.	D	IV	4	Reavaliação clínica periódica, optimização terapêutica, reconhecimento de estados mistos, disfóricos ou de labilidade emocional.
Fase maníaca de doença Bipolar	Risco de vulnerabilidade, risco de Suicídio, risco de violência para Outros e risco de instabilidade Mental.	D	IV	4	Reavaliação clínica periódica, optimização terapêutica, reconhecimento de estados maníacos/hipomaníacos, de estados mistos, disfóricos ou de labilidade emocional.
Supervisão Inadequada	Risco de suicídio, risco de fuga, risco de quedas, risco de avaliação deficiente do cliente	D	IV	4	Optimização de recursos humanos; ensino e formação de profissionais de saúde, sensibilização para o tema.
Identificação inadequada dos clientes	Risco de troca de clientes, e risco de troca de medicação; Risco de más práticas com prejuízo o cliente.	D	IV	4	Reacções adversas com gravidade variável
Identificação inadequada dos medicamentos em dose unitária	Risco de troca de medicação do cliente; Risco de más práticas com prejuízo o cliente.	D	IV	4	Reacções adversas com gravidade variável
Armazenamento incorrecto de medicamentos	Risco de troca de medicação, Risco de más práticas com prejuízo o cliente.	D	IV	4	Reacções adversas com gravidade variável
Ideação de Alta	Risco de Fuga, risco de processos terapêuticos incompletos	D	IV	4	Reconhecimento de expectativas do cliente sobre internamento, perspectiva de melhoria e ideia de alta; estabelecimento de plano terapêutico em conjunto com o cliente
Consumo concomitante de substâncias (álcool, fármacos, drogas)	Risco de vulnerabilidade, risco de Suicídio, risco de Violência para Outros, risco de instabilidade Mental, risco de condicionar eficácia do processo terapêutico.	C	III	4	Reavaliação clínica periódica, reconhecimento de sinais e sintomas de consumo de substâncias, optimização terapêutica, suporte. Assegurar controlo de sintomas durante o período de desintoxicação. Disponibilizar grupo de apoio. Aumentar a supervisão.

Piso escorregadio	Risco de queda	C	IV	4	Limpeza do piso em horário pré-determinado com prejuízo mínimo no funcionamento do serviço, colocação de sinalética bem visível quando o piso se encontra escorregadio
Não adesão à Terapêutica	Risco de reinternamento, risco de vulnerabilidade, risco de Suicídio, risco de Violência para Outros e risco de instabilidade Mental, risco de ineficácia do processo terapêutico.	D	IV	4	Indicação clara e precisa da medicação em ambulatório, sua posologia e importância, antes da alta apresentada de forma oral e escrita em nota de alta entregue ao cliente. Realização de entrevistas telefónicas e presenciais de avaliação da adesão à terapêutica através da escala MAT.
Fraco suporte Familiar	Risco de vulnerabilidade, risco de Suicídio, risco de violência para Outros, risco de instabilidade Mental, risco de não adesão ao processo terapêutico.	D	III	3	Reconhecimento da rede de suporte familiar e social do cliente, Suporte e encaminhamento para equipas de apoio. Encorajar o cuidado por familiares durante a hospitalização. Identificar a percepção dos familiares quanto a situação.
Isolamento	Risco de vulnerabilidade, risco de Suicídio, risco de violência para Outros e risco de instabilidade Mental.	D	III	3	Reconhecimento da rede de suporte familiar e social do cliente, Suporte e encaminhamento para equipas de apoio.
Ausência de quarto de isolamento	Risco de Fuga, lesão, disseminação de infecção, heteroagressividade.	D	III	3	Criação de quarto de isolamento, aumento da vigilância dos clientes com necessidade de isolamento, reforço das medidas de higiene em caso de infecção
Ansiedade	Risco de vulnerabilidade e risco de instabilidade Mental.	E	III	3	Reavaliação clínica periódica, reconhecimento de sinais e sintomas de ansiedade, optimização terapêutica, técnicas de relaxamento.
Alucinações Auditivas/Sintomas psicóticos	Risco de vulnerabilidade, risco de Suicídio, risco de violência para Outros e risco de instabilidade Mental.	D	III	3	Reavaliação clínica periódica, reconhecimento de sinais e sintomas psicóticos, optimização terapêutica, disponibilizar suporte emocional.
Documentação Ilegível	Risco de troca de medicação/tratamento. Risco de diagnósticos de enfermagem e clínicos errados	D	III	3	Informatização de toda a informação escrita; Sensibilizar os profissionais para este problema.
Inexistência de Procedimentos e Instruções de Trabalho	Risco de más práticas com prejuízo o cliente	E	III	3	Revisão de bibliografia, normas e protocolos. Criação de departamento responsável pela criação de protocolos e normas internas de procedimentos.
Ausência de Consulta de Follow-up	Risco de Reinternamento, Risco de suicídio e risco de instabilidade Mental.	E	III	3	Estabelecimento de protocolo de seguimento do cliente após a alta, nota de alta para o médico assistente com informação clínica relevante e contactos necessários.
Fracos Recursos Humanos (poucos enfermeiros)	Risco de prestação deficiente/insuficiente de cuidados de saúde	D	III	3	Melhoria de recursos humanos, Optimização dos recursos humanos existentes.

Mobilização incorrecta dos clientes	Risco de queda, risco de outras lesões musculo-esqueléticas	D	III	3	Formação dos profissionais de saúde sobre o tema
Maus cuidados de higiene na prestação de cuidados	Risco de Infecção e risco de más práticas com prejuízo o cliente.	D	III	3	Ensino e educação de profissionais de saúde sobre o tema e importância do mesmo, Acções de sensibilização.
Articulação deficitária com os cuidados de saúde primários	Risco de não adesão terapêutica, risco de reinternamento, risco de má continuidade de cuidados e risco de vulnerabilidade.	E	III	3	Implementação e divulgação do protocolo de articulação com os cuidados de saúde primários realizado durante o estágio
Avaliação incompleta do estado mental do cliente	Risco de diagnósticos de enfermagem e clínicos incorrectos	E	III	3	Realização de acções de formação temáticas sobre avaliação do estado mental.
Omissão de erros clinico/Incidente	Risco de más práticas com prejuízo o cliente.	D	III	3	Implementação do projecto "Notificar, Aprender, Melhorar".

Legenda: P – Probabilidade; G – Gravidade; NR – Nível de Risco

Quadro II. Risco de agressão a clientes, profissionais e público

Risco de Agressão a clientes, profissionais e público					
Perigo	**RiscosAssociados**	**P**	**G**	**NR**	**Medidas Correctivas e Preventivas**
Agressão Verbal	Risco de agressão física	E	IV	4	Reavaliação clínica periódica, optimização terapêutica, reconhecimento de estados que possam potenciar agressão, sensibilização de todos os profissionais de saúde, realização de psicoterapia de suporte por profissional treinado. Encorajar o cliente a auto-examinar o comportamento. Ensinar novas habilidades de resolução de problemas.
Problemas de raiva/ controlo de emoções	Risco de agressão	D	III	3	Reavaliação clínica periódica, optimização terapêutica, reconhecimento de estados que possam potenciar agressão, sensibilização de todos os profissionais de saúde, realização de psicoterapia de suporte por profissional treinado. Assistir utente a identificar a fonte de fúria. Encorajar o cliente a auto-examinar o comportamento. Ensinar novas habilidades de resolução de problemas.
Agressão Física	Risco de agressão	D	III	3	Reavaliação clínica periódica, optimização terapêutica, reconhecimento de estados que possam potenciar agressão, sensibilização de todos os profissionais de saúde, realização de psicoterapia de suporte por profissional treinado. Encorajar o cliente a auto-examinar o comportamento. Ensinar novas habilidades de resolução de problemas.
Baixa tolerância a frustração	Risco de agressão	D	II	2	Reavaliação clínica periódica, optimização terapêutica, reconhecimento de estados que possam potenciar agressão, sensibilização de todos os profissionais de saúde, realização de psicoterapia de suporte por profissional treinado. Limitar o acesso a situações frustrantes oferecer segurança ao cliente. Encorajar o cliente a auto-examinar o comportamento. Ensinar novas habilidades de resolução de problemas.
Comportamento Anti-social	Risco de agressão	D	II	2	Reavaliação clínica periódica, optimização terapêutica, reconhecimento de estados que possam potenciar agressão, sensibilização de todos os profissionais de saúde, realização de psicoterapia de suporte por profissional treinado. Encorajar o envolvimento do utente nas actividades sociais. Promover a interacção social.

Legenda: P – Probabilidade; G – Gravidade; NR – Nível de Risco

Quadro III. Riscos no cumprimento de metas

Risco no Cumprimento de Metas					
Perigo	**RiscosAssociados**	**P**	**G**	**NR**	**Medidas Correctivas e Preventivas**
Liderança pouco presente	Risco de não cumprimento de metas/Objectivos	D	III	4	- Estabelecimento de responsabilidades para as chefias; - Maior envolvimento da liderança e supervisão desta. - Formação em liderança.
Insuficiência de recursos humanos	Risco de não cumprimento de metas/Objectivos	E	III	3	-Melhoria dos recursos humanos -Optimização dos recursos humanos existentes.
Desmotivação	Risco de não cumprimento de metas/Objectivos	D	III	3	- Participação activa dos colaboradores nas reuniões de serviço; - Envolvimento dos colaboradores na elaboração do plano de gestão anual dos serviços; - Reuniões informais entre colaboradores e chefias; - Avaliação de desempenho anual. - Realização de eventos extra-laborais de convívio e socialização
Fraco envolvimento dos trabalhos em equipa	Risco de não cumprimento de metas/Objectivos	D	III	3	- Formação sobre importância do trabalho em equipa; - Delegação de tarefas em equipa; - Reuniões de equipa mais frequentes
Não conhecimento por parte da maioria dos profissionais sobre os objectivos anuais do serviço	Risco de não cumprimento de metas/Objectivos	D	II	2	- Apresentação anual do plano de gestão anual a todos os colaboradores; - Envolvimento da elaboração dos objectivos do plano de gestão anual.
Cultura organizacional pouco direccionada para a obtenção de resultados e inovação	Risco de não cumprimento de metas/Objectivos	D	II	2	- Elaboração de objectivos anuais direccionados para a obtenção de resultados; - Treino da liderança/chefias para a busca da obtenção de resultados e elaboração de projectos de inovação.

Legenda: P – Probabilidade; G – Gravidade; NR – Nível de Risco

Quadro IV. Risco da credibilidade e confiança na unidade de saúde

Risco da credibilidade e confiança da unidade de Saúde					
Perigo	**Riscos Associados**	**P**	**G**	**NR**	**Medidas Correctivas e Preventivas**
Continuidade de cuidados deficitária	Risco de não articulação com os cuidados primários	D	IV	4	Fornecer ao cliente a indicação clara e precisa, de forma oral e escrita em nota de alta, das datas das consultas de seguimento, agendadas aquando do momento da alta. Deverá constar na nota de alta indicação clara dos contactos da clínica em caso de necessidade.
Supervisão Inadequada	Risco da credibilidade e confiança na unidade de Saúde	D	III	3	- Estabelecimento de responsabilidades para as chefias; - Maior envolvimento da liderança e supervisão desta. - Formação em liderança.
Pouca adesão aos questionários de satisfação	Risco da credibilidade e confiança na unidade de Saúde	D	II	2	Melhorar a divulgação da existência de questionários de satisfação, aumentar motivação de resposta aos mesmos, acções de sensibilização para o tema.
Inexistência de divulgação dos resultados anuais	Risco da credibilidade e confiança na unidade de Saúde	D	II	2	Criação de equipa responsável por recolha, análise e publicação de resultados anuais;

Legenda: P – Probabilidade; G – Gravidade; NR – Nível de Risco

Quadro V. Riscos do ambiente

Riscos para o Ambiente					
Perigo	**Riscos Associados**	**P**	**G**	**NR**	**Medidas Correctivas e Preventivas**
Inexistência de Procedimentos de Segurança	Risco de Incêndio	E	V	5	- Elaboração de um procedimento de segurança; - Parceria com a protecção civil; - Simulacros de Incêndios e outras situações de catástrofe.
Desempenho inadequado por parte das assistentes operacionais	Risco de lesões	D	IV	4	Maior selectividade nas entrevistas de emprego, acções de sensibilização e motivação
Separação de resíduos hospitalares inadequada	Risco de infecção	D	III	3	- Formação sobre separação de resíduos hospitalares e reforço periódica da mesma de 6 e 6 meses.
Manuseamento de roupa inadequado	Risco de infecção	D	III	3	- Procedimento de tratamento de roupas e formação/divulgação sobre o mesmo; - Formação sobre medidas de controle da infecção dos cuidados de saúde para as assistentes operacionais e reforço da mesma para os restantes profissionais de saúde; - Sensibilização para as medidas de controlo da infecção dos cuidados de saúde.
Prolongamento Frequente do horário de trabalho dos profissionais	Risco de erro na prestação de cuidados e Risco de stress	E	III	3	Compreensão dos motivos de prolongamento do horário de trabalho, estabelecimento de horário laboral adequado
Insegurança e instabilidade no emprego	Risco de erro na prestação de cuidados e Risco de stress	D	III	3	- Criação de contratos de trabalho; - Reuniões informais periódicas entre as chefias e profissionais.
Uso de anéis e pulseiras por parte dos profissionais	Risco de infecção	E	III	3	- Norma interna a proibir o uso de anéis/ pulseiras/ colares e outros adereços pessoais na prestação de cuidados ao cliente; - Sensibilização de medidas de controlo da infecção através do vestuário e postura adequada.
Cansaço dos profissionais	Risco de erro na prestação de cuidados e Risco de stress.	D	III	3	Realização de questionários aos profissionais; compreensão dos motivos de cansaço, estabelecimento de horário laboral adequado, criação de eventos extra laborais de lazer/socialização e convívio

Legenda: P – Probabilidade; G – Gravidade; NR – Nível de Risco

Em relação à gestão de riscos, observei que os serviços de psiquiatria não integrados em hospitais gerais não estão completamente preparados para identificar e avaliar situações de risco, são poucos os profissionais com formação na área e pouco sensibilizados para o tema. Os serviços têm fracos recursos humanos, o que torna mais difícil a implementação deste projecto. Os enfermeiros chefes estão mais preparados e motivados para resolver situações de risco imediato estabelecendo medidas correctivas do que analisar situações de risco possíveis e a longo prazo e desta forma estabelecer acções preventivas. Penso que é importante reflectir sobre este problema.

Passando à análise dos quadros, como podemos observar no gráfico nº1, verificou-se que os riscos com maior evidência são os de "segurança do cliente" ocupando

uma percentagem de 54%, sendo seguidos pelos "riscos para o ambiente" (16%), "cumprimento de metas" (12%), "agressão" (10%) e "credibilidade e confiança da instituição" (8%). Isto demonstra claramente como é o cliente aquele que está sujeito a maior risco, sendo então este quem deverá merecer maior atenção no que diz respeito à identificação de potenciais perigos e riscos associados, de forma a se poderem implementar as medidas preventivas necessárias.

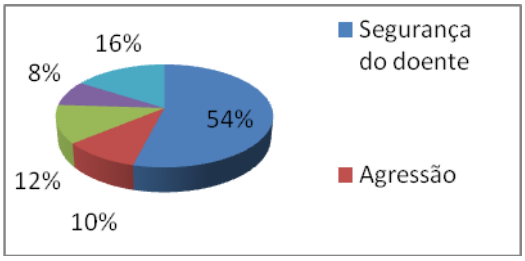

Gráfico 1 – Riscos das Unidades de Saúde Mental

O gráfico 2 mostra os perigos relacionados com a segurança do cliente distribuídos por nível de risco. Da análise do quadro I e do gráfico 2, salienta-se que apenas foi identificado um perigo com nível **de risco inaceitável** que requer actuação muito urgente - a não desinfecção de material (dinamap's, termómetros e estetoscópios) de cliente para cliente. De referir no entanto que foram identificados ainda bastantes perigos que apresentam o **nível de risco muito elevado** e que requerem uma actuação urgente bem como de **nível elevado** com intervenção a curto prazo. Não foram identificados perigos de nível de risco baixo e significativo. Uma explicação para isto reside no facto de estarmos formatados para a identificação de riscos que possam acarretar maiores implicações para o cliente, profissionais de saúde, instituição, ambiente e público em geral, sendo essa uma explicação mais provável que a ausência de perigos de nível de risco baixo ou significativo.

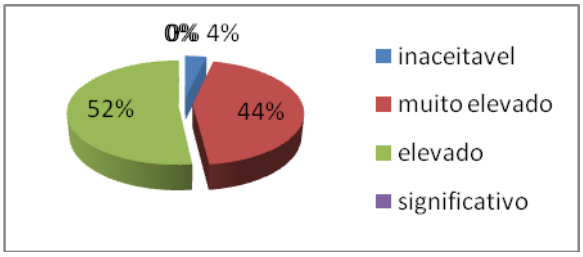

Gráfico 2 – Nível de riscos relacionados com a Segurança do cliente

No gráfico 3 estão descritos os riscos associados mais prevalentes no que concerne aos **riscos de segurança do cliente**. Verifica-se que os mais frequentes são os de vulnerabilidade, suicídio, instabilidade mental (por perigos relacionados com alterações de humor, clientes em fase maníaca da doença bipolar, alucinações auditivas/sintomas psicóticos, supervisão inadequada, não adesão a terapêutica e a avaliação incompleta do estado mental do cliente), logo de seguida os riscos de troca de medicamentos (por mau manuseamento, inadequada identificação da medicação e armazenamento, por não verificar as 5 certezas da medicação) e más práticas (devido a inexistência de procedimentos e instruções de trabalho e omissão de erros clínicos e incidentes). Importa ainda não descurar os riscos de queda (por hipotensão, supervisão inadequada e piso molhado/escorregadio) reinternamento (não adesão a terapêutica e deficitária articulação com os cuidados primários), fuga (por ideação de alta e ausência de quarto de isolamento e adequada supervisão dos clientes), troca de clientes (por má identificação do cliente, documentação ilegível),

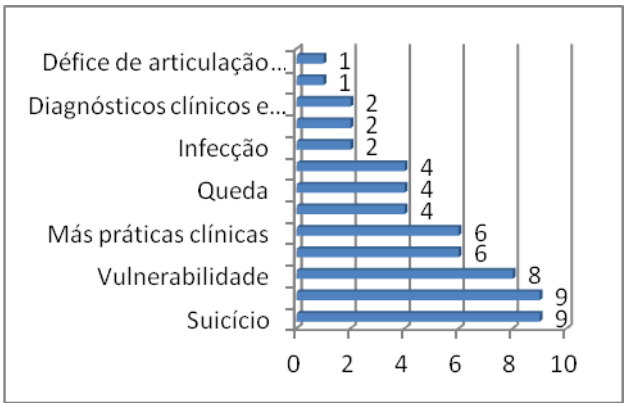

Gráfico 3 - Riscos Associados do grupo de riscos para a segurança do cliente

No gráfico seguinte, são descritos os níveis de risco dos riscos relacionados com a agressão, verificando-se que a maioria dos riscos identificados são classificados como nível de risco elevado (40%) ou significativo (40%).

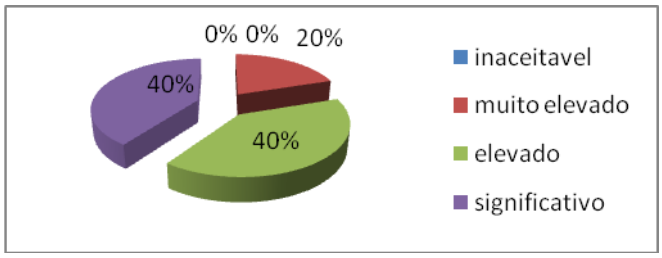

Gráfico 4 – Nível de riscos relacionados com a agressão

No gráfico 5 estão descritos os riscos associados ao **cumprimento de metas,** distribuídos por níveis de risco. Verifica-se que a maioria dos riscos identificados nesta área, (50%) se encontra num nível de risco elevado. Nesta área é importante referir que o maior nível de risco esta relacionado com uma liderança pouco presente, fraco envolvimento das equipas e poucos recursos humanos nomeadamente de enfermeiros.

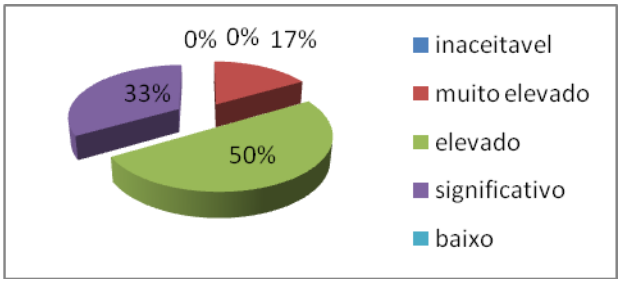

Gráfico 5 – Nível de riscos relacionados com o cumprimento de metas

Em relação aos **riscos da crebilidade e confiança da unidade de saúde,** os riscos identificados estão distribuídos no gráfico 6 por níveis de risco. Nesta área, após a leitura do gráfico IV, importa dizer que os riscos estão principalmente relacionados com a falta de transparência dos seus resultados dos objectivos anuais, não existindo uma divulgação interna nem externa dos mesmos.

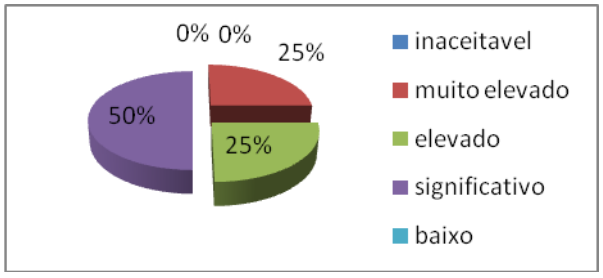

Gráfico 6 – Nível de riscos relacionados com a credibilidade e confiança da unidade de saúde

Por último o grupo dos **riscos do ambiente,** distribuídos por nível de risco no gráfico 7. Nesta área, e depois de analisar o quadro V e o gráfico 8, verifica-se que a maioria dos riscos se prende com o stress dos profissionais de saúde e a possibilidade de erro na prestação de cuidados. Importante ainda o risco de infecção devido a inadequada separação de resíduos hospitalares e manuseamento e separação de roupa suja e limpa.

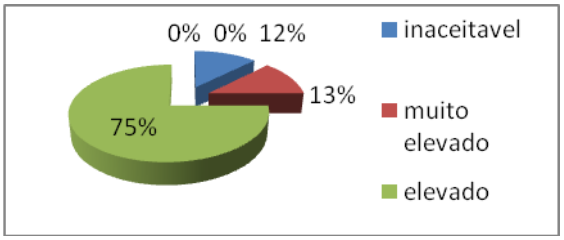

Gráfico 7 – Nível de riscos relacionados com o ambiente

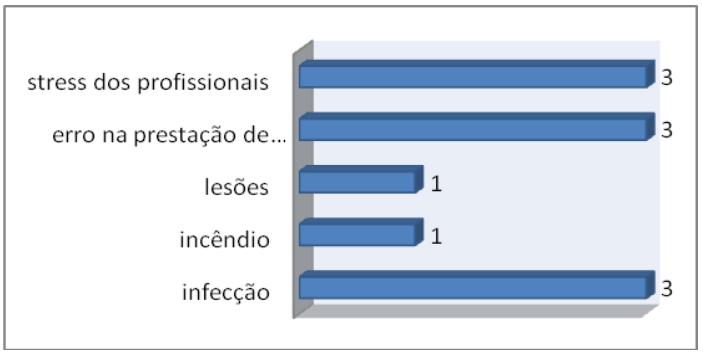

Gráfico 8 – Riscos Associados do grupo de riscos para o ambiente

Outro resultado esperado inicialmente consistia na elaboração do manual de gestão de risco em saúde mental que também foi realizado com êxito. Este manual é constituído por um conjunto de definições, conceitos e orientações com o intuito de promover uma cultura de segurança no seio das organizações de Saúde Mental. Para melhor compreensão de todos os profissionais de saúde da instituição, foram elaborados vários documentos, um com a política de gestão de risco, um procedimento, um documento com instruções de trabalho e a folha modelo sobre a identificação e avaliação dos riscos, assim, como um guia de identificação e avaliação dos riscos para os profissionais de saúde mental. O presente manual de gestão de risco em Saúde Mental encontra-se em apêndice n.º5.

Todas as actividades de uma organização envolvem risco. Para gerir este risco as organizações devem realizar uma identificação e análise do risco frequentemente e ter profissionais treinados para este tido de função. A gestão de risco é uma mais-valia e uma aliada para a segurança do cliente, pode ser aplicada em toda a organização, a diversas áreas e níveis, em qualquer momento, e a todas as funções, objectos e actividade profissional.

O último **objectivo especifico** "Analisar os tipos de incidentes relacionados com a segurança do cliente na unidade de internamento de agudos, unidade de cuidados Integrados e consultas externas da Clínica Psiquiátrica de São José". Como não consegui coloca-lo em prática, elaborei um projecto sobre notificação de incidentes e eventos adversos (apêndice n.º6), e sensibilizei a equipa para a importância deste tema. Apenas identifiquei alguns incidentes e eventos adversos segundo a Estrutura conceptual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente (DGS, 2011). A sua identificação ajudou a justificar as causas dos riscos justificando o objectivo anterior.

Não foi possível realizar a analise dos incidentes e eventos adversos durante o estágio pois o tempo foi limitado e o numero de intervenções extenso. Apenas se procedeu à identificação dos incidentes e eventos adversos. Para tal, utilizou-se a estrutura conceptual da "Classificação Internacional sobre Segurança do cliente" (DGS, 2011). Para se proceder à análise dos Incidentes e eventos adversos, após verificar o tipo de incidente as fases seguinte seriam verificar as consequências para o cliente, características do cliente, características do incidente, factores contribuintes/perigos, consequências organizacionais, factores atenuantes do dano, ações de melhoria e ações para reduzir o risco.

Segundo a *Classificação de Incidentes de segurança do cliente por classes de conceitos*, os tipos de incidentes observados foram: a) **administração clínica**, deficiente identificação do cliente, da medicação, do processo clínico, ou de exames (deve estar sempre identificado com o primeiro, segundo e ultimo nome, data de nascimento e n.º de processo para evitar troca de informação, cliente e medicação); b) **Processo/Procedimento Clínico** e c) **Documentação**, ambos por ausência de

procedimentos e instruções de trabalho o que aumenta a probabilidade de riscos, dado que, e ausência de identificação do cliente e registos clínicos em algumas folhas que contemplam do processo clínico; c) **infecções associadas aos cuidados de saúde**, por maus cuidados de higiene, nomeadamente a lavagem inadequada das mãos e ausência de uso de luvas em alguns procedimentos bem como ausência de supervisão; d) **medicação/fluidos IV**, por armazenamento errado; e) **comportamento**, cliente não cooperante, inconstante, agressão verbal e física; f) **acidente do cliente** por quedas, abrasão/fricção ou mesmo por agressão física; g) **quedas**, por supervisão inadequada ou por mobilização inadequada do cliente.No que diz respeito às restante categorias, não foram observados incidentes do tipo sangue/hemoderivados, dieta/alimentação, oxigénio/gás/vapor/ dispositivo/ equipamento médico, infra-estrutura/edifício/ instalações e recursos/ gestão organizacional durante o período de estágio.

4.2.2.1. Discussão da análise dos riscos

Reflectindo e sintetizando os contributos para o segundo objectivo geral – identificação do risco, percebe-se que o nosso papel enquanto cuidadores vai muito alem do cuidado imediato. Passa por uma prevenção dos riscos inerentes, tendo por base todo um planeamento, acompanhado por uma adequada intervenção junto dos pares, com a finalidade última de um cuidado ao doente e família de qualidade.

O segundo objectivo geral foi atingido com grande empenho e satisfação pessoal, dado tratar-se de uma área que, para além de assumir uma importância cada vez mais premente, é também uma área de que gosto particularmente.

Este projecto visou a implementação de uma cultura de consciencialização em todos os profissionais de saúde da instituição sobre o risco bem como a implementação de uma mentalidade de notificação de eventos adversos, contribuindo desta forma para a prevenção e redução do risco em saúde mental, promovendo o bem estar e saúde mental dos clientes e familiares, dos profissionais de saúde, melhoria do ambiente e melhor funcionamento da instituição. Este projecto levou também a uma percepção dos aspectos que funcionam menos bem e são potenciais causadores de risco,

através da identificação e previsão de complicações que frequentemente decorrem dos problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas e através da avaliação do potencial de abuso, negligência e risco para o cliente em situações específicas como o risco de agressão, suicídio, etc., corrigindo e melhorando todos os aspectos e riscos identificados através de uma intervenção precoce baseada em medidas preventivas envolvendo todos os profissionais de saúde. A realização deste trabalho permitiu desta forma a implementação de programas de promoção de saúde mental e redução do risco de perturbações mentais, contribuindo indubitavelmente para melhorar os indicadores de morbilidade e mortalidade.

Este trabalho permitiu assim a aquisição de uma série de competências nomeadamente no que diz respeito à coordenação, implementação e desenvolvimento de projectos de promoção e protecção da saúde mental e prevenção ou minimização de possíveis eventos adversos com consequente prejuízo para o cliente mental e para os que o rodeiam, e no que diz respeito à identificação de resultados esperados e sua correlação com a implementação de projectos de saúde mobilizando indicadores em saúde mental.

A identificação e análise dos riscos, incidentes e eventos adversos são fundamentais para a segurança do cliente numa organização. Através deste trabalho conseguimos identificar questões e dados de segurança do cliente, percebendo os riscos existentes na unidade de estágio, o que permitirá, através da análise dos dados recolhidos, estabelecer um plano que permita priorizar soluções para os problemas e riscos identificados na área da segurança, levando a uma melhoria inquestionável dos serviços oferecidos e a um avanço ao nível da enfermagem.

Através deste projecto desenvolvi as competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente, competências no domínio da “responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e aprendizagem dos profissionais (OE, 2010).

Concluiu-se que o papel do enfermeiro é fundamental na supervisão e monitorização de todas as etapas do processo de gestão de risco, sendo um intermediário e um elo

de ligação entre todos os intervenientes, promovendo a excelência da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nas unidades de saúde mental.

Verificou-se que os riscos mais identificados são os relacionados com a segurança do doente, que é hoje uma das grandes preocupações das instituições de saúde e dos profissionais de saúde. A CNA (2003) define segurança do cliente como a prevenção de actos inseguros no sistema de saúde. Para a enfermagem deve significar estar sob o cuidado de um profissional de saúde que, de acordo com o consentimento do cliente, o ajuda a atingir um nível óptimo de saúde ao mesmo tempo que assegura todas as acções necessárias para prevenir ou minimizar o erro. Para a Ordem dos Enfermeiros, "a segurança dos clientes deve ser a preocupação, o objectivo e a obrigação prática de todos os enfermeiros, com vista à protecção dos direitos dos clientes a cuidados seguros bem como da sua dignidade" (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011, p. 2).

A inadequada supervisão, falta de recursos, stress dos profissionais relativos a instabilidade no emprego, são factores que levam ao aumento do risco. Como refere o autor OLIVEIRA, (2005, p. 13) as áreas de intervenção mais comuns na gestão do risco clínico em Portugal são: a comunicação e o consentimento informado, a supervisão de pessoal inexperiente, o conteúdo e a organização do processo clínico, os procedimentos do bloco operatório, a falta de tempo para a prestação de cuidados, as acções com base em resultados radiológicos ou laboratoriais, a acção que ultrapassa o nível de competência de quem age, os estagiários e o pessoal recém-formado.

O enfermeiro gestor do risco clínico pode assumir um papel exclusivo na implementação, supervisão e monitorização de todas as etapas do processo de gestão do risco clínico, sendo um mediador da comunicação e um elo de ligação entre todos os intervenientes, em todas as etapas do processo. Através da metodologia do processo de gestão do risco clínico. De acordo com as metas de qualidade criadas, em 2011, pela *The Joint Commission,* para a segurança do cliente, o processo pode ser aplicado nos cuidados continuados integrados, como por exemplo, na prevenção de infecção, na prevenção do suicídio e na melhoria da

preparação e administração de terapêutica. Estas recomendações, emanadas por organizações de referência a nível internacional, são transversais a todas as instituições de saúde e, apesar de não estarem descritas para as unidades de Saúde Mental, podem ser transpostas para as mesmas (Silvério et al, 2012).

Para concluir, este trabalho demonstra a importância da criação de uma cultura de notificação dos incidentes e eventos adversos. Para tal todos os profissionais dos serviços de saúde deve ter a ideia de que o intuito não é punir ninguém, mas sim determinar padrões de risco e falhas no sistema, aprendendo com os eventos e incidentes, identificando riscos e delineando estratégias para tratamento e prevenção dos mesmos.

5. QUESTÕES ÉTICAS

Inerente a qualquer estágio realizado na área da saúde, encontram-se sempre questões éticas pertinentes e merecedoras de profunda reflexão. Os estágios realizados não foram excepção, e foram também eles ricos nestas questões.
Por estar numa fase que é ao mesmo tempo de formação mas onde tenho já responsabilidade e competência para organizar, dinamizar e liderar sessões e dinâmicas de grupo, bem como para estabelecer relações terapêuticas individualizadas, por vezes de forma autónoma, existem obrigatoriamente algumas questões éticas que se levantam. Um exemplo consiste no facto de serem prestados cuidados de saúde ao cliente com doença mental por alguém que, apesar de ter competência para tal, não tem ainda a formação completa na especialidade de Saúde Mental. Esta questão minimiza-se pelo facto de existir sempre uma devida supervisão por enfermeiros especialistas em Saúde Mental, e por ser algo absolutamente necessário na formação de qualquer enfermeiro especialista, apesar dos aspectos éticos e mesmo dos riscos inerentes.

Também o facto de se criar uma relação terapêutica individualizada de um estagiário com um cliente, sabendo à partida que aquela relação não poderá ser mantida no tempo, ou seja, sabendo que nunca poderá existir um componente longitudinal a longo prazo dado que essa relação em alguns casos será quebrada no final do estágio, levanta também só por si várias questões éticas. Numa relação terapêutica, o cliente deposita toda a sua confiança e esperança de reabilitação no terapêuta e na relação que com ele estabelece, havendo inclusivamente, por vezes a possibilidade de criação de relações emocionais por parte do cliente. Este aspecto torna-se ainda mais preponderante quando se tratam de clientes com doença mental. Até que ponto será benéfico para o cliente criar uma relação que não poderá ser continuada? Serão os benefícios para o cliente e para o estagiário superiores e merecedores dos possíveis danos causados pela quebra dessa relação aquando do final do estágio? Estas são questões que, apesar de poderem ser discutidas, não terão nunca uma resposta correcta, sendo consideradas “um mal necessário” na formação de um enfermeiro especialista em saúde mental.

6. IMPLICAÇÕES/RECOMENDAÇÕES DO TRABALHO PARA A PRÁTICA

A formação do enfermeiro especialista não termina com a conclusão da especialidade. É sim um processo contínuo de formação, aquisição e desenvolvimento de competências, aperfeiçoamento e melhoria contínua dos cuidados prestados, promovendo a autonomia do exercício profissional através da aprendizagem ao longo da vida alicerçada na autoformação.

As competências do enfermeiro especialista em saúde mental são assim a base da sua formação, e os trabalhos e projectos criados e desenvolvidos consistiram numa das formas de atingir essas mesmas competências. Ao longo de todos os estágios, os temas dos trabalhos e projectos realizados foram escolhidos com base na sua importância, pertinência e utilidade, tendo sempre o objectivo de promover as boas práticas em saúde mental, supervisionando e avaliando práticas clínicas de modo a garantir a prestação de cuidados seguros e efectivos, assegurando uma gestão eficaz dos recursos e cumprimento dos padrões de qualidade.

Com base nos pressupostos anteriores, torna-se bastante importante dar continuidade aos projectos desenvolvidos, e às competências adquiridas, num contexto de ganho em saúde com consequentes reduções do risco em saúde mental.

Assim, pretende-se que os projectos desenvolvidos, nomeadamente o programa de “adesão terapêutica”, o projecto sobre notificação de eventos adversos “notificar, melhorar e aprender”, o protocolo de articulação com os cuidados primários, e o manual de gestão de risco tenham continuidade, tornando-se verdadeiramente úteis para o serviço e para os clientes, dado que são uma mais-valia para a excelência do cuidar em saúde mental, permitindo como descrito anteriormente, um ganho em saúde, redução do risco, prestação de cuidados seguros e efectivos, uma gestão eficaz dos recursos, monitorização de cuidados e cumprimento dos padrões de qualidade.

7. LIMITAÇÕES DO TRABALHO

Os estágios realizados decorreram praticamente sem quaisquer problemas, não tendo sentido dificuldades à concretização plena dos meus objectivos. No entanto, deparei-me com algumas limitações que passo a relatar.

A meu ver, a principal limitação deste relatório prende-se com a obrigatoriedade do projecto e do relatório de estágio serem apresentados num mesmo documento com um limite de páginas, o que se torna bastante redutor dado a quantidade de informação a transmitir, do relato de todas as experiências aprendidas e vivenciadas, bem como dos resultados obtidos. Contudo, no que diz respeito à parte do projecto, fica aqui o seu registo bem como a sua possível implicação nos serviços de saúde, ficando também a possibilidade e sugestão dos profissionais darem seguimento ao mesmo.

Outra limitação prende-se com a dificuldade em conciliar a vida pessoal, profissional e escolar, não foi fácil mas consegui superar com o estabelecimento de prioridades e uma boa gestão do tempo.

Justificar a articulação da qualidade, gestão de risco e segurança do cliente com a saúde mental foi outra dificuldade encontrada pois apesar de serem temas actuais muito poucas referências há sobre eles na área da saúde mental. A pesquisa bibliográfica, a experiência profissional e o gosto pela área facilitarem nesta articulação. Outra ajuda, foi o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental, um documento que constitui um instrumento essencial para os enfermeiros para a promoção da melhoria contínua destes cuidados especializados.

Durante a realização deste estágio consegui superar alguma dificuldade e até receio de lidar com clientes com algumas patologias psiquiátricas, e clientes considerados “difíceis”. Ganhei à vontade para lidar com clientes nalgumas situações específicas como por exemplo o comportamento suicidário ou parasuicidário, e ganhei maior experiência na distinção destes dois tipos de situações.

Durante o período de estágio a minha maior limitação foi sem dúvida a busca e a adquisição do meu auto-conhecimento, uma coisa que por vezes parece tão simples transforma-se em algo complexo e que implica muita reflexão, muita partilha, recordar lembranças passadas e associa-las as nossas emoções e sensações quando estamos perante um cliente com doença mental ou mesmo no nosso dia-a-dia. Foi sem dúvida uma grande descoberta de um grande caminho que percorri.

Outra limitação, foi a dificuldade em sensibilizar os profissionais para a identificação e avaliação dos riscos nos serviços de saúde mental, algo que consegui superar com a ajuda dos meus orientadores e a minha apresentação sobre o tema nos serviços assim como os exemplos de avaliação dos riscos e a importância de uma cultura de segurança na busca da excelência dos cuidados de enfermagem.

Levando em conta o que foi dito, espera-se que no futuro surjam mais trabalhos que venham a explorar o imenso potencial do tema aqui abordado e que possam contornar as limitações apresentadas.

8. CONCLUSÃO

Este projecto/relatório teve uma componente flexível, dinâmica e algum carácter inovador. A realização deste projecto revelou-se de extrema importância, uma vez que permitiu direccionar a aprendizagem no sentido dos meus interesses reais, e definir claramente os objectivos que pretendo atingir, de forma a poder desenvolver competências específicas, e fortalecer a conexão da teoria com a prática, possibilitando aprendizagens profissionalmente estimulantes.

Num contexto actual de segurança aplicada aos cuidados de saúde mental, sendo a segurança do cliente uma preocupação primordial, a gestão de risco torna-se num foco central de atenção, constituindo este um aspecto importante. A par desta, outras áreas temáticas foram trabalhadas e desenvolvidas, nomeadamente a área relacional, a comunicação, o acolhimento, a humanização e melhoria dos cuidados, a adesão à terapêutica, o desenvolvimento de uma relação terapêutica efectiva, bem como o incentivo e fomentação de boas práticas no serviço.

No que diz respeito aos locais de estágio, considero que estes constituíram teatros propícios ao cuidado especializado à pessoa com doença mental e sua família, foco fundamental dos cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Ao longo deste relatório pretendeu-se, através da apresentação de diversas situações reais vividas na primeira pessoa, demonstrar de que forma as actividades e estratégias desenvolvidas, contribuíram de forma pertinente para a aquisição e desenvolvimento de competências, através do incentivo de boas práticas baseadas na evidência científica, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros ao cliente com doença mental e sua família, sempre com o objectivo de promover a saúde e evitar a doença mental, tendo a finalidade sido atingido.

Todo este projecto de formação tornou-se numa ferramenta valiosíssima no meu processo do auto-conhecimento e crescimento individual e profissional, e tenho

esperança de que possa ter também uma grande utilidade nos serviços onde estagiei e quem sabe, noutros serviços de saúde mental.

Não queria terminar sem antes referir o carácter longitudinal da formação do enfermeiro especialista em Saúde Mental. Algo que percebi ao longo do estágio, foi que a formação nesta especialidade não termina aqui. Muito pelo contrário, isto é apenas o início de uma formação que se quer contínua, sempre com o intuito de manter uma motivação e dinâmica como até aqui foi demonstrada.

Para reflectir a forma como percepciono a minha forma de estar perante a profissão, cito algumas palavras da autora Nunes (2003): “Uma das coisas magníficas do ser humano é que somos seres que aprendem…não estamos terminados, concluídos, antes pelo contrário, temos a possibilidade de mudar, adaptar, crescer, desenvolver…de agir hoje melhor que ontem… e logo melhor que agora”.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Nurses Association (2002) - *Statement of the American Nurses Association for the Institute of Medicine's Committee on Work Environment for Nurses and Patient Safety.* Washington DC: ANA, 1-8. Acedido em 22/05/2012. Disponível em: www.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/MediaResources/PressReleases/2006_1

Abrunhosa, A. et al. (2007) - *Comportamento de Adesão… Uma Meta para o Cliente… Um Desafio para a Enfermagem.* Nephro's. Lisboa. Volume XI, N.º 2. Edições Recipe.

Benner, Patricia (2005) - *De Iniciado A Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem.* Coimbra. Quarteto

Campos, L., Borges, M., Portugal, R., (2009) - *Governação dos Hospitais*, Lisboa, Casa das Letras.

Chalifour, Jacques (2008) – *A Intervenção Terapêutica: Os Fundamentos Existenciais-Humanistas da Relação de Ajuda*. Volume 1, Lusodidacta.

Chalifour, Jacques (2009) – *Estratégias de Intervenção.* Volume 2, Lusodidacta.

Consumers - *To err is human : to delay is deadly : ten years later, a million lives lost, billions of dollars wasted : Safe Patient Project*. Austin, Texas : Consumers Union : 2009. (Consumer Reports Health).

Decreto-Lei n.º104/98 de 21 de Abril - Código Deontológico do Enfermeiro.

Despacho n.º 14223/2009. D.R. II.ª Série. 120 (2009-06-24) 24667-24669 - Procede à aprovação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

Estrutura Concetual da *Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Relatório Técnico Final. Tradução realizada pela Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde. Direção-Geral da Saúde (2011)

Fortin, M. (1999) - *O Processo de Enfermagem: Da concepção à realização*, Lisboa, Lusociência.

Fragata, J.; Martins, L. (2008) - *O erro em medicina: perspectiva do individuo, da organização e da sociedade*, Coimbra, Edições Almedina.

Fragata, J. (2006) - *Risco Clínico complexidade e performance*, Coimbra, Almedina.

Fragata, J. (2011) - *Segurança dos Doentes: uma abordagem prática.* Lisboa: Lidel.

Gramacho, Ana (2011) *Gestão do Risco para uma prática de melhoria de cuidados.* Dissertação de mestrado não publicada. Lisboa. Apresentada na Universidade Católica Portuguesa.

Kérouac, S. et al (2004) – *La pensée infirmière*. Laval, Maloine

Mansoa, A. (2010). *O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos: estudo sobre as representações dos actores de uma unidade pós cirúrgica de um hospital português.* Tese de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa.

Ministério Da Saúde – Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016 *(Resumo Executivo).* Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Lisboa, 2008. 56 p. ISBN: 978-989-95146-6-9.

Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Lisboa, págs. 2959-2962

Ministério da Saúde. Portaria nº 281/2005. Classificação dos hospitais. Lisboa, D.R.-I Série-B, nº54, 17 de Março de 2005, págs.2430-2431

Neuman, B. (2002e). *The Neuman systems model: Definitions. In B. Neuman & J. Fawcett* (Eds.), The Neuman systems model 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Oliveira, Jacinto (2005) - *Gestão do Risco Hospitalar – Perspectiva multiprofissional.* Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. N.º 19 (Dezembro 2005). Págs. 12-15.

OMS – Organizanizzazione mondile della salute (1988) - *Qualita dei servizi sanitar*, Quaderni di saita pubblica.

Ordem Dos Enfermeiros (2006) – Tomada *de posição sobre segurança do cliente.* Documento elaborado por Conselho Jurisdicional da Ordem Enfermeiros, Maio, 10págs

Ordem dos Enfermeiros (2006) - Parecer do Conselho Jurisdicional – *Tomada de Posição sobre a Segurança do Cliente.* Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros – OE (2008). *Erros de medicação: a enfermagem conta.* Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Ordem dos Enfermeiros (2010) - *Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental,* Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2011) - *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental,* Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2001) – Divulgar: *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.* Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem.Lisboa

Paladini, E. (2008) - *Gestão estratégica da qualidade: princípios, métodos e processos*. 2ª ed. São Paulo: Atlas.

Phaneuf, M. (2005) - *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (2ª ed.) Loures: Lusociência.

Rua, I. (2009) - *Comportamentos de Adesão em Saúde: Promoção da Adesão dos Utentes ao Regime Terapêutico – Um Percurso***.** IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida: Livro de Actas – Saúde e Qualidade de Vida em Análise. Escola Superior de Enfermagem do Porto – Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida: Porto.

Silvério, A., Silva, B., Benito, M., Santos, S. & Lucas, P. (26 de Julho de 2012) O enfermeiro na gestão do risco clinico nas unidades de cuidados continuados integrados: uma reflexão teórica e cconceptual. *Revista Envelhecimento e Inovação.*

Sousa, C. (2009) - *A Liderança e a cultura organizacional num grupo de saúde privado*. Tese de Mestrado em Gestão Empresarial, ISCTE.

Sousa, P. (2006) - *Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional*. Acta médica Portuguesa.

Townsend, M.C.(2011) - *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. (6.ªed). Loures: Lusociência.

Vilelas, J. (2009) - Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento. Edições Sílabo. Lisboa

WHO — World Alliance for Patient Safety : forward program 2005. [Em linha]. Geneva : World Health Organization, 2004. [Consult. 12 Novembro 2009] Disponível em http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.

APÊNDICES

Apêndice n.º 1 – Reflexões Criticas

Apêndice n.º 2 – Estudo de Caso – Unidade de Cuidados Integrados

Apêndice n.º 3 – Estudo de Caso – Unidade de Agudos

Apêndice n.º 4 - Planos de Sessões: Dinâmicas de Grupo

Apêndice n.º 5 – Manual de Gestão de Risco em Serviços de Saúde Mental

Apêndice n.º 6 – Projecto “Notificar, Melhorar e Aprender”

Apêndice n.º 7 – Programa de intervenção de Enfermagem – Adesão à Terapêutica

Apêndice n.º 8 – Protocolo de Articulação em Saúde Mental da CPSJ com os Cuidados de Saúde Primários

Apêndice n.º 9 – Procedimento da Consulta de Enfermagem de Psiquiatria

Apêndice n.º 10 – Apresentação da sessão sobre “A avaliação do Estado Mental” para Enfermeiros.

ANEXOS

Anexo I – Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

Anexo II – Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Anexo III – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental

Anexo IV – Instrumento de Registo do Plano Individual de Intervenção