



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MENTAL EM CONTEXTO COMUNITÁRIO:

Uma proposta de intervenção de enfermagem de consultadoria e ligação na UCC

MICAELA PAULA GONÇALVES DE ABREU

Orientação: Professor Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MENTAL EM CONTEXTO COMUNITÁRIO:

**Uma proposta de intervenção de enfermagem de consultadoria e
ligação na UCC**

MICAELA PAULA GONÇALVES DE ABREU

Orientação: Professor Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

**INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE
MENTAL EM CONTEXTO COMUNITÁRIO:
Uma proposta de intervenção de enfermagem de consultadoria e
ligação na UCC**

Micaela Paula Gonçalves de Abreu

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

Júri:

**Presidente: Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Doutorada em Enfermagem).
Professora Adjunta,
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja**

**Arguente: Jorge Salvador Pinto de Almeida (Doutorado em Ciências da Vida –
Saúde Mental). Professor Adjunto,
Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico
de Castelo Branco**

**Orientador: Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos (Especialidade em
Enfermagem, Decreto lei nº 206 de 2009, de 31 agosto)
Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico
de Setúbal**

Portalegre, 2020

O período de maior ganho em conhecimento e experiência
é o período mais difícil da vida de alguém
Dalai Lama

AGRADECIMENTOS

Atualmente encontramos-nos em fase de pandemia, com uma responsabilidade acrescida, por inerência da nossa profissão, perante os nossos pares, familiares e sociedade.

Agradeço a chegada ao fim desta fase da minha vida:

De uma forma especial, aos meus filhos e marido pelo apoio diário e palavras de alento;

Aos colegas de trabalho pela motivação transmitida;

Ao Professor Lino Ramos pela sua exigência, pela sua sábia orientação deste percurso;

Aos enfermeiros dos locais de estágio pelo acolhimento e disponibilidade, em especial à

Enf^a Vânia Martins e Enf^a Rita Costa pela sua orientação mais próxima;

A todos os enfermeiros que dedicam tempo à investigação e permitem a excelência da
prestação dos cuidados

RESUMO

A organização dos cuidados de saúde mental constitui uma prioridade das políticas propostas e defendidas por instituições como a Organização Mundial da Saúde. De acordo com o Programa Nacional para a Saúde Mental, na última década o registo de pessoas com perturbações mentais, nos cuidados de saúde primários, tem vindo a aumentar, no que diz respeito às perturbações de ansiedade, depressivas e às demências. (PNSM, 2017).

Este relatório descreve a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde Mental, em dois contextos da prática clínica, em serviço de internamento de Psiquiatria e numa Unidade de Cuidados da Comunidade, e a reflexão sobre a prática especializada.

Assim, é feita a caracterização dos dois locais de estágio para o desenvolvimento das referidas competências de acordo com o definido pela Ordem dos Enfermeiros, bem como a descrição e reflexão do processo de enfermagem que se inicia no diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação das intervenções desenvolvidas, com o propósito de alcançar a excelência dos cuidados resultando ganhos em saúde para os utentes, família e comunidade.

Foi desenvolvido, também, um artigo científico cuja questão orientadora assenta na clarificação das intervenções de enfermagem de saúde mental em contexto comunitário. Ainda com o objetivo de complementar este tema, foi realizada, também, uma entrevista aos EESMP das UCC do ACES do local de estágio.

Com os contributos angariados nesta pesquisa, foi planeada uma proposta de intervenção de enfermagem de saúde mental na área da consultadoria e ligação, sendo uma área a desenvolver na comunidade.

Palavras chave: enfermagem de saúde mental e psiquiatria; enfermagem de consultadoria e ligação

ABSTRACT

The organization of mental health care is a priority of the policies proposed and defended by institutions such as the World Health Organization. According to the National Program for Mental Health, in the last decade the registration of people with mental disorders in health care primary care, has been increasing with regard to anxiety disorders, depression and dementia. (PNSM, 2017).

This report describes the acquisition of the common and specific skills of the Specialist Nurse in Mental Health Nursing, in two contexts of clinical practice, in Psychiatric inpatient service and in a Community Care Unit, and the reflection on specialized practice.

Thus, the characterization of the two internship locations is made for the development of the said competencies as defined by the Order of Nurses, as well as the description and reflection of the nursing process that begins in the diagnosis, planning, implementation and evaluation of interventions developed in order to achieve excellence in care resulting in health gains for users, family and community.

A scientific article was also developed, whose guiding question is based on the clarification of mental health nursing interventions in a community context. Still with the objective of complementing this theme, an interview was also carried out to the EESMP of the ACES UCC of the internship site.

With the contributions raised in this research, a mental health nursing intervention proposal was planned in the area of consultancy and liaison, being an area to be developed in the community.

Keywords: mental health nursing and psychiatry; consulting and liaison nursing

Abreviaturas e Siglas

ACES	Agrupamento dos Centros de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CIF	Classificação Internacional para a Funcionalidade
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CTARSM	Comissão técnica de acompanhamento da reforma da saúde mental
DC	Domínio da Competência
DGS	Direção Geral de Saúde
EC	Estudo de Caso
ECCI	Equipa de cuidados continuados integrados
EESMP	Enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIS	Projeto de Intervenção em Saúde
PNSE	Plano Nacional de Saúde Escolar
PNSM	Plano Nacional de Saúde Mental
RIL	Revisão integrativa da literatura
SE	Saúde Escolar
SLSM	Serviço Local de Saúde Mental
SM	Saúde Mental
TCF	Tabela de Classificação da Funcionalidade
UC	Unidade de Competência
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UF	Unidade Funcional
USP	Unidade de Saúde Pública

Apresentação de Quadros

Quadro I	Carteira de Serviços das UCC
Quadro II	Plano de Atividades de Enfermagem da UCC
Quadro III	Programas e Projetos com participação da UCC
Quadro IV	Entidades com participação da UCC
Quadro V	Dissertações de mestrado
Quadro VI	Resultados da análise de Conteúdo
Quadro VII	Estrutura da Consultoria e Ligação de Enfermagem de SM
Quadro VIII	Resumo das competências Comuns do Enfermeiro Especialista
Quadro IX	Resumo das competências específicas do EESMP
Quadro X	Resumo da evidência das competências de mestre

ÍNDICE

	f
INTRODUÇÃO	13
1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
1.1 - SAÚDE E DOENÇA MENTAL	17
1.2 - OS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL NOS CSP	18
1.3 - ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL DE CONSULTADORIA E LIGAÇÃO	23
1.4 - O ENFERMEIRO GESTOR DE CASO	25
1.5 - TEORIAS DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL AFAF MELEIS E CALISTA ROY	27
2 - CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE CUIDADOS	31
2.1 - SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA	31
2.2 - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	35
2.2.1 - Plano de atividades da UCC	38
2.2.2 - Programas e Projetos com participação da UCC	47
2.2.3 - Entidades com participação da UCC	48
3 - PROJETO DE INTERVENÇÃO	51
3.1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	52
3.2 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	57
3.3 – METODOLOGIA	58
3.3.1 - Revisão Integrativa da Literatura	58
3.3.2 - Entrevista Semi-estruturada	61
3.4 - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	64
4 - ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁ- TRICA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM	69
4.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	70
4.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESMP	73
4.3 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	79
	F

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
APÊNDICES	93
Apêndice I - Resumo do Artigo Científico	94

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório traduz o percurso formativo desenvolvido durante a unidade curricular (UC) Estágio Final, que ocorreu no âmbito da 3ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área da Saúde Mental e Psiquiatria (SMP) e, constituir-se como elemento de avaliação para obtenção do grau de mestre. Este percurso pressupõe a integração de conhecimentos e práticas profissionais no desenvolvimento de competências específicas de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, bem como do perfil de mestre em enfermagem.

A **UC tem como objetivo** permitir aos estudantes o aprofundamento do desenvolvimento de competências de avaliação diagnóstica, de planeamento, prestação e avaliação de cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiatria (SMP), a pessoas / famílias integradas no seu contexto e aos três níveis de prevenção.

Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental (2017), desde 2011 que as perturbações mentais, nos cuidados de saúde primários (CSP), têm vindo a aumentar, designadamente perturbações de ansiedade, perturbações depressivas e demências. Existe também uma necessidade crescente de melhorar a oferta de cuidados de saúde mental a pessoas e famílias com doença mental grave na comunidade.

O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria (EESMP) assume um papel determinante na integração dos cuidados especializados em enfermagem de SMP nesta necessidade de melhorar a oferta de cuidados de saúde a utentes / famílias com doença mental grave; quer na fase aguda da doença (em contexto de internamento hospitalar), quer na fase em que a doença se encontra estabilizada, mas que é necessário manter cuidados de saúde de continuidade, em contexto de cuidados de saúde primários (CSP).

O Estágio Final decorreu em dois momentos, o primeiro estágio no internamento de psiquiatria do departamento de psiquiatria do hospital, com duração de 6 semanas, e o segundo estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), com duração de 16 semanas, ambos integrados num Concelho localizado a sul do Tejo. De referir que exercemos funções no agrupamento de centros de saúde (ACES), este também integrado no mesmo Concelho dos locais de estágio.

A opção de realizar o primeiro estágio numa unidade de internamento de agudos foi intencional, pois um dos nossos propósitos, além do desenvolvimento de competências clínicas

de enfermagem de SMP na fase aguda da doença mental, foi perceber o procedimento implementado, pela equipa hospitalar, na transição do utente do internamento para os CSP, aquando a alta clínica.

Assim, traçámos como **objetivo geral**, para este estágio final, desenvolver competências clínicas específicas na área da enfermagem de saúde mental, através da implementação de planos de cuidados de enfermagem especializados e da construção de um projeto de intervenção de saúde.

Objetivos específicos para o estágio I – serviço de internamento de psiquiatria:

- ✓ Prestar cuidados de enfermagem especializados a doentes com doença mental grave em fase aguda;
- ✓ Participar no plano de atividades de enfermagem do serviço de internamento;
- ✓ Realizar um estudo de caso a um doente com doença mental;
- ✓ Colaborar no processo de alta em articulação com a comunidade.

Objetivos específicos para o estágio II – UCC:

- ✓ Prestar cuidados de enfermagem especializados a utentes com doença mental estabilizada no domicílio;
- ✓ Participar no plano de atividades de enfermagem da UCC;
- ✓ Identificar áreas de cuidados com necessidade de intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental (ESM);
- ✓ Desenvolver um artigo científico resultante da identificação de um problema;
- ✓ Desenvolver um projeto de intervenção em saúde, em contexto comunitário;
- ✓ Discutir a proposta de intervenção com a equipa de enfermagem.

O relatório está organizado em quatro partes, a correspondente ao enquadramento conceptual, à caracterização dos contextos de cuidados, a do projeto de intervenção em saúde e o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

O **enquadramento de conceitos** que consideramos necessários para o desenvolvimento deste trabalho, salientando o conceito de saúde e doença mental, a perspetiva atual dos cuidados de saúde mental a nível nacional e mais concretamente nos CSP.

A comissão técnica de acompanhamento da reforma da saúde mental (CTARSM, 2017) no seu relatório de avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM, 2007-2016) identifica os constrangimentos à implementação da reforma dos serviços de SM a nível nacional. Após esta avaliação a CTARSM (2017) priorizaram e partilharam um conjunto de recomendações. Das propostas enumeradas no relatório, salientamos três pelo fato de se encontrarem

alinhadas com os objetivos deste trabalho. Assim, iremos explorar a “criação de uma carteira de serviços mínimos de prestação de cuidados”; a “priorização da saúde mental nos CSP” e o “desenvolvimento de programas de prevenção da doença mental e promoção da saúde mental”.

O conceito de enfermagem de SM de consultoria e ligação, em que a ESM por inerência das suas competências específicas ocupa uma posição privilegiada no desempenho destas funções. São apresentados alguns modelos de consultoria e ligação. É realçada a importância do EESMP como Gestor de Caso e a utilização desta metodologia no processo de prestação de cuidados de enfermagem de SM.

Um dos focos da ESM é a promoção da saúde mental, pelo que foram convocadas duas teóricas de enfermagem que contribuem para a proposição da prática de enfermagem perante este fenómeno. As teorias de enfermagem são encaradas como instrumentos para direcionar a enfermagem na busca dos seus limites de atuação em relação a outros profissionais. (George, 2000)

A Teoria das Transições de Afaf Meleis que defende que os indivíduos passam por transições ao longo da vida e que o enfermeiro deve ajudar a identificar esses momentos e torná-los mais saudáveis; e o modelo de Adaptação de Calista Roy que defende que o indivíduo tem a capacidade de se adaptar, sendo o enfermeiro o promotor de respostas adaptativas saudáveis.

A **caracterização dos contextos de cuidados** onde desenvolvemos a prestação de cuidados de enfermagem especializada, bem como o desenvolvimento de competências específicas de saúde mental. O estágio I decorreu num serviço de internamento hospitalar e onde foi desenvolvido um estudo de caso (EC). Neste contexto foi realizada a descrição de algumas atividades de enfermagem com impacto para a nossa aprendizagem. Foi também realizada uma reflexão contínua, sobre as práticas de enfermagem, fundamentada na literatura.

O estágio II decorreu numa UCC e pelo fato de exercemos, atualmente, funções de enfermagem nos cuidados de saúde primários, é do nosso interesse um aprofundamento das competências específicas de enfermagem de saúde mental neste contexto. Assim, a caracterização da UCC e o desenvolvimento de competências em contexto comunitário ocupará um lugar primário neste relatório. Assim, neste tópico foram descritas as atividades de enfermagem correspondentes ao plano de atividades da UCC do local de estágio, bem como a nossa intervenção nas mesmas. Foi implementado um plano de cuidados específicos a um dos utentes.

O **projeto de intervenção** corresponde ao tópico em que é realizada a contextualização da problemática e onde emerge a necessidade de cuidados de saúde mental sistematizados

nos CSP. Coloca-se a questão de investigação: Quais as intervenções específicas do EESMP em contexto comunitário? A tentativa de resposta a esta questão foi suportada por uma revisão integrativa da literatura (RIL). No sentido de sistematizar os achados da literatura sobre esta temática, foi produzido um artigo científico. Para complementar a informação sobre este tema pareceu-nos importante consultar a opinião dos EESMP das UCC do ACES do local de estágio, pelo que foram realizadas, também duas entrevistas.

Após esta pesquisa foi desenvolvida uma **proposta de intervenção** de enfermagem de SM no âmbito da consultadoria e ligação.

O **desenvolvimento de competências** especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria é o tópico que evidencia a forma como foram desenvolvidas e a sua implicação no nosso crescimento pessoal e profissional.

1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo iremos abordar os conceitos que nos pareceram ser enquadradores da temática deste relatório com o intuito de proporcionar uma melhor compreensão. Desta forma, os conceitos que iremos explorar são: saúde mental e doença mental; o estado atual e perspectivas futuras da saúde mental nos CSP; enfermagem de saúde mental de consultadoria e ligação e por último, mas não menos importante as teorias de enfermagem de Afaf Meleis e Calista Roy na perspectiva da promoção da saúde mental.

1.1 - SAÚDE E DOENÇA MENTAL

Na perspectiva da Organização Mundial de Saúde, a saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo exprime as suas capacidades, enfrenta os stressores normais da vida, trabalha produtivamente e de modo frutífero, e contribui para a sua comunidade (WHO, 2001).

A saúde mental é parte integral da saúde, é mais do que a ausência de doença, e está intimamente ligada com a saúde física e com o comportamento (Herrman, Saxena, Moodie, & Walker, 2004)

De acordo com a DGS a saúde mental é a base do bem-estar geral. Assim, ao considerarmos a “saúde mental” estamos a falar de:

- Capacidade de adaptação a novas circunstâncias de vida/mudanças;
- Superação de crises e resolução de perdas afetivas e conflitos emocionais;
- Ter capacidade de reconhecer limites e sinais de mal-estar;
- Ter sentido crítico e de realidade, mas também humor, criatividade e capacidade de sonhar;
- Estabelecer relações satisfatórias com outros membros da comunidade;
- Ter projetos de vida e, sobretudo, descobrir um sentido para a vida.

Em sentido contrário temos a **doença mental** ou também designado transtorno mental. *“Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao*

funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes.” (DSM V, pág. 20)

Ainda de acordo com o DSM V, um comportamento esperado ou aprovado culturalmente como seja uma perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento, como por exemplo, de natureza política, religiosa ou sexual e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade, não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito (DSM V, pág. 20)

Assim, pode concluir-se que a doença mental surge quando a pessoa que dela padece deixa de se relacionar de forma funcional com o mundo, a nível familiar, laboral e social.

Com a desinstitucionalização das pessoas com doença mental tornou-se necessário a organização dos cuidados de saúde mental, constituindo uma prioridade das políticas propostas e defendidas por instituições como a Organização Mundial da Saúde. Em Portugal vem sendo objeto de debate desde a segunda metade do século XX, tornando-se um dos principais objetivos do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016 promover a **descentralização dos serviços de saúde mental**, de modo a permitir a **prestação de cuidados mais próximos das pessoas** e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias.

1.2 - OS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental (CTARSM, 2017) no seu relatório identifica e refere os constrangimentos à implementação da reforma dos serviços de saúde mental em Portugal, apontando “*escassa autonomia financeira e administrativa, dificuldade generalizada em desenvolver atividade extra-hospitalar na comunidade, problemas na continuidade de cuidados por ausência de rede de cuidados continuados, oferta insuficiente de cuidados mais diferenciados para as pessoas com perturbações mais graves e incapacitantes.*” (CTARSM, 2017, p. 6)

De uma forma sucinta os constrangimentos identificados têm por base: 1) o fraco grau de autonomia e de capacidade de decisão da estrutura responsável pela implementação do PNSM; 2) a inexistência de coordenação eficaz dos elementos do sistema de saúde mental

que integrem os cuidados de saúde primários, as equipas comunitárias, os hospitais e os cuidados comunitários de reabilitação; 3) a reduzida autonomia dos centros de decisão a nível local – serviço Local de Saúde Mental (SLSM); 4) um modelo de financiamento e gestão inadequados às necessidades específicas do setor; pelas dificuldades no desenvolvimento de modelos formais de articulação com os cuidados de saúde primários; 5) a insuficiente implementação da Rede de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) de Saúde Mental (SM); 6) a inexistência de incentivos para a realização de intervenções comunitárias e 8) a inexistência a nível regional (ARS) de mecanismos de monitorização da implementação efetiva dos serviços e das parcerias na operacionalização do PNSM. (CTARSM, 2017)

A CTARSM, no relatório para a reforma da saúde mental, após uma avaliação da implementação do PNSM, como referido acima, procurou priorizar e partilhar um **conjunto de recomendações** de natureza organizativa e política com o intuito de ultrapassar os constrangimentos acima identificados.

Passamos a enumerar as **propostas prioritárias** para a extensão do Plano Nacional de Saúde Mental a 2020 (CTARSM, 2017):

- a) Criação de uma equipa de coordenação responsável pela implementação do PNSM;
- b) Modificação do modelo de gestão e organização dos serviços de saúde mental;
- c) Financiamento, sistema de informação e criação de novo modelo de pagamento dos serviços de saúde mental;
- d) **Criação de uma carteira de serviços mínimos de prestação de cuidados;**
- e) **Saúde Mental e Cuidados de Saúde Primários;**
- f) Implementação dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental;
- g) Hospitais psiquiátricos e serviços regionais;
- h) Articulação com as Instituições do Setor Social convencionado;
- i) Reorganização dos Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência;
- j) **Desenvolvimento de programas de prevenção e promoção.**

Assim, dentro das várias propostas que consideradas prioritárias para a extensão do PNSM a 2020 e, alinhando o seu propósito aos objetivos do nosso trabalho, salientamos as propostas d), e) e j):

d) Criação de uma carteira de serviços mínimos de prestação de cuidados

A resposta às necessidades da população, requer uma rede de entidades prestadoras de cuidados de boa qualidade, com circuitos de referenciação e contra-referenciação simples e claros, que permitam abranger as dimensões da promoção da SM, prevenção da doença mental, tratamento e reabilitação, num modelo orientado para a recuperação.

Só são possíveis cuidados de saúde mental de qualidade se existirem equipas multidisciplinares ajustadas em número e diferenciação às necessidades da população. No que diz respeito à disponibilização de intervenções e programas nos SLSM, constata-se que existe uma enorme heterogeneidade de recursos e práticas, não sendo claro o considerado racional para tal situação. (CTARSM, 2017)

A comissão técnica recomenda o seguinte:

Os SLSM devem ser dotados de equipas multidisciplinares ajustadas às necessidades da população que servem. Os SLSM devem estar organizados de forma a disponibilizar obrigatoriamente um **conjunto mínimo de prestações** (dispositivos, intervenções, programas) e para tal, devem num curto prazo ser dotados de estrutura física e recursos humanos que permitam incluir sistematicamente unidades de internamento para doentes agudos em hospitais gerais, hospital de dia, unidades de ambulatório e equipas comunitárias. (CTARSM, 2017)

e) Saúde Mental e Cuidados de Saúde Primários

Nas últimas décadas, a modificação estrutural da prestação de cuidados de saúde mental tem vindo a reforçar a importância dos CSP, nomeadamente no que se refere às perturbações mentais comuns. Embora a integração da saúde mental nos CSP constitua uma prioridade para a generalidade dos países e dos organismos internacionais de saúde, o papel cada vez mais relevante pelos CSP na prestação de cuidados de saúde mental varia consoante a filosofia e o grau de desenvolvimento do sistema de saúde e da formação dos seus profissionais, tanto no que se refere aos próprios CSP como aos SLSM.

A literatura evidencia a existência de diversos modelos de intervenção, adaptativos e ajustados às realidades de cada contexto sociocultural e económico. Depende de análise prévia de fatores contextuais.

Verifica-se a **inexistência de um modelo definido de integração**, ou seja, no território nacional existe uma marcada heterogeneidade a nível da interação entre os CSP e os serviços de saúde mental, com grande variabilidade nas respostas oferecidas aos indivíduos com problemas de saúde mental. Verifica-se, também, dificuldades na articulação entre as estruturas

físicas e os recursos humanos, pois encontram-se frequentemente separados. A integração da saúde mental nos CSP implica a existência de recursos humanos em número adequado e com competências específicas para a prestação de cuidados em contexto de cuidados primários, tanto a nível dos Agrupamentos de Centros de Saúde, como dos serviços de saúde mental.

A prestação de cuidados de saúde mental nos CSP deve abranger, para além dos aspetos da deteção de problemas psiquiátricos (incluindo avaliação de risco de suicídio), intervenções dirigidas a situações clínicas de depressão e ansiedade.

Para estas situações existe hoje em dia uma base sólida de evidência científica sobre a utilização de modelos incorporando terapias psicológicas breves, envolvendo de forma sequencial diversos profissionais (médicos/enfermeiros de família, psicólogos, psiquiatras e enfermeiros especialistas de saúde mental). Em Portugal estes modelos não estão implementados por norma, e as terapias psicológicas para ansiedade e depressão não são, regra geral, disponibilizadas nos CSP. (CTARSM, 2017)

A comissão técnica recomenda o seguinte:

A integração da saúde mental nos CSP é uma prioridade, devendo ser definido um **modelo de integração**, a partir de elementos de natureza técnico-científica (necessidades das populações, modalidades de articulação entre ACES e SLSM, critérios de referenciação, papéis e responsabilidades dos vários intervenientes, efetividade das intervenções), que seja ajustável às diferentes realidades do território nacional.

A oferta de cuidados de saúde mental nos CSP deve ser diferenciada, passando a disponibilizar intervenções e **programas terapêuticos** baseados na evidência científica. Este objetivo só será alcançável através da adequação dos recursos humanos em termos da sua diversidade, número e treino específico, uma vez que os programas mais diferenciados não devem ser executados por um grupo profissional de forma individualizada, mas sim por **equipas multidisciplinares**. (CTARSM, 2017)

j) Desenvolvimento de programas de prevenção e promoção

Existe atualmente um conhecimento sólido sobre a prevalência e impacto das perturbações psiquiátricas a nível individual, familiar e socioeconómico, com repercussões importantes na qualidade de vida das populações (sofrimento emocional, exclusão, isolamento, disrupção familiar, incapacidades, desemprego). Este conhecimento, conjugado com a investigação cada vez mais aprofundada acerca dos determinantes de saúde (ex: pobreza, iliteracia, crises

económicas e sociais, desastres naturais, etc), mostra como é crucial que a saúde mental esteja integrada em todas as políticas e estratégias de saúde pública.

A análise da literatura permite identificar sem os tópicos mais frequentemente abordados nos documentos e recomendações desta área, que correspondem aos contextos onde existe um maior impacto potencial: programas de promoção da saúde mental ao longo do ciclo de vida, em casa, nas escolas e no trabalho, prevenção do suicídio e luta contra o estigma e discriminação.

São exemplos de **intervenções na área da saúde materna:**

- ✓ a articulação com as equipas de acompanhamento comunitário pré e pós-natal para populações em risco, para prevenção de problemas e promoção de competências parentais;
- ✓ o aconselhamento e o acompanhamento a grávidas com alcoolismo, para prevenção de malformações associadas nos bebés.

São exemplos de **intervenções na área das escolas:**

- ✓ os programas para melhorar a autoestima e as competências de vida em crianças e jovens, através dos curricula e da melhoria dos ambientes escolares,
- ✓ a formação de professores, para melhorar a deteção de problemas e o correto encaminhamento, de acordo com a gravidade,
- ✓ o ensino de estratégias cognitivas para crianças em risco, que poderão reduzir sintomas depressivos, comportamentos disruptivos e consumo de substâncias, melhorando o desempenho escolar e
- ✓ os programas estruturados de prevenção do suicídio nas escolas.

São exemplos de **intervenções na área do trabalho:**

- ✓ programas de apoio a pessoas desempregadas ou com tempo de trabalho reduzido, que apresentam maior risco de problemas de ansiedade, depressão, alcoolismo, conflitos familiares e suicídio,
- ✓ programas de redução de *burnout* e stress ocupacional para trabalhadores em risco,
- ✓ programas de acompanhamento na fase de pré-reforma para a prevenção da depressão nos indivíduos mais idosos.

As ações acima mencionadas continuam a ser desenvolvidas a partir de iniciativas mais ou menos isoladas, não estando garantida a sua difusão. (CTARSM, 2017)

“A chave para a recuperação envolve ajudar as pessoas a encontrar a combinação certa de serviços, tratamentos e outros apoios, eliminando a discriminação através da abolição das barreiras à participação no trabalho, na educação e na vida social.” (CTARSM, 2017, p. 56)

A comissão técnica recomenda o seguinte:

A promoção e prevenção em saúde mental devem ser assumidas como uma prioridade, e estabelecida uma estratégia clara para o seu desenvolvimento, difusão e incorporação nas políticas de saúde pública de âmbito nacional. Dessa estratégia devem constar as **áreas a abordar**, os **programas prioritários**, os modelos de articulação intersectorial, o orçamento e os mecanismos de monitorização.

Devem ser especificamente **estimuladas a investigação** e colheita de informação sobre o impacto dos determinantes na saúde mental e no bem-estar da população portuguesa, de modo a identificar e monitorizar as áreas de maior vulnerabilidade. (CTARSM, 2017)

1.3 - ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL DE LIGAÇÃO E CONSULTADORIA

O enfermeiro de saúde mental e psiquiatria, pelas competências específicas que dispõe, no nosso entender, ocupa uma posição privilegiada no desempenho de funções de consultadoria e ligação.

No sentido de enquadrar este conceito recordamos que a psiquiatria de ligação (PL) remonta aos anos 30 e nos EUA. Surgiu com o objetivo de salientar a perspetiva biopsicossocial da medicina e a necessidade de se implementarem serviços de psiquiatria nos hospitais gerais.

Em Portugal só nos anos 50, nos hospitais gerais universitários, surgem os primeiros serviços de psiquiatria, assistindo-se assim a um desenvolvimento da PL ligada a uma perspetiva psicossomática.

Só nos anos 70 surge a integração da PL nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), através da articulação com os médicos de família.

Verifica-se, assim, que a PL é uma área da prática clínica e da investigação em psiquiatria em franco desenvolvimento, cujo o processo evolutivo é um reflexo do futuro da saúde mental. (Carvalho, 2010)

De acordo com Carvalho (2010) na literatura encontra-se a terminologia de interconsulta de psiquiatria em vez de consultoria e ligação. Assim, segundo Lipowski (1986) citado por Nascimento et al (2006, p. 103) *“A interconsulta de psiquiatria pode ser definida como uma*

sub-especialidade da psiquiatria que se ocupa da assistência, ensino e pesquisa na interface entre psiquiatria e medicina.”

Mota (2000) considera que a PL é um ramo da psiquiatria cujo o objetivo é estabelecer a ponte com as outras especialidades. Refere, ainda, que são três os focos de atuação do psiquiatra de ligação: a prática clínica, o ensino e a investigação.

Tal como a PL, também a enfermagem de consultadoria e ligação surgiu, inicialmente, nos EUA, nos anos 60, com na necessidade de um envolvimento mais próximo do enfermeiro consultor junto de equipas de enfermagem de outros serviços, com doentes do foro orgânico.

Em Portugal, o enfermeiro de consultadoria e ligação surge mais tarde. Apesar de não se encontrarem definidas áreas concretas, em Portugal, para a realização de intervenções de enfermagem de consultadoria e ligação, a OMS defende que a saúde mental é uma prioridade e por isso existe a necessidade de formar mais profissionais nesta área de cuidados. (OMS, 2001)

Nesta sequência e face às competências específicas do EESMP faz todo o sentido que as intervenções de enfermagem neste contexto sejam da responsabilidade do EESMP, inserido numa equipa multiprofissional. (Ramos, 1999)

A intervenção do enfermeiro de consultadoria e ligação permite facilitar a relação entre o indivíduo e a família, a doença, o consultante e o internamento hospitalar. Para Lopes e Viegas (1997) a consultadoria é concebida como a intervenção do EESMP, no papel de consultor, a outro enfermeiro como consultante, responsável por um utente com alterações psicológicas prévias ou resultantes do atual internamento, consequência da adaptação ao tratamento ou ao curso da doença.

Ramos (1999, p.35), citando Levy (1998) explica o desenvolvimento da enfermagem de consultadoria e ligação em quatro fases. 1) fase da solicitação, que corresponde a quem pede a avaliação; 2) fase de avaliação e aplicabilidade, 3) fase da identificação dos problemas e 4) fase da prestação de cuidados.

Relativamente à fase de prestação de cuidados, ainda para o mesmo autor, considera prestação de cuidados diretos se o consultor sentir necessidade de realizar uma observação mais completa para definir os diagnósticos de enfermagem. Por outro lado, se a situação for clara, o consultor e consultante podem optar pela prestação de cuidados indireta. Aqui existe a pretensão de alterar o comportamento do utente propondo mudanças no comportamento do enfermeiro consultante, ou seja, *“melhorar os aspetos terapêuticos da relação enfermeiro – utente como meio de melhorar os cuidados de enfermagem”*. (Turmore, 1990, p.15)

Também de acordo com Scheren et al (2002, p.11) existem três tipos de Interconsulta na prática de enfermagem de saúde mental: a) a consulta centrada no cliente, tendo como objetivo solucionar os problemas do imediato, ou seja, diagnosticar e desenvolver planos de cuidados; b) a consulta centrada em aspetos administrativos, tendo como propósito o planeamento de melhores cuidados de enfermagem. Realizado de forma indireta, através da execução de programas, projetos, seminários, etc; c) a consulta centrada no enfermeiro e na equipa assistencial, tendo como objetivo ajudar a clarificar vários aspetos da doença mental, apoiar e criar estratégias de forma a fazer face aos conflitos, usando os recursos pessoais.

Para Mota (2000) apesar da variedade de terminologias para definir modelos de organização de serviços de psiquiatria de ligação, considera que um bom trabalho de consultoria implica uma estreita colaboração com a equipa clínica, compreender e responder às necessidades do profissional de saúde que pede apoio, mesmo que não haja perturbação psiquiátrica.

Assim, o EESMP, por inerência das suas competências específicas, pode intervir na formação de outros enfermeiros de forma a contribuir para o seu desenvolvimento profissional nesta área de cuidados.

De acordo com Carvalho (2010), do resultado da consulta da literatura, verificou que existem ainda algumas dificuldades no planeamento e aplicação da Interconsulta de enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Assim, destacam-se: a) dificuldades na clarificação dos pedidos; b) baixo número de solicitações e c) relutância dos profissionais em reconhecer a existência de alterações emocionais e conseqüentemente nos pedidos de colaboração.

Face ao exposto, torna-se evidente a importância, quer a nível hospitalar, quer a nível dos cuidados de saúde primários, o EESMP de consultoria e ligação, por inerência da especificidade da sua especialidade e pelas atividades que desenvolve com os utentes e pares, como atividades de terapeuta de referência, como formador e investigador.

1.4 - ENFERMEIRO GESTOR DE CASO

O gestor de caso, surge no fim dos anos 60 nos EUA, resultado da desinstitucionalização dos doentes com doença mental dos Hospitais Psiquiátricos para a comunidade, com o objetivo de promover a continuidade de cuidados, um melhor acesso e articulação dos serviços (Burns & Perkins, 2000).

Ainda de acordo com os mesmos autores, as primeiras descrições de gestores de caso mencionam pessoas sem formação na área da saúde, eram responsáveis pela coordenação

de cuidados e não pela prestação de cuidados e, por assegurar a continuidade, acessibilidade e eficiência dos cuidados recebidos pela pessoa doente desinstitucionalizada.

O fato destes gestores de caso não apresentarem qualquer experiência e competências clínicas, causou polémica perante um grupo de clientes com múltiplas e complexas necessidades de saúde. Para responder adequadamente às necessidades de saúde, era necessário o estabelecimento de uma relação entre o gestor de caso e o doente, de forma que fosse efetuada uma adequada avaliação das necessidades e capacidades da pessoa e, para apoiar e promover a utilização dos serviços. Assim, os gestores de caso foram gradualmente substituídos por profissionais de saúde, que para além de assumirem as funções de gestor de caso, acima mencionadas, asseguravam a prestação direta de cuidados (Burns & Perkins, 2000).

É nos anos 90 que o gestor de caso atinge o seu pico, com os sistemas integrados de prestação de serviços de saúde (Gonzalez, 2003). O conceito de gestão de caso é entendido como gestão de cuidados. Na revisão da literatura, ambos descrevem um processo que visa evitar a fragmentação de cuidados de saúde e conseguir cuidados globais prestados por uma equipa de saúde. Desta forma, obtém-se um conjunto de cuidados individualizados e adequados ao utente.

A **metodologia de gestão de caso** é adequada a pessoas com doença crónica, sujeitas a tratamentos específicos e com necessidades emergentes. Adequa-se particularmente a pessoas utilizadoras de drogas, pessoas com doenças mentais crónicas, utentes com SIDA, entre outros (Gonzalez, 2003).

A gestão de caso é um processo colaborativo no âmbito do qual se executa avaliação diagnóstica, planeamento, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de opções e serviços, com vista a responder em momento oportuno, com qualidade, às necessidades e potencialidades do indivíduo, de modo a garantir a eficiência e eficácia na prestação de cuidados. (Martins & Fernandes, 2008)

Na sequência desta ideia, o gestor de caso mostra-se como o profissional primordial na tomada de decisões no processo terapêutico, envolvendo sempre o utente / família, e outros membros da equipa.

De acordo com Martins & Fernandes (2008), esta metodologia de trabalho tem vantagens como: a promoção do autocuidado; a diminuição do tempo de permanência nos serviços de saúde; a promoção de uma resposta concordante com as necessidades emergentes; a melhoria dos cuidados prestados ao utente; a melhoria da qualidade de vida e o aumento da satisfação do utente e profissionais de saúde envolvidos.

Salientando o processo de enfermagem como instrumento de planificação de cuidados, o enfermeiro recolhe os dados, planifica, aplica, coordena, supervisiona e avalia as opções e serviços que vão ao encontro das necessidades de saúde dos indivíduos. Assim, o enfermeiro gestor de cuidados é responsável pela coordenação de uma equipa multidisciplinar que presta cuidados a um determinado utente / família.

Através da análise de várias situações, o enfermeiro gestor identifica quais os utentes que mais necessitam de cuidados através da avaliação do estado físico, das necessidades de apoio psicossocial e espiritual, assim como dos recursos financeiros disponíveis para cada situação (Casarin, 2001).

O enfermeiro ocupa um lugar privilegiado para pôr em prática este pensamento. A ação da enfermagem caracteriza-se por ser polivalente, flexível, intra e interdisciplinar e baseada em conhecimentos multidisciplinares. Em suma, o EESMP, por inerência das suas funções, é um gestor de cuidados de saúde.

1.5 -TEORIA DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL AFAF MELAIS E CALISTA ROY

As doenças mentais estão descritas como uma das principais causas de incapacidade ao longo da vida, aumentando os níveis de absentismo e incapacidade para as atividades de vida diária.

Neste sentido, observa-se que para promover a saúde mental dos indivíduos, os profissionais de saúde precisam de ir para além das estratégias de prevenção da doença, mas utilizar também as estratégias de promoção da saúde, facilitação do bem-estar e equilíbrio do meio ambiente. A ideia dos enfermeiros como líderes de estratégias de promoção da saúde também tem vindo a ser reforçada pela WHO (2016), que enfatiza maior formação da enfermagem na área da saúde mental.

De acordo com Bittencourt (2018) a **promoção da saúde mental** é um dos fenómenos que envolve a ciência da enfermagem. Apesar de não ter uma teoria definida, é um fenómeno que abraça diversas abordagens e que unidas são direcionadas para o desenvolvimento de ambientes, relações, sentimentos e atitudes saudáveis. Logo, considerando que as estratégias que envolvem a promoção da saúde mental estão incluídas na abordagem da promoção da saúde, a promoção da saúde mental pode ser considerada como um fenómeno de enfermagem.

A promoção da saúde mental constitui um dos objetivos das competências do EESMP tal como mencionado no regulamento de competências 515/2018 *“Assim, a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca -se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.”* (OE, 2018, p.21427)

Desta forma, concordando com Bittencourt (2018), destacamos duas teorias de enfermagem que contribuem para a proposição de práticas de enfermagem perante este fenómeno.

De acordo com Bittencourt (2018) são de salientar a **Teoria das Transições de Afaf Meleis** (1997) que salienta que os indivíduos passam por **transições** durante a vida, e que o enfermeiro deve ter capacidade de identificar esses momentos e torná-los mais saudáveis (Meleis, et al, 2000) e o **Modelo de Adaptação de Calista Roy** que refere o indivíduo como um ser capaz de se adaptar, sendo o enfermeiro o responsável por facilitar o acesso, a **respostas adaptativas** saudáveis (Roy & Andrews, 2001).

“Assim, explorar estas diferentes contribuições teóricas da enfermagem, tomando como referência o fenómeno da promoção da saúde mental, permitir-nos-á refletir sobre uma estratégia de cuidado liderada por enfermeiros (WHO, 2016), ainda pouco explorada nas ciências da enfermagem.” (Bittencourt, 2018, p. 128)

Refletir sobre as teorias de enfermagem permitem uma maior amplitude de conhecimentos no momento de propor estratégias que envolvam a promoção de comportamentos mais saudáveis pelo individuo, pelos seus familiares e pela comunidade onde se encontra inserido.

A **Teoria das Transições de Meleis** defende que, para o sujeito passar para uma nova fase da vida, é essencial que ele incorpore novos aspetos, o que envolve a aquisição de novos conhecimentos, a mudança de comportamentos, e que mude a forma como se define a si mesmo, ou seja, apresenta ferramentas importantes para que as transições, que ocorrem em várias fases da vida, sejam mais saudáveis.(Meleis et al., 2000)

O processo de sucessivas transições é complexo e singular, pois podem estar relacionadas com uma mudança da fase de desenvolvimento do sujeito, com alguma situação de vida, com um processo de saúde/doença, ou com questões que envolvam o seu ambiente social, político ou económico. (Meleis et al., 2000)

Para que seja possível a compreensão do enfermeiro quanto ao que é vivenciado pelo sujeito nos processos de transição, é importante que se faça um trabalho de reconhecimento das suas **características pessoais** e da **sociedade e comunidade em que vive**, pois esses condicionantes podem facilitar ou dificultar o processo de transição que envolve a reconstrução da sua identidade, a modificação de comportamentos e a inserção de novas habilidades na sua vida (Meleis et al., 2000).

Por fim, é essencial avaliar os **indicadores** que mostram como o indivíduo responde ao processo de transição, a fim de identificar se esse processo promove a sua saúde e bem-estar ou leva a riscos e situações de vulnerabilidade. Os indicadores podem estar relacionados com a forma como o indivíduo, que vivencia esse processo, interage com as pessoas ao seu redor, como familiares e profissionais de saúde; como o indivíduo está situado no tempo, bem como as estratégias utilizadas nesse processo (Meleis et al., 2000).

Para avaliar os resultados neste processo é importante avaliar a forma como o indivíduo domina as novas habilidades e como ele reconstrói a sua identidade, definindo, assim, um processo de transição saudável. Além disso, para garantir que esses resultados sejam alcançados, o enfermeiro deve estar presente durante todo o processo e fornecer conhecimento aos indivíduos que o vivenciam e àqueles que o rodeiam, promovendo saúde e bem-estar (Meleis et al., 2000).

Bittencourt (2018), refere que com a teoria das transições de Meleis é possível, então, que os enfermeiros tenham ferramentas que auxiliem a compreensão dos fatores envolvidos num processo de transição na vida de um indivíduo e que possibilitem a promoção da saúde.

Já com o **Modelo de Adaptação de Roy**, é possível refletirmos sobre os modos de adaptação do indivíduo como único, ou como um grupo, e como o enfermeiro pode auxiliar numa adaptação mais saudável.

De acordo com Bittencourt (2018) Roy identifica, então, **quatro modos de adaptação**:

1) **a vertente física e psicológica** que inclui as necessidades básicas como nutrição, oxigenação, atividades e descanso, eliminações e proteção;

2) **o autoconceito** que constitui a necessidade do ser, identificar-se como um ser único, com identidade própria que engloba a sua identificação física - a sua imagem e a sua autoconsciência moral, ética e espiritual (Roy & Andrews, 2001);

3) **a função de papel** - um modo de adaptação que está relacionado com a forma com que o indivíduo integra um papel social, e a sua necessidade de saber o seu papel nessa sociedade, de modo a poder atuar de forma específica;

4) **a interdependência** - está relacionado com o papel do enfermeiro em dar e receber afeto, respeito, amor, e motivação, o que pode envolver ainda as pessoas que são significativas, o sistema que apoia o indivíduo, e os recursos que possui, podendo ser estimulado tanto por fatores externos (como a cultura e a política), como por fatores internos (princípios e visões).

Segundo a teoria de Roy (Roy & Andrews, 2001), o enfermeiro desempenha um papel fundamental na promoção da saúde, promovendo adaptações. Assim, a enfermagem seria a

ciência e a prática, capazes de melhorar as habilidades de adaptação e transformar o meio em que o indivíduo vive e no grupo que se insere.

A sua teoria cria um encontro positivo com a teoria das transições e reforça o significado da promoção da saúde mental, pois, conhecendo os modos adaptativos do indivíduo, somos capazes de propor estratégias pessoais para resolver e lidar com problemas e promover o bem-estar e a autoestima. (Bittencourt, 2018)

De acordo com regulamento (n.º 356/2015) dos padrões de qualidade, a pessoa no decurso do seu projeto de vida e de saúde confronta-se com inúmeros desafios, cujo sucesso na resolução, reside nas suas capacidades de adaptação. Neste sentido, encontramos pessoas com problemas de saúde e percursos de vida que poderiam ser incapacitantes, mas perante os quais, desenvolveram processos adaptativos eficazes. Contudo, também, encontramos pessoas que, face a problemas de saúde e percursos de vida menos contundentes, tal não acontece. (OE, 2015, p. 17034)

Em suma, nas teorias acima mencionadas observa-se que os enfermeiros devem ter uma abordagem abrangente em relação ao indivíduo para promover a saúde mental, pois passam por diversas transições na sua vida, como o desenvolvimento físico e psicossocial, e que, para tanto, precisam de se adaptar a essas transições e ao ambiente onde vivem. (Bittencourt, 2018)

Face ao exposto, o EESMP é um profissional de saúde preparado para propor **estratégias de promoção da saúde mental**, conforme mencionado nas teorias apresentadas e, que convergem com o conceito de promoção da saúde mental proposto pela WHO (2016).

2 - CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE CUIDADOS

Neste capítulo iremos efetuar uma breve descrição das atividades desenvolvidas a nível hospitalar e uma descrição mais aprofundada das atividades desenvolvidas na UCC, para que possa haver um melhor entendimento do nosso percurso enquanto formanda e justificação das nossas escolhas durante o mesmo.

O estágio decorreu em dois momentos, primeiro em ambiente hospitalar no serviço de internamento de psiquiatria de doentes agudos com a duração de 6 semanas e, num segundo momento em contexto comunitário na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) com a duração de 18 semanas, como já mencionado anteriormente.

2.1 - SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA

O primeiro estágio (6 semanas) decorreu no serviço de internamento de Psiquiatria do Departamento de Psiquiatria de um hospital a sul do Tejo.

O Departamento de Psiquiatria e saúde mental, do local de estágio, oferece aos doentes cuidados nas áreas de internamento, consulta, urgência, exames periciais de psiquiatria e psicologia. Desenvolve atividades de consultadoria às unidades funcionais do ACES da mesma área geográfica, bem como atividades de formação e investigação.

Este Departamento tem a missão de assegurar à população, da sua área de abrangência, com idades superiores a 17 anos e durante 364 dias por ano:

- Promoção da saúde mental;
- Prevenção e o tratamento das doenças mentais;
- Reabilitação e a reinserção social das pessoas com problemas de saúde mental

O Departamento de Psiquiatria iniciou a sua atividade em junho de 2007. O serviço de internamento, onde decorreu o nosso estágio, tem capacidade para internar 27 doentes com patologia mental em fase aguda. É composto, além, dos quartos, por uma sala de trabalho de enfermagem, sala de refeições, 2 salas de estar, sala dedicada a fumadores e sala para tratamentos, designadamente Eletrocunvulsivoterapia.

O serviço conta, também, com um espaço exterior para que os doentes e familiares possam estar durante o horário de visita.

Atividades Desenvolvidas

No decorrer do estágio foram desenvolvidas atividades com relevância para a nossa aprendizagem, entre as quais participar da organização da prestação de cuidados de enfermagem; conferências familiares; execução de técnicas específicas como contenção química, física e eletroconvulsivoterapia; observar uma Sessão de Terapia Familiar; realização de um Estudo de Caso.

De acordo com o regulamento dos Padrões de Qualidade de saúde mental “*Na procura permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro especialista em saúde mental contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados.*” (OE, 2015 p. 17037)

São elementos importantes face à **organização** dos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental, o quadro de referência selecionado pela equipa, o sistema de registos, a satisfação e dotação dos enfermeiros, a promoção da formação continua, bem como a implementação de um ambiente promotor de qualidade.

Além das atividades de enfermagem direcionadas para as atividades de vida diária dos doentes, os enfermeiros participam de uma **reunião semanal** integrados na equipa multidisciplinar. Desta equipa fazem parte médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos e, a reunião tem como objetivo a discussão de casos com vista ao ajuste terapêutico, intervenções específicas direcionadas à reaquisição da saúde mental, bem como à preparação da alta.

De referir que a metodologia utilizada pelos enfermeiros no exercício da prática clínica em saúde mental assenta no enfermeiro **Gestor de Caso**. O enfermeiro Gestor de caso realiza, quando necessário, **conferências familiares**, com o propósito de auscultar o doente e família sobre uma decisão terapêutica, com vista à redução do sofrimento a que o doente com doença mental está sujeito.

Ainda de acordo com o regulamento dos padrões de qualidade de saúde mental “*Esta prática clínica 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.*” (OE, 2015, p. 17034)

Esta perspetiva vem de encontro ao Modelo de Promoção da Saúde de Pender (2001) que refere o enfermeiro como agente ativo na mudança do comportamento do indivíduo, em busca de uma vivência mais saudável.

No serviço é realizada **contenção química e física** quando existe comportamento heteroagressivo por parte do doente para com os profissionais, outros doentes, familiares ou quando constituem risco para si próprios. A contenção é algo de hostil, contudo necessária para proteção do próprio e dos que o rodeiam.

A **agressividade** é um conceito muito estudado e descrito por diferentes teóricos. Muitas das definições da literatura sugerem a agressividade como “uma ação dirigida com o objetivo de magoar ou infringir dano numa pessoa ou objeto específico” (Kassinove & Tate, 2002, citado por Townsend, 2011, p. 187).

A agressividade não deve ser explicada isoladamente e, como tal, existem influências, designadamente a família e o grupo de pares. Contudo, sendo a agressividade inerente ao ser humano, pode ser definida como um comportamento adaptativo, entendido como a utilização de força física ou verbal em reação a uma perceção de ameaça ou sentimentos de frustração (Gagliotto, Berté, & Vale, 2012).

Também consideradas as intervenções mais adequadas na problemática da agressividade nas unidades de internamento de saúde mental passa pelo recurso a medidas preventivas, tais como as técnicas comunicacionais de inversão da escalada ou “de-escalation techniques” (Duxbury, 2002 citado por Ferreira & Florindo, 2011). As Técnicas de descalada são frequentemente utilizados para prevenir a violência e agressão dentro dos serviços de saúde mental. Os enfermeiros devem desenvolver características em manter o controlo pessoal e habilidades verbais e não-verbais.

Considerando a agressividade como uma manifestação inadequada de um sentimento que pode gerar dano em si próprio ou em outros, a intervenção do EESMP irá centrar-se em parceria com o doente, na identificação de fatores precursores de comportamentos agressivos e no desenvolvimento de estratégias individualizadas, a fim de permitir uma expressão de sentimentos inerentes a esses comportamentos, tais como a raiva e a frustração, embora manifestados por comportamentos socialmente aceites (ISPMHN, 2010).

De acordo com a Teoria das Transições, as intervenções terapêuticas de enfermagem podem ser entendidas como uma ação interventiva sistematizada ao longo do

processo de transição, precedida pela compreensão do fenómeno (propriedades e condições inerentes). Simultaneamente devem proporcionar empowerment (*capacitar a pessoa para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde*) e conhecimento ao indivíduo, promovendo respostas saudáveis às transições que conduzam ao restabelecimento da perceção de bem-estar, através do desenvolvimento de cuidados de enfermagem congruentes com as experiências únicas do cliente e da sua família (Meleis et al., 2000).

A **Eletroconvulsivoterapia** (ECT) é realizada, neste serviço, quando a terapêutica convencional já não é eficaz. De acordo com Salleh (2006), a eletroconvulsivoterapia é um tratamento efetivo para doentes que sofrem de doenças mentais graves, nomeadamente com transtornos depressivos graves, catatonia, mania e, ocasionalmente, doentes com esquizofrenia. A ECT deve ser sempre realizada com o consentimento informado do doente.

As sessões de **Terapia Familiar** (TF), são programadas, para doentes com patologia psicótica. O objetivo da TF traduz-se, assim, em capacitar as famílias de um conjunto de conhecimentos sobre a doença psicótica e de competências de comunicação e resolução de problemas, que facilitem a gestão de *stress* no quotidiano e nas crises acidentais (pessoais e familiares). Trata-se de uma intervenção focal, de duração limitada e com objetivos bem definidos, orientada pela avaliação funcional da família.

A TF constitui um complemento, mas nunca uma alternativa à abordagem médica da esquizofrenia ou de outras doenças mentais. Este pressuposto básico continua a ser corroborado pela investigação (Schooler et al., 1997).

Neste estágio foi desenvolvido um **Estudo de Caso** (EC) referente a uma doente, de 54 anos, do género feminino, internada no serviço de psiquiatria, com o diagnóstico médico de Esquizofrenia e com vários anos de evolução da doença.

A realização deste trabalho teve como objetivos:

- conhecer a complexidade das causas, manifestações e vivências da doença mental na doente em questão;
- estabelecer diagnósticos de enfermagem resultantes das respostas desajustadas ou desadaptadas da doente no meio onde insere;
- planear intervenções específicas de enfermagem que resolvam ou minimizem o sofrimento;
- melhorar a funcionalidade da doente;
- planear intervenções específicas de enfermagem que reduzam a sobrecarga dos cuidadores e permitam melhorar o ambiente familiar.

Para dar resposta aos objetivos acima referidos procedemos à consulta de literatura relacionada com a patologia de base da doente no sentido de aprofundar e adquirir conhecimentos sobre as causas e manifestações da doença. Foi, também, convocada a Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erik Erikson, que explica os problemas da identidade e das crises do ego, de acordo com o estadio em que a doente se encontra, com base no contexto sociocultural.

O estudo de caso pode ser uma valiosa ferramenta para o profissional que busca estratégias facilitadoras para a aprendizagem. Trata-se da exploração de um caso obtido por meio de uma detalhada colheita de dados, envolvendo várias fontes de informações, que devem ser relevantes para a tomada de decisão. (Galdeano et al, 2003)

De referir que as intervenções específicas de enfermagem, junto da doente e família, decorreram durante o internamento e na comunidade, nomeadamente no domicílio no período imediato à alta, sendo efetuadas três visitas domiciliárias.

2.2 - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

O segundo estágio (16 semanas) decorreu numa UCC a sul do rio Tejo e serve um Concelho com seis freguesias em que três têm características urbanas e as outras três mais rurais. Com cerca de 174 000 habitantes, segundo os Censos de 2011, apresenta uma população mais envelhecida a nível urbano e mais jovem a nível rural.

No Decreto Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, artigo 11º vem referido que: *“A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.”* (p.1184)

O Despacho n.º 10143/2009, artigo 2, ponto 4, refere que a UCC *“intervém no âmbito comunitário e numa lógica de base populacional”*.

A UCC, onde realizamos o estágio, tem como **missão**, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população do Concelho, visando a obtenção de ganhos em saúde, através da intervenção de natureza comunitária da equipa multidisciplinar, tendo como **visão** a melhoria contínua do estado de saúde da população, salientando as boas práticas de prestação de cuidados de proximidade com respostas integradas, articuladas e diferenciadas aos mais vulneráveis. Assim, os **valores** pelos quais se rege são o assegurar a qualidade e equidade na prestação de cuidado; a garantia da acessibilidade e a promoção da autonomia da pessoa,

família e comunidade e estabelecendo planos de intervenção multidisciplinares, integrados e articulados envolvendo a população alvo.

A UCC é composta por uma **equipa multidisciplinar** com o objetivo de dar resposta à carteira de serviços nas várias áreas de cuidados. Esta equipa é constituída por enfermeiros de cuidados gerais, enfermeiros especialistas (saúde mental, reabilitação, saúde comunitária, saúde materna e obstétrica e saúde infantil e juvenil), psicólogo, técnico superior de serviço social, fisioterapeuta, nutricionista, assistente técnico e assistente operacional.

Ainda segundo o Despacho n.º 10143/2009, artigo 9, ponto 4, as atividades da **carteira de serviços da UCC**, devem ter por base o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas no PNS, sendo que os programas e projetos da carteira de serviços devem estar integrados no plano de ação do ACES, em estreita articulação com as várias unidades funcionais e com a equipa coordenadora local, no âmbito da RNCCI.

As áreas de cuidados e atividades propostas, segundo o Despacho n.º 10143/2009, artigo 9, ponto 4, são as seguintes:

Áreas de prestação cuidados	Atividades propostas
Intervenções em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade	✓ Atividades alinhadas com o Programa Nacional de Saúde Escolar
Projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência	✓ Acompanhar utentes e famílias de maior risco e vulnerabilidade; ✓ Cooperar com outras unidades funcionais , no tocante a ações dirigidas aos utentes, às suas famílias e à comunidade, nomeadamente na implementação de programas de intervenção especial, na criação de redes de apoio às famílias e no recurso a unidades móveis; ✓ Promover, organizar e participar na formação técnica externa , designadamente nas áreas de apoio domiciliário e familiar, bem como no voluntariado; ✓ Participar nas atividades inerentes à rede social , na vigilância de saúde e acompanhamento social das famílias com deficientes recursos sócioeconómicos;

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MENTAL EM CONTEXTO COMUNITÁRIO:
Uma proposta de intervenção de enfermagem de consultadoria e ligação na UCC

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participar nas atividades do programa de intervenção precoce a crianças, nomeadamente na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens;
<p>Projetos de intervenção domiciliária, no âmbito da RNCCI, com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuidados de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas; ✓ Cuidados de reabilitação física; ✓ Apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; ✓ Educação para a saúde dos utentes, familiares e cuidadores informais; ✓ Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais; ✓ Produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos CSP e da RNCCI;
<p>Projetos de promoção de estilos de vida saudável com intervenções ao nível de programas de saúde já existentes, ou a implementar e desenvolver, em parceria com outras instituições que podem cooperar para a aquisição de hábitos de vida saudáveis da população ao longo do ciclo de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projetos de promoção da saúde em diversos contextos e ao longo do ciclo de vida.

Quadro I - Carteira de Serviços das UCC

A UCC conta com uma equipa multidisciplinar, como referido anteriormente, contudo somente os enfermeiros estão alocados à UCC a tempo inteiro, ou seja, os restantes profissionais estão na UCC unicamente algumas horas por semana.

Assim, os enfermeiros da UCC onde realizamos o estágio são enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialista. As especialidades de enfermagem existentes nesta UCC são enfermagem de saúde comunitária, enfermagem de reabilitação, enfermagem saúde materna e obstétrica, enfermagem de saúde infantil e juvenil e enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. De salientar que existe uma única EESMP na UCC.

A prestação de cuidados é realizada no domicílio das pessoas e em vários contextos da comunidade. Os profissionais, para concretizarem a atividade planeada, são transportados

numa viatura com motorista ou deslocam-se na sua própria viatura ou, ainda, de transportes públicos.

As atividades de enfermagem da UCC do estágio estão alinhadas com a carteira de serviços de uma UCC (Despacho n.º 10143/2009, artigo 9, ponto 4) e distribuem-se da seguinte forma:

Atividades específicas da UCC	Programas e Projetos com participação da UCC	Entidades com participação da UCC
Visita Domiciliária de Enfermagem de Saúde Mental (VDESM)	POAPMC - Programa Operacional de Apoio às Pessoas Mais Carenciadas - Governo	NPISA
Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	Programa Nacional de Saúde Escolar - DGS	CPCJ
Preparação para a parentalidade pré e pós nascimento	Diabetes em Movimento - DGS	SNIFI
Embaixadores da Saúde	Projeto Mais XL – CM	PLS
-	Programa Escolhas – ACM	Câmara Municipal
-	-	Universidade Sénior

Quadro II - Plano de Atividades de Enfermagem da UCC

2.2.1 - Plano de Atividades da UCC

Durante o estágio na UCC foram desenvolvidas intervenções de enfermagem com pessoas e família com doença mental, bem como com grupos em contexto comunitário, com vista ao desenvolvimento de competências específicas na área da enfermagem de saúde mental.

Salientamos que a enfermagem de saúde mental é uma área de cuidados transversal a todo o ciclo de vida e a todos os contextos de vida das pessoas.

Neste ponto vamos descrever as intervenções de enfermagem significativas durante o estágio, tomando como guia orientador o plano de atividades de enfermagem da UCC.

Assim, para sistematizar este ponto do relatório, vamos referir as intervenções de enfermagem desenvolvidas e que **consideramos significativas**, para a nossa aprendizagem, de acordo com a nossa participação no **plano de atividades de enfermagem da UCC**. O referido plano de ação divide-se essencialmente em três domínios:

- Atividades específicas da UCC;
- programas e projetos com participação da UCC;
- entidades com participação da UCC.

Atividades específicas da UCC

A UCC, no seu plano de ação, tem atividades específicas que só dependem da equipa multiprofissional, nomeadamente dos enfermeiros, para a sua execução.

As atividades específicas, atualmente, da UCC do nosso estágio dividem-se em 4 domínios: a) Visita Domiciliária de Enfermagem de Saúde Mental; b) Cuidados Continuados Integrados no domicílio; c) Preparação para a Parentalidade e d) Projeto denominado “Embaixadores da Saúde”.

Assim, passamos a caracterizar cada uma delas:

a) Visita Domiciliária de Enfermagem de Saúde Mental (VDESM)

A VDESM é uma atividade de enfermagem especializada implementada pela UCC do nosso estágio. Teve início em maio de 2019, com os principais objetivos de assegurar a continuidade de cuidados, a promoção da autonomia do utente com doença mental grave, bem como a sua inserção no contexto familiar e comunitário.

A VDESM insere-se no âmbito do projeto “Partilhar para Cuidar” (PPC). Este projeto é composto e gerido pelos enfermeiros chefes do ACES e hospital de referência, tendo como principal objetivo garantir a continuidade e qualidade dos cuidados de enfermagem através de um sistema de comunicação efetivo aquando da transição da pessoa do hospital para a comunidade. O PPC desenvolve-se em várias áreas de saúde, nomeadamente, saúde da mulher e da criança, saúde do adulto e idoso e saúde mental.

Esta visita domiciliária é realizada por uma EESMP, única na UCC, operacionalizando-se da seguinte forma:

- Os enfermeiros do serviço de psiquiatria do hospital contactam a EESMP da UCC, telefonicamente ou por email, para informar da previsão de alta do utente e perceber se a EESMP da UCC tem capacidade de resposta para acompanhar este utente/família na comunidade;
- A EESMP realiza o primeiro contato com o utente/família ainda no hospital, dias antes alta;
- A EESMP analisa a situação e verifica se o utente/família reúne os critérios para a continuidade de cuidados em contexto comunitário;
- Os principais critérios para ser possível este acompanhamento são o utente residir na área de influência da UCC, estar compensado da sua doença mental e ter um familiar ou cuidador de referência;
- Após a primeira VD, no domicílio, é realizado um plano de cuidados de enfermagem com o utente;
- Mediante as necessidades de saúde e sociais do utente, a EESMP articula com as várias estruturas da comunidade, sendo as mais comuns as unidades funcionais do ACES (médico e enfermeiro de família) e as organizações de apoio social da área de residência;
- O plano de cuidados vai sendo avaliado e reformulado de acordo com a capacidade de funcionalidade do utente/família e conseqüente inserção no contexto comunitário;

Mediante o grau de funcionalidade que o utente apresente pode retomar a sua atividade laboral ou iniciar uma atividade acompanhada, integrar um grupo de intervenção e reabilitação ou ainda ser proposto para uma determinada tipologia da rede nacional de cuidados continuados de saúde mental.

O grau de funcionalidade, de acordo com a Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF), *“de um indivíduo num domínio específico é uma interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais (i.e., fatores ambientais e pessoais). Há uma interação dinâmica entre estas entidades: uma intervenção num elemento pode, potencialmente, modificar um ou vários outros elementos. Estas interações são específicas e nem sempre ocorrem numa relação unívoca previsível.”* OMS e DGS (2004, p.20)

Foi implementado um **plano de cuidados** a um dos utentes (MJC de 56 anos, do género feminino, com o diagnóstico médico de Doença Bipolar) a necessitar da intervenção específicas do EESMP.

As intervenções do EESMP visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a Saúde/Doença Mental

(adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação, stresse do prestador de cuidados, promoção da autonomia, entre outros), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, bem como promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No regresso ao domicílio, após alta hospitalar, foi realizada visita domiciliária com o objetivo de efetuar um plano de cuidados adequado a esta utente e família. Para tal foi utilizada a Tabela de Classificação da Funcionalidade (TCF) para a Saúde Mental.

A TCF resulta da Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF), sendo esta um sistema de classificação que descreve a situação de cada pessoa no seu contexto de vida. Esta classificação é constituída por duas partes. Uma primeira parte foca a **Funcionalidade e Incapacidade**, que engloba uma lista de funções do corpo e estruturas do corpo e uma lista de atividades e participação.

A segunda parte foca os **Fatores Contextuais**, que identifica fatores ambientais e reconhece como relevantes os fatores pessoais. Estes fatores podem ser facilitadores ou barreiras para a pessoa em termos de desempenho na sua vida diária.

Os fatores facilitadores assentam na existência de um ambiente físico acessível; disponibilidade de tecnologia de assistência apropriada; de atitudes positivas das pessoas em relação à incapacidade; de sistemas e políticas que visam aumentar o envolvimento de todas as pessoas com uma condição de saúde em todas as áreas da vida; da ausência de estigma ou de atitudes negativas.

Os fatores considerados barreiras através da sua ausência ou presença, limitam a funcionalidade e provocam incapacidade e assentam, também, em ambiente físico inacessível; falta de tecnologia de assistência apropriada; atitudes negativas das pessoas em relação à incapacidade; serviços, sistemas e políticas inexistentes ou que dificultam o envolvimento de todas as pessoas com uma condição de saúde em todas as áreas da vida.

Desta forma a funcionalidade e a incapacidade de um indivíduo são o resultado de uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.) e os fatores contextuais.

A utilização de uma classificação com estas características permite construir uma base científica para compreensão dos determinantes de saúde; estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde; melhorar a comunicação na equipa multidisciplinar e comparar resultados em diferentes momentos da prestação de cuidados. Desta forma a utilização da CIF facilita o processo de avaliação diagnóstica em enfermagem de saúde mental.

Após a alta hospitalar e chegada ao domicílio, em novembro de 2019, foi aplicada a TCF.

Lopes (2006) considera que um dos constructos que define a natureza da relação enfermeiro-utente é o “Processo de Avaliação Diagnóstica”. Trata-se de um processo contínuo e dinâmico e que é operacionalizado através de uma entrevista. Normalmente corresponde ao primeiro encontro entre enfermeiro e utente. Esta entrevista reveste-se de uma enorme importância, uma vez que é através dela que o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental (EESM) consegue desenvolver toda as fases que constituem a Avaliação Diagnóstica de Enfermagem.

Este processo rege-se no entender de Lopes (2006) por três grandes linhas orientadoras. O enfermeiro ao centrar a sua atenção na problemática do utente recolhe informações sobre o que o utente sabe, pensa e sente. Este conceito caracteriza-se por identificar o que o utente sabe, a partir de que fonte e como interpreta o que sabe e também perceber as suas preocupações e por último avaliar que estratégias/capacidades detém a pessoa doente face à sua problemática. (Lopes, 2006)

Assim, um diagnóstico de enfermagem pode ser definido como um julgamento clínico sobre respostas individuais, familiares ou comunitárias a alterações de saúde/processos da vida que constitui a base para que a seleção de intervenções de enfermagem. Estas intervenções contribuem para ganhos em saúde.

A implementação do plano de cuidados específico teve por base o modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem. Este modelo trata-se, essencialmente, de um modelo estrutural (“chapéu de chuva”) ao qual podem ser alocadas todas as intervenções psicoterapêuticas realizadas por EESMP e, assenta integralmente em taxonomias de Enfermagem, incluindo a da NANDA International, Inc. (NANDA-I), a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a NIC e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). (Sampaio et al, 2018)

Projeto Partilhar para cuidar

O PPC é um projeto de enfermagem que envolve duas organizações de saúde, o ACES onde estamos a desenvolver o estágio e o hospital da área de referência.

Foi iniciado e gerido pelas enfermeiras chefes das duas organizações e tem como principal objetivo garantir uma adequada continuidade de cuidados aquando da transição da pessoa com doença mental estabilizada, do internamento hospitalar para a comunidade.

Foi-nos proposto analisar informação enviada por três unidades funcionais (UF) dos ACES, relativa ao acompanhamento de clientes com doença mental grave estabilizada.

Os principais objetivos da execução deste trabalho foi identificar as necessidades de cuidados de enfermagem, neste grupo de pessoas com doença mental, identificar as necessidades formativas dos enfermeiros das UF, bem como as necessidades em termos de consultadoria na área da saúde mental.

b) Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) no domicílio

“A ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos CSP e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma”. (Artigo 27.º do DL 101/2006, de 6 de junho).

A ECCI constitui uma das tipologias da RNCCI, sendo que esta tem o grande objetivo de prestar cuidados de saúde e de apoio social às pessoas em situação de dependência.

O seu modelo conceptual da RNCCI assenta na promoção da autonomia da pessoa em situação de dependência, de modo a que esta recupere as funcionalidades afetadas pela situação de saúde. Identifica-se numa abordagem centrada na pessoa, operacionalizada através de um plano de intervenção, documentado e fruto do trabalho de uma equipa multidisciplinar. (MCSP, 2007)

A RNCCI foca a sua ação nas dimensões de nível intermédio e complementar de cuidados de saúde e de apoio social, ou seja, constitui um nível intermédio de cuidados entre o internamento hospitalar e o domicílio e, vice-versa. Prevê várias tipologias de resposta, nomeadamente em regime de internamento, de unidades de dia e equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) de apoio domiciliário.

Na UCC onde realizamos o estágio, a ECCI é constituída por enfermeiros de cuidados gerais e especialistas de reabilitação, de saúde comunitária e saúde mental.

O EESMP (orientador de estágio), porque é único na UCC, presta cuidados de enfermagem ao fim-de-semana na ECCI, sendo que durante a semana faculta consultadoria na área de saúde mental aos colegas da ECCI, sobretudo nas situações de doença oncológica. Nos casos de palição, os utentes / famílias estão em situação de extrema fragilidade, o que exige cuidados específicos dos enfermeiros.

A relação existente entre a doença oncológica e a saúde mental é peculiar, pois o diagnóstico de uma doença oncológica conduz a várias perdas e crises, colocando as pessoas envolvidas, sujeitas a processos de adaptação contínuos. Moreira e Branco (2015). Desta forma, o diagnóstico de doença oncológica, compromete a saúde mental da família.

c) Preparação para a Parentalidade pré e pós-nascimento

O Programa de preparação para o parto e parentalidade destina-se a grávidas e / ou casais a partir das vinte e oito semanas de gestação, inscritos nas UF do Concelho, bem como para puérperas e / ou casais no pós-parto.

A referenciação das grávidas e / ou casais é realizada pelas UF e os principais objetivos deste programa são: preparar o casal para a gravidez, parto e puerpério; apoiar o casal na abordagem ao recém-nascido; incentivar ao aleitamento materno; incentivar as puérperas para a realização de exercícios físicos recuperando a sua silhueta.

O programa está estruturado em várias sessões, onde tivemos a oportunidade de participar numa sessão cujo tema tratou as questões sobre a igualdade de género e direitos humanos para uma parentalidade ativa e positiva.

Esta sessão contou com a presença de várias grávidas, alguns casais, uma socióloga da União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR) e uma das enfermeiras especialista de saúde materna e obstétrica da UCC. Foi usada a metodologia participativa.

Nesta sessão foi ativamente debatida a questão da igualdade de género, salientado o papel da mulher e do homem na sociedade e sua repercussão na educação das crianças. Foram lançadas várias questões para o grupo tais como: as diferenças na educação de um menino e de uma menina; a escolha da cor da roupa; a homossexualidade; a escolha dos brinquedos, a expectativa de uma determinada profissão para o jovem adulto, entre outras.

Aqui os casais tiveram a oportunidade de debater estes assuntos e foram sensibilizados para os valores do respeito e igualdade independentemente do género da criança que vai nascer.

d) Embaixadores da Saúde

A metodologia de trabalho denominada Embaixadores da Saúde põe em evidência o **conceito de Educação pelos Pares**, conceito conhecido a nível mundial e preconizado pela Organização Mundial de Saúde, como sendo uma metodologia desenvolvida e divulgada em programas de promoção e educação para a saúde. Esta metodologia é inovadora, integrada

nas atividades do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), implementada e dinamizada pela equipa da UCC do nosso estágio, desde o ano de 2010.

O Projeto dos Embaixadores da Saúde partilha o objetivo geral do PNSE, de melhorar a saúde das crianças e jovens e da restante comunidade educativa.

O PNSE (2006) tem como finalidades promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa; apoiar a inclusão escolar de crianças com Necessidades de Saúde e Educativas Especiais; promover um ambiente escolar seguro e saudável; reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis, bem como contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde. Assim, a agenda de saúde escolar assenta em quatro grandes áreas de intervenção, tais como a saúde individual e coletiva; a inclusão escolar; o ambiente escolar e os estilos de vida.

A metodologia de trabalho **dos Embaixadores da Saúde** é aplicada nas áreas da capacitação, na promoção dos estilos de vida saudáveis, dos Afetos, da Higiene e Saúde Oral, na prevenção de consumos nocivos, nos primeiros Socorros e outros, cujo objetivo específico é contribuir para os ganhos em saúde e a redução dos problemas de saúde com maior impacto na mortalidade e morbilidade da população infantil e juvenil.

A Educação pelos Pares transforma-se numa estratégia eficaz na modificação dos comportamentos e na adoção de hábitos de vida saudáveis, uma vez que capacita cada criança/jovem para a responsabilização em determinado assunto, ou seja, passam a constituir-se agentes ativos da mudança.

Ser um Embaixador da Saúde, significa ser aquele que fica na posse de determinada informação de áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis e que posteriormente tem a missão de transmitir aos seus pares. Esta estratégia aplica-se nos diferentes níveis de educação e ensino (desde o pré-escolar ao secundário) e todos os anos são realizados Fóruns de Embaixadores da Saúde, com a participação de todos os estabelecimentos de ensino da área de influência da nossa UCC, onde se promove a partilha de experiências e a divulgação do trabalho desenvolvido.

Um outro aspeto importante é o envolvimento das famílias destas crianças/jovens nesta iniciativa, pois constituem mais um veículo transmissor para a adoção de estilos de vida saudáveis.

Participamos em duas sessões formativas, numa escola básica da área de influência da nossa UCC, com dois grupos de crianças (um entre os 5 e 7 anos e o outro entre os 9 e os 11 anos de idade). De referir que estas sessões são desenvolvidas com as crianças/jovens designados para a função de “Embaixadores da Saúde”.

Nestes grupos foi abordado a temática dos “afetos” de forma que estas crianças pudessem refletir sobre a forma de se relacionarem com os seus pares e, transmitir as ideias, para si significativas, aos seus pares. Os grandes objetivos é promover a cidadania e diminuir a violência entre pares.

Entende-se por afeto um sentimento complexo que nos liga a uma determinada pessoa ou a um contexto de experiências, ou seja, o afeto é um conjunto sentimental permanente que nos liga aos outros (na maior parte das vezes com reciprocidade), que se pode reavivar no contacto, por vezes sob a forma de emoção. (Pio-Abreu, 1997)

De alguma forma, o afeto implica a uma integração do outro em nós próprios, sendo um conceito que tem a ver com o relacionamento com o outro. As emoções são individuais e os afetos pressupõem relação e, portanto, têm uma dimensão interpessoal. (Pio-Abreu, 1997)

O conteúdo das sessões formativas foi adequado à idade dos participantes, foram utilizados meios áudio visuais (filmes) como ponto de partida para o debate. Foram analisados os conceitos de partilha e cordialidade para com os colegas.

É fundamental promover continuamente a saúde mental na escola, através da implementação de projetos que visem o desenvolvimento de competências pessoais e sociais nas crianças/jovens; a construção de um clima de escola amigável; o combate do abandono e a exclusão escolar; a identificação de crianças em risco de doença mental ou de distúrbios comportamentais; a promoção da equidade entre alunos (sexo, etnia, religião, classe socioeconómica, etc.).

De acordo com o PNSE (2006), as crianças e os jovens deverão ter a oportunidade de viver numa escola que seja um espaço diversificado de aprendizagem e de saúde para todas.

Assim, o EESMP tem um papel fundamental junto das camadas mais jovens, através do desenvolvimento de projetos de promoção da saúde mental, assentes no desenvolvimento de competências pessoais e sociais, aumento da resiliência, promoção da autoestima e da autonomia, prevenindo, desta forma, comportamentos de risco.

“Por seu turno a Conferência Ministerial sobre Saúde Mental, na Declaração para a Europa, que produziu, reconhece a promoção da saúde e a prevenção das doenças mentais como uma prioridade. O Plano de Ação, que consubstancia a sua implementação, propõe ações de combate ao estigma e à discriminação, atividades para os estádios mais vulneráveis do ciclo de vida, especialmente na infância e na adolescência, inseridas em estratégias de longo prazo, com benefícios para o indivíduo, as sociedades e os sistemas de saúde.” (PNSE, 2006:5)

2.2.2 - Programas e Projetos com participação da UCC

Apresentamos no quadro abaixo, de forma resumida, os programas e projetos em que os enfermeiros, que integram a UCC, participam:

Programa ou Projeto	coor- nação	Objetivos
Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)	Direção Geral de Saúde (DGS)	Melhorar a saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de atividades assentes na vigilância e proteção da saúde, bem como na aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde.
“Diabetes em movimento” – Programa de intervenção comunitário desenvolvido em vários concelhos do País	DGS	Programa de intervenção comunitário e tem como principal objetivo capacitar a pessoa com Diabetes tipo II para a gestão da sua doença, melhorando assim a sua qualidade de vida.
Programa Escolhas / Projeto mais XL	Alto Comissariado para Migrações	O Escolhas é um programa governamental de âmbito nacional, criado em 2001, promovido pela Presidência do Conselho de Ministros e integrado no Alto Comissariado para as Migrações, cuja missão é promover a inclusão social de crianças e jovens de contextos socioeconómicos vulneráveis, visando a igualdade de oportunidades e o reforço da coesão social.
PO APMC - Programa Operacional de Apoio às Pessoas Mais Carenciadas	União Europeia / Ministério da Saúde e Segurança Social	Este programa tem como principal objetivo diminuir as situações de vulnerabilidade que colocam em risco a integração das pessoas e dos agregados familiares mais frágeis. Pretende ser um instrumento de combate à pobreza e à exclusão social em Portugal, através da intervenção ao apoio alimentar e outros bens de consumo básico, assim como no desenvolvimento de medidas de acompanha-

		mento que capacitem as pessoas mais carentes a vários níveis, promovendo assim a sua inclusão.
--	--	--

Quadro III - Programas e Projetos com participação da UCC

Os enfermeiros da UCC do nosso estágio dividem o seu horário semanal para dar resposta a estas atividades comunitárias, sendo que não se inclui o EESMP. De salientar que, nesta parte do plano de atividades, participamos no programa de SE, como referido anteriormente.

2.2.3 - Entidades com participação da UCC

Apresentamos no quadro abaixo, de forma resumida, as entidades em que os enfermeiros, que integram a UCC, participam:

Entidades	Objetivos
CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens	As CPCJ são instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral (nº 1, artigo 12º da Lei nº 147/99 de 1 de setembro).
SNIPJ – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância	O SNIPJ tem a missão de garantir a Intervenção Precoce na Infância junto de crianças até aos 6 anos de idade, através de um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação, da saúde e da ação social.
PLS – Plano Local de Saúde	A Direção-Geral da Saúde, através do Plano Nacional de Saúde, em conjunto com as Administrações Regionais de Saúde e os Agrupamentos de Centros de Saúde, tem vindo a desenvolver orientações e estratégias para a construção de Planos Locais de Saúde. Estes PLS devem estar atualizados e alinhados com o PNS Revisão e Extensão a 2020 com particular foco nas parcerias e na operacionalização de atividades. Na área da saúde mental, existe periodicamente reuniões com a participação do EESMP da UCC.

Câmara Municipal	As camaras municipais têm um departamento dedicado à saúde, sendo que os seus projetos neste âmbito têm participação de profissionais de saúde do ACES, nomeadamente das UCC.
Universidade Sénior Associações de professores ao serviço dos cidadãos	Tem como principais objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Promover competências orientadas para a resolução de problemas de vida; • Compreender e valorizar as realidades dos próprios, dos outros e do mundo atual; • Promover a intergeracionalidade; • Estimular a participação em projetos de desenvolvimento sócio cultural; • Apelar ao voluntariado e ao empenhamento cívico solidário; • Formar para a participação ativa, crítica e reflexiva.
NPISA - Núcleos de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo Constitui um núcleo de parceria interinstitucional composto por entidades públicas e privadas com intervenção direta ou indireta junto da Pessoa Sem-Abrigo	Tem como principais objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Garantir a articulação entre o grupo e os vários parceiros; • Identificar os problemas e soluções; • Apelar à participação de todos os parceiros; • Aumentar a adesão e sensibilização das pessoas e sociedade civil em geral sobre o fenómeno; • Contribuir para a qualificação do diagnóstico social sobre o fenómeno do Sem-Abrigo; • Contribuir para a definição de estratégias com vista a melhorar as respostas existentes; • Partilhar e melhorar os conhecimentos sobre o fenómeno social; • Potenciar e maximizar recursos.

Quadro IV - Entidades com participação da UCC

Um dos principais objetivos da articulação da UCC com as várias estruturas na comunidade é permitir que os profissionais de saúde determinem o diagnóstico de saúde dessa mesma comunidade, e que faz parte da carteira de serviços da UCC.

Neste item participamos numa reunião entre a UCC e a Universidade Sénior para o estabelecimento de um protocolo entre estas duas entidades, com vista a participação da UCC em formações sobre vários temas de saúde, esclarecimento de dúvidas, promoção de hábitos saudáveis e promover a literacia em saúde.

A equipa da Universidade Sénior solicitou formação à UCC sobre os temas “Demências”, “Depressão” e “alterações do padrão do sono”.

Relativamente ao NPISA, a UCC participa nas equipas de rua diurnas, ou seja, a EESMP integra a equipa de rua uma vez por semana com vista ao cumprimento de alguns objetivos mencionados no quadro VI.

De acordo com o CTARSM (2017), esta abordagem é importante para reduzir as desigualdades nos fatores de risco e no acesso aos serviços de saúde mental, fortalecendo a resposta às populações mais vulneráveis, como sendo as pessoas sem-abrigo, vítimas de violência, migrantes e refugiados.

Sucintamente, ainda de acordo com o CTARSM (2017), aos programas, destinados à população geral, devem associar-se projetos e estratégias visando a promoção da recuperação e bem-estar de pessoas com problemas ou perturbações psiquiátricas de todas as idades, defendendo os seus direitos.

3 - PROJECTO DE INTERVENÇÃO

Constitui um dos objetivos deste estágio, o desenvolvimento de um projeto de intervenção, centrado no processo de cuidados, aos três níveis da prevenção, a pessoas/famílias, onde sejam desenvolvidas competências clínicas específicas em enfermagem. Assim, selecionamos os CSP, nomeadamente a UCC, para desenvolver um projeto de intervenção em saúde (PIS).

Imperatori e Giraldes (1993) definem projeto como *“uma atividade que decorrerá num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa.”* (p.129)

À definição acima, ainda acrescentamos que, relativamente ao cumprimento das orientações no PNSM existe um longo caminho, pois nos CSP não existem profissionais de saúde mental alocados em número suficiente, nem tão pouco modelos de intervenção definidos. A CTARSM (2017) salienta que em diversos locais se têm vindo a desenvolver processos de articulação entre CSP e serviços de saúde mental, no entanto, persistem os problemas já identificados nas várias avaliações anteriores do PNSM, tais como inexistência de um **modelo definido de integração**.

No território nacional existe uma grande heterogeneidade a nível da interação entre os CSP e os serviços de saúde mental e com várias respostas aos indivíduos com problemas de saúde mental. Este problema tem raízes históricas, relacionando-se, entre outros fatores, com o ainda **insuficiente desenvolvimento** de equipas de saúde mental comunitária.

No local onde realizamos o nosso segundo estágio, na UCC, foi sugerido que pudesse dar um contributo no sentido de **clarificar as intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria** neste contexto. Assim propusemo-nos realizar uma pesquisa que permitisse dar ênfase a esta questão.

Para Diers (1979), citado por Fortin (2000), “um problema de investigação, é uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação, ou ainda, é um desvio entre a situação atual e a situação tal como deveria ser.” (Fortin, 2000, p. 48)

Ainda de acordo com Fortin (2000, p. 62), o problema de investigação pode ser formulado tendo em conta os seguintes elementos:

- Uma preocupação pessoal;
- Os fatores que influenciam ou mantêm o problema;

- O contexto, o que foi estudado e pensado sobre;
- A situação desejável, ou seja, a projeção de uma situação ideal;
- Sugestões propostas para alcançar a situação desejável;
- O quadro de referência para a formulação do problema e sua operacionalização.

3.1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

O Programa Nacional para a Saúde Mental, refere que na última década o registo de pessoas com perturbações mentais, nos cuidados de saúde primários, tem vindo a aumentar, no que diz respeito às perturbações de ansiedade, às perturbações depressivas e às demências. (PNSM, 2017)

A mortalidade por doença mental é baixa

e está relacionada quase exclusivamente com o suicídio (3,1% em 2015). Este fenómeno verifica-se, sobretudo, em pessoas com doenças mentais graves, como depressão major e perturbação bipolar e integra o grupo das mortes potencialmente evitáveis, desde que o diagnóstico da patologia de base seja realizado em tempo útil e a abordagem terapêutica eficaz. Apesar da mortalidade ser baixa verifica-se um aumento da incapacidade da pessoa com doença mental, o que impõe uma sobrecarga para a sociedade. (PNSM, 2017)

A Lei da Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de Julho artigo 3º), refere que os princípios gerais de política de saúde mental devem assentar na prestação de cuidados de **saúde mental prioritariamente a nível da comunidade**, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social. Menciona também que os cuidados de saúde mental devem ser prestados no meio menos restritivo possível.

A saúde mental é parte integrante da saúde e é um fator determinante para a coesão social, progresso económico e desenvolvimento sustentável da nossa sociedade, desde 2008, alinhado com as principais recomendações políticas propostas no Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar. (Ministério da Saúde, 2018)

O Ministério da Saúde, no documento “Retrato da Saúde” (2018) refere a importância de **determinantes sociais e comportamentais** na saúde mental da população portuguesa.

A **educação** condiciona fortemente os comportamentos e estado de saúde, já que tem uma grande influência no acesso dos indivíduos à informação, na sua capacidade em beneficiar de novos conhecimentos e na adoção de comportamentos saudáveis. As pessoas com nível educacional mais elevado têm menor propensão para sofrer de doenças crónicas, incluindo problemas de saúde mental, como depressão ou ansiedade.

O **emprego** é um dos determinantes mais importantes da saúde física e mental. As **doenças crônicas** são responsáveis por 80% da mortalidade nos países europeus. A incidência e prevalência destas doenças é condicionada por fatores de risco individuais e sociais, dos quais se destacam o Excesso de peso; hábitos alimentares inadequados; sedentarismo; tabagismo e o Alcoolismo. (MS, 2018)

A **Saúde Mental** é uma parte integrante da saúde e a Organização Mundial de Saúde (OMS) define-a como “*o estado de bem-estar no qual o indivíduo tem consciência das suas capacidades, pode lidar com o stress habitual do dia-a-dia, trabalhar de forma produtiva e frutífera, e é capaz de contribuir para a comunidade em que se insere*”.

Os resultados do estudo sobre a prevalência de doenças mentais na população adulta portuguesa sugerem que somos o país da Europa com a maior prevalência de doenças mentais na população adulta. No ano de 2016, um em cada cinco portugueses sofreram de uma doença psiquiátrica e quase metade já teve uma destas perturbações durante a vida. (MS, 2018)

Nos últimos anos, a prestação de cuidados em saúde mental protagonizou uma grande evolução, sublinhando a **reabilitação psicossocial do indivíduo**, a **sua integração na sociedade** e o **combate à discriminação**. Destacam-se, assim, nas principais evoluções: redução de camas no setor público; aumento generalizado no número de consultas externas e de sessões de hospital de dia, priorizando os serviços locais de saúde mental com o foco nas respostas da comunidade; o reforço do acesso na área da Pedopsiquiatria; a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados, na área da saúde mental (atualmente ainda em fase piloto).

Preende-se, neste âmbito, a criação de respostas que assegurem um suporte de longa duração, numa lógica de proximidade, de maior acessibilidade aos serviços de saúde mental, de mobilização dos recursos da comunidade, adaptadas aos problemas específicos da pessoa em causa, estimulando a autonomia e a tomada de decisão no seu processo reabilitativo, aumento global do número de profissionais da saúde mental, nomeadamente psicólogos, técnicos de serviço social, enfermeiros e médicos. (MS, 2018)

Em cumprimento do Despacho nº 1490/2017 de 14 de fevereiro, a CTARSM, procedeu à **avaliação do PNSM (2007-2016)**, estabelecendo os **focos de intervenção** que consideramos ao alcance dos profissionais de saúde nos cuidados de saúde primários, nomeadamente os EESMP. Assim, como já referido anteriormente neste relatório, os focos são: Saúde Mental e CSP; criação de uma carteira de serviços mínimos de prestação de cuidados; desenvolvimento de programas de prevenção e promoção e, manter a participação na Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas em situação de Sem-Abrigo.

O **Plano Local de Saúde (PLS)** do ACES (2017-2020), do nosso estágio, tem como finalidade dotar competências e ferramentas do âmbito do planeamento àqueles que intervêm na saúde do Concelho, contribuindo para uma utilização mais eficiente e integrada dos recursos da sociedade no sentido de melhoria do nível de saúde das suas populações, tendo em conta as suas necessidades de saúde e através de uma abordagem participativa de “Saúde em Todas as Políticas”.

Foram seleccionadas **áreas prioritárias para intervenção**, entre elas a saúde mental e, foram apontados os seguintes objetivos para esta área: reduzir em 2% a proporção de utentes com "perturbações depressivas"; promover reabilitação profissional, a reabilitação residencial e da participação social; assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade as pessoas com problemas de saúde mental; promover a saúde mental e prevenir a doença mental.

Para cumprir os objetivos acima mencionados foram delineadas as seguintes estratégias:

- Melhorar o acesso e interligação entre os vários níveis de cuidados de saúde mental (primários, hospitalares, Cuidados Continuados Integrados Saúde Mental, pedopsiquiatria);
- Sinalizar e reforçar apoio aos grupos mais vulneráveis (sem abrigo, imigrantes, pessoas com dependências);
- Apoio aos cuidadores informais (ascendentes, descendentes e cônjuges);
- Divulgar e aumentar os recursos comunitários para vítimas de violência (doméstica, de género, idosos, etc);
- Ações de sensibilização para reduzir estigmas sociais.

Face a este conjunto de orientações, o EESMP constitui um elemento fundamental na resposta à pessoa/família com doença psiquiátrica na comunidade.

De acordo com o Regulamento (nº 515/2018) de Competências Específicas do EESMP, as pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por EESMP, diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam, uma vez que o EESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais. (OE, 2018).

Na UCC onde realizamos o estágio, a EESMP (supervisora clínica) presta cuidados especializados de saúde mental a pessoas/famílias com o diagnóstico de doença mental, em contexto de visita domiciliar, como referido anteriormente.

Os utentes são referenciados à UCC, na sua maioria, pelo serviço de psiquiatria do hospital local, havendo algumas referenciações, também, das estruturas da comunidade como sejam das IPSS e forças de segurança.

A EESMP participa, também, em várias atividades inseridas na comunidade da área de influência da UCC, como sejam reuniões com o Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo (NPISA), reuniões com a Camara Municipal, com a Unidade de Saúde Pública (USP) para construção do Plano Local de Saúde.

O Regulamento de competências específicas do EESMP refere que *“durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, essa especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial.”* (OE, 2018)

Das referenciações do hospital local, sempre que possível, a EESMP efetua uma primeira visita ainda em ambiente hospitalar e, se possível com a presença da família. Neste momento são efetuadas as apresentações, é explicado o propósito da visita e angariado o consentimento verbal, do utente e também da família, para a continuidade de cuidados no domicílio.

Após a admissão do utente no domicílio e o diagnóstico de enfermagem de saúde mental, a EESMP planeia, conjuntamente com o utente e família, as intervenções mais adequadas. Sempre que considere necessário articula com a equipa de família (da unidade funcional onde o utente se encontra inscrito), bem como com o serviço de psiquiatria do hospital local e outras estruturas da comunidade, nomeadamente assistentes sociais de IPSS locais e agentes de autoridade. A articulação com a UF e/ou hospital local é pontual, não se verificando envolvimento contínuo com a situação.

Dentro da UCC, também, não se verifica o envolvimento de outros profissionais da equipa multidisciplinar, tornando difícil a continuidade de cuidados e o alcance dos objetivos terapêuticos.

Verificamos, também, que a EESMP participa nestas reuniões da comunidade, acima mencionadas, com o grande objetivo de melhorar o apoio às pessoas/famílias com doença mental, contudo não é visível esta sua intervenção em termos de contributos para o propósito do plano local de saúde.

Estando cientes que a intervenção do EESMP em contexto comunitário é essencial, verificamos que a intervenção da EESMP não está sistematizada de forma a possibilitar a continuidade de cuidados dentro das várias tipologias dos CSP e conseqüentemente à obtenção

de ganhos em saúde na área de cuidados de saúde mental, ou seja, as intervenções específicas do EESMP, nomeadamente na UCC não estão clarificadas, pelo que pretendemos com este trabalho dar um contributo para esta definição.

A OE, no Regulamento nº356/2015, esclarece que os **Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental** são “*uma representação dos cuidados que deve ser conhecida por todos os clientes quer ao nível dos resultados mínimos aceitáveis, quer ao nível dos melhores resultados que é aceitável esperar.*” (OE, 2015, p. 17035)

Ainda no mesmo documento se salienta que os padrões de qualidade “*se constituem como um instrumento essencial para a promoção da melhoria contínua destes cuidados especializados e como referencial para a reflexão sobre a prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental.*”(OE, 2015, p.17034)

No mesmo documento foram identificadas oito categorias de enunciados descritivos:

- a) a satisfação do cliente;
- b) a promoção da saúde;
- c) a prevenção de complicações;
- d) o bem-estar e o autocuidado;
- e) a adaptação,
- f) a organização dos cuidados de enfermagem;
- g) a relação psicoterapêutica;
- h) estigma e exclusão social.

O nosso projeto de intervenção em saúde procura responder à questão de investigação: Quais as intervenções específicas do EESMP em contexto comunitário?

Como referido anteriormente, existe a necessidade, na UCC do nosso estágio, de clarificar as intervenções específicas do EESMP neste contexto. Face a esta questão impõe-se, de imediato, o conceito da organização dos cuidados de enfermagem.

De acordo com o regulamento dos padrões de qualidade (2015) são elementos importantes para a máxima eficácia na **Organização dos Cuidados de Enfermagem Especializados**, os seguintes pressupostos:

- ✓ A existência de um quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem de saúde mental;
- ✓ A existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional;

- ✓ Um sistema de registos de enfermagem que integre os diagnósticos de EESM, as intervenções específicas e os resultados sensíveis às mesmas;
- ✓ A satisfação dos enfermeiros face ao exercício profissional especializado;
- ✓ A dotação de EESMP;
- ✓ A formação continua dos enfermeiros;
- ✓ Utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental, promotoras de qualidade.

De acordo com Duffy e Hoskins (2003), os cuidados de enfermagem integrais e efetivos têm como consequências a visibilidade e o reconhecimento social. Referem ainda que o cliente percebe qualidade no seu atendimento quando se sente cuidado, ou seja, percebe a existência de conhecimento científico aplicado à satisfação das suas necessidades, sentimentos de segurança, conforto e promoção da saúde.

As UCC constituem uma tipologia dos CSP e caracteriza-se por uma equipa multidisciplinar cuja ação tem como objetivo a prestação de cuidados, no âmbito da saúde e social, em contexto domiciliário e comunitário. As intervenções são dirigidas a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo.

Pela especificidade de uma UCC, os cuidados de enfermagem especializados de saúde mental assumem um papel fundamental para responder a situações de grande vulnerabilidade e complexidade.

3.2 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Quais as Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria em contexto comunitário?

A resposta a esta questão será suportada através de uma revisão integrativa da literatura dentro de um período temporal de 10 anos (2010-2019), bem como dos resultados de entrevistas aos EESMP das UCC do ACES do local de estágio.

De acordo com Polit et al (2004) um estudo de investigação tem início com um problema que o investigador gostaria de resolver, ou com uma questão de que gostaria de obter resposta. Assim, qualquer problemática envolve uma situação ambígua, inquietante ou perturbadora tendo, a investigação a finalidade de resolver o problema ou contribuir para a sua solução (Polit et al, 2004).

3.3 - METODOLOGIA

De acordo com Fortin (2000, p. 131) a fase metodológica “*consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as atividades conducentes à realização da investigação.*”

Assim, como referido anteriormente, procedemos a uma revisão integrativa da literatura e a uma entrevista semiestruturada a dois EESMP das UCC do ACES do local estágio, com o objetivo de clarificar as intervenções do EESMP em contexto comunitário.

3.3.1 - Revisão Integrativa da Literatura

A RIL tem como objetivos analisar dados que são extraídos de estudos anteriores e sintetizá-los, fornecendo uma compreensão mais abrangente sobre um determinado fenómeno, constituindo-se assim como um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (Souza, Silva e Carvalho, 2010), contribuindo para o aperfeiçoamento das práticas baseadas na evidência em Enfermagem.

Procedemos a uma revisão integrativa da literatura (RIL), no horizonte temporal entre 2010 - 2019. Na pesquisa nas bases de dados EBSCOhost - Research Databases ((CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina) e no RCAAP, após aplicação dos critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão foram os seguintes: artigos, teses de mestrado e doutoramento em português, inglês e espanhol; acesso ao texto integral; período temporal de 10 anos (2010-2019); utilizado o operador booleano AND entre os descritores “enfermagem de saúde mental e psiquiátrica” e “intervenções de enfermagem” e OR entre “cuidados na comunidade” e “cuidados saúde primários”; com pelo menos um descritor no título; seguindo-se a análise do resumo e finalmente a análise do texto.

Após a aplicação dos critérios acima referidos, apuraram-se duas dissertações de mestrado com níveis de evidência. Considera-se que as mesmas já foram sujeitas a validação da qualidade metodológica pelo que passaremos a apresentá-las de forma resumida no quadro síntese seguinte:

Base de dados	Título	Autores	Tipo de estudo	Análise do documento
RCAAP	Intervenção Terapêutica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com o Cuidador Informal em Sobrecarga, na UCC	Correia, MG FGD Dissertação Mestrado, ESS/IPS, 120p., julho 2019	E1 - Revisão Integrativa da literatura: Análise de 8 estudos	Reflete sobre a importância da intervenção do EESMP no âmbito dos cuidados especializados de enfermagem ao cuidador informal/familiar em sobrecarga na Unidade Cuidados na Comunidade
RCAAP	Intervenção em Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica num Centro de Dia do Concelho de Oeiras	Dias, MMG Dissertação Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, 69p., abril 2011	E2 – Estudo de Caso: Elaboração de 6 Estudos de Caso	Demonstra os ganhos em saúde através das intervenções de Enfermagem Especializada junto do idoso com o diagnóstico médico de Depressão.

Quadro V- Dissertações de mestrado

Apresentação dos resultados

Correia (2019) no seu trabalho de investigação menciona os cuidadores informais como um foco de intervenção do EESMP, em contexto de uma UCC, apontando a família como principal cuidador. A família tem um papel de destaque na prestação de cuidados à pessoa dependente, tornando-se necessário promover a formação de vínculos familiares, envolver a mesma nos cuidados, ou seja, capacitar a família neste processo.

Refere, ainda, que cabe ao EESMP estabelecer uma relação terapêutica com o cuidador, envolver a equipa multidisciplinar, bem como orientar e disponibilizar os recursos da comunidade de forma a adaptar uma abordagem holística dos cuidados individualmente às necessidades/sentimentos do cuidador, para que se torne um aliado nos cuidados.

Propõe, ainda, a implementação de programas de promoção de autonomia e preventivos, direcionados ao cuidador, que assentem no treino relativo aos cuidados a prestar e desenvolvimento de áreas de lazer contribuindo para a sua qualidade de vida.

“Um prestador de cuidados que não cuide de si, não pode descontraír-se e oferecer serenidade, calor e compreensão aqueles de quem cuida” (Hesbeen, 2001, p.71).

Correia (2019) descreve algumas intervenções do EESMP, bem como sua importância, dirigidas a familiares cuidadores de pessoas com doença mental. Contudo não estão ainda comprovados os resultados em termos de ganhos em saúde.

Para Dias (2011) as intervenções de enfermagem tiveram a sua atenção em idosos com o diagnóstico médico de Depressão. O autor interveio com um grupo de idosos frequentadores de um Centro de Dia de uma Associação de Solidariedade Social, com o diagnóstico de Depressão. Aplicou escalas de avaliação da Depressão aos idosos (Escala de Depressão Geriátrica – GDS), realizou planos de intervenção individuais incluindo atividades recreativas. Realizou, também, ações de formação no âmbito do tema (Depressão) às ajudantes de ação direta deste Centro de Dia.

Dias (2011) demonstra ganhos em saúde em enfermagem pelo resultado positivo da aplicação das referidas escalas entre um primeiro e um segundo momento, desta forma salienta a importância da aplicação de escalas de avaliação nas intervenções de enfermagem, sendo que *“para um diagnóstico eficaz é necessário realizar-se um exame mental rigoroso, utilizando escalas auxiliares, escalas de depressão - ex. Escala de Depressão Geriátrica (...) e de Demência ex. Mini-Exame do estado Mental”* (Renca, 2008, p.48).

Os estudos referem algumas intervenções específicas do EESMP em contexto comunitário, nomeadamente intervenções psicoeducacionais e treino em SM dirigidas ao cuidador informal em sobrecarga e, implementação de projetos de saúde e planeamento de cuidados em SM a idosos com diagnóstico de demência. Encontramos estudos com referência aos cuidados de saúde mental em contexto comunitário, salientando áreas de intervenção pela equipa multidisciplinar, sem referência específica ao EESMP.

Um dos estudos internacionais sobre a inclusão da saúde mental nos CSP, Souza et al (2019) refere a necessidade de investimento em cinco domínios: integralidade, equidade, acesso, território e rede. No domínio de trabalho em rede, salienta um pequeno número de profissionais com competências e disponibilidade necessárias para a prestação de cuidados especializados de saúde mental ao nível dos CSP. Noutro dos estudos internacionais Barros et al (2019) orientaram a sua pesquisa sobre as percepções das equipas de família em relação ao processo de saúde-doença mental, bem como as ações desenvolvidas junto das pessoas com doença mental.

Foram tidas em conta três categorias: a formação em saúde mental; a percepção dos profissionais sobre o processo saúde-doença mental e ações desenvolvidas pelos profissionais no âmbito da SM. Deste estudo conclui-se que muitos profissionais ainda têm uma visão medicocêntrica, seja pela falta de formação em saúde mental, seja pelo estigma social.

No que diz respeito às ações desenvolvidas, verificou-se que estão de acordo com o modelo psicossocial, ou seja, prestação de cuidados no domicílio, a articulação com outras entidades e a integração de grupos de apoio.

Podemos assim deduzir que um dos constrangimentos do desenvolvimento dos cuidados de saúde mental em contexto comunitário é o número, ainda, reduzido de profissionais com competências nesta área de cuidados, entre eles os EESMP. Para Stetler (1998), a RIL é importante não só para promover o desenvolvimento de políticas, protocolos e procedimentos, mas também no desenvolvimento do pensamento crítico que a prática diária necessita.

Foi produzido um artigo científico, cujo resumo apresentamos em anexo (Apêndice I). O artigo é uma forma de sistematizar a informação sobre a temática em questão, num determinado período temporal.

No sentido de angariar mais contributos relacionados com este tema pareceu-nos importante recolher a opinião dos dois EESMP, que exercem funções nas UCC do ACES do local de estágio, tendo sido realizadas duas entrevistas que falaremos no tópico seguinte.

3.3.2 - Entrevista Semi-estruturada

Foi realizada uma entrevista semi-estruturada aos EESMP das UCC do mesmo ACES. De referir que este ACES tem duas UCC com um EESMP, integrado na equipa, em cada uma. Portanto a entrevista foi realizada a dois EESMP.

A entrevista foi realizada, como referido acima, com o principal objetivo de complementar a resposta à pergunta de investigação. Assim, foi solicitado o parecer aos EESMP entrevistados sobre o seguinte:

- ✓ Percepção da importância de um EESMP numa UCC;
- ✓ Descrição das suas intervenções especializadas na UCC;
- ✓ Identificação das principais necessidades de cuidados com os utentes / famílias;
- ✓ Identificar as principais intervenções especializadas que consideram necessárias;
- ✓ Descrição dos principais recursos da comunidade que dispõe e mobiliza.

Optamos por realizar uma entrevista semiestruturada, por permitir liberdade de resposta ao entrevistado, e também liberdade de esclarecimento ao entrevistador, possibilitando a este último direcionar a entrevista tendo em conta o alcançar dos objetivos pré-definidos. Este instrumento possibilita “(...) maior flexibilidade, podendo o entrevistador repetir ou esclarecer perguntas, formular de maneira diferente; especificar algum significado, como garantia de estar a ser compreendido” (Poli *et al.*, 2004, p. 198) evitando, deste modo, a obtenção de resposta desajustadas e interpretações incorretas.

Neste contexto Quivy e Campenhoudt (2003) referem que, para que ocorra uma boa entrevista, o entrevistador deve tentar elaborar o menor número possível de questões, permitindo que o diálogo encaminhe para uma conversa simples e livre e não para um diálogo rígido, limitador da liberdade de expressão do entrevistado.

Neste sentido, foi construído um guião orientador da entrevista, com uma sequência lógica de perguntas, facilitando a condução e colaboração dos participantes.

Assim, a colheita dados desenvolveu-se durante o mês de dezembro 2019 e janeiro 2020.

Após a realização das entrevistas, a informação que daí adveio foi tratada tendo por base a análise de conteúdo, que de acordo com Bardin (2011) se define como “*um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações*”. (Bardin, 2011, p. 31)

Procedemos à organização dos dados por temáticas, categoria, subcategorias e unidades de registo, de acordo com o previsto por Bardin (2011). A codificação surgiu em função da repetição das palavras, que por sua vez, foram constituindo unidades de registo, para se efetuar a categorização.

Atendendo à natureza da temática do estudo, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades dos participantes, pelo que foi solicitada autorização à direção do ACES para realização das entrevistas, bem como angariado o consentimento informado dos participantes no sentido de garantir o seu anonimato e confidencialidade.

Apresentação dos resultados

Neste tópico vamos proceder à apresentação de 5 categorias com as respetivas unidades temáticas:

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MENTAL EM CONTEXTO COMUNITÁRIO:
Uma proposta de intervenção de enfermagem de consultadoria e ligação na UCC

Categorias	Unidades Temáticas
Importância do EESMP na UCC	<ul style="list-style-type: none"> ➤ área transversal a todo o ciclo vital; ➤ papel transversal em todas as áreas de intervenção de uma UCC; ➤ imprescindível a existência de um EESMP.
Intervenções específicas do EESMP na UCC	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ECCEI; ➤ Programa Nacional Saúde Escolar; ➤ Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo; ➤ Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez; ➤ Doença mental grave.
Necessidade de cuidados de enfermagem específicos de saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disponibilidade de cuidados da RNCCI SM; ➤ Técnicas de relaxamento; ➤ Psicoeducação; ➤ Socioeducação; ➤ Adesão ao regime terapêutico; ➤ Continuidade de cuidados de saúde mental.
Intervenções de enfermagem ou áreas de intervenção consideradas necessárias em saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comunidade escolar: comportamentos aditivos, de violência e autolesivos; ➤ Na doença mental grave: um profissional de referência; ➤ Enfermagem de consultadoria e ligação.
Recursos da comunidade que dispõe e mobiliza	<ul style="list-style-type: none"> ➤ IPSS; ➤ Associações; ➤ Camara Municipal e Junta Freguesia; ➤ Farmácia; ➤ Forças de Segurança; ➤ DGR Serviços Prisionais.

Quadro VI - resultados da análise de conteúdo das entrevistas semi-estruturadas

Da análise global do conteúdo do quadro acima, podemos concluir que os dois EESMP entrevistados, a exercer funções nas UCC, reconhecem a importância e a necessidade da enfermagem de saúde mental em contexto comunitário, bem como a identificação de áreas de prioritárias de intervenção, como a área da consultadoria e ligação. Contudo não mencionam um modelo específico de intervenção nem uma posição definida no plano de atividades da UCC.

Concluimos, ainda, que as intervenções de enfermagem específicas de saúde mental são colocadas em segundo plano aquando a necessidade de suprir ausências de outros enfermeiros em outras áreas de cuidados.

3.4 - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O EESMP na comunidade, especificamente na UCC, tem um papel fundamental no âmbito das intervenções de enfermagem específicas com os utentes / famílias com doença mental, bem como na informação e aumento da literacia em saúde da comunidade.

De acordo com a OMS (2013), citado pela DGS (2019), *“A Literacia em Saúde está ligada à literacia e implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a qualidade de vida durante o ciclo de vida”* (DGS, 2019, pg. 9)

No regulamento de competências específicas do EESMP (2018), está mencionado que o EESMP coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos. (OE, 2018, p. 21428)

Também como já referido anteriormente, O EESMP é um dos profissionais de enfermagem que melhor se posiciona no desenvolvimento de **funções de consultadoria e ligação em saúde mental** relativamente à restante equipa multidisciplinar, nomeadamente enfermeiros, que integra os cuidados de saúde primários, podendo dar resposta ao preconizado pelo PNSM.

De acordo com Mota (2000), o EESMP, pertencente à equipa de ligação será um elemento que presta uma contribuição particularmente importante, fundamental para o tratamento global do doente, permitido fazer a ponte entre a psiquiatria e as restantes especialidades, para que a abordagem da pessoa doente se realize integrando as suas vertentes biopsicossociais.

No regulamento de competências específicas do EESMP (2018), está também mencionado que o EESMP recorre à metodologia de **gestão de caso** no exercício da prática clínica em saúde mental, desempenhando funções de **terapeuta de referência**; elaborando e supervisionando planos individualizados de cuidados; coordenando a transição de utentes / famílias entre cenários de cuidados de SM e elaborando relatórios e /ou pareceres sobre a situação clínica do utente, estimulando, assim, as capacidades de outros profissionais. (OE, 2018, p. 21429)

Desta forma, a saúde mental na comunidade deve envolver e capacitar grande número de profissionais de saúde, ou seja, construir como que uma rede de cuidados de saúde mental para que os utentes e famílias portadoras de doença mental se sintam apoiados e integradas na sociedade.

Para SCHERER et al (2002), a enfermagem de ligação, tem como características: a orientação para a equipe que cuida do doente; o cuidado psicológico especializado a doentes e suas famílias; o conhecimento sobre respostas normais e anormais à doença, e adaptação do doente e família; o conhecimento da teoria de sistemas; e a ligação entre as diferentes especialidades.

Nesta perspetiva desenhamos uma **proposta de intervenção** tendo por base as competências específicas dos EESMP aplicadas a funções de **consultoria e ligação**. Esta nossa decisão deve-se ao fato de no ACES do local de estágio ainda existir um reduzido número de EESMP, e por isso ser de especial importância desenvolver funções de consultoria e ligação na área de enfermagem de saúde mental.

Assim, a nossa proposta de intervenção tem como **objetivo geral**:

- Clarificar quais as intervenções específicas do EESMP em contexto comunitário

Objetivos específicos:

- Contribuir para a identificação das necessidades de cuidados específicos de enfermagem de saúde mental na UCC;
- Contribuir para uma metodologia de organização dos cuidados de enfermagem;
- Contribuir para a continuidade dos cuidados dos utentes / famílias no ACES;
- Contribuir para a construção de indicadores.

Na elaboração desta proposta de intervenção foi contemplado a inclusão de outros profissionais de saúde do ACES, nomeadamente psicólogo, assistente social, equipas de família (médico e enfermeiro de família) e o psiquiatra que acompanha o utente.

Nesta proposta de trabalho o EESMP assume o papel de **Gestor de Caso**, tal como mencionado no regulamento de competências específicas do EESMP (2018), em que o EESMP recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental com o propósito de ajudar o utente / família a conseguir aceder aos recursos mais apropriados e escolhas mais ajustadas em cuidados de saúde. (OE, 2018, p.21429)

Tal como já referido neste relatório, pode utilizar-se o termo de **enfermagem de consultadoria e ligação de saúde mental** ou **interconsulta de enfermagem de saúde mental**.

Assim, de acordo com Scheren et al (2002, p.11) existem três tipos de Interconsulta na prática de enfermagem de saúde mental:

a) a **consulta focada no cliente**, tendo como objetivo solucionar os problemas do imediato, ou seja, diagnosticar e desenvolver planos de cuidados específicos de forma a minimizar o sofrimento do cliente e melhorar a funcionalidade;

b) a **consulta focada em aspetos administrativos**, tendo como propósito o planeamento de cuidados de enfermagem específicos. Esta atividade é realizada de forma indireta, através de programas, projetos, seminários e outras atividades formativas, de forma a capacitar os profissionais, nomeadamente os enfermeiros, para melhorar os cuidados na área da saúde mental.

c) a **consulta centrada no enfermeiro** e na equipa assistencial, tendo como objetivo ajudar a clarificar vários aspetos da doença mental, melhorar os conhecimentos sobre saúde mental, apoiar e criar estratégias de forma a fazer face aos conflitos que surgem na equipa, usar os recursos pessoais para potenciar habilidades relacionais.

Concordamos com FERREIRA, TAVARES e DUARTE (2006, p.53) quando afirmam que *“da mesma forma que procuramos conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento de técnicas de Enfermagem para os cuidados físicos, também se deve ter a mesma preocupação em relação às habilidades consignadas por comportamentos e competências ligadas às funções de contacto”*.

Parece-nos que, para além de um papel interventivo junto do utente/família, é importante que o enfermeiro com funções de consultadoria e ligação tenha também um **papel de formador** junto dos pares. Esta afirmação vem de encontro à opinião de MCNamara et al (2008) quando afirma que a diversidade de funções do enfermeiro de ligação, se reflete a nível da consultoria, educação dos doentes, formação dos pares e nas intervenções prestadas, e que a satisfação no trabalho é atualmente mais elevada para este grupo de enfermeiros.

Atribuímos, à nossa proposta de intervenção, a denominação de CLESM - “Consultadoria e Ligação de Enfermagem de Saúde Mental”. De referir que a duração do período de estágio não permitiu aplicar o projeto.

De acordo com Scheren et al (2002), a proposta comporta as três vertentes da consulta de enfermagem de consultadoria e ligação, acima mencionadas.

De uma forma sucinta, a CLESM divide-se em duas áreas (áreas A e B), em que a área A diz respeito à intervenção direta, numa vertente, com o utente / família e, noutra vertente, com os enfermeiros e equipa assistencial.

A área B diz respeito a uma intervenção indireta, assente nos aspetos formativos, ou seja, o EESMP contribui para a formação continua dos enfermeiros em termos de temáticas relativas à saúde mental.

A formação e preparação do EESMP, permitem-lhe a capacidade única de diferenciar aspetos do funcionamento do doente e fazer um juízo apropriado acerca das necessidades de intervenção, referenciação ou consultoria com outros profissionais de saúde. (OE, 2015, p. 17035)

Assim, o quadro abaixo esquematiza a CLESM:


Área A - Cuidados de Enfermagem Especializados (diretos)		Área B - Promoção da Saúde Mental (indiretos)
Intervenções específicas de saúde mental ao utente / família	Intervenções junto dos enfermeiros e equipa assistencial	Formação continua na área de saúde mental

Quadro VII - estrutura da Consultadoria e Ligação de Enfermagem de Saúde Mental

A CLESM foi projetada para duas sessões semanais e com a duração de aproximadamente 1 hora cada, num total de cerca de 30 a 31 sessões (aproximadamente 4 meses) para cada utente / família.

O EESMP recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica com o objetivo principal de ajudar o utente / família a conseguir o acesso aos recursos adequados e a selecionar as opções mais ajustadas relativamente aos cuidados de saúde.

Ainda de acordo com o regulamento (n.º 356/2015) dos padrões de qualidade “A formação e preparação do enfermeiro ESM, permitem-lhe a capacidade única de diferenciar aspetos do funcionamento do doente e fazer um juízo apropriado acerca das necessidades de intervenção, referenciação ou consultoria com outros profissionais de saúde”. (OE, 2015, p. 17035)



INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MENTAL EM CONTEXTO COMUNITÁRIO:
Uma proposta de intervenção de enfermagem de consultoria e ligação na UCC

Foi construído um quadro com as várias intervenções de enfermagem específicas, bem como os temas abordados em cada sessão.

4 - ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Durante os contextos de cuidados do estágio foi possível desenvolver competências de enfermagem especializada aos três níveis: competências comuns; competências específicas de saúde mental e competências de mestre.

Para McClelland (1973), competência é uma característica subjacente a uma pessoa relacionada com o **desempenho superior** na realização de uma tarefa ou em determinada situação.

Le Boterf (2003) situa a competência em três domínios, sendo estes formados pela pessoa (biografia, socialização), pela sua formação / educação e pela sua experiência profissional. Segundo o mesmo autor, a competência é **um saber agir profissional responsável** e que é reconhecido pelos outros. Implica saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades num determinado contexto profissional.

De acordo com Le Boterf (2005), a construção dos saberes teóricos faz-se a partir da educação formal, formação inicial e contínua ao longo da vida. Os saberes práticos são construídos a partir de saberes teóricos, com recurso a processos de reflexão e análise, através do aprender com a experiência. Assim, de acordo com o regulamento de competências do EESMP (515/2018 de 7 de agosto), o avanço no conhecimento da profissão de enfermagem requer que o EESMP incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática. (OE, 2018)

O mesmo regulamento saliente que o EESMP deve desenvolver a sua prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização. (OE, 2018)

Ainda de acordo com Le Boterf (2003), o profissional competente é capaz de agir com pertinência numa situação particular complexa e compreende, igualmente, como age e porquê.

4.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O perfil de **Competências Comuns** do Enfermeiro Especialista está definido no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, sendo que as estas competências, mencionadas no estatuto em vigor, envolvem as dimensões da **educação dos clientes e dos pares**, de **orientação, aconselhamento, liderança**, incluindo a **responsabilidade de descodificar, disseminar** e levar a cabo **investigação relevante e pertinente**, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem. (OE, 2019)

No mesmo documento estão definidas “**Competências comuns**”, sendo que se definem como competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. (OE, 2019)

Ainda no artigo 3º do mesmo regulamento está descrito o significado de competência, unidade de competência, critérios de avaliação:

“**Domínio de competência**” uma esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados;

“**Descritivo de competência**” a competência, em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho;

“**Unidade de competência**” é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo;

“**Critérios de avaliação**” compreendem a lista integrada dos elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressando as características dos resultados e relacionando-se com o alcance descrito.

Os **Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**, descritos no artigo 4º do mesmo regulamento, são a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais., representados no quadro abaixo:

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MENTAL EM CONTEXTO COMUNITÁRIO:

Uma proposta de intervenção de enfermagem de consultoria e ligação na UCC

Domínio da Competência (conjunto de competências)	Competência (conhecimentos, habilidade e operações)	Unidade de Competência (realização concreta)	Cr- térios de avaliação (evi- dência)
Responsabilidade profissional, ética e legal	Desenvolve uma prática profissional ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional	Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas; Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade; Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	
	Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	Promove a proteção dos direitos humanos; Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	
Melhoria Contínua da Qualidade	Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica	Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; Orienta projetos institucionais na área da qualidade.	
	Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua	Avalia a qualidade das práticas clínicas; Planeia programas de melhoria contínua; Lidera programas de melhoria contínua.	
	Garante um ambiente terapêutico e seguro	Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo; Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.	
Gestão dos Cuidados	Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde	Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	
	Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados	Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados; Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	
	Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade	Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;	

Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais		Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	
	Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica	Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho; Suporta a prática clínica em evidência científica; Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	

Quadro VIII – Resumo das competências Comuns do Enfermeiro Especialista (regulamento 140/2019, de 6 de fevereiro)

Competências comuns desenvolvidas

Como referido acima, as competências desenvolvidas pelo enfermeiro especialista são o resultado da evidência da sua prestação de cuidados especializada. Assim, em todas as nossas intervenções de enfermagem foram tidos em conta os princípios de responsabilidade profissional, ética e legal, sendo importante refletir continuamente sobre este assunto na prestação de cuidados de enfermagem e especificamente no âmbito da saúde mental e psiquiatria.

De acordo com Stuart e Laraia (2001) cada enfermeiro deve analisar se a sua intervenção tem o intuito de promover o bem-estar do utente, ou o que é socialmente ou politicamente aceitável, deve refletir sobre os dilemas éticos com que se depara, tais como liberdade de escolha versus coerção, ajudar a decidir versus impor vontades, foco na cura versus prevenção, devendo tornar-se ativo na definição do tratamento adequado, não esquecendo os direitos dos utentes em tratamento, a recusar tratamento e ao consentimento informado.

Esta competência foi totalmente desenvolvida nas nossas intervenções específicas de enfermagem durante os contextos de cuidados (Internamento de psiquiatria e UCC).

No âmbito da melhoria continua da qualidade, durante o período de estágio na UCC foi estabelecido um protocolo com a Universidade Sénior. A direção da Universidade Sénior solicitou a colaboração da UCC em ações de formação e informação em alguns temas de saúde. Foram programados temas na área da saúde mental, como “Demências e sua implicação no quotidiano”. Foi, também, solicitadas sessões sobre literacia em saúde. Colaboramos, também, no projeto Partilhar para Cuidar (PPC), nomeadamente na análise de dados das UF do ACES relativamente a utentes, na comunidade, com doença mental, bem como na identificação das necessidades formativas na área da saúde mental, dos enfermeiros das UF e equipa assistencial.

Na nossa participação no projeto PPC, no domínio da gestão dos cuidados de enfermagem, foi sugerido um procedimento de articulação entre o EESMP da UCC e os enfermeiros das UF. Este procedimento tinha como propósito a formação e motivação dos enfermeiros das UF, no âmbito da saúde mental, para a prestação de cuidados aos utentes com doença mental na comunidade e, conseqüentemente reduzir os reinternamentos no serviço de psiquiatria e a utilização repetida do serviço de urgência.

Aqui encontramos o conceito de enfermagem de consultoria e ligação, ou seja, EESMP da UCC assume funções de consultoria e ligação.

Para Lopes e Viegas (1997) a consultoria é concebida como a intervenção do EESMP, no papel de consultor, a outro enfermeiro como consultante, responsável por um utente com alterações psicológicas prévias ou resultantes do atual internamento, consequência da adaptação ao tratamento ou ao curso da doença.

HAPPELL e SHARROCK, (2000) cit. por WATT (2010) referem que em alguns estudos encontraram uma verdadeira preocupação dos enfermeiros quando percebem o comportamento dos doentes como perturbador ou ameaçador, afetando a qualidade dos cuidados de enfermagem. Sugerem que os enfermeiros em contextos de cuidados gerais de saúde não acreditam que têm habilidades e conhecimentos necessários para prestar cuidados a pessoas com alterações de saúde mental.

No domínio das aprendizagens profissionais foram elaborados um Estudo de Caso em contexto de cuidados hospitalar e um artigo de investigação em contexto de cuidados comunitário. Este último foi apresentado no tópico “Projeto de Intervenção em Saúde”.

Atualmente reconhecemos a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão de enfermagem e a tomada de decisões adequadas para prestar os melhores cuidados aos utentes; para a alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência e ainda para demonstrar ao mundo os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática. A investigação em enfermagem contribui para a visibilidade e reconhecimento da profissão.

4.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MENTAL

O perfil de **Competências Específicas** do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica está definido no regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto, sendo que a definição de “**Competências específicas**” são as competências que decorrem das

respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

O EESMP, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (OE, 2018)

O artigo 2º do mesmo regulamento, refere, ainda, que o conjunto de competências clínicas especializadas do EESMP é composto pelo perfil de competências específicas do EESMP acrescido do perfil de competências comuns do enfermeiro especialista. Esta definição vai ao encontro de Benner na sua Teoria de Aquisição de Competências pelos enfermeiros.

Benner, na sua teoria, refere que a mudança no nível de competências é o reflexo de quatro domínios; 1) refere-se à utilização de experiências concretas do passado como paradigmas; 2) quando o pensamento analítico, baseado nas normas, é substituído pela intuição; 3) quando o enfermeiro consegue perceber a situação como um todo e foca-se apenas nos aspetos relevantes; 4) demonstra o envolvimento do indivíduo na situação, fazendo parte da situação e não apenas como observador (Benner et al, 2009).

Ainda de acordo com o mesmo regulamento, o EESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais. Assim, a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica tem o seu foco na **promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.**

O regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto, no artigo 4º refere que as competências EESMP são as seguintes, apresentadas em resumo no quadro abaixo:

Competência	Unidade de Competência	Critérios de Avaliação
Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vi-	Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.	

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MENTAL EM CONTEXTO COMUNITÁRIO:
Uma proposta de intervenção de enfermagem de consultadoria e ligação na UCC

vências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional		
Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental	<p>Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente;</p> <p>Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família;</p> <p>Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.</p>	
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	<p>Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade;</p> <p>Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental;</p> <p>Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade;</p> <p>Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados;</p> <p>Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.</p>	
Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.	<p>Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental;</p> <p>Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação;</p> <p>Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.</p>	

Quadro IX – resumo das Competências Específicas do EESMP (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto)

Nesta sequência, a OE, no Regulamento 356/2015, esclarece que os oito **Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental**, são “uma representação dos cuidados que deve ser conhecida por todos os clientes quer ao nível dos resultados mínimos aceitáveis, quer ao nível dos melhores resultados que é aceitável esperar.

O EESMP tem a competência de prestar “cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional” (Regulamento n.º 129/2011, pág. 8672).”

De acordo com a OE (2011), uma **relação psicoterapêutica** no âmbito do exercício profissional de enfermagem de saúde mental caracteriza-se pela evolução técnica e processual da ligação entre o cliente individual ou grupal, o enfermeiro e a profissão de enfermagem.

O estabelecimento da relação permite identificar focos de atenção, de sentimentos e atitudes que os clientes desenvolvem em direção a si e aos outros, assim como a forma como são expressos. Na construção de explicações para a causa do sofrimento, de novas vias de resolução de problemas, de libertação de emoções e sentimentos, a vivência de uma relação gratificante totaliza a relação psicoterapêutica, que se desenvolve na dimensão do real, imaginário e simbólico. (OE e Conselho de Enfermagem, 2011).

De salientar que a prática clínica de enfermagem de saúde mental distingue-se das outras áreas de especialidade pelas **competências** que demonstra no âmbito **psicoterapêutico**. Esta prática clínica 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.

Competências específicas de saúde mental desenvolvidas

Relativamente à primeira competência: “*Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro*”, salientamos que em todas as intervenções específicas de enfermagem, durante os contextos de cuidados, foi realizado o exercício para identificar emoções e sentimentos que pudessem interferir na relação terapêutica com o utente / família. Foram acautelados os limites da relação profissional para manter a integridade do processo terapêutico com o utente / família.

De acordo com Townsend (2011) a relação terapêutica é a interação entre duas pessoas (normalmente um profissional de saúde e a pessoa alvo da prestação de cuidados) na qual a colaboração dos dois participantes contribui para o tratamento, promoção do crescimento e/ou prevenção da doença. Ainda segundo o mesmo autor, a relação terapêutica é desenvolvida de acordo com a presença dos princípios de relacionamento, confiança, autenticidade e empatia.

Em todos os momentos da prestação de cuidados com os utentes / famílias, foram monitorizadas as reações corporais, emocionais e comportamentais, mobilizando o “dar conta de si” para manter a relação terapêutica viável.

Relativamente à segunda competência: “*Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida*”, quer no EC em contexto hospitalar, quer na VDESM, em contexto de UCC, na implementação do plano de cuidados específico, foi necessário proceder a uma avaliação das capacidades internas dos utentes e recursos externos, a existência de fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental, bem como o contexto familiar e social, para estabelecer diagnósticos de enfermagem de saúde mental. Para tal, procedemos à aplicação de uma escala que avalia a funcionalidade da pessoa com doença mental – Tabela de classificação da funcionalidade na saúde mental. Esta escala avalia o impacto que a alteração de saúde mental tem na qualidade de vida e no bem-estar da pessoa, com ênfase na autonomia e funcionalidade.

A primeira parte foca a Funcionalidade e Incapacidade, que engloba uma lista de funções do corpo e estruturas do corpo e uma lista de atividades e participação; a segunda parte menciona os Fatores Contextuais, sendo estes facilitadores ou barreiras para a pessoa em termos de desempenho na sua vida diária.

Foram desenvolvidas ações de formação no âmbito da Saúde Escolar e preparação para a parentalidade. Com os mais jovens, a intervenção no âmbito do projeto “Embaixadores da Saúde”, conduziu a ações promotoras de saúde mental nas escolas, visando o aumento da literacia em saúde e a promoção de comportamentos saudáveis, através da exploração dos conceitos de partilha e dos afetos.

Relativamente à terceira competência: “*Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida*”, foi desenvolvida na seleção dos diagnósticos de enfermagem de saúde mental e aplicação do modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem, quer no EC em contexto hospitalar, quer na VDESM em contexto comunitário.

Os diagnósticos de enfermagem, no plano de cuidados específico da VDESM, foram selecionados com recurso ao padrão de documentação de enfermagem de SMP. Este documento utiliza a relação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) com a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). No EC, em contexto hospitalar, foi utilizado o aplicativo informático SClinico, que integra a versão 2.5.0.

O plano de cuidados de enfermagem em SM é individualizado e com o propósito de aumentar as competências do utente / família com doença mental, diminuindo o risco de incapacidade e manter a integração familiar e social. O EESMP desempenha o papel de **terapeuta de referência** dentro da equipa multidisciplinar, assumindo a coordenação das opções terapêuticas, orientando o utente / família nas escolhas mais adequadas ao seu processo de recuperação.

De acordo com Keltner, Schwecke e Bostrom (2007) os EESMP são profissionais de referência na prestação de cuidados a pessoas com doença mental na comunidade, podendo

e devendo funcionar como gestor de caso, pelo seu treino e experiência nas áreas de intervenção psicoterapêutica individual e de grupo, de psicofarmacologia e de reabilitação psicossocial.

Relativamente à quarta competência “*Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais*”, quer na VDESM, quer no EC, foram desenvolvidas intervenções psicoterapêuticas durante o processo de cuidados.

De acordo com Sampaio et al (2014), a **intervenção psicoterapêutica de enfermagem** consiste na aplicação informada e intencional de técnicas de psicoterapia e que assentam numa intervenção estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial; decorrente da identificação de um diagnóstico de enfermagem no âmbito da Saúde Mental. Tem, na sua base, a relação terapêutica e a comunicação interpessoal entre o enfermeiro e o utente, cujo objetivo é a mudança ou a redução de um estado percebido como negativo pelo utente através da definição prévia de metas mútuas entre o enfermeiro e o utente.

Na implementação dos planos de cuidados específicos de enfermagem de saúde mental, no âmbito da psicoeducação, foi promovido a adesão ao plano terapêutico; facultada informação sobre os efeitos desejados e colaterais; desenvolvidas intervenções para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a doença mental e foram, também, promovidas ações para melhorar o autocuidado e comportamentos de procura de saúde.

No âmbito psicoterapêutico, foram utilizadas técnicas para aumentar o “insight” da utente na resolução de problemas do quotidiano; respostas adaptativas para recuperar a saúde mental; escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida e vivenciar experiências gratificantes.

Assim, para Enéas (2004) citada por Henriques (2004), a psicoterapia é definida como um conjunto de transações interpessoais. A mudança é obtida durante e por meio das dinâmicas do relacionamento terapêutico. O foco assenta no padrão adaptativo do paciente, que abrange os papéis complementares, que o paciente lança aos outros com quem se relaciona e, os comportamentos e afetos resultantes desta interação.

Sampaio et al (2018) refere que o **EESMP utiliza técnicas de psicoterapia** nas suas intervenções com o utente, nomeadamente abordagens assentes em linhas psicodinâmicas ou humanistas, ou mesmo as duas.

Analisando estes conceitos, Shedler (2010) refere que os objetivos das psicoterapias **psicodinâmicas** são abrangentes porque além da diminuição de sintomas, espera-se que o paciente desenvolva uma maior consciência das suas dificuldades interpessoais, sociais, profissionais, intrapessoais, de personalidade. Isto deve-se à forma como a terapia é estruturada,

focando os afetos e a expressão das emoções, a exploração de sentimentos e pensamentos, a identificação de padrões repetitivos, a discussão de experiências do passado, o entendimento das relações interpessoais, da relação com o terapeuta e a exploração de desejos e fantasias.

Por outro lado, a psicologia **humanista** (abordagem centrada na pessoa) rejeita a ideia da interferência de alterações psíquicas e considera que todas as pessoas têm capacidade de crescimento e desenvolvimento normais. O papel do terapeuta não é direcionar, mas criar um ambiente acolhedor e empático em que o ser humano possa se desenvolver na direção que ele escolher e para que possa ser realmente quem é. Assim, a Abordagem Centrada na Pessoa é considerada uma das correntes identificadas como a terceira força em Psicologia ou Psicologia Humanista. Tal identificação justifica-se por sua advocacia pela dignidade e valor da pessoa na sua busca pelo crescimento (Rogers, 1983).

A nossa contribuição no Projeto Partilhar para Cuidar, do ACES do local de estágio, com os propósitos de assegurar a continuidade de cuidados dos utentes / famílias, com doença mental estabilizada, e capacitar outros profissionais para a continuidade da prestação de cuidados de saúde mental na comunidade, designadamente enfermeiros, foi desenvolvido o papel de EESMP de consultadoria e ligação. Aqui está patente o envolvimento de outros profissionais na reabilitação psicossocial do utente, contribuindo para aumentar os ganhos em saúde.

4.3 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O DL nº 176/2016, artigo 15º, de 13 de setembro, que procede o DL Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, confere o grau de mestre aos que demonstram:

*“a) Possuir **conhecimentos e capacidade de compreensão** a um nível que: 1) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde; 2) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;*

*b) Saber **aplicar os seus conhecimentos** e a sua **capacidade de compreensão** e de **resolução de problemas** em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;*

c) Capacidade para **integrar conhecimentos**, lidar com **questões complexas**, **desenvolver soluções** ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de **comunicar as suas conclusões**, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes **permitam uma aprendizagem ao longo da vida**, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (p. 2246)

No nosso percurso académico o desenvolvimento de competências desde as competências comuns do enfermeiro especialista, passando pelas competências específicas do EESMP às competências de mestre, foi um crescendo contínuo, por outras palavras, este processo de crescimento pessoal e profissional é contínuo e vão sendo acumulados novos conhecimentos e práticas e, transformados os já existentes na bagagem. Só nesta perspetiva o enfermeiro atinge o nível de perícia no exercício profissional.

De acordo com Benner (2001), a autora salienta que o alcance da excelência dos cuidados, surge quando se ganha perícia profissional que é conseguida ao longo da prática profissional, sendo que “o perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreendem diretamente o problema sem se perderem com soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 54). De acordo com a autora, o EESMP, relativamente ao nível das suas competências, encontra-se ao nível de perito.

No nosso entender, as competências de mestre constituem a integração de aspetos já desenvolvidos nas competências específicas do EESMP, tal como apresentado, de uma forma sucinta, no quadro abaixo:

Competências de Mestre	Evidência
Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão, os aprofunde, estejam na base da investigação	A Construção de um artigo científico, com recurso a uma revisão integrativa da literatura na procura da resposta à pergunta de investigação.
Saber aplicar os seus conhecimentos, a sua capacidade de com-	A construção de uma proposta de intervenção do EESMP na forma de um contributo para as intervenções do EESMP na UCC -

preensão e de resolução de problemas em situações novas; em contextos alargados e multidisciplinares	Consultadoria e ligação de Enfermagem de SM na UCC
Ser capaz de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções; com implicações e responsabilidades éticas e sociais	Na implementação dos planos de cuidados especializados, quer no estudo de caso (contexto hospitalar), quer na VDESM (contexto da comunidade). As intervenções psicoterapêuticas, sendo uma área muito específica que envolve comportamentos e atitudes específicos, sobretudo nas intervenções que envolvem tomadas de decisão, suscitando sempre questões de natureza ética e social.
Ser capaz de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios;	Na produção dos trabalhos escritos, quer do estudo de caso, quer do artigo científico; sendo a escrita um meio de comunicação eficaz.
Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida de uma forma auto-orientada ou autónoma	A conclusão desta etapa académica e profissional proporcionou aportes teóricos e práticos que permitem a aprendizagem ao longo da vida de uma forma autónoma ou auto-orientada, contudo é necessário manter uma atitude pró-ativa na formação e investigação continua, para que estas competências se mantenham

Quadro X - Resumo da evidência das competências de mestre

No decorrer deste percurso de aprendizagem foi possível aprofundar e desenvolver conhecimentos e práticas, colocando o nosso foco na evidência científica, ou seja, na análise e interpretação de conceitos, teorias, modelos, artigos, entre outros.

Assim, a reflexão é uma ferramenta fundamental, no desenvolvimento de conhecimentos e práticas de enfermagem especializada, sendo de vital importância para a aquisição e manutenção de competências.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos o fim deste percurso afirmando que o estágio final implicou uma panóplia de práticas profissionais e de aportes teóricos que proporcionaram o nosso enriquecimento pessoal e profissional. A formação profissional e a investigação contínua tornam-se, desta forma, imprescindível para a qualidade dos cuidados de enfermagem e consequentemente ganhos em saúde.

A desinstitucionalização de pessoas com doença mental obrigou a reorganização dos serviços de saúde, bem como a reorganização das famílias e da comunidade.

O registo de utentes com perturbações mentais nos CSP tem vindo a aumentar desde 2011, nomeadamente as perturbações de ansiedade, as perturbações depressivas e as demências. Tendencialmente aproximam-se da meta para 2020, ou seja, aumentar em 25% o registo de pessoas com ansiedade e depressão. Entre os anos de 2014 de 2016 os registos relativos a perturbações de ansiedade foram de 21%, e de perturbações depressiva de 17%. (PNSM, 2017)

Atualmente, nos CSP ainda é insuficiente o envolvimento dos profissionais de saúde, que integram as equipas de família, com os utentes e famílias com doença mental na comunidade. A área de cuidados da saúde mental é negligenciada por insuficiente formação e incentivo dos profissionais de saúde nesta área.

No enquadramento conceptual, relativamente a este tópico, a CTARSM (2017) salienta a integração da SM nos CSP como uma prioridade, através da definição de um modelo de integração ajustável às necessidades da população e a diferentes realidades. Defende, também, que a oferta de cuidados de SM deve disponibilizar aos utentes / famílias intervenções e programas terapêuticos baseados na evidência científica. Esta oferta de serviços de serviços deve ser facultada por equipas multidisciplinares com profissionais de saúde, em número e treino específico, adequados.

De acordo com a CTARSM (2017) deve investir-se na promoção e prevenção em SM, através do desenvolvimento de programas específicos, bem como no incentivo à investigação e colheita de informação sobre áreas de maior vulnerabilidade.

Face a este cenário, o EESMP é o profissional de saúde que melhor se posiciona para levar a cabo estas recomendações, utilizando a metodologia de Gestão de Caso, na perspectiva de terapeuta de referência. Convocamos a teoria das transições de Meleis e o modelo de

adaptação de Roy para fundamentar a prática de enfermagem especializada na vertente da promoção da SM.

Refletir sobre as teorias de enfermagem permite uma maior amplitude de conhecimentos no momento de propor estratégias, pelos enfermeiros, que envolvam a promoção de comportamentos mais saudáveis pelo indivíduo, pelos seus familiares e pela comunidade onde se encontra inserido.

O tema central deste relatório focou-se nas intervenções de enfermagem especializadas de SM a nível dos CSP, designadamente numa UCC. A UCC constitui uma tipologia de cuidados que implica a prestação de cuidados de saúde em pleno contexto comunitário.

Sendo uma intervenção de proximidade, no domicílio, nas escolas, nos locais de trabalho, nas IPSS e outras estruturas da comunidade, permite o correto diagnóstico das necessidades de saúde, o planeamento e implementação das ações produzindo ganhos em saúde de uma riqueza incalculável. Contudo, os indicadores para a área da saúde mental, nas UCC, é inexistente e por isso não existe visibilidade das intervenções especializadas do EESMP.

Realizamos uma revisão integrativa da literatura cuja questão orientadora incidiu sobre quais as intervenções específicas do EESMP em contexto comunitário? Após a análise dos estudos encontrados, estes revelam várias intervenções de enfermagem especializados de SM relativas a necessidades específicas, contudo não existe referencia a um modelo de cuidados de enfermagem de saúde mental na comunidade.

Ainda com o propósito de angariar mais informação sobre este tema, realizamos uma entrevista aos EESMP, das UCC do ACES do local de estágio, com questões cujo resultado refletia a importância de EESMP numa UCC; a descrição das intervenções nesta UF; as necessidades de cuidados, em SM, consideradas pelo EESMP; as principais intervenções que consideram necessárias e os recursos que dispõem e mobilizam para dar respostas a estas necessidades de cuidados de enfermagem especializados de SM. Referiram que uma das áreas de SM que consideram necessárias é a enfermagem de consultadoria e ligação.

Um dos objetivos do estágio foi a construção de um projeto de intervenção de saúde na UCC, contudo optamos por construir uma **proposta de intervenção** de enfermagem especializada na área da consultadoria e ligação por considerarmos que é uma área de cuidados que abraça a prestação de cuidados especializada direcionada ao utente / família, bem como a intervenção com outros profissionais que lidam diretamente com utentes / famílias com doença mental.

De referir que não foi possível implementar a nossa proposta de intervenção, pelo fato da duração do estágio ser curta, contudo pensamos ter deixado um contributo para uma reflexão em equipa e sua futura implementação.

Os restantes objetivos propostos foram alcançados e desenvolvidas competências especializadas em enfermagem de saúde mental aos três níveis, desde as competências comuns do enfermeiro especialista, passando pelas competências específicas de saúde mental até ao perfil de mestre em enfermagem. De salientar que as referidas competências foram desenvolvidas em contexto hospitalar (no serviço de psiquiatria) e em contexto de CSP (na UCC), sendo que o seu aprofundamento foi realizado na UCC.

Com o presente relatório procurámos contribuir para a reflexão sobre a importância da organização das intervenções de enfermagem numa UCC, dando ênfase às funções de consultadoria e ligação em enfermagem de saúde mental, com a construção de uma proposta de trabalho.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2017). Bilhete de Identidade dos Indicadores dos cuidados de Saúde Primários. Ministério da Saúde.

Assembleia da República [AR] (1998). Lei nº 36/98, de 24 de julho. Lei de Saúde Mental. Princípios gerais da política de saúde mental. Diário da República, 1ª série A, nº 169. 3544-3550.

Assembleia da República [AR] (2008). Decreto Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro. Funcionamento dos Centros de saúde. Diário da República, 1.ª série, n.º 38. 1182 -1189.

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barros, S. N., Sousa, M. P. S., Santos, J. C., Fonseca, L. M., & Floriano, L. S. M. (2019). Saúde mental na atenção primária: processo saúde-doença, segundo profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1609 -1617.

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

Benner, P.; Tanner, C.; Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics*. 2ª edição. New York: Springer.

Bittencourt, M., Marques, M., Barroso, T. (2018, julho-setembro). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*. 18. 125 -132. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV18015>

Burns, N.; Grove, S.K. (1993). *The Practice of Nursing: Research, conduct, critique and utilisation*. 2ª edition. Toronto: W. B. Saunders.

Burns, T.; Perkins, R. (2000). The future of case management. *International Review of Psychiatry*. 12. 212 - 218.

Carvalho, J. (2010). Enfermagem Psiquiátrica de Consultadoria e Ligação: Competências do Enfermeiro Consultor. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*.3. 36 - 41.

Casarin, S., Villa, T., Caliri, M., Gonzales, R., & Sasaki, C. (2001). Enfermería y gerencia de caso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(4), 88-90. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000400015>

Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental [CTARSM] (2017). Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. Ministério da Saúde. Lisboa. Portugal Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>

Correia, M. (2019). Intervenção Terapêutica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com o Cuidador Informal em Sobrecarga, na UCC (Tese de Mestrado em Enfermagem). Escola Superior Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal. Setúbal. Portugal.

Dias, M. (2011). Intervenção em Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica num Centro de Dia do Concelho de Oeiras (Tese de Mestrado em Enfermagem). Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Portugal.

Direção Geral de Saúde [DGS] (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa.

Duffy J.R., Hoskins L. (2003). The Quality-Caring Model: blending dual paradigms. *Adv. Nurse Science*. 26(1). 77 - 88.

Entidade Reguladora da saúde [ERS] (2015). Acesso e Qualidade nos Cuidados de saúde Mental. Porto. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1500/Estudo_Saude_Mental__versao_publicar__v.2.pdf

Fortin, M (2000). O Processo de Investigação: Da concepção à realização (2ª edição). Loures. Lusociência, Lda. ISBN 972-8383-10-X

Galdeano L.E., Rossi L.A., Zago M.M.F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Rev. Latino-americana Enfermagem*. 11 (3), 371-5.

George, J. et al (2000). Teorias de Enfermagem. Os fundamentos à prática profissional (4ª edição). Porto Alegre. Editora: Artmed

Gonzales, R. I. C. et al. (2003). Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 11, nº2, 227-231. ISSN 0104-1169

Herrman, H., Saxena, S. & Moodie, R. (2004) Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice. Summary Report. Geneva, CH: World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

Henriques, W. M. (2004). Psicoterapias psicodinâmicas breves: propostas atuais. Estudos de Psicologia. Campinas. 21 (2), 129 – 131 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2004000200010>

Hesbeen, W. (2001). Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar. Loures: Lusociência.

Ilona, K., Jürgen M., Franklin A. & Agis D. (2013). Health literacy The solid facts. World Health Organization. Copenhagen. ISBN: 978 92 890 00154. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>

Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Edições de Saúde.

International Society of Psychiatric Mental Health Nurses (2010). The Educational Preparation of Advanced Practice Nurses to address the Mental Health Needs of Children and Adolescents. Disponível em: <http://www.ispn-psych.org/docs/EduPrepForChildren.pdf>.

Keltner, N., Schwecke, L. Bostrom, C. (2007). Psychiatric Nursing. Elsevier Mosby (5ª edição). St. Louis.

Le Boterf, G (2003). Desenvolvendo a competência dos profissionais (3ª edição). Porto Alegre: Artmed, editora SA. ISBN: 978-85-363-0129-7

Le Boterf, G (2005). Construir as competências individuais e coletivas, Lisboa: Edições ASA. ISBN: 972-41-4243-4

Lopes, M. J. (2006). A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Coimbra: Formasau. Formação e Saúde, Lda.

Lopes, J.; Viegas, A. (1997). Pensar em Enfermagem de Consultadoria e Ligação. Enfermagem em Foco. Lisboa. 7 (25)., 34 – 38.

MARTINS, M., FERNANDES, P. (2010) - O Gestor de Caso: aplicabilidade do conceito. Castelo Branco: IPCB. ESALD. 1-7.

Massano, M.T.P.P. (2012). Consulta de Enfermagem de Ligação no Hospital Distrital de Santarém (Tese de Mestrado em Enfermagem). Instituto Politécnico de Santarém. Santarém. Portugal

MCNamara, P., Bryant, J., Forster, J., Sharrock, J. and Happell, B. (2008). Exploratory study of mental health consultation-liaison nursing in Australia: Part 2 preparation, support and role satisfaction. International Journal of Mental Health Nursing 17, 189–196. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=74876664-808b-49cb-b2cdde702e28191b%40sessionmgr111&vid=7&hid=107&bquery>

Ministério da Saúde [MS] (2017). Despacho nº. 1490/2017, de 14 de fevereiro. Plano Nacional de Saúde Mental (2007 -2016). Diário da República, 2.ª série, nº 32. 2929.

Ministério da Saúde [MS] (2018). Retrato da Saúde. Lisboa. Portugal. ISBN 978-989-99480-1-3. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

Ministério da Saúde [MS] (2009). Despacho n.º 10143/2009. Organização e Funcionamento dos ACES. Diário da República, 2.ª série, n.º 74. 15438 – 15440.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28. Disponível em: doi: 10.1097/00012272-200009000-00006

Moreira, S. M., e Branco, M. (2015). Adaptação familiar à doença e ao ciclo de Vida. Em E. Albuquerque, & A. S. Cabral, *Psico-oncologia. Temas fundamentais*. 43-54. Lisboa: Lidel.

MOTA, A. (2000). Psiquiatria de ligação. *Revista de Medicina Interna*, Lisboa, 7(4), 239-245.

Nascimento, A. et al (2006). Um modelo para o Parecer Psiquiátrico no Hospital Geral. Disponível em http://WWW.ipub.ufrj/documentos/JBP_2_2006

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Regulamento n.º 356/2015. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 122. 17034 – 17041.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 515/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 151. 21427 – 21430.

Organização Mundial da Saúde [OMS] e Direção Geral de Saúde (DGS) (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa.

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

Pio-Abreu, J. (1997). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva (2ª Edição)* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Pio-Abreu, J. (2000). *Clínica e Investigação da Esquizofrenia: Um Desafio Contemporâneo*. *Saúde Mental* (2º volume). n.º 3. 9-15.

Programa Nacional de Saúde Escolar [PNSE] (2015). Despacho n.º 8815/2015. *Saúde Escolar*. *Diário da República*, 2ª série, n.º 154. 22290.

Polit, D., Denise F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). Fundamentos da pesquisa em Enfermagem. Métodos, Avaliação e Utilização (5ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2003). Manual de Investigação em Ciências Sociais (2ª edição). Lisboa: Gradiva.

Ramos, A. (1999). Que suporte para a enfermagem de consultadoria e ligação num hospital geral. Pensar Enfermagem. Lisboa, 3. 33 – 37.

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI] (2006). Constituição da RNCCI. Decreto Lei nº 101/2006, de 6 de junho. Diário da República, 1ª série, nº 109. 3856 – 3865.

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI] (2007). A Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Orientações para a sua constituição nos centros de saúde. Lisboa. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Orienta%C3%A7%C3%B5es%20para%20a%20consti.pdf>

Renca, P. (janeiro, 2008). A depressão e o idoso. Sinais Vitais. Coimbra. nº 76. 45-49.

Rogers, C. (1983). Um jeito de ser. São Paulo: EPU

Roy, C., & Andrews, H. A. (2001). The Roy adaptation model. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 19. 77-84. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n19/n19a10.pdf>

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2014). Intervenciones NIC del dominio conductual: Um estúdio de focus group de intervenciones psicoterapêuticas de enfermería. In Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE)

(ed.), X Simposium AENTDE “Lenguaje enfermero: identidad y calidad”. Sevilla: AENTDE. 718 – 721

Schere, Z; Schere, EA., Labate, RC. (2002, janeiro-fevereiro). Interconsulta em enfermagem psiquiátrica: qual a compreensão do enfermeiro sobre esta atividade? Revista Latino-americana de Enfermagem. 10(1). 7-14.

Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. American Psychologist. 65(2). 98- 109.

Souza, M.T.D., Silva, M.D.D., Carvalho, R.D. (2010). Integrative Review: what is it? How to do it? Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8 (1 Pt 1).102 – 6

Souza, A., Amarante, P., & Abrahão, A. (2019). Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território. Revista Brasileira de Enfermagem, 72(6), 1677-1682. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0806>

Stetler C.B, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. (1998) Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. Appl Nurs Res. 11(4).195-206.

Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (2001). Enfermagem Psiquiátrica. (6ª edição). Porto Alegre: Artmed editora

Unidade de Saúde Pública [USP] (2017). Plano Local de Saúde 2017-2020. Higiene Alimentar e Sexual. Documentos de apoio. Disponível em: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2017/09/PLS_Alimentar_Seixal.pdf

Watt, G. (2010) Consultation–liaison nursing: A personal reflection.

World Health Organization [WHO] (2001). Strengthening mental health promotion. Geneva, CH: World Health Organization (Fact sheet no. 220) (retirado em janeiro de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>)

World Health Organization [WHO] (2005). European Ministerial Conference on Mental Health. Facing the Challenges, Building Solutions. Mental Health Declaration for Europe. Helsinki, Finland. Disponível em <http://www.who.dk/mentalhealth2005>

World Health Organization [WHO] (2007). Mental health: strengthening mental health promotion. Geneva. CH: World Health Organization (Fact sheet no. 220). Disponível em: <https://mindyourmindproject.org/wp-content/uploads/2014/11/WHO-Statement-on-Mental-Health-Promotion.pdf>

World Health Organization [WHO] (2009). Integração da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários. Edição Portuguesa. Alto Comissariado da Saúde. Disponível em: http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf?ua=1

World Health Organization [WHO] (2016). What is health promotion? Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/en/>

Apêndice I

Resumo do Artigo Científico

**As Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental em contexto
comunitário**

Revisão Integrativa da Literatura

**The Interventions of the Mental Health Specialist Nurse in a community
context**

Integrative Literature Review

Micaela Abreu¹; Lino Ramos²

1 - Enfermeira Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria no ACES Almada Seixal. Mestranda na Escola Superior de Saúde de Portalegre. Email: mabreu9802@gmail.com

2 - Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

RESUMO

Os cuidados de saúde primários (CSP) são o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, as famílias e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde, tão próximo quanto possível, para o contexto em que se inserem. (ICN, 2008). A coordenação estratégica para a reforma dos CSP (2011) refere que a ação dos CSP assenta em três domínios complementares onde os indivíduos são identificados no contexto familiar, no grupo de pertença ou na comunidade, ou seja, a abordagem dos profissionais de saúde na prestação de cuidados é dirigida: a) à pessoa individualmente; b) à pessoa, famílias ou grupos vulneráveis e de risco; c) à população / comunidade. As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) constituem uma tipologia dos CSP e caracteriza-se por uma equipa multidisciplinar cuja ação tem como objetivo a prestação de cuidados, no âmbito da saúde e social, em contexto domiciliário e comunitário. As intervenções são dirigidas a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Atua na educação para a saúde e na integração em redes de apoio à família. Pela especificidade de uma UCC, os cuidados de enfermagem especializados de saúde mental assumem um papel fundamental para responder a situações de grande vulnerabilidade e complexidade. Com o objetivo de clarificar as intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental (EESMP) em contexto comunitário, procedemos a uma revisão integrativa da literatura, no horizonte temporal entre 2010 - 2019. Na pesquisa nas bases de dados EBSCOhost - Research Databases ((CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina) e no RECAAP, após aplicação dos critérios de inclusão, apuraram-se dois estudos com interesse para o nosso objetivo. Assim, procedemos à formulação da questão de partida: quais as intervenções do EESMP em contexto comunitário, utilizando a estratégia PICO.

Descritores: enfermagem de saúde mental e psiquiatria; intervenções de enfermagem; cuidados na comunidade; cuidados de saúde primários.

ABSTRACT

Primary health care (PHC) is the first level of contact with the national health system for individuals, families and the community, bringing health care as close as possible to the context in which it operates. (ICN, 2008). The strategic coordination for the PHC reform (2011) states that the PHC action is based on three complementary domains where individuals are identified in the family context, in the group they belong to or in the community, that is, the approach of health professionals in providing of care is directed to: a) the individual person; b) the vulnerable, at-risk person, families or groups; c) the population / community. Community Care Units (UCC) constitute a typology of PHC and are characterized by a multidisciplinary team whose action aims to provide care, in the context of health and social, in the home and community context. The interventions are aimed at the most vulnerable people, families and groups in situations of greater risk or physical and functional dependence or illness that requires close monitoring. Operates in health education and integration in family support networks. Due to the specificity of a UCC, specialized mental health nursing care plays a fundamental role in responding to situations of great vulnerability and complexity. In order to clarify the interventions of the Mental Health Specialist Nurse (EESMP) in a community context, we carried out an integrative literature review, in the time horizon between 2010 - 2019. In the research in the databases EBSCOhost - Research Databases ((CINAHL Complete , MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina) and RECAAP, after applying the inclusion criteria, two were found studies with interest to our objective, so we proceeded to formulate the starting question - which interventions of the EESMP in community context, using the PICO strategy.

Keywords: mental health nursing and psychiatry; nursing interventions; community care; Primary health care.

