



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Promoção da Continuidade de Cuidados na Transição
Hospital-Domicílio à Pessoa com Doença Mental Grave
através da Visita Domiciliária do Enfermeiro Especialista
em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

Soraia Marques Lopes Ferreira

Orientação: Professor Lino Ramos

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Versão Definitiva



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

**Promoção da Continuidade de Cuidados na Transição
Hospital-Domicílio à Pessoa com Doença Mental Grave
através da Visita Domiciliária do Enfermeiro Especialista
em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

Soraia Marques Lopes Ferreira

Orientação: Professor Lino Ramos

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

“Se não puderes ser um pinheiro, no topo de uma colina,
Sê um arbusto no vale, mas sê
O melhor arbusto à margem do regato.
Sê um ramo, se não puderes ser uma árvore.
Se não puderes ser um ramo, sê um pouco de relva
E dá alegria a algum caminho.

Se não puderes ser uma estrada,
Sê apenas uma senda,
Se não puderes ser o Sol, sê uma estrela.
Não é pelo tamanho que terás êxito ou fracasso...
Mas sê o melhor no que quer que sejas.”

“Sê” de Pablo Neruda, adaptado de “Be the Best of Whatever You Are” de Douglas Malloch

AGRADECIMENTOS

O meu obrigada,

Ao professor Lino Ramos. Pela viagem bem guiada, lado a lado. Pela descontração que em tanto ajudou a diminuir os meus maiores períodos de ansiedade. Pela motivação proporcionada em toda a orientação.

À Enf.^a Rita Costa. Que amparou. Cuidou. Ajudou a construir. Com quem tanto aprendi. Exemplo na dignidade com que devem ser cuidados os outros.

À Enf.^a Rita Adanjo e restante equipa de enfermagem da ET. Pela receção e aprendizagens. Modelo de como deve trabalhar uma equipa.

Aos meus colegas de mestrado. Principalmente à Diana e à Beatriz que partilharam este percurso e algumas das mesmas frustrações e sucessos.

Aos professores Joaquim Lopes, Lucília Nunes e Paula Real pela forma como ajudaram a modificar a minha forma de encarar os outros e a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Aos meus pais. Pela presença. Pela essência. Os que mais contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal. Espelho pelo qual me reajo ao longo da vida.

Ao João. Impulsionador e motivador. Ponto de abrigo.

Aos meus amigos. Fonte de descompressão.

Aos meus colegas de trabalho. Pelas aprendizagens diárias, partilhas e reflexões.

Por fim, um obrigada especial a todas as pessoas com doença mental com quem me tenho cruzado, pois têm permitido desenvolver-me profissional e pessoalmente.

RESUMO

O presente relatório de estágio pretende ser reflexo do percurso formativo e pessoal desenvolvido no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – incidindo no meu desenvolvimento no que concerne às competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, bem como nas competências de mestre em enfermagem, e subordinado ao tema: *Promoção da Continuidade de Cuidados na Transição Hospital-Domicílio à Pessoa com Doença Mental Grave através da Visita Domiciliária do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.*

A mudança de um paradigma hospitalocêntrico para um de raiz comunitária vem sendo desde há vários anos contemplada como prioritária, continuando, no entanto, a existir uma escassa resposta de estruturas necessárias de apoio às pessoas com doença mental grave e seus cuidadores. O processo de vivência da transição hospital-domicílio pode expor a pessoa com doença mental grave a um risco potencial de desenvolver um processo de adaptação desajustado ou demorado, pelo que a visita domiciliária pode ser um recurso interessante a ser utilizado, pois influencia positivamente o envolvimento das pessoas e dos seus cuidadores no tratamento destas patologias. Assim, os casos identificados de pessoas com doença mental grave com fraca adesão à terapêutica, devem ser acompanhados no pós-alta, fazendo-se monitorizações frequentes da sua situação clínica, promovendo uma transição hospital-domicílio saudável, e conseqüentemente, prevenindo recaídas e novos internamentos.

Durante o estágio final foi assim desenvolvido um projeto de intervenção com o objetivo geral de *promover a continuidade de cuidados do hospital para o domicílio à pessoa com doença mental grave com fraca adesão ao regime terapêutico.*

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Continuidade de Cuidados; Visita Domiciliária.

ABSTRACT

This internship report aims to be a reflection on the path, both formative and personal, developed within the scope of the 2nd Master's Degree in Nursing in Association in the area of Specialisation in Mental Health and Psychiatric Nursing - focusing on my development regarding the common and specific competences of the Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatry, as well as on the competences of the Master's Degree in Nursing, on the subject: Promotion of Continuity of Care in the Transition Hospital-Home to the Person with Serious Mental Illness through the Home Visit of the Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing.

The change from a hospital-centric paradigm to a community-based one has been considered a priority for several years, however, there is still a scarce response from the necessary support structures to people with severe mental illness and their caregivers. The process of experiencing the hospital-home transition may expose the person with severe mental illness to a potential risk of developing an inappropriate or prolonged adaptation process, and so home visits may be an interesting resource to be used, as they positively influence the involvement of patients and their caregivers in the treatment of these pathologies. Thus, the identified cases of people with severe mental illness with low therapeutic adherence should be monitored after discharge, frequently monitoring their clinical situation, promoting a healthy hospital-home transition and consequently preventing relapse and new hospitalisations.

During the final stage, an intervention project was developed with the general objective of promoting the continuity of care from hospital to home for people with severe mental illness with low adherence to the therapeutic regimen.

Keywords: Psychiatric Nursing; Continuity of Care; Home Visit.

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I – Resumo do Artigo Elaborado e Submetido à RPESM (Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental) - “A Visita Domiciliária na Continuidade de Cuidados Hospital-Domicílio à Pessoa com Doença Mental – uma Revisão Integrativa da Literatura”	93
---	-----------

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Critérios utilizados para a formulação da questão de investigação	37
Tabela 2- Análise SWOT.....	45
Tabela 3 - Diagnósticos de Enfermagem	50
Tabela 4- Prescrições de Enfermagem.....	51

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Escala MARS	55
Ilustração 2 - Questões Referentes à Escala de Avaliação de Satisfação dos Serviços de Saúde Mental	56

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

APA – American Psychology Association

AVD's – Atividades de Vida Diárias

CCISM - Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

CDE - Código Deontológico dos Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DL – Decreto-Lei

DR – Diário da República

DSM - Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ICN – *International Council of Nurses*

ILD – Injetável de Longa Duração

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PDMG – Pessoas com Doença Mental Grave

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCCISM - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UE- União Europeia

VD – Visita Domiciliária

LISTA DE ABREVIATURAS

cit. - citado

et al – (et alli): significa "e outros"

ex. - exemplo

nº - número

p. – página

v. - versão

% - percentagem

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	13
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
3. PARTE I - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	21
3.1. Enquadramento Teórico	21
3.1.1. A Continuidade de Cuidados à pessoa com doença mental.....	21
3.1.2. A transição hospital-domicílio da pessoa com doença mental.....	24
3.1.3. A adesão ao regime terapêutico da pessoa com doença mental	26
3.1.4. O fenómeno da porta giratória - The revolving door phenomenon	28
3.1.5. A família/ cuidador informal na parceria do cuidar da pessoa com doença mental grave	30
3.2. Caracterização dos contextos de cuidados	31
3.3. Contextualização da Problemática	33
3.4. Percurso Metodológico	36
3.4.1. Revisão Integrativa da Literatura.....	37
3.4.2. Discussão dos Resultados da RIL.....	39
3.4.3. Conclusões da RIL	43
3.4.4. Outros aspetos a ter em conta no desenvolvimento do projeto	44
3.5. Apresentação do Projeto de Intervenção desenvolvido	45
3.5.1. Objetivos.....	45
3.5.1.1. Objetivo geral:.....	45
3.5.1.2. Objetivos específicos:	45
3.5.2. Análise SWOT – Previsão de Constrangimentos e Forma de os Ultrapassar.....	45

3.5.3.	Metodologia	48
3.5.3.1.	Critérios de Admissão	48
3.5.3.2.	Critérios de Exclusão	48
3.5.3.3.	Referenciação e procedimentos.....	48
3.5.4.	Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental	49
3.5.5.	Previsão Avaliação do Projeto	55
4.	PARTE II - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	57
4.1.	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	59
4.2.	Competências Específicas do EEESMP	65
4.3.	Competências de Mestre em Enfermagem	75
5.	CONCLUSÃO	82
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório final de estágio pretende ser reflexo do percurso formativo e pessoal por mim desenvolvido no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Além das unidades curriculares que integram o Plano de Estudo deste Curso de Mestrado, este relatório é parte integrante para poder obter a concessão de grau de mestre em enfermagem (Decreto Lei [DL] n.º 63/2016, de 13 de setembro), e vai ao encontro dos objetivos de aprendizagem do ciclo de estudos, nomeadamente o de demonstrar competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem na área de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, ter capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, participar de forma proactiva em equipas e projetos e evidenciar competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), pelo que o relatório incidirá no desenvolvimento no que concerne às mesmas e subordinado ao tema: *Promoção da Continuidade de Cuidados na Transição Hospital-Domicílio à pessoa com doença mental, através da visita domiciliária do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica*, tendo sido desenvolvido um projeto de intervenção em serviço.

Este projeto de intervenção ocorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), tendo em vista a articulação com um serviço hospitalar de psiquiatria de agudos, com o objetivo geral de *promover a continuidade de cuidados do hospital para o domicílio à pessoa com doença mental grave com fraca adesão ao regime terapêutico*, adotando como teórica de enfermagem Afaf Meleis à luz da “Teoria das Transições”.

Nos internamentos de agudos somos confrontados com uma realidade já descrita na literatura – o fenómeno da porta giratória. Um rol de pessoas com doença mental que são reinternadas pouco tempo após terem tido alta clínica. Porque é que isto ocorre? O que estará a falhar no sistema para que isto aconteça? Que apoios faltam na comunidade? Pensamos que pelo facto de realizarmos formação especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, podemos contribuir para a diminuição deste fenómeno. Como atuar para ajudar as pessoas na transição hospital-domicílio? Esta linha de pensamento levou ao desenvolvimento deste projeto numa UCC e que será posteriormente abordado ao longo do relatório.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018), o EEESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais. No que concerne à sua participação no tratamento das pessoas com doença mental, as suas intervenções visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, promoção da autonomia, entre outros), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto).

É sabido que os utentes são vulneráveis a experiências de perda de continuidade quando há alterações de saúde ou quando se deslocam entre as organizações de cuidados de saúde (Mendes F. , Gemito, Caldeira, Serra, & Casas-Novas, 2017). A transição saúde-doença que se inicia com um episódio de doença é um processo vivido sob uma perspetiva individual, de acordo com a perceção da pessoa sobre este, elevando o grau de vulnerabilidade a que a está exposta. A vivência de processos de transição, como é no caso do pós alta hospitalar para domicílio, pode expor a pessoa a um risco potencial de desenvolver um processo de adaptação desajustado ou demorado, pelo que se torna fundamental o planeamento e implementação de intervenções de enfermagem adaptadas às particularidades de cada situação (Meleis, 2010).

No caso de pessoas com doença mental, esta transição hospital-domicílio pode agravar-se pois estudos internacionais têm evidenciado que, de forma geral se verifica um baixo nível de adesão ao regime terapêutico psiquiátrico (Monterroso, Pierdevara, & Joaquim, 2012), constituindo-se esta falta de adesão ao tratamento um dos principais obstáculos para o controlo adequado da sintomatologia presente, aumentando significativamente a probabilidade de recaída, os números e o tempo dos internamentos (Chang & Chou, 2015; Monterroso, Pierdevara, & Joaquim, 2012).

Após alta hospitalar e no regresso ao domicílio pouco se sabe do percurso deste grupo de utentes com risco acrescido de recaídas, pois continua a existir em Portugal uma fraca estrutura de apoio formal na comunidade a estas pessoas com doença mental e aos seus cuidadores informais, sendo no sentido de coadjuvar a colmatar esta necessidade, que surge o projeto de intervenção elaborado.

Constitui-se como um projeto de articulação entre um serviço de psiquiatria de agudos e uma UCC, através de visita domiciliária às pessoas com doença mental grave, que contribuirá para que as mesmas tenham acesso a cuidados de enfermagem especializados promovendo a continuidade de

cuidados após alta hospitalar, respeitando e valorizando princípios como os de proximidade, capacitação ou participação e ajudando igualmente a combater os fenómenos de discriminação e de estigmatização.

O principal objetivo da visita domiciliária é manter o contacto da pessoa com doença mental e os cuidados de saúde, sendo um modelo que assegura a continuidade de cuidados, demonstrando ter benefícios quer a nível da sintomatologia, da funcionalidade ou da qualidade e vida das pessoas e das suas famílias, reduzindo o desperdício de recursos consumidos durante os reinternamentos por causa das recaídas, além de promover igualmente a sua inserção na comunidade (Chang & Chou, 2015; Gleason & Coyle, 2015; Gomis, Palma, & Farriols, 2017; Lakeh, Yaghoubi, Hajebi, Malaouti, & Vasfi, 2017).

É de ressaltar que a pessoa com doença mental é dotada de capacidades e habilidades que devem ser mobilizadas, de desejos e vontades que devem ser tidas em conta, sentimentos e emoções que devem ser compreendidos, tentando torná-la agente ativa do seu projeto terapêutico, motivando-a e tornando-a desta forma parceira de cuidados sempre que possível. No entanto, é importante referir que as pessoas com doença mental podem ser envolvidas nestes processos de serem cuidadas no seu domicílio de forma involuntária - tratamento ambulatorio compulsivo, e é fundamental que estes aspetos sejam igualmente tidos em conta, pois apesar de poder existir um conflito entre o respeito pela sua autonomia e a limitação da sua liberdade e do exercício dos seus direitos, os mais altos valores da dignidade humana prevalecem, independentemente da situação de vulnerabilidade e incapacidade que possa ocorrer nestes casos.

Este trabalho tem como objetivos relatar o trabalho desenvolvido, descrever o desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do EEESMP e Competências de Mestre em Enfermagem, promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde com recurso à investigação e a uma prática baseada na evidência, cumprindo sempre com os referenciais éticos e deontológicos que lhe estão subjacentes.

Estruturalmente, este trabalho inicia-se com esta introdução, prosseguindo-se um breve enquadramento concetual, considerado importante para a compreensão das problemáticas posteriormente a desenvolver.

De grosso modo, o relatório está posteriormente dividido em duas partes. A “**Parte I**” incide no projeto de intervenção “Promoção da Continuidade de Cuidados na Transição Hospital-Domicílio à pessoa com doença mental, através da visita domiciliária do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica”, em que far-se-á primeiramente um enquadramento teórico sobre as temáticas: continuidade de cuidados, a transição hospital-domicílio da pessoa com doença mental, a adesão ao regime terapêutico

da pessoa com doença mental, o fenómeno da porta-giratória e a importância da família/cuidador informal na parceria do cuidar da pessoa com doença mental grave no domicílio.

Segue-se a caracterização dos contextos de cuidados onde o projeto se desenvolve, seguindo-se da contextualização da problemática aí existente, demonstrando a pertinência do projeto de intervenção implementado, prosseguindo com a metodologia utilizada no seu desenvolvimento e por fim, a apresentação do projeto, nomeando os seus objetivos, critérios de admissão, fazer a previsão de constrangimentos e formas de os ultrapassar (análise SWOT) ou a previsão da avaliação do projeto.

A “**Parte II**” incidirá sob as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e as competências de mestre em enfermagem, fazendo uma análise do desenvolvimento das mesmas durante o percurso formativo.

Por fim, a conclusão, fazendo menção às potencialidades e limitações do trabalho.

Encontra-se em apêndice, um documento que dá suporte ao trabalho desenvolvido e que é referido ao longo do mesmo.

Este trabalho redige-se seguindo as diretrizes do Novo Acordo Ortográfico português e da norma da American Psychological Association (APA) – 6ª edição.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Para a continuidade deste trabalho foi considerado importante enquadrar previamente conceitos que são utilizados ao longo das partes I e II - não só os que constituem o meta-paradigma da Enfermagem (pessoa, ambiente, saúde, cuidados de enfermagem), mas também fazer referência a alguns conceitos importantes da área de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, bem como aludir à “Teoria das Transições” de Afaf Meleis, o modelo concetual de enfermagem escolhido e que contém a representação dos padrões de lógica por que nos regemos. Assim, a definição prévia destes conceitos, auxilia na compreensão dos fenómenos posteriormente a desenvolver.

“**Pessoa**”, segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), é considerado como “ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”, sendo os seus comportamentos influenciados pelo **ambiente** “no qual ela vive e se desenvolve” e que “condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde” (pp. 9-10).

Segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS] (2005) a maioria das **peçoas com doença mental** detém capacidade para fazer escolhas informadas e tomar decisões em relação a questões importantes que afetam suas vidas, pelo que, embora possam constituir-se como um grupo de vulnerabilidade acrescida, é necessário enfatizar que os princípios de igualdade, do respeito pela dignidade da pessoa humana e do respeito pela autonomia devem ser obrigatoriamente defendidos. No entanto, quando há uma doença mental grave ou uma descompensação da sua patologia de base, essa capacidade pode estar prejudicada, pelo que existe legislação específica com o objetivo de garantir o cuidado e o tratamento adequados e apropriados, bem como a proteção dos seus direitos humanos e a promoção da saúde mental das populações (Fonseca, 2015). Em Portugal é a Lei n.º 36/98 de 24 de Julho (Lei de Saúde Mental) a que “estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das peçoas com doença mental”.

Todos somos influenciados pelo meio envolvente, pelo que à pessoa com doença mental lhe devem ser garantidas oportunidades onde se possa desenvolver, contribuindo para a sua inserção no seu meio social, envolvendo-as e tornando-as agentes ativos e produtivos para a sociedade, visando diminuir a sua vulnerabilidade e contribuindo igualmente para a diminuição do estigma, ainda enraizado culturalmente.

Ao longo do relatório sempre que são mencionadas pessoas com **doença mental grave**, são aquelas que padecem de doença psiquiátrica que pelas características e evolução do seu quadro clínico afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa - Decreto-Lei n.º 8/ 2010, Artigo 2.º, alínea e).

A **saúde** é o “estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual”, sendo “variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca” (OE, 2001, p. 8).

A OMS (2001) define **saúde mental** como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”, considerando-a estreitamente entrelaçada e profundamente interdependente com a saúde física e social, tornando-se cada vez mais evidente como indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, das sociedades e dos países. A condição mental de cada um é determinada por uma multiplicidade de fatores, nomeadamente biológicos (genética e sexo), individuais (antecedentes pessoais), familiares e sociais (enquadramento social) e económicos e ambientais (estatuto social e condições de vida) (OMS, The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope., 2001).

Faço uma ressalva para a questão da “representação mental da condição individual” referida no conceito de saúde definido pela OE (2001), no que concerne às pessoas com doença mental, uma vez que estas muitas vezes não conseguem reconhecer que têm uma doença mental. Falamos assim da falta de **insight** que estas manifestam, sobretudo quando falamos de pessoas com psicoses. Este conceito em psiquiatria é traduzido em termos de ausência de consciência de que se está doente ou que é necessário um tratamento, pelo que um insight reduzido se encontra associado à baixa adesão terapêutica e a uma evolução mais desfavorável da doença (Cardoso A. , 2007).

Os **cuidados de enfermagem** “tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue” centrando-se “na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)”, em que ambos possuem “quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual”, sendo o enfermeiro distinguido pela sua “formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem” (OE, 2001, pp. 10-11).

No que concerne aos **cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica** pode existir um desafio acrescido nesta relação interpessoal, uma vez que é exigido ao próprio EEESMP que se mobilize como ferramenta terapêutica, pois tem influência direta nos resultados obtidos através das suas intervenções. Assim, é-lhe exigido um maior autoconhecimento e visto ser uma área da prestação de cuidados onde existem situações em que facilmente os juízos de valor emergem, deve ter consciência dos mesmos, tentando impedir que estes influenciem de forma negativa a relação.

A Enfermagem toma por foco de atenção as respostas humanas às transições, decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde-doença e/ou com processos de vida (Brito, 2012).

As transições podem ser entendidas como “experiências humanas, descritas como um conjunto de respostas, ao longo do tempo, moldadas pelas condições pessoais e ambientais, pelas expectativas e percepções dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto destas modificações no nível de bem-estar” (Meleis, 2010, p. 25).

A “**Teoria das Transições**” é organizada em torno de três conceitos centrais: as propriedades das transições, as suas condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta.

Em relação à propriedade das transições, inclui-se o *tipo de transição*: saúde/doença, de desenvolvimento, situacional e organizacional. As transições evidenciam padrões de complexidade e pluralidade, no sentido de que o indivíduo poderá experimentar mais que um tipo de transição conjuntamente ou sequencialmente, tendo estas relação ou não (Meleis, 2010).

É importante referir quais as propriedades da transição, uma vez que estas estabelecem alguma sequência no processo de transição, apesar de não ser uma subsequência estanque: a consciencialização; o envolvimento; a mudança e diferença; o período de tempo e os pontos e eventos críticos (Meleis, 2010).

A *consciencialização* relaciona-se com a percepção e conhecimento do indivíduo sobre o processo de transição que está a vivenciar. Esta propriedade ganha evidência na medida em que o indivíduo concebe sobre a transição e a forma como reage e incorpora a sua nova situação, podendo considerar-se que nesse momento se inicia efetivamente a transição (Meleis, 2010).

O *envolvimento*, enquanto propriedade de transição, exprime o grau de envolvimento que o indivíduo apresenta no decorrer do processo de transição (Meleis, 2010). É importante fazer referência a que o enfermeiro, como fator externo, deve promover este envolvimento, capacitando a pessoa, a que ela se motive e se influencie internamente, no sentido de viver o processo de transição da melhor forma possível, mais proveitosa do ponto de vista pessoal.

No âmbito da propriedade *mudança e diferença*, este ponto traduz-se na mudança que o indivíduo vive no processo de transição, e a forma como este as incorpora, fazendo dele uma pessoa diferente. Este sentimento de diferença pode levar o indivíduo a perceber o meio envolvente e a si próprio de forma diferente (Meleis, 2010).

Por sua vez, o *período de tempo*, é essencial, no sentido de que tem um início e um fim, e entre estes dois momentos, existe todo um processo de adaptação, mais ou menos conseguido, com vista ao ajuste da nova situação (Meleis, 2010).

Por fim, surgem os *pontos e eventos críticos*, que ganham especial importância, uma vez que normalmente as transições ocorrem associadas a eventos de vida e influências externas. Deve ter-se em conta que estes eventos podem desencadear alterações, que podem comprometer o processo de transição. É também de salientar que durante todo o processo de transição podem ocorrer estes mesmos pontos e eventos críticos, associados à instabilidade da vivência desta, em qualquer das propriedades anteriormente descritas (Meleis, 2010). É importante que o enfermeiro esteja particularmente desperto para esta propriedade, uma vez que deverá ter a capacidade de identificar estes momentos críticos e traçar intervenções para que estes sejam minimizados e não afetem o período de transição pelo qual a pessoa está a passar.

As condições facilitadoras e inibidoras dizem respeito às condições pessoais, da comunidade e da sociedade, que podem facilitar ou dificultar uma transição saudável (Meleis, 2010). As respostas desenvolvidas ao processo de transição são influenciadas pelos contextos e situações vivenciadas, por fatores fisiológicos e psicológicos, familiares, sociais e culturais (Meleis, 2010).

Independentemente do processo de transição ser provocado por condições controladas ou não pelo próprio indivíduo, é necessário que exista um conjunto de respostas por parte deste, para gerir de forma positiva este processo.

Assim, no que concerne aos padrões de resposta, as transições podem ser consideradas saudáveis ou não saudáveis, sendo as últimas caracterizadas por dificuldade na compreensão e/ou desempenho de um papel, ou nos sentimentos e objetivos associados ao comportamento, tal como é percebido pelo próprio ou por significativos. Considerados como indicadores de uma transição saudável são o bem-estar emocional, a adaptação, a capacidade funcional, o maior nível de consciencialização ou a transformação pessoal (Meleis, 2010).

3. PARTE I - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Este capítulo centrar-se-á no projeto de intervenção desenvolvido – “*Promoção da Continuidade de Cuidados na Transição Hospital-Domicílio à Pessoa com Doença Mental, através da Visita Domiciliária do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental Psiquiátrica*”, entre uma UCC e um internamento de psiquiatria de agudos.

Assim e como referido anteriormente, prossegue-se o enquadramento teórico, onde será desenvolvida a importância da continuidade de cuidados, a transição hospital-domicílio da pessoa com doença mental, a adesão ao regime terapêutico da pessoa com doença mental, o fenómeno da portabilidade e a importância da família/cuidador informal na parceria do cuidar da pessoa com doença mental grave no domicílio, de modo a permitir uma maior compreensão dos fenómenos.

De seguida far-se-á uma caracterização dos contextos de cuidados que integram o projeto, seguida da contextualização da problemática existente.

Por fim explicar a metodologia utilizada no desenvolvimento do projeto e a apresentação do projeto, em que constarão os seus objetivos, critérios de admissão, fazer a previsão de constrangimentos e formas de os ultrapassar (análise SWOT) ou até a previsão da avaliação do projeto.

3.1. Enquadramento Teórico

3.1.1. A Continuidade de Cuidados à pessoa com doença mental

Constitui-se como um direito dos cidadãos a continuidade de cuidados, assumindo esta maior destaque em situações crónicas ou complexas que as pessoas experienciam, devendo os cuidados/intervenções serem prestados de forma complementar, num tempo adequado, e de forma coerente e lógica, conduzindo assim à melhoria dos cuidados de saúde prestados à população e à sua consequente satisfação (Mendes F. , Gemitto, Caldeira, Serra, & Casas-Novas, 2017).

A evolução de respostas em cuidados continuados de saúde mental procurou acompanhar a evolução do pensamento técnico-científico em relação à conceção da pessoa com doença mental-grave, considerando-se atualmente à mesma, o direito pleno de exercício da cidadania (Narigão, 2012).

A desinstitucionalização e o desenvolvimento de cuidados na comunidade passaram a ser objetivos fundamentais nas políticas da maioria dos países Europeus (DGS, 2017).

No Decreto-Lei nº 35/99, de 5 de Fevereiro, alterado e republicado pelo DL n.º 304/2009, de 22 de outubro, vem definido sumariamente a organização dos serviços de saúde mental tendo como modelo de referência o comunitário, e constituindo-se os serviços locais de saúde mental como “a base do sistema nacional de saúde mental, devendo funcionar de forma integrada e em estreita articulação com os cuidados de saúde primários, demais serviços e estabelecimentos de saúde, para garantia da unidade e continuidade da prestação de cuidados e da promoção da saúde mental”.

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [CNECV] (2014) defende que a promoção da saúde mental faz parte da responsabilidade de todos os agentes sociais e como tal, deve ser integrada em todos os níveis do sistema de saúde (prevenção primária, secundária, terciária, cuidados continuados e paliativos).

Em Portugal, o seu Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (que foi prolongado até 2020) preconiza nos termos da legislação em vigor, em linha com as recomendações da Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial de Saúde, que “a prestação de cuidados deve ser efetuada a nível da comunidade, centrada nas necessidades e condições específicas dos indivíduos, em função da sua diferenciação etária, no meio menos restritivo possível, devendo as unidades de internamento localizar-se, tendencialmente, em hospitais gerais” (SNS, 2017, p. 50). No Programa Nacional para a Saúde Mental de 2017 vem como uma das suas metas de saúde a 2020: “Apoiar a criação de 1500 lugares para adulto e 500 para crianças/ adolescentes em Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental”, tendo como objetivos o de “Apoiar a implementação dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental” e o de “Melhorar a qualidade da continuidade de cuidados, da reabilitação e da reintegração das pessoas com perturbações psiquiátricas, nomeadamente das mais graves e incapacitantes” (DGS, Programa Nacional para a Saúde Mental 2017, 2017, p. 14)

Embora tenha havido um esforço no sentido da reorganização dos serviços e reformulação do quadro normativo, tentando privilegiar a reabilitação, a reinserção e a integração da saúde mental no sistema de saúde, isto tem ocorrido aparentemente sem grande sucesso em Portugal (Palha & Costa, 2015).

O DL n.º 8/2010 de 28 de fevereiro, veio criar um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental (CCISM), destinado às pessoas com doença mental grave e o DL n.º 22/2011 de 10 de fevereiro, veio “clarificar os termos da responsabilidade civil das unidades, equipas e pessoal da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental”.

A criação dos CCISM permitiu que a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) se estendesse a pessoas com problemas de saúde mental ao contemplar a existência de estruturas

reabilitativas psicossociais, nomeadamente equipas de apoio domiciliário, unidades sócio ocupacionais e unidades residenciais, respondendo a situações com vários graus de incapacidade psicossocial e dependência decorrentes de doença mental grave.

No entanto, somente decorridos sensivelmente 7 anos desde a publicação do DL nº8/2010 de 28 de fevereiro, é que foram definidos os contratos-programa a celebrar com as Unidades e Equipas de Saúde Mental, no âmbito da RNCCI (Despacho n.º 1269/2017 de 6 de fevereiro). Se o despacho for consultado, verifica-se que a nível das equipas de apoio domiciliário, estas foram contratualizadas com apenas três entidades: Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IHSCJ) - Casa de Saúde de Braga; Fundação Beatriz Santos (Coimbra) e Associação de Reabilitação e Integração Ajuda (Lisboa).

Indo ao encontro deste facto, já em 2015, o diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental da DGS, explicou ainda “que ninguém sabe o que se passa com os doentes mentais graves sem acesso a estes Cuidados Continuados. Na prática, tudo indica que o mais provável é terem crises e internamentos psiquiátricos com muito mais frequência do que seria normal” (Fonte: TSF, 28/1/2015 cit. por Palha & Costa, 2015, p.18).

A continuidade de cuidados além de remeter para uma abordagem multidisciplinar, remete também para uma abordagem interinstitucional, devendo existir uma articulação efetiva entre os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde primários e exigindo que se efetivem contactos e se operacionalize a preparação precoce da alta (Mendes, Gemito, Caldeira, Serra, & Casas-Novas, 2017).

Uma das barreias à continuidade de cuidados é a fragmentação da prestação de cuidados de saúde, em que os profissionais agem, até dentro da mesma instituição, de forma independente e existir uma cultura organizacional dentro das próprias instituições que não promove o alcance de objetivos globais mas a responsabilidade individual dos profissionais pelos atos realizados (Dias & Queirós, 2010).

No que concerne à continuidade, esta deve ser uma dimensão indissociável da qualidade assistencial, pelo que se destaca a necessidade da gestão das transições entre os vários níveis de prestação de cuidados, tarefa que muitas vezes é transferida para os utilizadores do sistema, os utentes (Dias & Queirós, 2010). No entanto, no caso das pessoas com doença mental, isto não é de todo simples e essa responsabilidade não pode recair unicamente sob os mesmos, uma vez que a transição hospital-domicílio se constitui como desafiante como será explanado no seguinte subcapítulo.

3.1.2. A transição hospital-domicílio da pessoa com doença mental

A transição de um internamento num serviço de psiquiatria para a comunidade pode ser desafiante para quem o experiencia, surgindo como difícil o retomar da sua vida na sua plenitude (Redding, Maguire, Johnson, & Maguire, 2017). Após a alta, as pessoas são vulneráveis a sentirem-se sobrecarregadas pelos desafios com que se confrontam no domicílio, podendo ter dificuldade em readaptar-se aos seus ambientes, podendo daí advir problemas que podem levar a um novo internamento (Hegedus, Kozel, Fankhauser, Needham, & Behrens, 2018).

Quando se verifica o frequente reinternamento de pessoas com doença mental, deve ser questionado o que estará a falhar nas áreas de atendimento pelas quais estas passam, ou seja, quer no internamento ou nos serviços extra-hospitalares ou ainda uma combinação de vários elementos poderão estar a condicionar negativamente uma resposta positiva ao tratamento das mesmas (Santos, 2003 cit. por Ribeiro, 2012, p.42).

Antes das pessoas internadas terem alta hospitalar, deve ser-lhes facultado, se necessário, um plano que inclua reabilitação, os encaminhamentos e follow ups necessários, devendo esta diretriz ir ao encontro da promoção de intervenções comunitárias nas pessoas com doença mental (Chang & Chou, 2015) e com a certeza de que a pessoa e a sua família vão ter apoio e suporte para as necessidades sentidas no regresso a casa, pois no caso destas, “a garantia da continuidade do cuidado é premente, porque estas raramente conseguem garantir a continuidade de cuidados por si, seja pelo risco de fragilidade, pelas dificuldades associadas à dependência para o autocuidado, seja pela falta de autonomia” (Paniagua, et al., 2018, p. 2397). Todavia, segundo os últimos autores e corroborada por Hegedus, Kozel, Fankhauser, Needham, & Behrens (2018) a transição do hospital para a comunidade nem sempre é feita com esta garantia.

Além de efetivamente existir uma continuidade de cuidados deficitária que dificulta uma transição hospital-domicílio saudável, as próprias pessoas que têm alta de um serviço de internamento de psiquiatria relatam barreiras com que se confrontaram e que complicaram a continuidade de cuidados pós-hospitalar: problemas de transporte (44,3%), falar sobre questões que os perturbam e provocam “sintomas desagradáveis” como ansiedade (36,4%); motivação (35,7%) ou estigma (o facto de familiares ou amigos saberem, 24,7%) (Pfeiffer, et al., 2016).

A OMS (2001) também alerta para o facto das pessoas com doença mental, especialmente nos países em desenvolvimento, geralmente serem mais pobres do que o resto da população e muitas vezes terem menos capacidade ou disposição para procurar cuidados, devido ao estigma ou a experiências

anteriores negativas com os serviços, mas também pelo fator económico que se constitui como um obstáculo ainda maior do que seria no caso de muitos problemas de saúde física graves.

Houve um estudo de investigação-ação realizado com a colaboração do Hospital de Vila Franca de Xira e o Agrupamento Centros de Saúde do Estuário do Tejo com o objetivo de “definir o processo de transição segura do hospital para a comunidade da pessoa com doença mental crónica e sua família”, tendo em vista a promoção e manutenção da adesão ao regime terapêutico (Paniagua, et al., 2018). Deparam-se com fatores que comprometem essa transição segura, sendo que alguns deles vão ao encontro do relatado pelas pessoas no estudo de Pfeiffer, et al., (2016) ou pela OMS (2001): a carta de alta nem sempre chegou ao centro de saúde; algumas pessoas não têm condições económicas para se deslocarem até às unidades; o estigma social da doença faz com que as próprias pessoas não peçam ajuda quando precisam e a falta de um instrumento que prediga o risco de não adesão foi outra das adversidades identificadas para a descontinuidade no cuidado (Paniagua, et al., 2018).

Há que ressaltar também que devido à falta de insight em relação à sua própria patologia, as pessoas com doença mental têm um risco acrescido de abandonarem o tratamento contínuo, quer seja psicoterapêutico ou farmacológico, resultando daí múltiplas recaídas que afetam as suas vidas em diferentes dimensões, aumentando a sua dependência e reduzindo a sua funcionalidade (Chang & Chou, 2015; Gomis & Palma, 2017).

Existe assim, um número significativo de pessoas (estudos apontam entre 5-15%) que estiveram internadas num serviço de psiquiatria e que são readmitidas até 30 dias após a alta (Hegedus, Kozel, Fankhauser, Needham, & Behrens, 2018; Akerele, et al., 2017).

Tal pode dever-se a alguns fatores já acima mencionados, mas essencialmente a uma alta precoce/ preparação ineficaz da alta, à não adesão terapêutica da pessoa que teve alta ou a estruturas na comunidade limitadas (Redding, Maguire, Johnson, & Maguire, 2017).

Como supramencionado podem existir vários fatores que levam a reinternamentos. No entanto, e indo ao encontro do objetivo do projeto de intervenção e uma vez que de forma aparentemente consensual a literatura tem como enfoque principal o abandono terapêutico como justificação dos sucessivos reinternamentos psiquiátricos, aprofunda-se no seguinte subcapítulo a problemática da não adesão ao regime terapêutico das pessoas com doença mental.

3.1.3. A adesão ao regime terapêutico da pessoa com doença mental

Segundo a CIPE 2015 a adesão ao regime terapêutico é “um tipo de comportamento de adesão com as seguintes características: executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas implicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrarem atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária”.

Na área da saúde mental, para se obterem benefícios clínicos e reduzir os riscos de recaída é fundamental a adesão à terapêutica.

No entanto, os estudos apontam para o facto de nesta área existir um problema particularmente grave no que concerne às taxas de adesão ao tratamento, com mais de metade das pessoas a interromperem o tratamento nos primeiros seis meses da prescrição da terapêutica medicamentosa ou a fazê-lo de forma inconsistente (Paniagua, et al., 2018). No que concerne às pessoas com esquizofrenia, entre 25 a 50% não chegam sequer a aderir ao tratamento antipsicótico (Vanelli, Chendo, Gois, Santos, & Levy, 2011), ou como, refere Gray, White, Schulz, & Abderhalden (2010), em menos de um ano, 50% dos que iniciam a medicação, desiste do tratamento, e os restantes, provavelmente desistem ao fim de dois anos, além de concomitantemente muitos dos que tomam, o fazerem de forma errática, com esquecimentos frequentes ou omitindo deliberadamente tomas. Lieberman, et al., cit. por Botha, et al. (2010) também confirmaram num estudo que a descontinuação da medicação em pessoas com doença mental grave pode chegar a 74% num período de 18 meses.

A não adesão ao regime terapêutico tem um efeito negativo sobre o decorrer da doença, agravando os sinais e sintomas, aumentando as taxas de recaída, reinternamentos e os custos hospitalares, contribuindo igualmente para maior sofrimento da pessoa e dos seus familiares (Vanelli, Chendo, Gois, Santos, & Levy, 2011; Paniagua, et al., 2018; Cardoso, Byrne, & Xavier, 2016; Monterroso, Pierdevara, & Joaquim, 2012).

Gray, White, Schulz, & Abderhalden (2010) procuraram fatores influenciadores da adesão ao tratamento por parte das pessoas com doença mental: a eficácia da medicação; os efeitos secundários da medicação; a auto-gestão dos efeitos secundários (as pessoas queriam saber como lidar com os efeitos secundários quando ocorrem); o tipo de relação da pessoa com o profissional de saúde; a experiência subjetiva da pessoa com a doença e com experiências anteriores da toma da terapêutica e as próprias crenças e atitudes sobre a medicação.

Apesar do sucesso do tratamento se encontrar diretamente relacionado com o modo como a própria pessoa aceita, compreende e integra a sua doença, existem fatores relacionados com os profissionais de saúde mental que devem ser perspetivados, cabendo aos mesmos procurar esclarecer dúvidas e desmistificar eventuais crenças relacionadas com a doença e seu tratamento, permitindo o desenvolvimento de estratégias favorecedoras da adesão (Cardoso, Byrne, & Xavier, 2016).

Podemos assim, e de forma resumida, agrupar os determinantes de não adesão ao tratamento em categorias (OMS, 2003):

- Fatores relacionados com o doente (atitudes, crenças, insight, fatores económicos); com a doença (tipo, sintomas e grau de impacto);
- Fatores relacionados com o tratamento/medicação (efeitos secundários, duração, ausência imediata de melhoria dos sintomas);
- Fatores sociais, económicos e culturais;
- Fatores relacionados com os profissionais de saúde mental (qualidade da relação terapêutica, atitudes, crenças e otimismo terapêutico).

Faz-se uma ressalva para o otimismo terapêutico, pois embora ainda haja pouca literatura disponível, investigação existente sobre este tema na área da saúde mental, tem demonstrado que uma visão otimista do profissional em relação ao tratamento e prognóstico, está associada a resultados mais positivos para a saúde e que esse mesmo otimismo é passível de ser transferido para as pessoas cuidadas (Cardoso, Byrne, & Xavier, 2016).

A International Council of Nursing ([ICN], 2008) considera que “enquanto prestadores de cuidados de saúde em quem as pessoas confiam no contínuo de cuidados, os enfermeiros se encontram numa posição única para avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar resultados nas questões relacionadas com a adesão” (p.10). Os enfermeiros devem: avaliar o risco de não-adesão, identificar os diagnósticos e motivos para a não-adesão; proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação; e avaliar a adesão ao tratamento (ICN, 2008).

Como referido anteriormente, também foi relatado por quem trabalha na comunidade com as pessoas com doença mental que têm alta hospitalar, que o facto de não existir um instrumento que prediga o risco de não adesão se constituiu como uma adversidade identificada na continuidade de cuidados (Paniagua, et al., 2018).

No entanto, embora para garantir a continuidade de cuidados e gerir os próprios recursos comunitários, seja necessária uma avaliação fiável da adesão à medicação pelas pessoas com doença

mental e mensurar o próprio risco associado aos critérios de vulnerabilidade que estas e suas famílias apresentam, fazer esta avaliação é difícil (Paniagua, et al., 2018).

O ICN (2008) refere que a medição exata da adesão é importante, mas que não há um “padrão de ouro” para determinar a extensão do problema. Fornece algumas das estratégias que podem ser utilizadas: questionar as pessoas e os seus cuidadores/familiares, o uso de questionários padronizados aplicados aos doentes; verificação da primeira vez e da repetição de quando as prescrições são aviadas ou dispositivos electrónicos de monitorização que regista a hora e data em que o recipiente foi aberto. Alerta para o facto de todos os métodos terem as suas desvantagens, nomeadamente a de que esses dispositivos electrónicos apenas indicam que a caixa foi aberta, não indicando se efetivamente foi administrada. Também as próprias pessoas e os seus cuidadores, tendem a sobrestimar a extensão da adesão, pelo que o seu relato nem é sempre confiável.

Existe um instrumento de autopreenchimento preciso e breve – com dez itens de resposta dicotómica (sim/não), a Medication Adherence Rating Scale (MARS) - de avaliação da adesão à medicação em pessoas com diagnósticos relacionados à psicose. A versão portuguesa da MARS - Escala de Adesão à Terapêutica - revelou-se uma escala com aplicabilidade e fiabilidade satisfatórias na avaliação da adesão à medicação em doentes psicóticos (Vanelli, Chendo, Gois, Santos, & Levy, 2011).

Em suma, a não-adesão ao regime terapêutico está descrita como uma das principais causas de recaídas e reinternamentos, existindo um risco de recaída até 100% para as pessoas com esquizofrenia que interrompem o tratamento farmacológico (Paz & Bennisar, 2007 cit. por Manso, 2011). Outro estudo realizado por Robinson cit. por Botha, et al. (2010) constatou que o risco de recaída das pessoas com doença mental que não aderiam à terapêutica era cinco vezes superior quando comparado com os que aderiam.

Assim, devem ser prioridade na continuidade de cuidados na transição hospital-domicílio, as pessoas com doença mental grave que já apresentem um padrão de não adesão à terapêutica apresentando múltiplos reinternamentos, e as pessoas com risco elevado de não adesão ao tratamento com vista a que não serem parte integrante do fenómeno “da porta giratória”.

3.1.4. O fenómeno da porta giratória - The revolving door phenomenon

O “fenómeno da porta giratória” refere-se às pessoas com doença mental que são repetidamente internadas, permanecendo compensadas por curtos períodos de tempo na comunidade. Este fenómeno

pode ser resultado da desinstitucionalização e das políticas de base comunitárias que foram implementadas, e nalguns países com pouco sucesso. Embora haja pouca dúvida de que a motivação por trás do conceito inicial foi melhorar a qualidade de vida das pessoas com doença mental, surgiram consequências imprevistas (Botha, et al., 2010). Estes autores relatam que a partir dos anos 90 houve uma discrepância enorme nos diversos países relativamente a estas consequências. O Reino Unido foi uma das áreas onde esta mudança se fez com maior sucesso, fornecendo programas na comunidade eficazes, contrariamente, por exemplo, à África do Sul em que por falta ou inadequados recursos comunitários, aumentou o estigma e os abusos às pessoas com doença mental, e as readmissões hospitalares.

Segundo Roick et al., cit. por Botha, et al., (2010) já é considerado como uso de alta frequência dos internamentos psiquiátricos mais de três reinternamentos num período de 30 meses. Outros autores (Kumar et al., cit. por Santos, 2007) consideram que pessoas que tenham tido pelo menos dois reinternamentos no período de um ano já são considerados doentes da porta-giratória.

Independentemente do número de reinternamentos/ano para se enquadrar neste fenómeno, importa compreê-lo.

Um estudo finlandês Korkeila, et al cit. por Botha, et al., (2010) concluiu que as pessoas com doenças psicóticas e com internamentos longos eram mais propensas a tornarem-se no futuro usuárias frequentes do serviço de psiquiatria. Também as pessoas com redes de suporte deficitárias e ambientes sociais mais problemáticos permanecerão por períodos mais curtos compensadas.

Num estudo efetuado no Brasil com o propósito de conhecer as pessoas frequentemente internadas (consideraram 3 ou mais reinternamentos num período de 2 anos), depararam-se com os diagnósticos de esquizofrenia e episódio maníaco/ transtorno afetivo bipolar a serem os mais prevalentes (Santos, 2007).

O padrão, no que concerne à adesão ao tratamento, das pessoas inseridas no fenómeno da porta giratória, demonstra que são as que apresentam níveis de adesão ao tratamento muito baixas antes de terem alta ou as pessoas que fizeram descontinuação da medicação antes de serem internadas (Botha, et al., 2010).

“O ‘Revolving door’ é o melhor indicador da qualidade dos recursos na comunidade, pois apesar de ser referente aos internamentos hospitalares, por via indireta diz muito sobre o funcionamento dos serviços da comunidade (Santos, 2007).

3.1.5. A família/ cuidador informal na parceria do cuidar da pessoa com doença mental grave no domicílio

É consensual considerar que a forma de abordagem às doenças mentais deve partir de uma intervenção organizada, não apenas de tipo farmacológico, mas de organização e assistência tanto à pessoa doente como à família, numa perspetiva de complementaridade e não de substituição, pois está demonstrado os benefícios da sua participação, nomeadamente contribuindo para reduzir as recaídas da pessoa com doença mental (Cardoso A. , 2007; OMS, 2001).

Como referido anteriormente, face à resposta de estruturas formais de apoio necessárias às pessoas com doença mental ser escassa, acabam por ser os cuidadores informais a sustentar os programas de saúde comunitária, podendo sofrer de elevada sobrecarga (Almeida, Almeida, & Santos, 2010).

De acordo com a literatura, as famílias de pessoas com uma doença mental crónica podem sentir dificuldades ao lidar com a sintomatologia e alterações comportamentais dos seus familiares, ter dificuldade em gerir as alterações de perceção e de pensamento que possam apresentar, alterações do humor, alterações nos autocuidados, gerir comportamentos mais violentos (Cardoso A. , 2007).

É necessário que o profissional de saúde reflita acerca da informação prestada e o modo de o fazer, dado o estado de vulnerabilidade da família (Mendes F. , Gemitto, Caldeira, Serra, & Casas-Novas, 2017).

Uma parceria contínua de cuidados tem assim, de contemplar o desenvolvimento da assertividade dos prestadores familiares de cuidados, para que eles possam resolver os muitos e complicados desafios com que se defrontam, em vez de ter de confiar sempre no apoio de profissionais (OMS, 2001).

3.2. Caracterização dos contextos de cuidados

O Serviço de Psiquiatria de um hospital da região sul foi inaugurado há mais de 10 anos, com a missão de prestar Assistência Psiquiátrica à sua população, permitindo a reestruturação dos cuidados locais de saúde mental inseridos no Plano Nacional de Saúde Mental, pretendendo-se que “seja reconhecido como um sistema organizacional de Excelência no Cuidar para a comunidade, e uma referência a nível Nacional”. A sua população alvo é toda a população de ambos os sexos com idade superior a 17 anos e 364 dias residentes em dois concelhos com uma população superior a 340.000 habitantes. Do serviço de psiquiatria fazem parte a consulta externa que tem uma valência no próprio hospital (consulta de psiquiatria e consulta de enfermagem psiquiátrica – tem apenas 1 enfermeira) e que dá resposta às pessoas de um concelho, e outra valência localizada no outro concelho que dá resposta às pessoas residentes no mesmo (1 enfermeiro). Aí, existe uma área de dia que é uma unidade constituída por uma equipa multidisciplinar, com o objetivo de prevenir, tratar e reabilitar em Psiquiatria e Saúde Mental.

O serviço de Psiquiatria da região sul dispõe de 28 camas para intervenção hospitalar de doentes na fase aguda da sua patologia. Estes podem ser internados através da Consulta Externa; Serviços de Internamento; Serviço de Urgência Geral, ou por transferência dos Serviços de outros Hospitais.

A realidade atual é que a não ser aquando das consultas de psiquiatria agendadas (escassas vezes) ou das consultas de enfermagem (isto se tiverem a administração de injetáveis de longa duração, pois é um critério para a marcação de consultas de enfermagem), pouco se sabe do percurso destes utentes quando regressam a casa, até ao momento em que são novamente internados. De momento, para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental (RNCCISM), ainda só é possível referenciar estas pessoas para unidades sócio ocupacionais ou unidades residenciais, cujas vagas são reduzidas comparativamente à procura, além das respostas aos processos que têm sido morosas.

Embora este serviço de internamento dê apoio a pessoas de dois concelhos, a referida UCC dá apenas a um deles.

Uma Unidade de Cuidados na Comunidade é definida pelo DL nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, art.º 11º, como “presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção”.

A referida UCC tem como objetivo “contribuir para a melhoria do estado de saúde da população do concelho, visando a obtenção de ganhos em saúde, através da intervenção de cariz comunitário, de uma equipa multidisciplinar”, tendo como visão “ a melhoria contínua do estado de saúde da população”, sendo regida por valores como assegurar a qualidade, a equidade e garantir a acessibilidade à população, bem como respeitar a individualidade do cliente, família e comunidade salvaguardando os direitos da pessoa e a promoção da sua autonomia.

A UCC tem uma equipa de cuidados continuados integrados (ECCI), tem uma equipa de intervenção comunitária, uma equipa de saúde da mulher/ saúde materna e uma equipa de reabilitação.

É constituída por vários enfermeiros, sendo apenas um deles especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e que integra a ECCI.

Todas as equipas trabalham de 2ª a 6ªfeira, à exceção da ECCI que funciona todos os dias do ano, sendo que em dias úteis funciona das 8h às 20h, enquanto no fim de semana e feriados funciona das 8h às 15h, em que são efetuadas visitas domiciliárias programadas durante este período.

Em horário laboral existe um telefone disponível para as pessoas seguidas e/ou cuidadores informais poderem contactar quando necessário.

A 4ª feira é chamada “o dia da saúde mental”, em que à dita enfermeira não lhe são atribuídos utentes de outro foro (reabilitação ou paliativos).

O meio de transporte disponível é uma carrinha conduzida por um motorista, sempre disponível durante o horário laboral e que efetua e assegura o transporte entre as visitas domiciliárias.

3.3. Contextualização da Problemática

As perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais (DGS, 2017), pois causam geralmente sofrimento psíquico e perturbam as capacidades relacionais e produtivas de quem delas padece (Almeida, J., 2018). Segundo este último autor, os cuidados de saúde mental na comunidade devidamente organizados com os cuidados de internamento prestados em hospitais gerais (as pessoas com doença mental em situações especialmente graves podem necessitar de internamento, devendo estes ser de carácter curto tanto quanto possível e efetuados em serviços de psiquiatria de hospitais gerais pois asseguram o tratamento quando coexistam doenças físicas e é muito menos estigmatizante do que o hospital psiquiátrico), podem assegurar um acompanhamento efetivo à quase totalidade dos casos de doença mental grave e apoiar os serviços de cuidado primários a gerir os casos de gravidade ligeira a moderada.

De acordo com a “Pirâmide da organização de serviços para uma combinação ótima de serviços para a saúde mental” (OMS, 2009), no que concerne a cuidados formais, estes devem ser maioritariamente serviços de cuidados primários para a saúde mental.

Os cuidados de saúde primários (CSP) que integrem a saúde mental trazem bastantes benefícios, tendo a OMS (2009) definido razões que o validam, nomeadamente afirmando que os CSP otimizam o acesso das pessoas que necessitam de serviços de saúde mental mais perto das suas casas possibilitando a manutenção das suas atividades quotidianas, assim como a monitorização e gestão a longo-prazo de indivíduos afetados.

É consensual que as pessoas com doença mental grave (aquelas que correspondem a situações de maior gravidade, envolvendo com frequência sintomas psicóticos e incapacidade significativa a nível das atividades de vida diárias, constituindo-se a esquizofrenia e a perturbação bipolar como as mais frequentes (Almeida, 2018), algumas pela sua vulnerabilidade acrescida carecem de um acompanhamento mais próximo na comunidade.

No entanto, face à escassa resposta de estruturas necessárias de apoio às pessoas com doença mental, os “cuidadores familiares transformaram-se no lastro de sustentação dos programas de saúde mental comunitária” (Almeida, Almeida, & Santos, 2010, p. 95). É destacado que estes cuidadores podem sofrer de uma elevada sobrecarga objetiva (alteração dinâmica familiar, dificuldades laborais, sociais e financeiras) e subjetiva (sentimentos associados à vivência intrapsíquica desta sobrecarga, com

frequentes preocupações com a segurança e futuro dos seus familiares), uma vez que não foram criados mecanismos suficientes que ajudassem a aliviar a sua sobrecarga (Xavier & Pereira, 2008 cit. por Almeida, Almeida & Santos, 2010). Os mesmos autores (p.111) sugerem o desenvolvimento de “políticas públicas e práticas de atendimento comunitário sensíveis às necessidades dessa população, tais como, a implantação de grupos psicoeducativos, visitas domiciliárias regulares e o desenvolvimento de estratégias para enfrentar a sobrecarga que tenha em conta as especificidades de cada família”.

Assim, não somente as pessoas com doença mental, mas também os seus cuidadores, devem ser encarados como parceiros importantes na prestação de cuidados de saúde mental, incentivados a participar nos mesmos e a receber informação e educação, se necessário (Comissão Europeia, 2016).

A acessibilidade é também, em todo o mundo, um dos principais problemas no tratamento das doenças mentais, bem como a aceitabilidade que se constitui como outro fator importante na utilização de serviços de saúde mental, uma vez que serviços mais estigmatizantes como os serviços de psiquiatria podem influenciar negativamente a decisão de procurar ou manter cuidados (Almeida, J., 2018). Assim, a visita domiciliária (VD) é um recurso interessante, na medida em que promove a acessibilidade e a aceitabilidade, podendo influenciar positivamente o envolvimento das pessoas e dos seus cuidadores no tratamento destas patologias.

O Projeto Respostas em Saúde Mental (PReSaMe) foi desenvolvido com o objetivo de identificar as respostas em saúde mental existentes no território da Península de Setúbal e Alentejo Litoral. Como resultados no que concerne às necessidades em saúde mental que foram identificadas no concelho onde este projeto de intervenção irá ser implementado, foi destacado como principais problemas: o agravamento da situação clínica e social dos utentes, o que leva à necessidade de procura de outro tipo de respostas sociais que sejam adequadas, nomeadamente surgindo como destaque o alargamento do fórum socio-ocupacional ou a existência de mais apoio domiciliário (Nunes, Gato, Cândida, Leal, & Ramos, 2016).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística [INE] (2018) a especialidade com um período de internamento mais longo foi a Psiquiatria, com uma média de 67,9 dias no conjunto dos hospitais portugueses destacando-se a diferença entre a duração média nos hospitais privados (181,9 dias por internamento) e a duração média nos hospitais públicos ou em parceria público-privada (com 24,1 dias por internamento) – dados referentes a 2016. Isto comportará bastantes custos, pelo que projetos que diminuam o número de internamentos e a sua duração são necessários, pois há necessidade de encontrar

alternativas à hospitalização, através de uma melhor coordenação com os cuidados em ambulatório (Dias & Queirós, 2010).

Constata-se que existe um conjunto de utentes com fraca adesão à terapêutica (por inúmeras razões que foram desenvolvidas no subcapítulo 3.1.3.), que têm recaídas e reinternamentos frequentes, e que carecem de uma intervenção mais próxima na comunidade no pós-alta.

No entanto, se estas pessoas tiverem alta deste serviço de psiquiatria para o seu domicílio, não existe uma resposta adequada, nomeadamente ao nível das equipas de apoio domiciliário que possam efetivar a continuidade de cuidados, monitorizar os processos de recuperação pós agudização da doença de base e servir de suporte e apoio aos seus cuidadores.

Assim, face ao já acima exposto e reforçando com o facto da “European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing” (Comissão Europeia, 2016) ter recomendado aos estados-membros que fossem desenvolvidas e implementadas políticas de saúde mental de acordo com seis princípios, sendo dois deles o de promover cuidados baseados na comunidade (cuidados para pessoas com perturbações mentais devem ser prestados num ambiente o menos restritivo possível e que o internamento só deve ser considerado quando todas as alternativas comunitárias tenham sido esgotadas) e a coordenação e integração de cuidados, de modo a facilitar a continuidade dos cuidados e a evitar a fragmentação de serviços, uma articulação entre um serviço de Psiquiatria da região sul e uma Unidade de Cuidados na Comunidade é fundamental e uma forma de assegurar o suporte de pessoas com doença mental e os seus cuidadores, facilitando a transição hospital-domicílio através da visita domiciliária, numa lógica de cuidados de maior acessibilidade, proximidade, mobilizando recursos da comunidade que procurem a adaptação das respostas a problemas específicos da pessoa em causa, sendo facilitador da sua inclusão.

Findada a contextualização da problemática, segue-se a metodologia utilizada no desenvolvimento do projeto de intervenção.

3.4. Percurso Metodológico

Adotar uma metodologia significa escolher um caminho, definir como será realizado o percurso, que pode requerer muitas vezes, que seja reinventado (Silva & Menezes, 2005).

A fundamentação teórica demonstra que a adesão ao regime terapêutico é fundamental no sucesso do tratamento das pessoas com doença mental grave e que isso se constitui como uma problemática, uma vez que há taxas altas de não adesão ao mesmo, aumentando a possibilidade de recaída e consequente reinternamento, pelo que uma articulação bem-sucedida entre o hospital e a comunidade poderá reduzir significativamente que isto ocorra. Da contextualização da problemática supramencionada, fica também explícita a necessidade de se mobilizarem recursos na comunidade que façam a monitorização dos processos de recuperação pós-agudização das pessoas com doença mental grave com fraca adesão ao regime terapêutico que têm alta daquele hospital para o seu domicílio.

Estando o estágio a decorrer numa UCC e existindo recursos disponíveis para se poder fazer a articulação entre a mesma e um internamento de psiquiatria, foi considerado que o desenvolvimento de um projeto de intervenção nesta área era pertinente e necessário para coadjuvar a fazer face ao problema identificado.

Assim, foi essa a metodologia utilizada (**metodologia de projeto**) para o seu desenvolvimento, uma vez que um projeto é um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema que preocupe os intervenientes que o irão realizar. A metodologia de projeto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência, envolvendo técnicas e procedimentos que se centram na investigação, análise e resolução de problemas reais do contexto e constituída pelas etapas: diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação de resultados (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2007).

Outra metodologia utilizada foi a de conhecer a realidade estrutural e operacional da UCC e conhecer outras realidades existentes onde já estivessem implementados projetos de cuidados na comunidade, nomeadamente a um nível domiciliar.

Delineei como procedimentos a executar:

- **Revisão integrativa da literatura** sobre os benefícios da VD à pessoa com doença mental na continuidade de cuidados na transição hospital-domicílio (em [apêndice I](#));
- Desenvolver estratégias de continuidade de cuidados do internamento-domicílio a um nível longitudinal;
- Apresentar/Divulgar o projeto no hospital e UCC;
- Efetuar um balanço das competências do EESMP desenvolvidas.

3.4.1. Revisão Integrativa da Literatura

Antes de fazer a elaboração do projeto de intervenção, foi necessário compreender efetivamente se a literatura demonstrava a existência de benefícios da visita domiciliária às pessoas com doença mental para a continuidade de cuidados na transição hospital-domicílio. Assim, iniciei o percurso realizando uma revisão integrativa da literatura (RIL). Retrato de seguida a metodologia utilizada na mesma.

Uma 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, & Carvalho, 2010), contribuindo para o aperfeiçoamento das práticas baseadas na evidência em Enfermagem.

Realizei uma RIL, cujas etapas que a conduziram foram: formulação do problema/questão de investigação; extração de resultados; discussão/análise e interpretação dos dados e conclusão.

Pretendeu apurar qual a evidência científica existente e de qualidade, acerca dos benefícios da Visita Domiciliária às pessoas com doença mental.

A estratégia PICO, que representa um acrónimo para Patient (participantes/problema), Intervention (intervenção), Control (comparação, contexto), Outcomes (resultados) foi a utilizada para a formulação da questão de investigação que se pretende estudar, tal como evidenciado na seguinte tabela (tabela 1).

P	Participantes	Quem foi estudado?	Pessoas adultas com doença mental	Descritores: - Adults with mental disorders or mental illness - Home visits by nurses - Hospital to home - Benefits or advantages or positive effects
I	Intervenção	O que foi feito?	Visita domiciliária	
C	Contexto	Local estudado?	Domicílio após internamento no hospital – continuidade de cuidados	
O	Outcomes	Resultados, Efeitos ou Consequências?	Benefícios da VD nas pessoas com doença mental	

Foi então estabelecida a seguinte questão de investigação: **“Quais os benefícios da visita domiciliária para a continuidade de cuidados hospital-domicílio às pessoas com doença mental?”**,

e na sequência da mesma, definido como **objetivo** principal: “Identificar os benefícios da visita domiciliária às pessoas com doença mental na continuidade de cuidados hospital-domicílio”.

A pesquisa de evidência científica decorreu nas bases de dados EBSCO e B-ON nas revistas CINAHL® Plus, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, MedicLatina e MEDLINE® e no RCAAP (Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal), com recurso aos seguintes descritores de pesquisa: “Adults with mental disorders or mental illness”, “Home visits by nurses”, “Hospital to home” e “Benefits or advantages or positive effects” com a inclusão do operador booleano/frase “and”.

De modo a poder dar resposta à questão de investigação colocada e de modo a orientar a pesquisa realizada foram definidos critérios de inclusão e de exclusão.

Como critérios de inclusão estabeleceram-se os estudos que dessem resposta à questão de investigação referida anteriormente; estudos disponíveis em base de dados com texto na íntegra e revistos por especialistas; estudos compreendidos temporalmente no período decorrido entre janeiro de 2013 e novembro de 2018; estudos nas línguas inglesa, portuguesa ou espanhola; estudos empíricos de natureza qualitativa e quantitativa, assim como revisões sistemáticas e reflexões teóricas. Quanto ao tipo de participantes, os critérios de inclusão estabelecidos são estudos que contemplem pessoas adultas com doença mental no domicílio e/ou profissionais de saúde que realizem visitas domiciliárias a pessoas com doença mental, preferencialmente enfermeiros. Como critérios de exclusão são definidos os estudos que contemplem na sua população crianças e adolescentes (pessoas com idade inferior a 18 anos), pessoas com doença mental que não se encontrem no domicílio.

Quando colocados os critério de inclusão e exclusão na base de dados EBSCO e no RCAAP não foram encontrados quaisquer resultados, enquanto na base de dados B-On surgiram 28 artigos. Destes, através da leitura do título, foram excluídos 17 artigos. Assim, restaram 11 artigos, dos quais 2 foram eliminados pela leitura do resumo e 4 foram eliminados após a leitura integral do artigo, pois a população desses estudos não se encontrava a residir no seu domicílio.

Totalizaram-se assim 5 artigos que foram incluídos nesta revisão integrativa. Todos apresentaram um nível de evidência fidedigno segundo Joanna Briggs (>50%).

Segue-se uma discussão dos resultados obtidos, com as vantagens explanadas a negrito, e posteriormente surgirão por tópicos, os aspetos a ressaltar e que foram tidos em conta na planificação do projeto.

3.4.2. Discussão dos Resultados da RIL

Gomis, Palma, & Farriols (2017) elaboraram uma revisão sistemática da literatura acerca da intervenção domiciliária na psicose, analisando os diferentes tipos de serviços domiciliários, de modo a poderem propor recomendações para a criação de um serviço que satisfizesse tanto as necessidades para pessoas com um primeiro episódio psicótico como para doentes psiquiátricos resistentes a tratamento farmacológico e psicológico.

Fazem um enfoque especial nas pessoas com um primeiro surto psicótico pois constataram que o período temporal entre o primeiro surto e o tratamento efetivo da doença era demasiado extenso, pelo que intervir precocemente (nos primeiros 3-5 anos, desde a primeira manifestação), melhoraria o prognóstico a longo prazo destes doentes. Estes autores fizeram assim uma comparação entre diferentes intervenções domiciliárias na psicose: Serviços de Intervenção Precoce da psicose; Intervenção em Crise em Casa; Abordagem através Diálogo Terapêutico (Open Dialogue Approach) e Treino de Habilidades Sociais em âmbito domiciliário a pessoas com esquizofrenia, entre outras.

Ressalvam que tão importante como a abordagem à pessoa com doença mental, é a integração das famílias numa intervenção conjunta e independentemente da tipologia, as intervenções domiciliárias demonstraram ter benefícios, nomeadamente: **melhorar a adesão ao tratamento, a qualidade de vida, habilidades sociais e as relações familiares** no meio ambiente natural onde estão inseridos, **reduzir hospitalizações e promover a inclusão na comunidade.**

Além destas, num estudo realizado por Lakeh; Yaghoubi; Hajebi; Malakouti & Vasfi (2017) também se constatou existir um **maior custo-benefício**. Realizaram um estudo de modo a avaliar a relação custo-eficácia dos serviços de pós-internamento, incluindo acompanhamento telefónico ou visita domiciliária, além da educação e capacitação de habilidades sociais dos cuidadores para todas as pessoas durante os 20 meses após a alta hospitalar, utilizando para comparação dois grupos de 60 pessoas recrutadas entre 2010 e 2012, que tivessem doença mental grave (esquizofrenia, patologia esquizoafetiva ou p.bipolar), em que as pessoas do grupo de intervenção receberam visitas domiciliárias (para os que tinham fraca adesão ao tratamento) ou acompanhamento por telefone, com possibilidade de troca entre as intervenções durante o período de seguimento, educação para a saúde aos cuidadores das pessoas com DMG e treino de habilidades sociais e em que o grupo de controlo não foi intervencionado, seguindo apenas as recomendações “normais” que eram feitas no hospital no pós-alta.

A eficácia da intervenção foi medida através de várias escalas que foram aplicadas na admissão do internamento, na alta, e aos 3, 6, 12 e 20 meses após a alta e os custos obtidos através de uma

equação, em que o número de reinternamentos e a sua duração foram incluídos para os poderem calcular. Nas avaliações periódicas de cuidados pós-alta, todos os **indicadores de psicopatologia** (PANSS - escala de sintomas positivos e negativos; *young mania rating scale*; escala depressão Hamilton; GAF - escala funcionamento global), qualidade de vida (WHOQOL-BREF) e **satisfação com os serviços** (questionário satisfação do cliente) **foram melhores no grupo de intervenção** comparativamente ao grupo de controlo. No que concerne aos custos, embora no grupo de intervenção se tenha gastado primeiramente mais (custos associados às VD's, transporte, pagamento dos profissionais), passados os 20 meses, os custos diretos totais do grupo de intervenção foram menores que o do grupo de controlo e à medida que o tempo ia passando, o "cost saving" do grupo de intervenção ia sendo cada vez maior. Os **reinternamentos diminuíram** e provaram existir um **maior custo-benefício em intervenções comunitárias como as VD's ou acompanhamento por telefone**. Lakeh, Yaghoubi, Hajebi, Malaouti, & Vasfi (2017) recomendam a expansão das intervenções domiciliárias a pessoas com DM.

O estudo realizado por Chang & Chou (2015) também obteve resultados obtidos similares. No sentido de conseguir examinar o impacto da visitação domiciliária na taxa de reinternamentos e nos custos médicos, realizando um estudo durante 7 anos, em que foram incluídos participantes diagnosticados com patologias psiquiátricas após alta hospitalar, recrutados do maior hospital no sul de Taiwan (China), com idades compreendidas entre os 20 e os 85 anos. Para o estudo foram criados 3 grupos de comparação: 1 grupo que não recebeu visitas domiciliárias (1100 participantes); 1 grupo que recebeu menos de 4 visitas domiciliárias (62 partic.) e 1 grupo que recebeu quatro ou mais visitas (179 partic.).

Após a intervenção, verificou-se que existiu uma enorme diferença entre os grupos, em que 62,57% das pessoas que não receberam nenhuma ou menos de quatro visitas domiciliárias foram reinternadas (o número de reinternamentos entre estes dois grupos foi semelhante, o que sugere que a eficácia de um acompanhamento inadequado de VD's ou de as mesmas não se realizarem é semelhante), contrariamente às pessoas que receberam mais do que quatro visitas domiciliárias em que a percentagem se situou nos 10,61. Assim, conseguiram que **a taxa de reinternamentos diminuísse de 42,1% para 11,6% após as visitas domiciliárias**. O **número de dias de hospitalização** e os **custos associados foram igualmente menores** no grupo com 4 ou mais VD's.

Constataram que o género e estado civil não tiveram uma influência significativa na taxa de reinternamentos ou no número total de dias de internamento, contrariamente às pessoas com mais de 12 anos de escolaridade que apresentaram a menor taxa de re-hospitalização, dias de hospitalização mais curtos e menores custos associados. É curioso que as pessoas solteiras e com menos de 12 anos de escolaridade eram as mais representadas nos três grupos, o que pode demonstrar como referido

anteriormente que a escolaridade e o estabelecimento de relações interpessoais acabam por ficar comprometidos quando existem descompensações psiquiátricas e o que leva conseqüentemente a um pior prognóstico.

O tipo de intervenção realizado nas VD's incluiu psicoeducação, orientação nas atividades de vida diárias, promoção da adesão à terapêutica e treino competências sociais básicas, em que avaliação de sintomas, efeitos secundários da medicação; administração da medicação oral ou de longa duração também eram comuns. Relatam que era tentado **obter maior compreensão da realidade da pessoa e família, da sua saúde física, estado emocional, avaliar a dinâmica familiar, situação económica e social, as relações interpessoais ou os fatores de "stress"**, o que parece ir ao encontro da "Abordagem através do Diálogo Terapêutico", referida por Gomis, Palma & Farriols (2017) na sua RSL, em que é colocado o enfoque na pessoa com doença mental, tentando compreender e dar sentido à experiência sentida, intervindo de forma personalizada, ocorrendo sempre uma avaliação das mudanças que vão ocorrendo.

Durante a prestação de cuidados no domicílio a pessoas com doença mental, podem existir fatores que o dificultem ou facilitem, e Gleason & Coyle (2015) procuraram percebê-lo num estudo que realizaram, em que questionaram profissionais que faziam visitas domiciliárias a este grupo populacional. Independentemente do diagnóstico, emergiram tópicos comuns: o comportamento da pessoa cuidada e a comunicação, as estratégias de coping e a informação que os profissionais detinham. Comportamentos agressivos, disruptivos ou psicóticos dificultam a prestação de cuidados (Gleason & Coyle, 2015), bem como a recusa da família em receber VD's ou a própria falta de apoio familiar das pessoas com DM que se constituem como limitações da intervenção domiciliária (Gomis, Palma & Farriols, 2017).

Questões como a importância da **comunicação verbal/não verbal congruente**, a **utilização do silêncio** para evitar conflitos ou a construção da **relação terapêutica** em que devem ser definidos limites, foram mencionadas frequentemente pelos profissionais que foram entrevistados como fatores facilitadores, bem como estratégias de coping como o saber lidar com as próprias emoções. É destacada a importância da necessidade de se **reconhecerem os sinais de alerta** e de se "responder" perante o comportamento e não o diagnóstico, a relevância dos profissionais terem as habilidades e as competências para agir prontamente em situações de agudização e a capacidade de resolução de problemas que se torna fundamental para o sucesso dos cuidados na comunidade (Gleason & Coyle, 2015).

Além dos profissionais estarem atentos a sinais de alerta, também Pfeiffer, et al., (2016) destacam que os mesmos devem ser ensinados à própria pessoa e aos familiares e pessoas significativas de modo a se prevenirem descompensações e abandono de tratamento por parte da pessoa com DM.

Pfeiffer et al., (2016) realizaram um estudo de modo a avaliarem as preferências das pessoas com DM por uma ampla gama de serviços pós hospitalares e conhecerem quais as barreiras percebidas pelas mesmas à continuidade de cuidados pós-internamento. Em termos de serviços existentes a maioria preferia ter um “aconselhamento individual”, seguindo-se o acompanhamento domiciliar e posteriormente os grupos de apoio. No entanto, consideraram que o apoio da sua família/amigos se constituía como o recurso que mais os ajudaria no pós-alta, seguindo-se do apoio de pares e em terceiro as visitas domiciliárias. Como barreiras que complicavam a continuidade de cuidados pós-hospitalar, as pessoas identificaram problemas de transporte (44,3%), falar sobre questões que os perturbam e provocam “sintomas desagradáveis” como ansiedade (36,4%); motivação (35,7%) ou estigma (o facto de familiares ou amigos saberem, 24,7%). De destacar que 77,4% das pessoas questionadas e entrevistadas preferiam serviços “ao vivo/em pessoa”, quando comparados com outras opções como telefone ou via vídeo/ internet e que preferiam que as VD's fossem realizadas de forma “check in” e que poderiam ocorrer menos do que uma vez por semana (Pfeiffer, et al., 2016).

Sendo a **dificuldade no transporte** a barreira mais mencionada pelas pessoas e que contribui para um inadequado tratamento no pós-alta, e o facto das pessoas com DM aparentemente aceitarem de forma geral as VD's, Pfeiffer, et al., (2016) consideram-nas como um recurso que deve considerar-se.

A **partilha entre pares** emergiu como um recurso importante para validação e partilha de estratégias utilizadas pelos profissionais que realizam VD's e é destacado por Gleason & Coyle (2015) a **formação contínua e desenvolvimento profissional** para se ir conseguindo dar resposta às necessidades das pessoas cuidadas. Os resultados deste estudo corroboram a ideia de que a consistência do mesmo profissional nas visitas domiciliárias promove a construção da relação terapêutica, a satisfação de ambos e a promoção da qualidade de vida do cliente, tal como corroborado por Gomis, Palma & Farriols (2017) que afirmam a vinculação afetiva da pessoa com doença mental à equipa domiciliária como importante no sucesso deste tipo de intervenção domiciliária.

Chang & Chou (2015) e Gomis, Palma & Farriols (2017) referem que a área das visitas domiciliárias a pessoas com doença mental carece de mais investigação.

3.4.3. Conclusões da RIL

- O principal objetivo da visita domiciliária é manter o contacto da pessoa com doença mental e os cuidados de saúde, sendo um modelo que assegura a continuidade de cuidados, demonstrando ter benefícios quer a nível da sintomatologia, da funcionalidade ou da qualidade e vida das pessoas e das suas famílias, reduzindo o desperdício de recursos consumidos durante os reinternamentos por causa das recaídas, além de promover igualmente a sua inserção na comunidade;

- Neste sentido, a visita domiciliária deve ser considerada como uma intervenção que deve ser explorada no que concerne aos cuidados de enfermagem a pessoas com doença mental, não só pelos benefícios supramencionados, mas por ser um recurso que pode diminuir algumas das barreiras identificadas pelos doentes na continuidade de cuidados pós-hospitalar: a dificuldade de transporte, a motivação ou o estigma, uma vez que fornece os cuidados junto do meio de inserção social da pessoa;

- Como intervenções a realizar nas visitas domiciliárias: a psicoeducação, promoção adesão à terapêutica, orientação nas atividades de vida diárias e treino de competências sociais básicas foram algumas das realizadas;

- O enfoque das intervenções, ser colocado não só na pessoa com doença mental, mas também integrando as pessoas significativas, como a família e amigos;

- Deve procurar-se sempre compreender e dar sentido à experiência vivida da pessoa com doença mental, intervindo de forma personalizada;

- Em contexto domiciliário, o estabelecimento de uma relação terapêutica assume-se como fator importante no sucesso da intervenção, pelo que devem ser adotadas estratégias que a promovam, como é o caso de uma comunicação verbal/não verbal congruente, a utilização eficaz do silêncio ou estratégias de coping;

-De ressaltar a importância do reconhecimento precoce, não só por parte dos profissionais mas também por parte das pessoas com doença mental e das suas famílias, dos sinais de alerta, de forma a se poderem prevenir descompensações e consequências que daí possam advir.

3.4.4. Outros aspetos a ter em conta no desenvolvimento do projeto

Além do já espelhado pela literatura, salienta-se outros aspetos a serem tidos em conta, através das experiências vividas em contexto:

- Trabalhar na proximidade com as pessoas, na comunidade, no seu ambiente familiar, permite avaliar de uma forma mais fidedigna as condições que podem facilitar ou inibir o padrão de resposta da pessoa com doença mental na transição hospital-domicílio;

- Nas situações em que as pessoas são envolvidas no cuidar sem que o queiram (ambulatório compulsivo), a construção da relação terapêutica pode ser mais desafiante, cabendo ao EEESMP saber motivar e envolver a pessoa com doença mental ao longo do processo;

- É bastante facilitador para o sucesso das intervenções, que as pessoas com doença mental tenham uma rede de suporte informal e que se constitua como parceira no cuidar;

- Existem envolventes socioculturais bastante complexas e que dificultam a intervenção do EEESMP em termos de operacionalização das intervenções;

- É importante existir um elo de ligação no serviço de psiquiatria que facilite a comunicação entre a comunidade e o hospital;

- O elo de ligação do hospital deverá servir também como consultor nas situações mais complexas, nas dúvidas que possam surgir em quem operacionaliza na comunidade, validar estratégias entre pares;

- O EEESMP não é competente em todos os domínios pelo que é necessário cooperar com outros elementos profissionais e mobilizar recursos necessários a fim de assegurar à pessoa as diferentes intervenções necessárias à obtenção dos objetivos delineados.

Segue-se assim a apresentação do projeto de intervenção nos termos em que foi delineado.

3.5. Apresentação do Projeto de Intervenção desenvolvido

Este projeto de “Promoção da continuidade de cuidados do hospital para o domicílio à pessoa com doença mental, através da visita domiciliária do EEESMP” articula um serviço de psiquiatria de agudos e uma UCC, abrangendo toda a população com idade igual ou superior a 18 anos que tenha tido alta hospitalar do internamento para o seu domicílio e que necessite que lhe seja assegurada a continuidade de cuidados na comunidade (abrange apenas os residentes de um dos concelhos abrangidos pela área hospitalar).

3.5.1. Objetivos

3.5.1.1. Objetivo geral:

- Promover continuidade de cuidados do hospital para o domicílio à pessoa com doença mental grave com fraca adesão ao regime terapêutico.

3.5.1.2. Objetivos específicos:

- Melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde mental e psiquiatria às pessoas com doença mental, promovendo a proximidade, acessibilidade e integração na comunidade;
- Estimular adesão ao regime terapêutico;
- Capacitar e apoiar cuidadores informais;
- Promover uma prática de ligação entre o internamento e a comunidade, no sentido de assegurar uma transição segura de cuidados.

3.5.2. Análise SWOT – Previsão de Constrangimentos e Forma de os Ultrapassar

Tabela 2- Análise SWOT	
Pontos Fortes - O facto de eu trabalhar num dos locais abrangidos pelo projeto – promotor da continuidade do projeto; - Motivação recursos humanos envolvidos.	Pontos Fracos - Apenas 1 enfermeira EESMP na UCC.

Oportunidades	Ameaças / Constrangimentos
- Melhorar acompanhamento na comunidade às PDMG e famílias; - Assegurar a continuidade do projeto.	- Falhas na comunicação durante a transição de cuidados; - PDMG e família pouco envolvidos; - Apenas 1 EEESMP na UCC – necessidade elo ligação hospital.

Com a oportunidade de poder ser assegurada a continuidade do projeto no futuro e consequentemente promover a continuidade de cuidados do hospital para o domicílio à pessoa com doença mental grave com fraca adesão ao regime terapêutico é necessário tentar ultrapassar os constrangimentos para já identificados.

“Partindo do princípio que a continuidade de cuidados prossegue a partir de algo já iniciado, tal implica a existência de um plano que transcende o desempenho individual do enfermeiro e nos transporta para a valorização do trabalho em equipa, fundamentado num plano de cuidados, para o qual a informação partilhada e o seu fluxo é fundamental, no sentido de garantir a sequência e a sintonia dos cuidados” (Azevedo & Sousa, 2012, p. 121).

A qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem dependem da qualidade dos fluxos informacionais entre os diferentes contextos de prestação de cuidados (Azevedo & Sousa, 2012), e existe um estudo nacional de 2012 onde se verificou que 50% dos casos tinham inexistência de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, de forma a garantir a continuidade informacional nos cuidados de saúde (DGS, Norma nº 001/2017, 2017).

Visto a UCC e o hospital não partilharem a mesma plataforma de partilha de informação, durante a transição hospital-domicílio devem ser adotadas estratégias que garantam esta continuidade informacional.

A DGS (2017) alerta que as transições de cuidados são momentos frequentes nas organizações de saúde, que podem até passar despercebidos, mas são consideradas como vulneráveis para a pessoa cuidada. Esta transição deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, de modo a reduzir a ocorrência de erros e evitando lacunas na transmissão da informação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado. Assim, para segurança do doente, esta comunicação deve ser normalizada utilizando a **técnica ISBAR** - sigla que corresponde a: Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações), porque é

“uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados” (DGS, Norma nº 001/2017, 2017).

Visto que a continuidade dos cuidados fica colocada em risco quando ocorrem interrupções no processo de transmissão da informação, será assim, esta a técnica adotada no projeto no que concerne à continuidade comunicacional entre o serviço de psiquiatria de agudos e a UCC.

Embora a visita domiciliária à pessoa com doença mental esteja referida na literatura como desejável, é provável que algumas se possam mostrar relutantes e defensivas em relação a esta proximidade do cuidar. Uma vez que falamos de pessoas com fraca adesão ao regime terapêutico, provavelmente com falta de insight, pode ser-lhes difícil aceitar que mesmo após o internamento necessitam de continuar a ser cuidadas.

De forma a minimizar estes prováveis sentimentos negativos, é necessária que a intervenção seja centralizada na pessoa, focando-se nas suas necessidades específicas e que esta sinta que é agente ativa do seu projeto terapêutico, devendo ser estimulada a sua tomada de decisão.

Antes da pessoa com doença mental ter alta hospitalar, pode ser importante conhecer o rosto de quem a irá acompanhar na comunidade, envolvendo-a desde o início no seu projeto terapêutico, aferindo estratégias conjuntas entre a pessoa e o enfermeiro.

Assim, talvez possa ser assegurada a continuidade do projeto, pois à exceção das pessoas em tratamento compulsivo ambulatorio, as restantes têm a opção de cessar esta continuidade de cuidados na transição hospital-domicílio quando o desejarem.

Desta forma, a Enf.^a da UCC realizará obrigatoriamente, antes da pessoa com doença mental ter alta, um acolhimento inicial no internamento (desejável que seja com a pessoa e com a pessoa significativa). De forma mais operacional fica combinada de antemão a primeira VD no pós-alta, são trocados contactos, são esclarecidas dúvidas.

Visto existir apenas uma EEESMP na UCC, é necessário um elo de ligação no hospital, que possua não só um papel de ligação junto aos serviços do hospital e equipa multiprofissional (psiquiatra, assistente social), mas que sirva de igual forma como “consultor”, alguém a quem o enfermeiro da comunidade possa recorrer para validar intervenções.

3.5.3. Metodologia

3.5.3.1. Critérios de Admissão

- Doença mental grave (doença psiquiátrica que pelas características e evolução do seu quadro clínico afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa - DL n.º 8/ 2010, de 28 janeiro, artigo 2.º, alínea e);

- Residam em domicílio e não noutras estruturas (lares, instituições);
- Fraca adesão ao regime terapêutico (preenchimento Escala MARS – [ilustração 1](#));
- Tratamento Ambulatório Compulsivo;
- A pessoa com doença mental não ter cuidador informal.

3.5.3.2. Critérios de Exclusão

- Pessoas que não vivam no seu domicílio.

3.5.3.3. Referenciação e procedimentos

Tendo em conta o evidenciado pela literatura e os contributos resultantes da experiência em contexto, bem como a previsão de constrangimentos, ficou delineado:

- ✓ PDMG são referenciadas através do serviço de internamento de psiquiatria de agudos;
- ✓ Deve ser preenchido pelos profissionais do hospital, um formulário de referenciação (tendo por base a técnica ISBAR, com indicação: breve história da situação clínica atual; motivo da referenciação; avaliação estado mental; avaliação social, avaliação da autonomia nas AVD's e AIVD's);
- ✓ Esse formulário deve ser enviado pelo elo de ligação do serviço via email para o elo de ligação da UCC;
- ✓ Aguarda-se a resposta por parte da UCC e em caso afirmativo, o elo ligação da UCC vai ao internamento para fazer o acolhimento à PDMG – Ficha de Acolhimento;
- ✓ O restante seguimento no domicílio é efetuado *in loco* pelo elo da UCC;
- ✓ Elo ligação do hospital constitui-se como “consultor” e faz a ponte com a restante equipa multidisciplinar do hospital;

- ✓ Monitorização dos casos trimestralmente, através de uma reunião conjunta entre o serviço de psiquiatria e a UCC.

Quadro de Referência

Para a prática de cuidados de enfermagem será usado como quadro de referência a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

3.5.4. Diagnósticos e Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental

“As prescrições consistem na determinação, válida para toda uma equipa de enfermagem, das intervenções a serem efetuadas para modificar um determinado diagnóstico” (Amaral, 2010, p. 74).

Assim, primeiramente tem de ser feita uma avaliação inicial para poder ser estabelecido o diagnóstico, e posteriormente poder iniciar-se o planeamento da atividade do enfermeiro, e consequente implementação. A avaliação é a etapa final do processo, o que implica não só determinar se houve evolução no estado da pessoa cuidada relativamente aos resultados esperados, mas também reformular prescrições, se necessário. Os resultados devem ser determinados juntamente com a pessoa e família (Amaral, 2010).

Durante todo este processo, é necessário que o enfermeiro tenha em conta condições facilitadoras e inibidoras das respostas que podem ser desenvolvidas pela pessoa com doença mental e/ou família durante os processos de transição – condições pessoais, da comunidade e da sociedade (Meleis, 2010).

Segue-se a tabela 3 com alguns dos diagnósticos de enfermagem, mediante a CIPE, que podem ser definidos pelo Enfermeiro durante as VD's (com dados que auxiliem na definição do diagnóstico) e posteriormente apresenta-se outra com algumas das prescrições de enfermagem que podem ser utilizadas em vários diagnósticos (tabela 4), usando como referência o livro “Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental” de António Amaral (2010).

Tabela 3 - Diagnósticos de Enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE)	Dados
Adesão ao Regime Terapêutico <u>ineficaz</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão de incumprimento ou não participação na atividade (apesar de capacidade de decisão intacta); - Não reconhece/ aceita que está em desequilíbrio; - Ausência de progressos no equilíbrio harmonioso; - Desenvolvimento dos sintomas clínicos.
Adaptação <u>prejudicada</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Inexistência de disposição para gerir novo desafio/situação; - Incapacidade de modificar o estilo de vida ou comportamento de forma consistente.
Alucinação <u>demonstrada</u> (em grau reduzido/ moderado ou elevado – conforme impacto funcional e emocional)	<ul style="list-style-type: none"> - Classificam-se de acordo com os sentidos: auditivas, visuais, olfativas, gustativas ou tácteis; - Interação com estímulos sensoriais (inaparentes a outros) - Olhar perplexo, vago/fixo no vazio, risos imotivados, contacto difícil, aumento de latência de resposta.
Agitação <u>presente</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Excitação psicomotora sem objetivo; - Descarga de tensão associada a ansiedade, medo ou stress mental; - Atividade incessante; - Gesticula efusivamente.
Autocontrolo: impulso <u>ineficaz</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Não toma disposições para dominar em si próprio os comportamentos compulsivos ou impulsivos; - Tensão muscular.
Delírio <u>demonstrado</u> (em grau reduzido/ moderado ou elevado – conforme impacto funcional e emocional)	<ul style="list-style-type: none"> - Processo de pensamento distorcido; - Caracterizar: persecutório; autorreferência; ilusão de sócias (síndrome de capgras); ruína, grandiosidade, niilístico, ciúme, culpa, hipocondríaco; místico...;
Gestão do Regime Terapêutico <u>ineficaz</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Segue as indicações dadas pelos técnicos de forma inconsistente.
Hiperatividade <u>presente</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento anormal da atividade física corporal; - Tremor, desassossego.
Papel do Prestador de Cuidados Informal <u>ineficaz</u>	<ul style="list-style-type: none"> - As tentativas de suporte ou assistência do prestador de cuidados informal não obtém resultados satisfatórios; - Demonstra/Verbaliza não possuir capacidades em assistir o utente.
Stress do Prestador de Cuidados Informal <u>demonstrado</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Descreve preocupação com reação pessoal face à situação do utente; - Distorção da realidade (quanto aos problemas do utente ou extrema da sua existência/ gravidade); - Prestador de Cuidados Informal foge ou entra em comunicação limitada ou hostil.
Auto Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Atividade Recreativa;

<p><u>Dependente</u> – ajuda total, <u>Ineficaz</u> – leva a cabo as atividades, mas com necessidade de ajuda; <u>Negligenciado</u> – desinteresse, precisa de incentivo;</p>	<p>- Arranjar-se; - Higiene; - Ir ao sanitário; - Vestuário; - Beber; - Comer.</p>
---	---

Seguem-se prescrições de enfermagem (na tabela 4) que são passíveis de serem realizadas durante as VD's de uma forma geral, e que carecem de individualização perante a pessoa cuidada, tendo em conta as condições facilitadoras ou inibidoras da transição hospital-domicílio.

Tabela 4- Prescrições de Enfermagem		
Prescrição	Objetivo	Atividades
Adequar humor	Monitorizar, estabilizar ou adequar humor diminuído ou elevado	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir utente a identificar elementos precipitantes do humor disfuncional; - Assistir utente a autoanalisar o humor; - Oferecer oportunidade ao utente para expressar os seus sentimentos; - Limitar quantidade de tempo em que é permitido ao utente exprimir sentimentos negativos e/ou relatos de fracassos anteriores.
Aliviar a ansiedade	Diminuir a apreensão, inquietude, pressentimento ou desconforto relacionado a uma fonte não identificada de perigo antecipado	<ul style="list-style-type: none"> - Informar o utente sobre expectativas da situação, de acordo com comportamento e dúvidas; - Promover participação em atividades lúdicas (que levem à distração);
Aliviar alucinação	Minimizar as consequências do episódio alucinatorio ao utente, controlando os sinais e sintomas de alucinação	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar discussão dos sentimentos subjacentes à alucinação e não do seu conteúdo; - Vigiar sinais e sintomas de atividade alucinatoria; - Incentivar a envolver-se em atividades baseadas na realidade (que o distraiam das alucinações); - Evitar discutir com o utente a respeito da validade das alucinações (mostrar, se solicitado, que não está a experienciar os mesmos estímulos); - Encorajar utente a validar as alucinações com pessoa da sua confiança (testar realidade);
Apoiar a família ou prestador informal de cuidados	Oferecer amparo, apoio, informações para facilitar a continuidade da prestação de cuidados ao utente no domicílio	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as dificuldades do papel de cuidador; - Informar sobre a condição do utente; - Informar sobre recursos comunitários de cuidados à saúde; - Encorajar a aceitação da interdependência entre os membros da família.

Assistir na modificação do comportamento	Ajudar o utente e/ou prestador de cuidados a substituir um comportamento indesejável por outro desejável, utilizando os pressupostos e técnicas, adaptadas, do modelo de terapia comportamental	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar motivação para a mudança; - Dispor o comportamento alvo em unidades menores e mensuráveis (ex.: cigarros fumados/dia); - Estabelecer ponto de partida para a mudança e determinar limite temporal específico para avaliar o comportamento; - Oferecer reforço positivo à mudança positiva que o utente tomou independentemente; - Encorajar utente a autoexaminar o comportamento.
Atenuar delírio	Assegurar ambiente seguro e terapêutico a utente que apresente sinais e sintomas de distorção do processo de pensamento	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar prestador cuidados a contactar utente pelo nome, com afirmações simples e diretas e sempre de frente; - Diminuir estimulação ambiental; - Estimular a memória, reorientar e promover comportamentos adequados; - Identificar os fatores etiológicos do delírio, significativos para o utente.
Disponibilizar suporte emocional	Oferecer segurança, aceitação e encorajamento ao utente durante períodos de desequilíbrio emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar e assistir o utente a reconhecer e expressar os sentimentos; - Analisar com o utente o desequilíbrio emocional; - Oferecer apoio (abraçar o utente ou tocá-lo, expressar oralmente apoio); - Encorajar o diálogo ou choro, como forma de reduzir a resposta emocional.
Ensinar sobre o processo de doença	Assistir o utente/familiar/prestador de cuidados informal na aquisição de conhecimentos, habilidades e equipamento, necessários a uma decisão sobre cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar nível de conhecimento sobre a doença específica; - Analisar o que já foi feito pelo utente/família para controlar sintomas; - Analisar mudanças no estilo de vida que podem controlar o processo de doença; - Descrever sinais/sintomas comuns da doença; - Descrever razões que fundamentam as recomendações sobre controlo/terapia; - Informar sobre possíveis complicações; - Orientar família sobre formas de lidar com o utente; - Reforçar as informações oferecidas com distribuição de material escrito.
Facilitar envolvimento familiar	Motivar a participação da família no cuidado emocional e físico do utente	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar expectativas dos familiares; - Identificar capacidades dos familiares para o envolvimento do cuidado ao utente; - Assistir familiares a identificar as capacidades e dificuldades do utente; - Estabelecer relação de confiança com os familiares; - Encorajar os familiares a participarem no desenvolvimento do plano terapêutico;

		<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar os familiares a protegerem as relações familiares; - Monitorizar envolvimento dos familiares no cuidado ao utente; - Oferecer informações essenciais sobre o utente.
Executar treino de assertividade	Promover o treino controlado de expressão efetiva e oportuna de sentimentos, necessidades ou ideias, de modo a respeitar os direitos dos outros	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir na prática de habilidades sociais e de conversação; - Orientar na prática da assertividade (fazer/negar solicitações, iniciar/concluir conversas) - Estabelecer limites à assertividade; - Identificar e distinguir comportamentos de afirmação e de agressividade-passividade; - Promover a expressão de pensamentos e sentimentos, positivos e negativos; - Promover oportunidades para a prática; - Elogiar tentativa individual, oportuna e adequada, da aplicação da assertividade.
Negociar contrato com utente/família	Facilitar elaboração de um contrato escrito para reforçar a mudança específica de comportamento	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir na identificação de práticas de saúde a modificar; - Assistir no estabelecimento de limites de tempo realistas; - Identificar capacidade mental e cognitiva do utente para elaborar um contrato; - Encorajar utente a identificar os seus próprios pontos fortes e habilidades; - Identificar com o utente as razões do sucesso/insucesso do contrato; - Estabelecer os papéis do utente e do familiar; - Facilitar envolvimento de pessoa significativa no processo de contrato (se desejo utente); - Providenciar assinatura pelos envolvidos do contrato; - Observar sinais de incoerência que indiquem incumprimento do contrato.
Orientar antecipadamente para a crise	Preparar para uma crise na evolução positiva dos sinais e sintomas	<ul style="list-style-type: none"> - Aconselhar literatura para consulta; - Assistir utente/família a identificar indícios de possível crise (sinais/sintomas); - Instruir sobre técnicas para enfrentar a crise; - Oferecer contacto de auxílio.
Orientar para a realidade	Assistir utente a perceber a sua identidade pessoal e ambiente envolvente	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar em casa indicadores ambientais (sinais, fotos, calendário) para estimular a memória, orientar e promover comportamentos adequados; - Providenciar acesso a eventos atuais (televisão, jornais); - Instruir família a: oferecer ambiente de baixa estimulação (desorientação aumenta com a estimulação), envolver utente e atividades relativas ao “aqui e agora” que focalizem em algo além do próprio e que sejam voltadas para a realidade,

		informar o utente sobre pessoa, tempo e local, conforme necessário.
Promover normalidade	a Encorajar o desenvolvimento da participação do utente, em experiências normais da vida familiar, de modo a assegurar todos os seus direitos e deveres e não permitir que se torne o foco familiar central	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as adaptações necessárias para atender às limitações do utente, de modo a poder participar em atividades normais, sem enfatizar a singularidade do utente; - Encorajar familiar a lidar com o utente da mesma forma que lida com outros familiares; - Orientar a encarar o utente como pessoa (não apenas como doente ou incapacitado); - Encorajar família a manter a rede social; - Instruir família a gerir o regime medicamentoso (otimizar capacidade do utente nas atividades diárias).
Promover autorresponsabilização	Motivar utente a assumir a responsabilidade pelo próprio comportamento de procura de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar com o utente as consequências da não responsabilização pelos atos; - Avaliar capacidade de autorresponsabilização o utente relativa a determinada área; - Motivar utente a expressar sentimentos e perceções quanto à autorresponsabilização; - Oferecer oportunidade ao utente para mostrar atitude de autorresponsabilização; - Assistir família a adequar tarefas à idade e grau de responsabilidade do utente; - Aconselhar família a persistir nas expectativas de autorresponsabilização relativas ao utente.
Promover suporte familiar	Encorajar o apoio dos familiares ao utente, atendendo às necessidades da família, sus interesses e metas	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar carga psicológica do prognóstico para a família; - Assistir familiares a identificar e resolver os conflitos; - Identificar e diminuir discrepâncias entre expectativas do utente, família e enfermeiro; - Promover relação de confiança com a família; - Encorajar decisão familiar de planear cuidados a longo prazo.
Providenciar encaminhamento	Assegurar cuidados de saúde ao utente, por parte de outro técnico, serviço ou instituição	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar necessidade de cooperação com outros elementos profissionais; - Validar plano de cuidados ao utente com outros pares ou profissionais; - Articular com outras instituições quando necessário.

3.5.5. Previsão Avaliação do Projeto

Após as intervenções terem sido implementadas deverão ser avaliados os resultados e para isso devem ser definidos os indicadores que serão utilizados.

O preenchimento de versão portuguesa da **MARS – Escala de Adesão à Terapêutica**, pode ser indicativo de que a intervenção realizada se traduzirá efetivamente numa maior adesão à terapêutica.

Como referido anteriormente é um instrumento de autopreenchimento preciso e breve – com dez itens de resposta dicotómica (sim/não) (ilustração 1), que avalia a adesão à medicação em pessoas com diagnósticos relacionados à psicose. A cotação total varia entre 0 (baixa probabilidade de adesão à medicação) e 10 (elevada probabilidade de adesão à medicação). Para a obtenção máxima de cotação é necessária que a resposta seja “não” às questões de 1-6 e 6-10 e “sim” às questões 7 e 8 (Vanelli, Chendo, Gois, Santos, & Levy, 2011). O comportamento de adesão à medicação é avaliado nos itens 1 a 4, a atitude subjetiva em relação à medicação nos itens 5 a 8 e os efeitos secundários que influenciam a atitude com a medicação nos itens 9 e 10.

1. Alguma vez se esqueceu de tomar a sua medicação?
2. Por vezes é descuidado a tomar a sua medicação?
3. Quando se sente melhor, deixa, por vezes, de tomar a sua medicação?
4. Por vezes, se sente pior quando toma a medicação, deixa de tomar?
5. Só tomo a medicação quando me sinto doente?
6. Não é natural para a minha mente e meu corpo ser controlado pela medicação?
7. Os meus pensamentos são mais claros com a medicação?
8. Por estar a fazer a medicação posso prevenir ficar doente?
9. Sinto-me estranho ou como um zombie com a medicação?
10. A medicação faz com que eu me sinta cansado e lento?

Ilustração 1 - Escala MARS (Vanelli, Chendo, Gois, Santos, & Levy, 2011)

A satisfação das pessoas e familiares com os serviços de saúde mental estão relacionados com maior frequência de utilização dos serviços e diminuição da taxa de abandono do tratamento e portanto fator preditivo de menos reinternamentos (Bandeira & Silva, 2012).

Assim, através da avaliação da satisfação do utente, poderão ser adotadas estratégias de forma a serem melhorados os cuidados prestados.

A **Escala de Avaliação de Satisfação dos Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR)** - Escala Abreviada, embora não validada para a população portuguesa, pode ser adequada como proposta de avaliação. Inclui 8 itens quantitativos, cada um deles contendo respostas dispostas em escala tipo likert de 5 pontos. Para se avaliar o grau de satisfação global dos familiares calcula-se a média das respostas obtidas nos 8 itens quantitativos que compõem a escala. Esta média, que varia de 1 a 5, indicará um grau maior de satisfação dos familiares, quanto mais próxima estiver do valor máximo 5 (Santos & Cardoso, 2014).

Fatores de Satisfação

Resultados do tratamento

Serviço ajudou paciente

Recebeu o cuidado necessário

Usuário se beneficiou com o serviço

Acolhida e competência da equipe

Profissional compreendeu o problema do paciente

Equipe compreendeu o problema do paciente

Competência do terapeuta principal

Privacidade e confidencialidade do serviço

Medidas tomadas para assegurar privacidade durante o tratamento

Medidas tomadas para assegurar confidencialidade sobre o paciente

Ilustração 2 - Questões Referentes à Escala de Avaliação de Satisfação dos Serviços de Saúde Mental (Santos & Cardoso, 2014)

Assim, é necessário que se efetue o preenchimento das seguintes escalas a todos os utentes:

- MARS - Escala de Adesão à Terapêutica – à data de alta e decorridos 2 meses;

- Escala de Avaliação de Satisfação dos Familiares em Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR)

após 1 mês de visitas domiciliárias.

4. PARTE II - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O enfermeiro especialista necessita de desenvolver certas competências para estar habilitado a prestar cuidados de enfermagem especializados nessa área. Todo o meu atual percurso formativo teve como objetivo o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMP, bem como de mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Fleury & Fleury (2001. p.188) definem competência como “um saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo”. Ou seja, para se ser competente, não basta saber, exige-se que seja desenvolvida na prática, aplicada quando necessário em contexto e através dos conhecimentos sobre a própria capacidade (Xavier, 2013).

O desenvolvimento de competências depende dos profissionais que se constituem como os principais agentes de mudança, dos seus saberes (aplicação do conhecimento a situações-problema) e dos contextos de cuidados que os influenciam (mas também são influenciados pela subjetividade de cada um), permitindo ou condicionando o desenvolvimento dessas competências (Serrano, Costa, & Costa, 2011).

Benner (2001) identifica cinco níveis de competência na prática clínica de enfermagem, através da aplicação do modelo de aquisição de competências de Dreyfus:

- **Iniciado:** enfermeiro sem experiência prévia das situações que vai enfrentar, agindo a partir dos seus conhecimentos teóricos com dificuldade em discernir entre os aspetos relevantes e irrelevantes de uma situação, a aquisição da competência ocorre em áreas onde o indivíduo não possui compreensão da situação clínica;

- **Iniciado avançado:** enfermeiro que já teve oportunidade de atuar em várias situações no contexto de cuidados, conseguindo reconhecer os fatores significativamente envolventes que se replicam em situações semelhantes, mas apresentando dificuldades em dominar situações numa perspetiva mais ampliada necessitando de orientação de enfermeiros mais experientes;

- **Competente:** enfermeiro com conhecimento e capaz de fazer frente a imprevistos, conseguindo fazer uma análise consciente, abstrata e analítica do problema. Normalmente trabalha há dois ou três anos no mesmo serviço;

- **Proficiente:** enfermeiro que faz apreensão e compreensão das situações de modo global, guiando a sua tomada de decisão por máximas. É capaz de aprender por método indutivo, através da experiência;

- **Perito:** enfermeiro com enorme experiência, o que permite compreender através da intuição cada situação, não necessitando de se apoiar em princípios analíticos (regras), conseguindo apreender de forma clara o problema. São enfermeiros facilmente identificáveis pelos pares ou pessoas cuidadas como profissionais capazes de resolver situações complexas.

Trabalhar há cerca de três anos num internamento de agudos de psiquiatria e com experiência prévia na área de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica antes de ingressar no mestrado em enfermagem, permitiu reconhecer alguns fatores significativamente envolventes que se replicavam nesta área e que se constituíam como problemáticos, com conhecimentos que permitiam reconhecer o padrão comportamental de algumas pessoas com doença mental grave, identificando um problema e tentando assim através do projeto de intervenção, contribuir para a sua resolução. Poder-se-á afirmar que de uma forma global este percurso formativo atual foi iniciado num nível de competência “competente”.

O profissional deve revelar-se num processo contínuo de construção e aprofundamento de cenários, podendo a formação emergir como uma resposta às mutações existentes e às mudanças a gerir, bem como a “tomada de consciência, como um trabalho sobre si próprio, mobilizado no momento adequado” que “pode favorecer a mudança de *habitus*” (Serrano, Costa, & Costa, 2011, p. 18).

De seguida, apresenta-se a análise e reflexão do desenvolvimento de competências ao longo deste percurso. De ressaltar que longo dos subseqüentes subcapítulos, no início de cada um, são apresentadas apenas de que competências se tratam, embora cada uma seja apresentada pela OE, com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação. As unidades de competência (“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. a negrito ao longo do texto”) e os 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”) aparecerão a negrito ao longo da análise de competências, sempre que se justifique, de forma a permitir uma maior compreensão do que está a ser analisado.

Segue-se a análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (4.1), seguidas das Competências Específicas do EEESMP (4.2), terminando com as de mestre em enfermagem (4.3).

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Existe um rol de competências que todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialização, têm de ter adquirido. As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista recaem sob os domínios explanados no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento n.º 140/2019, DR, 2.ª série, N.º 26, de 6 de fevereiro de 2019 (OE, 2019, p.4745):

- “A) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- B) Melhoria contínua da qualidade;
- C) Gestão dos cuidados;
- D) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”.

Os enfermeiros constituem-se como um grupo profissional privilegiado no que concerne à temática da tomada de decisão, pelo contacto direto que têm com as pessoas de quem cuidam ao longo das várias etapas do ciclo vital, declarando o seu compromisso de cuidado de modo a promoverem o bem-estar e a qualidade de vida daqueles de quem cuidam (Nunes, 2016). Esta tomada de decisão tem sempre de ter em vista o desenvolvimento de uma prática profissional em parceria com o cliente, baseada no conhecimento e experiência e orientada segundo o domínio ético-deontológico.

Se por um lado, a deontologia se associa obrigatoriamente ao dever e obrigação, emergindo em ligação à moral profissional e ao direito (Nunes, 2011), regendo, os enfermeiros em Portugal, a sua conduta profissional com base no Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) e no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), a ética é associada aos princípios/ valores que orientam a tomada de decisão. A ética é uma “conceção interior” que implica “uma reflexão crítica sobre os comportamentos”, que deriva dos padrões estabelecidos socialmente e do desenvolvimento dos padrões éticos individuais, mas que sugerem igualmente obrigações (Miranda, 2008).

Importa fazer menção ao Princípio de Beauchamp e Childress (1994) que se baseia em teorias éticas fundamentadas em quatro princípios, e que apresenta “um discurso orientado por princípios que pretendem oferecer um esquema teórico para a identificação, análise e solução dos problemas morais enfrentados pela medicina” (Nunes, 2011, p. 135). São eles: o respeito pela autonomia (respeitar o desejo de pessoas competentes), a beneficência (produzir benefícios), a não-maleficência (não provocar dano) e a justiça (distribuir com equidade).

Na área da enfermagem da saúde mental e psiquiátrica, a ética assume especial relevo, pela vulnerabilidade acrescida intrínseca a este grupo populacional. Destacamos as situações de tratamento involuntário em que os princípios do respeito pela autonomia da pessoa com doença mental e o da

beneficência/não maleficência colidem, indo no sentido de prevenir situações que possam causar dano ao próprio, mas também a terceiros. Embora possa existir conflito entre o respeito pela autonomia e a limitação da liberdade e do exercício dos direitos das pessoas com doença mental, os mais altos valores da dignidade humana prevalecem, independentemente da situação de vulnerabilidade e incapacidade que possa ocorrer.

O enfermeiro especialista **“A1.1. Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas”**, pelo que ao longo deste percurso foi promovido o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, sendo a tomada de decisão baseada em conhecimento e experiência, e construída a estratégia de cuidar em parceria com o cliente – a pessoa com doença mental e a sua rede de suporte informal. Salientar que os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada foram avaliados **(A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão)**.

No entanto, é de ressaltar que existem situações de prestação de cuidados que se constituem como dilema ético quando as soluções que se vislumbram podem colocar em causa princípios éticos ou deveres profissionais, perturbando a consciência dos enfermeiros pela incerteza quanto à decisão para agir. Perante esta dificuldade do processo de tomada de decisão, vários autores colocam o enfoque na procura de informação sobre todas as variáveis que envolvem a situação, pois muitas só se afiguram dilemáticas porque não se conhecem os contornos das mesmas (Deodato, 2014). Assim, no que concerne a estas situações dilemáticas e de uma forma geral encontramos-nos num nível de competência “iniciado avançado”, uma vez que relativamente ao **“A1.2 Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade”**, ainda são apresentadas dificuldades em dominar situações numa perspetiva mais ampliada, necessitando de orientação de enfermeiros mais experientes.

A tomada de decisão ética emerge na relação de cuidado entre o enfermeiro e a pessoa, família e comunidade para dar resposta aos problemas identificados, tendo por base a análise dos princípios e valores que se aplicam ao caso. É no confronto com uma situação que gera incerteza na intervenção apropriada que pode pôr em causa a proteção individual da pessoa, que se origina a tomada de decisão ética em enfermagem (Deodato, 2014).

O cuidar de enfermagem assenta sempre no reconhecimento da humanidade do outro, da sua capacidade de pensar, de interagir e de se manifestar, no reconhecimento da sua dignidade (Nunes, 2016). Segundo a OMS (2005) a maioria das pessoas com patologias do foro mental detêm capacidade para fazer escolhas informadas e tomar decisões com relação a questões importantes que afetam suas

vidas, “**A2.1.5 — Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde**”, embora reconheça que quando há uma doença mental grave incapacitante ou uma descompensação da sua patologia de base, esta capacidade possa estar prejudicada.

No entanto, o garante de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais nunca poderão estar em causa.

De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros, à luz do Artigo 97.º encontra-se expressa a importância da ressalva da dignidade humana, “a) Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

“A importância de uma prática reflexiva é unanimemente reconhecida como um contributo essencial à introdução de melhorias substantivas nas dinâmicas da prática de prestação de cuidados, fomentando simultaneamente o aperfeiçoamento do juízo profissional” (Azevedo & Sousa, 2012, p.121).

Embora a temática desenvolvida ao longo do estágio fosse a da “transição de cuidados hospital-domicílio à pessoa com doença mental”, houve oportunidade de desenvolver competências noutras áreas com as quais não havia tanta familiarização. Foram rentabilizadas as oportunidades de aprendizagem, surgindo reflexões sobre alguns temas: 1. *O fim de vida/ comunicar más notícias*; 2. *Violência*; 3. *Demência/ Ser Idoso*; 4. *Sem abrigo e doença mental*, e que contribuirão no futuro para uma melhor prática de cuidados de enfermagem especializados em saúde mental e psiquiatria prestados.

O Ministério da Saúde (2015) relativamente à Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, destaca a qualidade e a segurança no sistema de saúde como obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados

No **domínio da melhoria contínua da qualidade (B)**, o enfermeiro especialista deve colaborar na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade.

O projeto de intervenção em serviço “Promoção da Continuidade de Cuidados na Transição Hospital-Domicílio à Pessoa com Doença Mental, através da Visita Domiciliária do EEESMP” desenvolvido tem como um dos objetivos específicos o de melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde mental e psiquiatria às pessoas com doença mental, promovendo a proximidade, acessibilidade e

integração na comunidade. Durante o planeamento do projeto tive de usar evidência científica para fazer uma avaliação das melhores práticas.

Na prestação direta de cuidados de enfermagem especializados, neste caso em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, essa evidência científica tem igualmente de estar espelhada, bem como a **garantia de um ambiente terapêutico e seguro (B3)**.

Este ambiente deve fomentar a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade da pessoa cuidada. Em contexto hospitalar ao nível do internamento, este ambiente pode acabar por ser restritivo e contentor da liberdade individual. Da minha experiência profissional, as pessoas acabam por ficar privadas dos seus bens pessoais, da sua roupa, desprovidas em certa forma de poderem manifestar a sua individualidade. Em contexto domiciliário, isto fica assegurado, mantendo-se a pessoa inserida no seu meio, junto do que ela considera ser significativo. A envolvência das pessoas significativas nos dois contextos – hospitalar e domiciliário – gera segurança e é promotora de bem-estar à pessoa.

Uma política de gestão de risco consciente e eficaz pretende acrescentar valor a todas as atividades da organização, através da melhoria da qualidade na prestação de cuidados, do aumento da eficácia na utilização dos recursos ou da promoção efetiva da segurança para profissionais e utentes (Classificação Internacional sobre Segurança do Doente [CISD], publicada pela OMS em 2009 e traduzida pela DGS em 2011).

Sendo a segurança do doente uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (DGS, 2015), a notificação de eventos adversos constitui-se como um pilar fundamental para a política de gestão do risco, pois permite fazer o levantamento das situações que resultaram em dano para o doente, e posteriormente poder permitir compreender quais as causas envolvidas, e assim conseguir melhorar o sistema. Foi realizado um trabalho sobre esta temática na unidade curricular “Gestão em saúde e governação clínica”, ficando enfatizada a necessidade da mudança de paradigma do medo da punição para o da notificação, pois notificar, não é mais do que monitorizar o sistema e melhorá-lo como forma de aprendizagem. A **gestão do risco (B3.2)** constitui-se como uma abordagem estruturada que resulta em sistemas de trabalho, práticas e premissas mais seguras e numa maior consciência dos profissionais relativamente ao perigo e às responsabilidades, sendo com esta premissa que reajo a minha prática.

No **domínio da gestão de cuidados (C)** é destacada a importância da articulação de cuidados e da necessidade dos vários trabalhadores desempenharem as suas funções em torno de objetivos comuns, em prol da pessoa com doença mental e sua família. Na prestação de cuidados de enfermagem na

comunidade, ficou espelhada a importância da otimização do trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados (temática que se encontra desenvolvida no subcapítulo 4.2).

Ao longo deste percurso académico, afirma-se que se teve de utilizar esta competência de gestão na implementação do projeto de intervenção e na prestação diária de cuidados, realizando plano de cuidados com o cliente. Assume-se e identifica-se a necessidade de continuar a ver desenvolvida a liderança, uma vez que anteriormente se assumia maioritariamente um papel de elemento na equipa que incluía projetos, mas que não os iniciava e liderava, algo que mudou com a implementação deste projeto.

Liderar significa ter a capacidade de influenciar pessoas, motivando-as a realizar as suas tarefas de modo a atingirem a excelência no trabalho, contribuindo para o sucesso das organizações e exigindo a quem lidera, que coloque o seu potencial em destaque (Montezeli, et al., 2016). No entanto, existem desafios que se podem constituir como barreiras à liderança: faixa etária jovem, dificuldade de aceitação inicial da equipa, falta de destreza técnica e experiência e a estrutura organizacional da instituição (Montezeli, et al., 2016). Alguns destes contributos tiveram estado presentes ao longo deste percurso, bem como algumas das estratégias relatadas pelos mesmos autores e que podem auxiliar no alcance da liderança: a capacidade de comunicação eficaz, conhecimentos técnico-científicos, responsabilidade profissional e a procura de aprendizagens.

A procura de aprendizagens deve servir de alicerce aos processos de tomada de decisão, indo assim também ao encontro do domínio da melhoria contínua da qualidade.

No **domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais (D)**, o Enfermeiro Especialista deve **desenvolver o autoconhecimento e a assertividade (D1)**, central na prática de enfermagem, assumindo maior destaque na área de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, uma vez que o EEESMP se mobiliza como instrumento terapêutico, algo contemplado na primeira competência do EEESMP pelo que esta análise se encontra aprofundada no subcapítulo 4.2.

A assertividade é melhor desenvolvida quanto maior o autoconhecimento, uma vez que a assertividade é “a capacidade de se autoafirmar na interação social, expressar adequadamente opiniões, sentimentos, necessidades e insatisfações, defender os próprios direitos sem desrespeitar os dos outros e solicitar mudanças de comportamentos indesejados” (Jardim & Pereira, 2006, p. 105), logo se me conheço melhor, consigo pôr em prática comportamentos assertivos, controlar e gerir melhor as minhas emoções, respondendo de forma mais apropriada às exigências das situações.

A **praxis clínica** do enfermeiro especialista deve ser **baseada em evidência científica (D2.2)**, constituindo-me eu como **responsável por ser facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho (D2.1)**.

Para Theodor Adorno cit. por Tomás (2013, p.98) a praxis é a prática incorporada de teoria implicando uma “consciência de teoria e praxis que não separasse ambas de modo que a teoria fosse impotente e a praxis arbitrária, nem destruísse a teoria mediante o primado da razão prática”, ou seja, a teoria e a praxis como complementares, e não como distintas ou uma subordinada à outra.

Embora já tenha sido referido que anteriormente já havia competências desenvolvidas na área de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, o ingresso neste mestrado em enfermagem resultou do diagnóstico de necessidades formativas que eram sentidas, tendo como objetivo a incorporação de novos conhecimentos que permitissem a prestação de cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica de excelência, visando ganhos em saúde às pessoas com doença mental. A presença nas “I Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental do CHBM” em outubro de 2018 dedicadas ao tema “Os afetos nas suas dimensões” teve o mesmo objetivo.

Isto remete-nos para o conceito de *aprendizagem ao longo da vida*, salientando a importância da formação para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, e da *formação permanente*, considerada como toda a aprendizagem desenvolvida após a formação inicial básica, no sentido da renovação de conhecimentos com vista a uma melhor adaptação ao meio profissional (Ferreira, 2015). ~

Na alínea d) do nº 2 do Artigo 96º da Deontologia Profissional de Enfermagem, é mesmo referido que o enfermeiro tem direito a condições de acesso à formação para atualização e aperfeiçoamento profissional (OE, 2015). Neste sentido, o acesso à formação é não só um direito dos enfermeiros, como também um dever, no sentido da melhoria contínua da prestação de cuidados.

A investigação, sempre associada à procura da verdade, exigindo rigor, isenção, persistência e humildade, é também reconhecida como fundamental no desenvolvimento contínuo da profissão, pois fomenta uma atitude de carácter reflexivo e permite demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a prática de cuidados desenvolvidos, dando um forte contributo para a visibilidade social da profissão (Martins, 2008).

Houve a filosofia de se atuar como agente ativo no campo da investigação no que concerne aos benefícios da visita domiciliária à pessoa com doença mental, realizando uma revisão integrativa da literatura (RIL). A elaboração da RIL exigiu que fossem usadas as tecnologias e métodos de pesquisa adequados, tendo a pesquisa de evidência científica decorrido nas bases de dados, **interpretando,**

organizando e divulgando resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem (D2.2.4). O artigo foi submetido para a Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental ([apêndice I](#)), bem como apresentados os resultados à equipa da UCC, levando a uma reflexão conjunta da equipa e sendo discutidas as implicações da investigação realizada.

Feita a apreciação demonstrativa da aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, segue-se a das competências específicas do EEESMP.

4.2. Competências Específicas do EEESMP

Relativamente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, de acordo com a OE (2018, p.21427), no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Regulamento n.º 515/2018, DR, 2ª série, N.º 151, de 7 agosto de 2018, são as seguintes:

“a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;

b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;

c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;

d) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”.

Surgirá a análise da primeira competência do EEESMP, direcionada para o autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, separada das demais três competências, que serão analisadas de forma mais conjunta e não em sequência por estarem mais direcionadas para a prestação de cuidados de enfermagem ao cliente, quer seja, a pessoa, família, grupos ou comunidade.

As competências adquiridas têm de passar a refletir-se na prática e é essencialmente na relação enfermeiro-utente que estas se podem comprovar maioritariamente, pois criam um contexto para o desenvolvimento de uma relação terapêutica.

A relação terapêutica constitui-se como central no processo de cuidar, cabendo ao enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica utilizar-se como instrumento terapêutico durante a mesma. Assim, o desenvolvimento da sua capacidade de autoconhecimento e crescimento pessoal são perentórios na prática de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, uma vez que a atuação do próprio condiciona os resultados esperados.

O EEESMP tem de demonstrar tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica, identificando no **“aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica (F1.1.1)”** e monitorizar **“as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica (F1.1.4)”** (OE, 2018).

Chalifour (2008, pp.9-10) refere ser na “expressão consciente das suas qualidades pessoais e profissionais que se situa a base de todas as suas intervenções. Em diversas situações de ajuda serão as suas qualidades humanas que se constituirão como os principais utensílios”. Assim, indo ao encontro do que é afirmado, esta “expressão consciente” remete-nos uma vez mais para o autoconhecimento do enfermeiro e as suas “qualidades humanas” quer pessoais, quer profissionais e que nos remetem para o seu desenvolvimento pessoal. Assim, o enfermeiro tem de se mobilizar na prática para poder estabelecer uma relação terapêutica.

Pereira & Botelho (2014) realizaram uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de identificar as qualidades pessoais do enfermeiro que favorecem a relação terapêutica em enfermagem de saúde mental. Constatou-se que as relações terapêuticas são influenciadas não só pelos anos de experiência dos enfermeiros mas também pelas suas atitudes e personalidade e de um processo reflexivo acerca do que faz, tendo sido apurados dois tipos de relações entre o enfermeiro e a pessoa cuidada: as que se desenvolvem – relação positiva, e as que se deterioram – relação negativa; ou com outra nomenclatura mas que espelham o mesmo: relações de cuidado e relações de não cuidado. As pessoas enfatizaram sentir-se ligadas aos enfermeiros pelos seus atributos pessoais, pelo investimento mútuo, pelas técnicas de comunicação particulares e ainda pela exposição pessoal/abertura dos profissionais, sendo necessário tempo, compreensão e perícia por parte do enfermeiro para conhecer a pessoa que tem à sua frente. É sublinhado, no entanto, que para a pessoa sentir-se a ser ajudada, não basta isoladamente

o enfermeiro demonstrar compaixão ou interesse, mas concomitantemente têm de sentir que as estão a ajudar a resolver problemas práticos – tem de haver um espaço de ação.

Hurley (2009) considera a genuinidade e a autenticidade como qualidades do enfermeiro que o permitem estar mais perto do *self* com fins terapêuticos, bem como Chalifour (2008) que valoriza a autenticidade do enfermeiro, o seu modo particular de estar e as suas capacidades individuais.

Esta autenticidade deve pressupor consistência e coerência entre o comportamento verbal e não-verbal, bem como um certo grau de exposição pessoal que permitirá aos clientes olharem para o enfermeiro como pessoa humanamente semelhante, facilitadora da promoção da relação terapêutica (Pereira & Botelho, 2014). É fundamental estabelecerem-se os limites terapêuticos que estabelecem as fronteiras entre as dimensões terapêutica e social, permitindo que a relação se desenvolva de modo seguro para os envolvidos na mesma.

Assim, embora deva existir uma concordância entre o que o enfermeiro pensa, sente e aquilo que exprime durante a comunicação com o outro, tem de se manter **“o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico (F1.1.3)”**.

Estas indicam um limite, e as fronteiras profissionais devem delimitar e delinear expectativas de relações profissionais adequadas com clientes, separando o comportamento terapêutico de qualquer outro comportamento que, bem-intencionado ou não, possa diminuir o benefício do cuidado às pessoas/famílias (Townsend, 2011).

A gestão “destes limites requer que o enfermeiro seja uma pessoa emocionalmente equilibrada (...) terão que estar atentos para se certificarem que estão a gerir o seu estado emocional” (Pereira & Botelho, 2014, p.71).

Ressalva-se assim a importância das competências emocionais do EEESMP, pois o desenvolvimento das mesmas nos enfermeiros constitui-se como de extrema importância uma vez que a sua dimensão emocional se reflete na sua prática profissional.

Sendo impossível separar a racionalidade das emoções, pois são estas que fundamentam o sentido da eficácia das decisões a partir do seu controlo, constituem-se assim como um elemento importante na otimização dos níveis de desempenho profissional (Alves, Ribeiro, & Campos, 2012). Para os que trabalham na área da saúde mental/doença mental ganha uma maior relevância, uma vez que os enfermeiros fazem uso do seu *self* de forma terapêutica, algo que aprofundei durante o meu processo de formação atual, realizando um artigo sobre a temática no estágio I.

A investigação sobre as emoções no cuidar de enfermagem revela que o trabalho emocional é essencial na relação de cuidados, constituindo-se como uma dimensão da prática dos enfermeiros para

que consigam mostrar sensibilidade afetiva e compreensão do outro e lidar, simultaneamente, com a influência das suas emoções em si próprio (Diogo, Rodrigues, Sousa, Martins, & Fernandes, 2016)

Segundo Diogo & Rodrigues (2012, pp. 64-65) emergem, da prática de cuidados, problemáticas que justificam o estudo das emoções em enfermagem:

- “A situação vivida pelos clientes, associada aos fenómenos de saúde-doença, que se expressa através de emoções com as quais os enfermeiros têm que lidar no decorrer dos cuidados e em cada interação;

- A emocionalidade associada às experiências de saúde-doença que acrescenta sofrimento à vivência dos clientes;

- A experiência emocional intensa de cuidar vivida pelos enfermeiros que se manifesta muitas vezes através do stress, exaustão e burnout”.

Independentemente do modelo de competências emocionais utilizado, qualquer um revela como fundamental a autoconsciência, sendo esta a base para as posteriores competências (ex. empatia, gerir emoções, gerir relacionamentos) (Goleman, 1995), o que vai ao encontro da primeira competência específica do EEESMP.

Diogo & Rodrigues (2012) consideram que o cuidar e a dimensão emocional da enfermagem estão intrinsecamente relacionados, e afirmam que tal é igualmente defendido por teóricas como Collière (2003) ou Watson (2002), em que a primeira assume que a enfermagem incorpora nas suas múltiplas dimensões - a emocional, considerando essencial aprender a perceber emoções e sentimentos, tanto dos prestadores de cuidados como das pessoas cuidadas, e a segunda que considera o processo de cuidados como um processo relacional que se constitui como meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos.

Também Benner cit. por Diogo & Rodrigues (2012) destaca que a gestão de emoções na prática de cuidados está ligada a um nível de perícia dos enfermeiros, em que os peritos tendem a envolver-se com os clientes e a dar uma grande importância às emoções na sua prática.

Destaca-se assim, a importância da educação emocional, como forma de desenvolvimento das competências emocionais, que deve reiterar-se como fundamental no processo de educação emocional dos enfermeiros. Embora tenha sido referido por Xavier & Nunes (2016) em contexto de cuidados paliativos, a educação emocional poderá extrapolar-se para as mais diversas áreas de cuidados e assim permitir aos enfermeiros adquirirem melhor conhecimento das suas emoções e das dos outros; aumentarem o nível de tolerância e diminuir o nível de frustração; prevenirem os efeitos nocivos das emoções negativas associadas ao contexto cuidativo; desenvolverem a habilidade para gerar emoções positivas face ao contexto do agir profissional onde se encontram; desenvolverem a habilidade de

automotivação e adotarem atitude positiva em todas as dimensões da vida – pessoal; familiar; profissional e social.

Visto os fenómenos em saúde/doença mental terem um carácter “invisível”, expressando-se no comportamento e na comunicação, nem sempre o pedido de ajuda está expresso, necessitando de haver interpretação por parte do enfermeiro e para isso este tem de conseguir colocar-se no lugar do outro, reconhecendo as suas emoções. Só assim, o enfermeiro tornar-se-á mais sensível aos subtis sinais que indicam aquilo que os outros necessitam ou desejam, através da empatia.

Existem também fenómenos inconscientes que surgem na relação de ajuda e que podem perturbá-la: os mecanismos de defesa do ego que são utilizados para proteção do mesmo, numa tentativa de aliviar a ansiedade, mas que se tornam mal adaptativos quando interferem com a capacidade de lidar com a realidade, com as relações interpessoais ou desempenho profissional (Townsend, 2011), ou os fenómenos de transferência e contratransferência. Os de contratransferência usam-se para se referir à resposta emocional e comportamental do profissional em relação à pessoa e os de transferência em vice-versa.

Este fenómeno faz com que eu em situações semelhantes espere sempre o mesmo. E era o que me acontecia quando cuidava de pessoas com dependência a substâncias psicoativas. Considerava-as parecidas, normalmente manipuladoras, com contacto sedutor, com muito pouca tolerância à frustração, facilmente irritáveis e com tendência a contornar regras, com traços desadaptativos da personalidade. Sempre senti uma maior empatia com as outras pessoas de quem cuidava, como as que padeciam de perturbação bipolar, de psicose, esquizofrenia, deficiência intelectual... Mas só durante o estágio me apercebi que fazia este fenómeno de contra-transferência negativa para com as pessoas dependentes de substâncias psicoativas, o que não ajuda no processo terapêutico, pois carregava comigo todos aqueles sentimentos, valores e crenças que tinha estabelecido com base nas minhas experiências passadas, e pude posteriormente estar mais atenta aos mesmos e mais aberta em relação àquelas pessoas.

É inevitável aceitar que os fenómenos de transferência ocorrem, mas tomar consciência dos mesmos é caminho para poder impedir que possam interferir de forma negativa nos meus cuidados, gerindo assim **“os fenómenos de transferência e contra — transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica (F1.1.2)”**.

De forma geral, considera-se que as atitudes defendidas pelos autores e que são facilitadoras da relação terapêutica, foram mobilizadas, salientando a autenticidade e a compreensão empática na medida em que houve a tentativa de compreensão das pessoas cuidadas, como um ser único, com o seu modo particular de se comunicar e tendo em conta a sua potencialidade.

Trabalhar em contexto hospitalar, num serviço de psiquiatria de agudos, e poder ter estagiado em âmbito comunitário, numa unidade de cuidados na comunidade, permitiu uma avaliação mais abrangente da pessoa com doença mental inserida num contexto sociocultural. Já tinha havido a confrontação com um rol de clientes com falta de insight e fraca adesão ao regime terapêutico, o que motivava que tivessem vários internamentos, o que obrigou a que fosse feita uma avaliação do impacto que isto provoca na funcionalidade e autonomia das pessoas com doença mental, tendo sido percebido que era essencial existir algo que as suportasse no seu regresso a casa. Efetivamente constatou-se que existia uma escassa resposta ao nível de estruturas formais na comunidade que os acompanhassem e fizessem a monitorização das suas vivências, pelo que surgiu o projeto “Continuidade de cuidados à pessoa com doença mental na transição hospital-domicílio, através da visita domiciliária do EEESMP”. O projeto promove o bem-estar e a saúde mental das pessoas que necessitam de continuidade de cuidados, constituindo-se como medida de suporte aos cuidadores, algo que vai ao encontro da segunda competência do EEESMP: **“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”**.

Acompanhar a pessoa com doença mental na transição hospital-domicílio permitiu que se tivesse de identificar as necessidades específicas da pessoa e meio envolvente, avaliar fatores promotores e protetores, bem como fatores inibidores desta transição, implementar intervenções com base nos recursos internos da pessoa e recursos externos que ajudassem à manutenção e recuperação da saúde mental. Isto exigiu a execução de **“uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente (F2.1)”** e **“ma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família (F2.2)”**.

Durante o estágio e graças ao projeto, houve a oportunidade de se poder cuidar de dois utentes nos dois contextos – no serviço de psiquiatria de agudos (enquanto enfermeira a trabalhar nesse contexto) e no seu domicílio (enquanto estudante), ou seja, acompanhá-los desde a fase aguda da sua doença de base, até à sua compensação e posterior alta hospitalar e no seu regresso à comunidade. Ambos já tinham tido mais internamentos por descompensação da sua doença de base (esquizofrenia paranóide) em contexto de abandono da terapêutica. Existia um padrão: aquando a alta hospitalar saíam com terapêutica oral instituída que no pós-alta que não era cumprida, faltando inclusive à administração do injetável de longa duração (ILD) e às consultas. Tinham igualmente uma rede informal de suporte na comunidade vulnerável. Embora, também ambos tivessem um historial de antecedentes psiquiátricos semelhantes, com vários internamentos e o internamento atual de ambos fosse compulsivo, e de na altura

da alta se encontrarem estabilizados com a terapêutica instituída mas sem desenvolverem crítica para a doença ou necessidade de tratamento, só um deles transitou para o regime de tratamento ambulatorio compulsivo.

Foi mais difícil acompanhar o que não saiu em tratamento ambulatorio compulsivo. Sensivelmente no decorrer de dois meses ocorreu apenas uma visita domiciliária com o mesmo. E foi efetuada na rua. Do apurado, não mais cumpriu com nenhuma indicação desde a alta hospitalar. Posteriormente, nunca mais foi conseguido contactar com o mesmo, estando em falha com o ILD há já duas tomas. O psiquiatra teve conhecimento desta informação, mas como o doente não saiu em ambulatorio compulsivo, aguarda-se que descompense a ponto de justificar a emissão de um mandado de condução urgente para avaliação psiquiátrica. Alerta-nos para o facto da importância da identificação das **“complicações que frequentemente decorrem dos problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas (F3.1.6)”**, e que já eram sabidas anteriormente e que não foram contempladas aquando a alta deste utente. Isto decorreu há 3 meses, e posso agora afirmar que o utente está neste momento novamente internado.

Na outra situação, a pessoa com doença mental grave em questão, ainda permaneceu algum tempo no serviço de psiquiatria já após alta clínica, pois ficou a aguardar alta social. Ficou-se à espera que a sua casa fosse limpa e que se assegurassem os apoios na comunidade, nomeadamente ao nível da alimentação, higiene do próprio e da casa, sendo também articulado com um familiar a compra da terapêutica, e desta vez iria transitar do hospital para o domicílio com o apoio da UCC.

Logo na primeira visita domiciliária, o cenário com que nos deparámos não correspondia ao que era previsível, tendo em conta o que era relatado no hospital. Além das condições habitacionais (ex. continuava sem eletricidade), o apoio familiar era praticamente nulo, não comprando, por exemplo, a medicação como se tinham responsabilizado. Quem efetivamente lhe dava apoio no local era uma vizinha, de quem nunca tinha ouvido falar no hospital e foi quem acabou por ficar responsável pela administração da mesma.

Durante o seu acompanhamento foram sempre tidas em conta as condições pessoais e da comunidade que pudessem facilitar ou inibir uma transição saudável no seu regresso ao domicílio. Foi feita uma articulação com várias entidades já existentes na comunidade para que pudesse continuar a ser viável a sua permanência no domicílio. Isto exigiu coordenação e colaboração com outros profissionais, indo ao encontro do comprometimento exigido com **“o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando -se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal (F3.3.1).**

Durante as VD's, recorreu-se 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 (F3.5)**. O EEESMP constituiu-se como *gestor de caso*, na medida em que geriu cuidados e evitou a fragmentação dos serviços prestados por toda a rede formal da comunidade, sendo o elemento essencial na tomada de decisões. Segundo Almeida & Amendoeira (2015, pp. 340,341), “A gestão de caso efetivada por enfermeiros resulta numa valorização do desenvolvimento de relações de confiança mútua, e numa profunda compreensão e validação das necessidades individuais e recursos da pessoa, promotoras do seu autocuidado, em situações complexas e crónicas, utilizando a comunicação e os recursos disponíveis para produzir qualidade em cuidados de saúde”, permitindo a “existência de um aumento da capacitação das pessoas com doença mental crónica”.

O gestor de caso não é competente em todos os domínios pelo que é necessário cooperar com outros elementos profissionais e mobilizar recursos necessários a fim de assegurar à pessoa as diferentes intervenções necessárias à obtenção dos objetivos delineados, comprometendo-se assim **com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal (F3.3.1)**.

Em contexto hospitalar é mais fácil trabalharmos com os clientes, uma vez que os temos “sempre à disposição” e temos as ferramentas connosco para os podermos ajudar. Em contexto comunitário aprendi que além da equipa multiprofissional, também a cooperação entre a rede formal e informal do cliente é fundamental para o sucesso das intervenções domiciliárias.

Foi realizado um estudo de caso sobre a vivência acima descrita, sobre esta pessoa com doença mental na sua transição hospital-domicílio, sendo promovida **“a adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental, com particular preocupação na doença mental grave ou de evolução prolongada (F4.1.2)”**, analisado **“o impacto dos sinais e sintomas psiquiátricos na habilidade e disponibilidade para aprender e planeia abordagens de acordo com a situação (F4.1.9)”** ou considerada **“a disponibilidade para melhorar o auto cuidado e comportamentos de saúde quando se está a ensinar pessoas com problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas (F4.1.10)”**.

Foi possível aumentar as competências e capacidades do cliente visado, tendo sido prestados cuidados psicoterapêuticos e psicoeducacionais na medida em que se trabalhou a sua crítica e adesão ao

projeto terapêutico para o tratamento da sua patologia psiquiátrica. Não só o cliente, bem como a família e pessoas significativas foram envolvidas.

De realçar que o estabelecimento de objetivos realistas e exequíveis embora sejam sempre fundamentais, assumem uma dimensão maior na área de saúde mental, pois é uma forma das pessoas com doença mental se manterem como parceiras nos cuidados, motivando-as.

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Diário da República, 2.ª série — N.º 151 — 7 de agosto de 2018, p.21427) “As intervenções do EESMP visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, auto cuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família”. Por ter isto em conta, foi agendada uma conferência familiar juntamente com o cliente e a rede de suporte formal, pois percebeu-se que a família estava pouco envolvida, havendo uma conflituosa dinâmica familiar e urgiam que fossem planeadas intervenções em prol do cliente, devendo toda a rede mobilizar-se em conformidade para poderem ser atingidos os objetivos delineados.

Ao longo do estágio comprovou-se que o EEESMP deve pensar “out of the box” e ser criativo nas suas intervenções de modo a motivar os clientes que se veem envolvidos nos cuidados sem o desejarem, como acontece em casos de internamento compulsivo ou em tratamento em ambulatório compulsivo. Cuidar em comunidade de uma pessoa em tratamento ambulatório compulsivo, traz desafios. Estabelecer uma relação de confiança com a mesma é mais desafiante. O EEESMP deve possibilitar que a pessoa viva experiências gratificantes e ouvir um “obrigado” ou receber um abraço pode ser a manifestação de que sentem a ajuda disponibilizada.

A elaboração do estudo de caso contribuiu para o desenvolvimento de capacidades de análise crítica tendo em consideração a vivência pessoal em situação de patologia psiquiátrica; ter em consideração nos cuidados de enfermagem o contexto de inserção da pessoa cuidada; compreender as suas respostas humanas fazendo a identificação dos principais focos alterados; realizando diagnósticos de enfermagem, planeando intervenções de enfermagem e delineando resultados esperados, à medida que foi sempre sendo feita uma avaliação.

Houve também a oportunidade de ser conhecida a realidade das unidades de reabilitação do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Foi feita uma visita guiada pelas várias unidades: as unidades de apoio moderado, as unidades de treino de autonomia e a unidade de vida autónoma (apoio mínimo). Embora

não tenham sido visitadas, obteve-se conhecimento de alguns apartamentos que ficam localizados externamente ao CHPL (em Alvalade e Marvila), as chamadas unidades de vida autónoma na comunidade, bem como da cooperativa Tílias-Coop que atua nas áreas da formação e profissionalização, nomeadamente na conservação de espaços verdes ou recolha do lixo e da ARIA (Associação de Reabilitação e Integração Ajuda) que tem como missão ajudar a pessoa com doença mental a reabilitar-se e integrar-se psicossocial e socioprofissionalmente, fornecendo cursos na área da restauração ou jardinagem.

O enfermeiro que realizou o acolhimento relatou uma situação, que espelha de que forma deve ser a atuação dos profissionais de saúde no sentido da autonomização/responsabilização da pessoa com doença mental. O enfermeiro acompanhava uma utente que integrava um apartamento em Lisboa, autónoma na gestão da sua terapêutica, tendo ficado posteriormente a saber que a mesma tinha abandonado a mesma. Foi confrontá-la nesse sentido, não de forma punitiva, mas de forma a tentar compreender os motivos que levaram a que o fizesse. Foram-lhe explicados os benefícios de continuar a fazer a sua medicação e o risco que corria ao interrompê-la, lembrando-lhe os motivos que levaram aos internamentos prévios. Entretanto, passou sensivelmente uma semana e essa utente ligou-lhe por sua iniciativa a informar que tinha retomado a medicação.

Este é um exemplo claro do que deve ser feito (sempre que é possível): informar, dar as ferramentas ao outro para poder decidir. Pois é ele o detentor do seu projeto de saúde. Tem de ser envolvido. Tem de ser incentivado a participar no mesmo e a tomar decisões, assumindo a responsabilidade das suas decisões.

É com base na autonomização e conseqüente responsabilização, que os cuidados devem assentir, sempre que é possível. É certo que há casos de pessoas com doença mental grave de longa evolução em que o potencial de reabilitação e de integração é difícil. Mas nos casos em que isso seja possível, tem de ser feito. Nomeadamente ao nível das estruturas de Formação Profissional e de Emprego Protegido. Estruturas como as implementadas no CHLP têm assim, de reproduzir-se.

No que concerne às dificuldades das pessoas com doença mental, é certo que lhes têm de ser dado apoios, sejam de que tipos forem. Mas com a certeza de que estes apoios não podem ser apenas no sentido da substituição da pessoa com doença mental, mas sim no envolvimento e na responsabilização da mesma no seu projeto de saúde, tendo sempre em conta as potencialidades da pessoa com doença mental, promovendo assim **“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 (F4.3)”**.

Conclui-se, realçando que deve ser individualizado o cuidado à pessoa para além da sua doença mental, servindo de suporte para ajudar a pessoa a saber gerir a sua vida face ao modo como experiencia a sua doença (Pereira & Botelho, 2014). É isto que deve ser transmitido a todas as pessoas com doença mental quando se menosprezam ou têm sentimentos negativos sobre si por causa da doença. Elas não são a doença mental. Têm uma doença mental. Como têm também outras tantas qualidades. São muito mais que uma doença. Mas o estigma associado à doença mental está ainda bem evidente. Além das próprias pessoas, da experiência que fui tendo, também muitas famílias não aceitam uma doença mental como se de outro foro se tratasse. Para diminuir o estigma, é fundamental inserir as pessoas nas suas comunidades, apoiá-las para que possam contribuir ativamente na sociedade e que se possam autonomizar o mais possível. O projeto desenvolvido vai também ao encontro deste objetivo.

4.3. Competências de Mestre em Enfermagem

Em seguida ir-se-á fazer a análise das Competências de Mestre em Enfermagem que procuram dar resposta às competências de mestre, contempladas no DL n.º 63/2016 de 13 setembro, no seu art.º 15.

Não nos alongaremos nas competências de mestre que confluem com competências comuns ou competências específicas do EEESMP, tendo em conta a análise já efetuada em capítulos prévios.

As competências a desenvolver no sentido de assegurar a conferência de grau de Mestre em Enfermagem começam por enfatizar a **demonstração de competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem**.

A interação com a pessoa é fundamento da conceção de cuidados de enfermagem, havendo o estabelecimento de uma relação de ajuda, em que a centralidade da mesma recai sob a pessoa cuidada, ancorada no reconhecimento do seu pensar, interagir e de se manifestar. A relação começa assimétrica iniciada por uma solicitação de ajuda, onde existe alguém que procura um profissional (Nunes, 2016).

No entanto, na área de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, esta relação pode não ser iniciada por um pedido de ajuda expresso, uma vez que os fenómenos em saúde mental têm, como já referido anteriormente, um carácter “invisível”. Ou seja, a pessoa pode não ser capaz de manifestar verbalmente as suas necessidades ou não ser sequer capaz de identificá-las.

O enfermeiro tem de fazer a interpretação desse pedido de ajuda omissivo, colocando-se no lugar do outro. Isto remete-nos para o conceito de empatia que pode ser compreendida como uma habilidade,

constituída pela “capacidade de interpretar e compreender os sentimentos e pensamentos de alguém, reconhecer as emoções, aceitar perspectivas, crenças e valores muito diferentes e preocupação genuína com o bem-estar do outro” (Gambarelli & Taets, 2018, p. 395).

A cada cliente tem de lhe ser reconhecida a unicidade, pois é único no seu modo de estar no mundo, pelo que é digno de interesse, merecendo ser valorizado (Chalifour, 2008).

Qualquer ato de enfermagem pressupõe o estabelecer de comunicação e relação, pois como se costuma dizer “comunicar é relacionar-se”. A habilidade para estar numa relação de cuidar requer mais do que o refinamento das habilidades de comunicação comportamentais, requer sobretudo uma apreciação das “coerências” de cada um, o desenvolvimento de uma consciência relacional e um interesse na continuidade do relacionamento, e não apenas a centralidade da atenção em si mesmo, mas a sua extensão aos outros (Hartrick, cit. por Mendes, 2006).

Segundo Phaneuf, (2005) a comunicação encontra-se em toda a parte, situando-se nos planos: cognitivo (intelectual e informativo, relacionando-se com factos e acontecimentos e que se transmite pelas palavras) e afetivo (emoções e nos sentimentos da pessoa e é traduzido no comportamento não verbal).

A comunicação permite o partilhar de mensagens enviadas e recebidas entre os intervenientes na relação, exerce influência no comportamento das pessoas nele envolvidas a curto, médio e longo prazo, devendo ser definidos objetivos em conjunto com a pessoa, levando-a ela própria a encontrar soluções (Gambarelli & Taets, 2018).

Rogers (1974) defende que a autenticidade e congruência constituem a base para uma melhor comunicação. O enfermeiro deve fazer-se sentir na relação tal como é, afirmando-se aberto e sem defesas ou máscaras e aberto relativamente aos seus próprios sentimentos. É considerado que para se ser autêntico é necessário que o enfermeiro se conheça si próprio e tenha consciência das próprias dinâmicas que podem estar presentes na relação interpessoal de ajuda; tenha a coragem de dizer que não pode ou não sabe, assumindo as suas próprias dificuldades e por último tenha o dever de evitar as relações de transferência e esforçar-se por isso (Mendes J. , 2006). De acordo com o mesmo autor, espera-se do enfermeiro um comportamento congruente para que as pessoas se possam sentir confiantes, nutram respeito e credibilizem a sua própria intervenção profissional. Algumas mensagens transmitidas são voluntárias e respondem às necessidades do momento, mas outras são involuntárias ou mesmo inconscientes. Numa relação com a pessoa/família, o enfermeiro deve não só estar atento aos diferentes tipos de comunicação não-verbal, como a cinésia, proxémica, para linguagem ou a monitorização de emoções e reações das mesmas, mas ter em conta a expressão da sua própria linguagem não-verbal durante a interação. Isto remete-nos para a primeira competência do EEESMP que deve demonstrar

“tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica”, já abordada de forma aprofundada no subcapítulo 4.2.

Em suma, embora as relações de ajuda não variem na sua finalidade e nos instrumentos básicos de enfermagem utilizados, são multiformes e variáveis, conforme os intervenientes. O centro da ação e o eixo estruturante da ação do enfermeiro é a pessoa, realizando-se “com”, “para” e “por ela” em alguns casos, estando-se “sempre perante Si e Outro, numa ocasião em que se pretende cuidar e guiar-se por um ideal de proteção e preservação da vida, da humanidade” (Nunes, 2016, p. 11).

No que diz respeito à gestão de cuidados, também já foi abordado no subcapítulo 4.1., pelo que apenas enfatizo a importância desta ferramenta para os cuidados de enfermagem, uma vez que permite a concretização eficaz e eficiente dos objetivos delineados entre o enfermeiro e o cliente, através do planeamento de atividades e tendo em conta os recursos disponíveis.

A supervisão clínica, e segundo a OE (2018, Regulamento n.º 366/2018, DR, 2.ª série, N.º 113 de 14 de junho) é encarada como “um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas”. É acrescentado que é um processo que visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados.

O principal objetivo da supervisão clínica em enfermagem é o de preservar e promover a qualidade dos cuidados prestados, proporcionando um desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências dos profissionais de enfermagem para o seu exercício profissional, promovendo uma supervisão da prática clínica por um supervisor (Borges, 2013). Esta supervisão clínica em enfermagem, na prática, ocorre como um processo e tem etapas bem definidas e para que seja implementada “com êxito é fundamental que se desenvolva no serviço, uma cultura na qual os profissionais são valorizados e onde esta valorização é demonstrada em termos de tempo para o desenvolvimento pessoal e profissional, de forma a apoiar a prática clínica dos mesmos” (Borges, 2013, p.38).

Koivu cit. por Borges (2013) alerta para as barreiras que podem ser encontradas na implementação da supervisão clínica: as de foro organizacional (conflitos profissionais, constrangimentos do tempo/recursos) e as de foro pessoal (medo de mudança, falta de confiança, incompreensão da natureza da supervisão e dos seus objetivos, falta de conhecimentos baseados na evidência e que facilmente se integram na prática).

Uma combinação de vários tipos de supervisão, formal ou informal, grupal ou individual, ao invés de um tipo de supervisão, pode ser benéfica, pois é ajustável às preferências dos supervisionados, de

quem supervisiona e da própria instituição. A supervisão clínica fornece uma possibilidade dos enfermeiros demonstrarem apoio efetivo entre si através da partilha, expondo as suas necessidades e experiências.

Enquanto enfermeira integrada numa equipa mais experiente no que concerne a cuidados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, não tenho tido experiência enquanto supervisora a um nível formal, mas reconheço atributos importantes que devem ser desenvolvidos: estar disponível para receber e dar feedback sobre a prática de cuidados, aprender mutuamente durante o processo de supervisão clínica, estar atenta às necessidades do supervisionado, ser capaz de gerir o processo de supervisão garantindo a fiabilidade dos registos que podem ser sujeitos a auditoria (Freeman, 2006).

Enquanto supervisionada ao longo deste processo formativo foi desenvolvido o que Freeman (2006) considera que deve ser efetuado: reflexões sobre a prática de cuidados, o ser mais autoconsciente e consideradas as necessidades formativas para o desenvolvimento pessoal e profissional.

A segunda competência de mestre em enfermagem vai ao encontro do suprarreferido, pois assenta da realização do **desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas** e foi já desenvolvida no subcapítulo 4.1.

Acresce referir e enfatizar que a aprendizagem ao longo da vida decorre essencialmente da necessidade de autoformação que nos deve acompanhar interminavelmente, pois é ao longo da vida toda, que o sujeito vai gerindo a sua aprendizagem e se vai apoderando da sua própria formação, tendo como referência a multiplicidade das experiências e das vivências que a atravessam (Couceiro, 1992).

Também a OE (2018) destaca o percurso formativo, decorrente da formação formal e informal, relevantes no percurso profissional do enfermeiro e não apenas do enfermeiro especialista, pois permitem novos saberes e competências adquiridas, rentabilizando as aprendizagens efetuadas e dando ênfase à capacitação profissional. O enfermeiro especialista, neste caso em ESMP, deve tornar-se perito nesta área de formação e servir de referência aos restantes pares.

Outra competência de mestre em enfermagem remete para a **integração em equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva**.

“As equipas superam a performance de pessoas que atuam sozinhas, especialmente quando a performance exigida inclui múltiplas habilidades, capacidade de julgamento e experiências diversas” (Katzenbach, cit. por Vicente, 2011, p.32).

Dentro de uma equipa, a diversidade de disciplinas que interagem em conjunto, trazem diferentes tipos de conhecimentos (Vicente, 2011). No campo da saúde, isto torna-se uma mais-valia, uma vez que diferentes disciplinas interagirem em conjunto, definem soluções mais ajustadas às necessidades da

pessoa cuidada. Daí, que o modelo de organização do trabalho em saúde se constitua com equipas multidisciplinares, que trabalham em prol de um único objetivo.

A comunicação interdisciplinar constitui-se como potenciadora da relação interna entre os profissionais, fornecendo a base para um relacionamento adequado e positivo para melhorar as práticas de todos os que trabalham em conjunto (Vicente, 2011). Verifica-se, no entanto, uma significativa dificuldade de comunicação entre profissionais com percursos académicos distintos, sendo esse um bloqueio na otimização da organização das unidades de saúde (Hall, 2005).

Outra divergência que continua a existir em termos de dinâmica de equipa é consequência da sobrevalorização do poder médico e das dificuldades em conciliar diferentes saberes centrados no fenómeno da doença mental (Vicente, 2011). Ser parte integrante de uma equipa multidisciplinar como EEESMP, exige-me dentro da equipa constituir-me também como referência, que seja crítica e participante de processos decisórios no que concerne aos processos de transição das pessoas e famílias, não esquecendo a adoção de uma postura flexível, de abertura ao diálogo e à troca de ideias, fomentando o espírito de ajuda que facilite a comunicação interdisciplinar.

Corroborando com o afirmado por Vicente (2011), é considerado que uma equipa multidisciplinar de saúde mental só tem êxito se envolver e valorizar a dimensão do fator humano dos profissionais, lembrando sempre que a razão de todo o sistema existir é a pessoa alvo de cuidados.

O mestre em enfermagem tem assim de ser competente no que concerne ao agir **no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos.**

Esta competência já foi abordada anteriormente, pelo que se enfatiza que o projeto de intervenção desenvolvido pautou-se pela tomada de decisão, a escolha entre duas ou mais alternativas, regida segundo princípios, valores e de acordo com a deontologia profissional. Teve de ser baseada igualmente em evidência científica e nunca esquecendo que esta tomada de decisão, sempre que possível, foi tida juntamente com o cliente alvo de cuidados.

O cliente alvo de cuidados é decisor da sua vida, mas para poder decidir, é importante salientar o papel da informação, do ato de informar, como fator fundamental num consentimento informado esclarecido, capacitando-o na sua autonomia e autodeterminação.

Meleis (2010) sugere que na adaptação da pessoa a uma nova situação, ou seja, no decorrer de um processo de transição, o enfermeiro deve fazer o acompanhamento na decisão. O enfermeiro tem a dupla responsabilidade de ajudar o individuo a identificar fatores vários que possam interferir com a sua decisão, capacitando-o na sua adaptação, e ao mesmo tempo, autolimitar-se, no sentido de que não seja

ele essa interferência no momento da decisão. Assim, age enquanto participante no suporte ao ato de decidir, e por sua vez, também na efetivação dos cuidados, de acordo com a vontade do indivíduo no seu processo de mudança e ajuste.

No entanto, em saúde mental e como já referido anteriormente no relatório, existem situações em que os princípios do respeito pela autonomia e da não-maleficência ou beneficência podem entrar em conflito, uma vez que a pessoa por alterações do pensamento ou da percepção, não tem consciência plena da realidade, não se encontrando capaz e com competência para poder tomar decisões mais complexas, pelo que nestes casos, a tomada de decisão não é tida juntamente com a mesma, mas em prol da mesma. Ressalvo, a importância da avaliação da tomada de decisão efetuada em todas as situações.

Em suma, “as boas decisões clínicas nascem da consideração dos recursos disponíveis, dos desejos da pessoa (sempre que possível), dos recursos cognitivos e práticos que se possuem em virtude da experiência clínica dos enfermeiros e conhecimento gerado por pesquisa de qualidade” (Mourão, 2009, p.16).

Esta “pesquisa de qualidade” remete para a quinta competência do mestre em enfermagem: **inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.**

A OE (2006, p.1) considera a Investigação em Enfermagem como “um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades”, pelo que o conhecimento advindo da investigação é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência (PBE), melhorar a qualidade de cuidados e otimizar os resultados em saúde.

É considerado como uma PBE, a “incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis” (OE, p.1).

Salientar assim, que além da investigação, a PBE inclui o desejo dos clientes e a opinião de peritos, o que vai ao encontro do definido por Benner (2001), uma vez que na sua conceção de desenvolvimento de competências de enfermagem, a experiência do enfermeiro perito permite-lhe compreender de forma clara o problema, aludindo à sua intuição, o que pode prevenir problemas ou detetá-los de forma mais precoce.

Ao longo deste percurso formativo e na elaboração do projeto de intervenção foram realizadas pesquisas bibliográficas e tive em conta os pareceres de peritos na área (enfermeiras orientadoras de estágio, professores da escola). O projeto sustentou-se na investigação, respondendo a um problema, a

promoção da continuidade de cuidados que não era assegurada a algumas pessoas com doença mental com fraca adesão ao regime terapêutico, na transição hospital-domicílio.

Além da sustentação constante da investigação na elaboração do projeto de intervenção, o facto de ter realizado a RIL acerca dos benefícios da VD à pessoa com doença mental, contribuiu para promover a PBE.

Por fim, a última competência de mestre que alude à realização da **análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.**

Tal como acontece noutros grupos, os enfermeiros desenvolvem processos formais (licenciaturas, mestrados, pós-graduações), não formais (participação em ações de formação, congressos, jornadas) e informais de formação (Guimarães, 2000). Os processos de educação informal são os desenvolvidos nos locais de trabalho que geram aprendizagens e competências, “mais ou menos consciencializadas pelos indivíduos e que influenciam de modos distintos as práticas e as identidades profissionais”, sendo que as que apresentam maior interesse para a formação informal são as “que ocorrem na sequência de situações nas quais os indivíduos pensam sobre os acontecimentos que vivem e estão na origem de posteriores alterações de comportamentos e atitudes” (Guimarães, 2000, p. 3).

Enfatizar que “as práticas de cuidar precisam de ser apresentadas e recuperadas (tornadas públicas por forma a que possam ser legitimadas e valorizadas) porque elas sustentam as relações de confiança que tornam a promoção da saúde, a sua restauração e a reabilitação possíveis.” (Benner, 2001, p. 16).

O facto de ter sido feita a apresentação do projeto de intervenção à equipa da UCC, permitiu a divulgação da investigação previamente efetuada partilhando-a no contexto de cuidados onde o projeto se desenvolve, fomentando um momento de formação entre pares, sendo que a maioria não era especialista na área de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, pelo que novas aprendizagens e um novo modo de olhar para a área puderam ser promovidas.

Uma vez mais, o pensar sobre os acontecimentos, o reviver os acontecimentos, o questionar os acontecimentos – a prática reflexiva – propicia “atualização, renovação, simplificação de técnicas e procedimentos, gerando novos conhecimentos, além de contribuir na reformulação de valores e melhoria das interações no ambiente de trabalho” (Waldow, 2009, p. 14).

5. CONCLUSÃO

Este relatório procurou descrever o trabalho desenvolvido durante este meu percurso formativo, refletindo o meu desenvolvimento pessoal e profissional, demonstrando a aquisição de conhecimentos e competências para a intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados com recurso à investigação e a uma prática baseada na evidência, cumprindo sempre com referenciais éticos e deontológicos.

A primeira parte do relatório incidiu no desenvolvimento do projeto de intervenção em serviço: *Promoção da Continuidade de Cuidados na Transição Hospital-Domicílio à pessoa com doença mental, através da visita domiciliária do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica*, promovido entre uma UCC e um serviço hospitalar de psiquiatria de agudos, com o objetivo geral de *promover a continuidade de cuidados do hospital para o domicílio à pessoa com doença mental grave com fraca adesão ao regime terapêutico*.

A pessoa com doença mental grave deve ser considerada como participante ativa ao longo do seu projeto terapêutico, mas é sabido que o sucesso desta abordagem depende, em certa medida, das suas atitudes ao longo do seu processo de doença. Visto, muitas não desenvolverem insight para a sua vivência, não compreendendo e recusando o diagnóstico de uma doença mental, não aderem ao tratamento. A adesão ao tratamento farmacológico é indispensável na manutenção da funcionalidade da pessoa com doença mental, pelo que a não adesão ao mesmo, traz inúmeras consequências, nomeadamente a de reinternamentos sucessivos e um pior prognóstico.

A transição hospital-domicílio constitui-se como podendo ser um período crítico, uma vez que após a alta, as pessoas são vulneráveis a sentirem-se sobrecarregadas pelos desafios com que se confrontam no domicílio, podendo ter dificuldade em readaptar-se aos seus ambientes. Nas pessoas que não aderem ao projeto terapêutico, esta dificuldade agrava-se, comprometendo uma transição saudável entre o contexto hospitalar para o domiciliário.

A VD demonstrou que consegue manter o contacto entre a pessoa com doença mental e os cuidados de saúde, sendo um modelo que assegura a continuidade de cuidados, promove a acessibilidade; facilita a aceitabilidade uma vez que mantém as pessoas inseridas nos seus contextos, demonstra ter benefícios ao nível da sintomatologia, da funcionalidade ou da qualidade e vida das pessoas e das suas famílias, diminuindo também os reinternamentos ou a duração dos mesmos.

É igualmente facilitadora da diminuição de algumas das barreiras mais identificadas pelas pessoas com doença mental na continuidade de cuidados pós-hospitalar: a dificuldade de transporte, a motivação ou o estigma. Assim, a VD influencia positivamente o envolvimento das pessoas e dos seus cuidadores no tratamento destas patologias.

Dada a conjuntura atual, virada para a contenção de custos na saúde, existe também uma relação positiva demonstrada entre custo-benefício no que concerne à VD, uma vez que embora seja referido por alguns estudos que primeiramente possam existir mais custos numa fase inicial - pagar aos profissionais ou assegurar transporte - a longo prazo estão comprovados os ganhos económicos e em saúde, reduzindo principalmente o desperdício de recursos consumidos durante os reinternamentos por causa das recaídas.

A Teoria das Transições surge como uma resposta às mudanças constantes que afetam os seres humanos, podendo estes ter capacidade de dar uma resposta adequada, lidando com essas mesmas mudanças (Meleis, 2010). No caso das pessoas que integram e integrarão o projeto de intervenção, há um padrão comportamental de não adesão ao regime terapêutico, ou seja, uma resposta desajustada aos processos de transição, neste caso na transição hospital-domicílio.

O EEESMP enquanto agente ativo no tratamento das pessoas com doença mental e face aos problemas específicos que estas vivenciam nas suas transições, visa que as suas intervenções contribuam para a adequação dos padrões de resposta da pessoa doente e família aos mesmos.

A avaliação de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica baseia-se no conhecimento da sintomatologia, relacionada com o conteúdo e forma de pensamento, perceção, afeto, sentido de self, comprometimento do funcionamento interpessoal e no relacionamento com o mundo e comportamento psicomotor (Townsend, 2011).

Neste projeto de intervenção, embora aparentemente as intervenções se encontrem mais direcionadas para o diagnóstico “adesão ao regime terapêutico ineficaz”, existem tantas outras que são passíveis de serem executadas em contexto domiciliário e que dão resposta a outros diagnósticos que possam ser identificados: ensinar sobre o processo de doença, assistir na modificação do comportamento, promover autorresponsabilização orientar antecipadamente para a crise, facilitar envolvimento familiar ou promover autocuidado.

Tudo isto, ajuda a pessoa cuidada a “atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” na transição hospital-domicílio, acabando por evitar o agravamento da situação e a sua desinserção social, promovendo a sua recuperação e qualidade de vida de toda a família, algo que a OE (2018) enuncia como dever dos EEESMP.

O EEESMP deve assim saber avaliar a situação da pessoa alvo de cuidados, tentando ao máximo identificar quais as mudanças que um processo de transição pode trazer ao indivíduo, tendo em conta que as respostas desenvolvidas são influenciadas pelos contextos, situações vivenciadas e por diversos fatores (Meleis, 2010).

A relação terapêutica constitui-se como imperativa no processo de cuidar, em que a centralidade da mesma recai sob a pessoa cuidada, única no seu modo de se apresentar no mundo. O EEESMP tem de procurar compreender e dar sentido à experiência vivida da pessoa com doença mental, intervindo de forma personalizada e assegurando a autodeterminação da pessoa, visto esta ser dotada de valores, crenças, desejos e vontade. Podem, no entanto, na área de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, existir situações em esta autodeterminação, em que o princípio do respeito pela autonomia da pessoa pode entrar em conflito com outros princípios, como o da beneficência ou não-maleficência, mas tem sempre de ser assegurado o respeito pela dignidade humana.

Nesta área de cuidados, visto as pessoas com doença mental poderem ser envolvidas em situações de cuidados de forma involuntária, pode dificultar o estabelecimento da relação terapêutica. Existem qualidades pessoais do enfermeiro que podem facilitar esta relação terapêutica em enfermagem de saúde mental, nomeadamente a autenticidade e a genuinidade do enfermeiro, de forma a poder encontrar-se mais perto do seu self, mas sem nunca esquecer o contexto e os limites da relação profissional, de modo a preservar a integridade do processo terapêutico.

Cabe ao EEESMP utilizar-se como instrumento terapêutico durante a relação terapêutica, pelo que o desenvolvimento da sua capacidade de autoconhecimento, a expressão consciente de si, e o desenvolvimento pessoal são perentórios na prática de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, uma vez que a sua atuação vai condicionar os resultados esperados.

Isto remete para uma das competências específicas do EEESMP, que foi analisada e refletida de forma aprofundada na segunda parte do relatório, juntamente com as restantes competências específicas, com as competências comuns do EEESMP e as de mestre em enfermagem.

Salientar o processo reflexivo como fundamental ao longo do desenvolvimento pessoal e profissional, visto ser uma forma de “fonte de conhecimento, valoriza a experiência Humana, a consciência de si mesmo e a abertura para a realização, no mundo e com os Outros. Refletir, nesta ideia de se fletir sobre si, é ser consciente de si mesmo, durante ou depois de uma experiência particular, podendo ganhar novos insights sobre si e habilitar-se a responder de forma mais congruente em situações futuras, dentro de uma espiral reflexiva no sentido de desenvolver a sabedoria prática” (Nunes, 2017, p. 133).

Os objetivos delineados no início deste relatório foram alcançados, uma vez que foi relatado o trabalho desenvolvido e descrito o desenvolvimento de Competências do EEESMP e de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, havendo a reflexão do meu crescimento pessoal e profissional. Foi promovida a melhoria da qualidade dos cuidados, não só pelo reflexo do meu desenvolvimento que contribuirá em ganhos para a saúde dos clientes com quem me cruzo, como pelo desenvolvimento do projeto de intervenção que contribuirá para que seja assegurada a continuidade de cuidados de saúde mental e psiquiatria pós-internamento, prestando cuidados de enfermagem no domicílio às pessoas com doença mental grave e suas famílias, estimulando a adesão ao regime terapêutico ou a capacitação e apoio aos cuidadores informais.

Este percurso trouxe, no entanto, dificuldades e o trabalho apresenta algumas limitações. Como dificuldade realça-se a constatação das incertezas no início do projeto no que concerne à sua metodologia, com dificuldade em planejar a sua operacionalização. No que concerne às limitações, ainda não existe uma avaliação dos resultados das intervenções realizadas no âmbito do projeto, que espelhe que a metodologia utilizada dá efetivamente resposta à resolução do problema identificado.

Conclui-se com a consciência de que é essencial continuar a fazer aprendizagens ao nível do mundo interno de cada um e do mundo interno daqueles com quem nos cruzamos, desenvolver ferramentas de ajuda às pessoas e às famílias, devendo atuar como inquisidores das regras e das normas, adotando uma prática humanizada e participativa na sociedade, tendo igualmente consciência das limitações da nossa ação e da necessidade dos pares e de outros grupos profissionais como elementar para melhorar a prestação de cuidados especializados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akerele, E., Lim, C., Olupona, T., Ojo, O., Co, N., & Lim, J. (2017). Reducing readmission rates in inpatient settings. *International Journal of Mental Health*, 46(3), pp. 168-176.
- Almeida, J. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Almeida, J., Almeida, H., & Santos, E. (2010). Sobrecarga dos cuidadores familiares de pessoas com doença mental: dimensões analítico-reflexivas na perspectiva do Serviço Social. *PSYCHOLOGICA*, II(52), pp. 91-116.
- Almeida, S., & Amendoeira, J. (2015). *O enfermeiro gestor de caso no empowerment da pessoa com doença mental crónica*. Santarém: Instituto Politécnico de Santarém.
- Alves, J., Ribeiro, C., & Campos, S. (2012). A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares . . *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(7), pp. 33-42.
- Amaral, A. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*. Mem-Martins: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Azevedo, P., & Sousa, P. (Julho de 2012). Partilha de informação de enfermagem: dimensões do Papel de Prestador de Cuidados. *Revista de Enfermagem Referência*, III(7), pp. 113-122.
- Bandeira, M., & Silva, M. (2012). Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR): estudo de validação. *J Bras Psiquiatr*, 61(3), pp. 124-132.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Borges, P. (2013). *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem: Perspetivas dos Supervisores*. Porto.
- Botha, U., Koen, L., Joska, J., Parker, J., Horn, N., Hering, L., & Oosthuizen, P. (2010). The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *Soc Psychiat Epidemiol*(45), pp. 461-468.
- Brito, M. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado. Tese de Candidatura ao Grau de Doutor em Enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Cardoso, A. (2007). *Estudo sobre o Insight em Pessoas com Psicose*. Lisboa.
- Cardoso, A., Byrne, M., & Xavier, M. (2016). Treatment adherence in psychiatric disorders: The impact of the attitudes and beliefs of mental health professionals in psychiatry services in Portugal. Part I: Conceptual and methodological aspects. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), pp. 209-219.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica. Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Chang, Y., & Chou, F. (2015). Effects of Home Visit Intervention on Re-hospitalization Rates in Psychiatric Patients. *Springer Science + Business Media*, 20, pp. 598-605.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE]. (2016). CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Ed.

- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [CNECV] (2014). *Parecer sobre Bioética e Saúde Mental*.
- Comissão Europeia [CE] (2016). *European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing*. .
- Couceiro, M. (1992). *Processos de Autoformação: uma produção singular de si-próprio*. Lisboa: Dissertação de Mestrado.
- Decreto-Lei n.º 22/2011 de 10 de Fevereiro. *Diário da República nº 29/2011 - Iª Série*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro. *Diário da República nº 191/2010 - Iª Série*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei nº 304/2009 de 22 Outubro. *Diário da República nº 205/2009 - Iª Série*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro. *Diário da República nº 176/2016- I.ª série* . Lisboa: Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.
- Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem - Do problema aos Fundamentos para o Agir*. Coimbra: Almedina.
- Despacho n.º 1269/2017 de 6 de fevereiro. *Diário da República nº 26/2017 - IIª Série*. Lisboa: Finanças, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2017). Norma nº 001/2017 de 8 de fevereiro. *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2016). *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2011). Departamento da Qualidade. *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Lisboa: Autor OMS.
- Dias, A., & Queirós, A. (2010). *Estudo “Integração e Continuidade de Cuidados” - Plano Nacional de Saúde 2011-16*. Alto Comissariado da Saúde.
- Diogo, P., & Rodrigues, L. (2012). O Trabalho Emocional: Reflexão e investigação em cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 16(1), pp. 62-71.
- Diogo, P., Rodrigues, J., Sousa, O., Martins, H., & Fernandes, N. (2016). Supervisão de estudantes em ensino clínico: Correlação entre desenvolvimento de competências emocionais e função de suport. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Especial 4*, pp. 155-122.
- Ferreira, C. (2015). *Gestão em Enfermagem e a Formação em serviço: Tecnologias de informação e padrões de qualidade*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto: Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços em Enfermagem.
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. (2007). *Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas*. Revista Percursos. Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Plitécnico de Setúbal.
- Fleury, M., & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *RAC, Edição Especial*, pp. 183-186.
- Fonseca, R. (2015). *Direitos e Deveres da Pessoa com Doença Mental – Interseção entre legislação e a política de saúde mental*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

- Freeman, C. (2006). *Clinical Supervision Guidelines for Registered Nurses*. Birkenhead and Wallasey: Primary Care Trust.
- Gambarelli, S., & Taets, G. (2018). A importância da empatia no cuidado de enfermagem na atenção primária à saúde. *Enfermagem Brasil*, 17(4), pp. 394-400.
- Gleason, H., & Coyle, E. (2015). Mental and behavioral health conditions among older adults: implications for the home care workforce. *Aging & Mental Health*, 20(8), pp. 848-855.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Gomis, O., Palma, C., & Fariols, N. (2017). Intervencion domiciliaria en psicosis: una revision sistemática. *Actas Esp Psiquiatria*, 45(6), pp. 290-302.
- Gray, R., White, J., Schulz, M., & Abderhalden, C. (2010). Enhancing medication adherence in people with schizophrenia: An international programme of research. *International Journal of Mental Health Nursing*(19), pp. 36-44.
- Guimarães, P. (2000). *Aprender no Local de Trabalho: Um Outro Olhar sobre a Formação e a Enfermagem*. Minho: IV Congresso Português de Sociologia.
- Hegedus, A., Kozel, B., Fankhauser, N., Needham, I., & Behrens, J. (2018). Outcomes and feasibility of the short transitional intervention in psychiatry in improving the transition from inpatient treatment to the community: A pilot study. *International Journal of Mental Health Nursing*(27), pp. 571–580.
- Hurley, J. (2009). A qualitative study of mental health nurse identities: Many roles, one profession. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, pp. 383-390.
- International Council of Nurses [ICN] (2008). *Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) – «Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e as Famílias para Promover a Adesão ao Tratamento»*. Ordem dos Enfermeiros.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2018). Estatísticas da Saúde - 2016.
- Jardim, J., & Pereira, A. (2006). *Competências Pessoais e Sociais. Guia Prático*. Porto: ASA.
- Klut, O., & Palma, M. (2012). Dar más notícias. *Sessão Clínica do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE. Serviço de Psiquiatria*.
- Lakeh, M., Yaghoubi, M., Hajebi, A., Malaouti, S., & Vasfi, M. (2017). Cost-effectiveness of aftercare services for people with severe mental disorders: an analysis parallel to a randomised controlled clinical trial in Iran. *Health and Social Care in the Community*, 25(3), pp. 1151-1159.
- Manso, N. (2011). *Adesão ao Regime Terapêutico na Pessoa com Esquizofrenia. Relatório de estágio com vista a obtenção do título de Mestre em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa: ESEL.
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), pp. 62-66.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mendes, F., Gemito, M., Caldeira, E., Serra, I., & Casas-Novas, M. (2017). Continuity of care from the perspective of users. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), pp. 841-853.

- Mendes, J. (2006). A relação de ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem. *Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, ANO XII(Nº. 36), pp. 71-77.
- Ministério da Saúde. (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020. *Despacho n.º 5613/2015, publicado DR, 2.ª série, nº102 de 27 de maio de 2015*.
- Ministério do Trabalho & Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2017). *Relatório de Portugal - Terceiro Ciclo de revisão e avaliação da estratégia de implementação regional do plano nternacional de ação de Madrid sobre o envelhecimento*. Lisboa.
- Miranda, A. (2008). *Bioética e saúde mental: no limiar dos limites: o que o doente mental mantém de homem ético*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Bioética.
- Monterroso, L., Pierdevara, L., & Joaquim, N. (Junho de 2012). Avaliação da adesão regime terapêutico dos utentes seguidos na consulta externa de Psiquiatria do Centro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, pp. 39-45.
- Montezeli, J., Caveião, C., Hey, A., Peres, A., Romano, M., & Tavares, Z. (2016). Mobilização da liderança: concepção de graduandos em enfermagem. *Rev Fund Care Online*, 8(4), pp. 5114-5119.
- Mourão, C. (2009). *Tomada de decisão em enfermeiros experientes e não experientes*. Lisboa: Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.
- Narigão, M. (2012). Cuidados Continuados em Saúde Mental: Reflexão sobre Respostas para Pessoas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*(8), pp. 58-62.
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.
- Nunes, L. (2016). Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *Revista Servir*, 59(2), pp. 7-17.
- Nunes, L. (2017). *Para uma Epistemologia de Enfermagem*. Loures: Lusodidata.
- Nunes, L., Gato, A., Cândida, F., Leal, P., & Ramos, L. (2016). *PReSaMe - Projeto de Respostas em Saúde Mental - Relatório da Península de Setúbal*. Departamento Enfermagem. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Setúbal.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2006). *Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). *Código Deontológico. (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro)*.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa: OE, Publicado em Diário da República - Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto. Diário da República, nº 151/2018 - IIª série.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE, Publicado em Diário da República - Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. *Diário da República, n.º 26/2019 - IIª serie*
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2009). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários - Uma perspetiva global*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2005). *Livro de Recursos da OMS, sobre saúde mental – direitos humanos e legislação*.

- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Genebra.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2001). *The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*. Genebra.
- Palha, F., & Costa, N. (2015). *Trajelórias pelos cuidados de saúde mental. Parte I- O processo de "desinstitucionalização" psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às perceções e utentes, familiares/cuidadores e técnicos*. Porto: ENCONTRAR+SE.
- Paniagua, D., Ribeiro, M., Correia, A., Ferreira e Cunha, C., Baixinho, C., & Ferreira, O. (2018). Training for hospital-community safe transition. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 5(71), pp. 2396-2403.
- Pereira, P., & Botelho, M. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 18(2), pp. 61-73.
- Pfeiffer, P., Bowersox, N., Birgenheir, D., Burgess, J., Forman, J., & Valensteun, M. (2016). Preferences and Barriers to Care Following Psychiatric Hospitalization at Two Veterans Affairs Medical Centers: A Mixed Methods Study. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 1, pp. 88-103.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.
- Redding, A., Maguire, N., Johnson, G., & Maguire, T. (2017). What is the Lived Experience of Being Discharged From. *Community Mental Health Journal*(53), pp. 568-577.
- Ribeiro, A. (2012). *Processo de Agudização e Reinternamento do Doente Psicótico: Um Contributo para a Melhoria da Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Dissertação de Mestrado*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Ribeiro, R. (2013). *A transmissão de más notícias na perspetiva do enfermeiro. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Santos, A., & Cardoso, C. (2014). Familiares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental: Satisfação com serviço. *Estudos de Psicologia*, 19(1), pp. 13-21.
- Santos, R. (2007). *Porta giratória: conceito e ocorrências nas internações psiquiátricas em Ribão Preto*. Ribeirão Preto: Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor. .
- Serrano, A., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(3), pp. 15-23.
- Serviço Nacional de Saúde [SNS] - Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental. (2017). *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. Lisboa.
- Souza, M., Silva, M., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), pp. 102-106.
- Susaki, T., Silva, M., & Possari, J. (2006). Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. *Acta Paul Enferm*, 19(2), pp. 144-149.
- Tomás, M. (2013). *As intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria para os familiares das pessoas com o diagnóstico médico de esquizofrenia*. Setúbal: Relatório do Trabalho de Projeto do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Lusociência.

- Vanelli, I., Chendo, I., Gois, C., Santos, J., & Levy, P. (2011). Adaptação e Validação da Versão Portuguesa da Escala de Adesão à Terapêutica. *Acta Medica Portuguesa*, 24(1), pp. 17-20.
- Vicente, J. (2011). *As relações interprofissionais em equipas de saúde mental*. Coimbra: Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Economia e à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Waldow, V. (2009). Caring moment: moment of reflection in action. *Rev Bras Enferm*, 62(1), pp. 140-145.
- Xavier, S. (2013). *Significar a Competência Emocional do Enfermeiro na prestação de cuidados de conforto à pessoa em fim de vida*. Lisboa: Tese elaborada para a obtenção do grau de doutor em enfermagem.
- Xavier, S., & Nunes, L. (2016). Significados atribuídos à competência emocional do enfermeiro: estudo empírico e impacto na educação. *RIASE*, 2(2), pp. 620-636.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Resumo do Artigo Elaborado e Submetido à RPESM (Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental)

“A Visita Domiciliária na Continuidade de Cuidados Hospital-Domicílio à Pessoa
com Doença Mental – uma Revisão Integrativa da Literatura”

“A VISITA DOMICILIÁRIA NA CONTINUIDADE DE CUIDADOS HOSPITAL-DOMICÍLIO À PESSOA COM DOENÇA MENTAL – UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA”

“LA VISITA A DOMICILIO EM LA CONTINUIDAD DE LA ATENCION HOSPITALÁRIA A DOMICILIO A LA PERSONA COM ENFERMEDAD MENTAL – UNA REVISION INTEGRATIVA DE LA LITERATURA”

“THE HOME VISIT IN THE CONTINUITY OF HOSPITAL-DOMICILE CARE TO THE PERSON WITH MENTAL DISORDERS – AN INTEGRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE”

Soraia Ferreira¹; Lino Ramos²

¹ Estudante do 2º Mestrado em Associação na Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica.
Contacto via email: soraia.ferreira@estudantes.ips.pt

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

Artigo elaborado durante a realização do 2º Mestrado em Associação em Enfermagem no ano letivo 2018/2019.

RESUMO

“A Visita Domiciliária na Continuidade de Cuidados Hospital-Domicílio à Pessoa com Doença Mental – uma Revisão Integrativa da Literatura”

Contexto: A mudança de um paradigma hospitalocêntrico para um de raiz comunitária vem sendo desde há vários anos contemplada como prioritária. No entanto, continua a existir uma escassa resposta de estruturas necessárias de apoio às pessoas com doença mental e seus cuidadores. O processo de vivência da transição hospital-domicílio pode expor a pessoa a um risco potencial de desenvolver um processo de adaptação desajustado, pelo que a visita domiciliária pode ser um recurso interessante, na medida em que promove a acessibilidade e a aceitabilidade, podendo influenciar positivamente o envolvimento das pessoas e dos seus cuidadores no tratamento destas patologias. **Objetivo:** Identificar os benefícios da visita domiciliária às pessoas com doença mental na continuidade de cuidados hospital-domicílio. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, recorrendo-se a pesquisa nas bases de dados EBSCO e B-ON e no RCAAP, tendo resultado em cinco artigos compreendidos no horizonte temporal 2013-2018. **Resultados:** A visita domiciliária permite manter o contacto da pessoa com doença mental e os cuidados de saúde, assegura a continuidade de cuidados, demonstrando ter benefícios quer a nível da sintomatologia, da funcionalidade ou da qualidade e vida das pessoas e das suas famílias, reduzindo o desperdício de recursos consumidos durante os reinternamentos por causa das recaídas, além de promover igualmente a sua inserção na comunidade. **Conclusões:** A visita domiciliária deve ser explorada no que concerne aos cuidados a pessoas com doença mental, por ser um recurso que pode diminuir algumas das barreiras identificadas na continuidade de cuidados pós-hospitalar e pelos benefícios que acarreta.

Palavras-chave: Visita domiciliar; Transtornos Mentais; Continuidade de Assistência ao Paciente; Enfermagem Psiquiátrica.

RESUMEN

“La Visita a Domicilio em la Continuidad de la Atención Hospitalaria a Domicilio a la Persona com Enfermedad Mental – una Revisión Integrativa de la Literatura”

Contexto: El cambio de un paradigma centrado en el hospital a uno basado en la comunidad ha sido considerado una prioridad durante varios años. Todavía hay poca respuesta de las estructuras de apoyo necesarias para las personas con enfermedades mentales y sus cuidadores. El proceso de experimentar la transición entre el hospital y el domicilio puede exponer a la persona a un riesgo potencial de desarrollar un proceso de adaptación inapropiado, por lo que la visita a domicilio puede ser un recurso interesante, ya que promueve la accesibilidad, la aceptabilidad y la participación de las personas y sus cuidadores en el tratamiento de estas patologías. **Objetivo:** Identificar los beneficios

de las visitas domiciliarias a personas con enfermedades mentales en la continuidad de la atención hospitalaria domiciliaria. **Metodología:** Se llevó a cabo una revisión integrativa de la literatura utilizando las bases de datos de EBSCO y B-ON y RCAAP, lo que resultó en la inclusión de cinco artículos en el horizonte temporal 2013-2018. **Resultados:** La visita domiciliaria asegura la continuidad de la atención, demuestra beneficios en términos de síntomas, funcionalidad o calidad de vida de las personas y sus familias, reduce el derroche de recursos consumidos, y también promueve su integración en la comunidad. **Conclusiones:** Se deben explorar las visitas domiciliarias en relación con la atención de las personas con enfermedades mentales, ya que se trata de un recurso que puede reducir algunas de las barreras identificadas en la continuidad de la atención poshospitalaria y los beneficios que aporta.

Descriptores: Visita Domiciliaria; Trastornos Mentales; Continuidad de la Atención al Paciente; Enfermería Psiquiátrica

ABSTRACT

“The Home Visit in the Continuity of Hospital-Domicile Care to the Person with Mental Disorders – an Integrative Review of the Literature”

Background: Changing the hospital-centered to a community-based care paradigm has been seen as a priority for a long time. However, there still is a limited response from all the organizations needed to help and support patients with Mental Illnesses and their caretakers. The hospital-home transition and how the patients cope with it might lead to maladjusted adaptation mechanisms. As such, home visits are an important tool that promote accessibility and acceptability, positively influencing patients' and their caretakers' involvement in the treatment of the underlying disease. **Objective:** To understand the benefits that home visits can have in promoting the continuity of hospital-home care for the patients with mental illness. **Methodology:** An integrative literature review was conducted using the EBSCO and B-ON databases and RCAAP, resulting in five articles included in the 2013-2018 time horizon. **Results:** The home visit allows the person with mental illness to maintain contact with the health care system, ensures continuity of care, demonstrating benefits in terms of symptoms, functionality or quality of life and life of individuals and their families, reducing the waste of resources consumed during readmissions due to relapses, and also promoting their integration into the community. **Conclusions:** Home visits should be explored with regard to the care of people with mental illness, as this is a resource that can reduce some of the barriers identified in the continuity of post-hospital care and the benefits it brings.

Keywords: House calls; Mental disorders; Continuity of patient care; Psychiatric Nursing

