



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Saúde Mental e
Psiquiatria

Relatório de Estágio

Contributo para a realização de uma Consulta de
Enfermagem de Saúde Mental em contexto
Domiciliário

Guida Maria Alves Gomes Amorim

Lisboa

2017



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Saúde Mental e
Psiquiatria

Relatório de Estágio

Contributo para a realização de uma Consulta de
Enfermagem de Saúde Mental em contexto
Domiciliário

Guida Maria Alves Gomes Amorim

Orientador: Professora Doutora Luisa d'Espiney

Co-Orientador: Professor Miguel Narigão

Lisboa

2017

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or leaves, extending from the right edge towards the center.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de iniciar os meus agradecimentos enunciando alguém muito especial por ser a impulsionadora deste percurso. A ti Cris, pelo incentivo de iniciar este caminho em busca de um aprofundamento pessoal e profissional, responsável pelo desenvolvimento de competências tão especiais que fazem de mim um genuíno instrumento terapêutico.

Aos meus orientadores, Professor Miguel Narigão e Professora Luísa d'Espiney por acreditarem em mim, pelo exemplo de percurso e por me guiarem no melhor caminho a seguir.

À minha enfermeira orientadora de ensino clínico, pela sua capacidade de resiliência (que para mim foi uma lição de vida), pela sua dedicação, orientação e carinho neste percurso de crescimento pessoal e profissional.

À Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, local onde trabalho, pela dispensa concedida para a realização do meu ensino clínico, pois sem ela não teria conseguido terminar este percurso.

Aos meus colegas, pela forma carinhosa com que se organizaram para que esta especialidade se concretizasse, pelos sorrisos e abraços que me recebiam todos os dias aquando o regresso ao trabalho.

À minha família, em especial aos meus filhos Mariana e Gabriel, a quem todos os dias de ausência tentava explicar os motivos de os deixar ou de chegar mais tarde. Agradeço a sua compreensão e todo o amor contido em cada abraço de despedida ou de chegada.

Aos meus amigos pela presença constante e por me ajudarem a não desistir nos dias em tudo parecia muito difícil.

A todos os meus utentes, que pelas suas necessidades tão específicas criaram em mim esta sede de saber para melhor cuidar

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BELLS – Basic Everyday Living Skills

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNSM– Coordenação Nacional para a Saúde Mental

DALY – Medida de anos vida ajustado à incapacidade

DMG – Doença Mental Grave

ECT – Eletroconvulsivoterapia

EE – Enfermeiro Especialista

EESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

MAT – Medida de Adesão ao Tratamento

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

YLD – Anos vividos com incapacidade

RESUMO

O presente relatório pretende traduzir o percurso realizado durante o estágio no âmbito do 6º Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, tendo presente a aquisição e o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em Saúde Mental e Psiquiatria previstas pela Ordem dos Enfermeiros (OE,2010).

Este relatório ilustra as atividades desenvolvidas numa unidade de internamento de agudos de uma instituição psiquiátrica e num serviço de visitação domiciliária, com o objetivo de adquirir contributos para a realização de uma consulta de Enfermagem de saúde mental em contexto domiciliário.

As intervenções desenvolvidas mobilizaram competências relacionais e comunicacionais e foram assentes na Teoria das Relações Interpessoais de Hieldgard Peplau e na Teoria do Recovery de Phil Barker.

Realço como principais aprendizagens que contribuíram para a elaboração desta consulta de enfermagem de saúde mental em contexto domiciliário, a relação de ajuda, o clima de envolvimento e confiança com o cliente/família, o respeito pela sua individualidade, pelos seus desejos e interesses na construção do plano de recovery. Sendo estes o pilar da realização da consulta de enfermagem de saúde mental em contexto domiciliário.

Palavras chave: Cuidados de Saúde Primários, Enfermagem de Saúde Mental, Domicilio, Consulta de Enfermagem e Relações Interpessoais.

ABSTRACT

This report intends to translate the course carried out during the internship in the scope of the 6th Master's Degree in Nursing - Mental Health and Psychiatry Nursing Specialization, taking into account the acquisition and development of the skills of specialist and master nurse in mental health and psychiatry provided by the Order Of Nurses (OE, 2010).

Illustrates the activities carried out in an acute hospitalization unit of a psychiatric institution and a home visitation service, in order to acquire contributions for conducting a mental health nursing consultation in a home context.

The interventions developed mobilized relational and communicational skills and were based on Hieldgard Peplau's Theory of Interpersonal Relations and Phil Barker's Theory of Recovery.

I highlight the main learning that contributed to the development of this mental health nursing consultation in a home context, the relationship of help, the climate of involvement and trust with the client / family, respect for their individuality, their desires and interests in the construction of the recovery plan. These are the mainstay of conducting the mental health nursing consultation in a home context.

Key words: Primary Health Care, Mental Health Nursing, Home, Nursing Consultation and Interpersonal Relationships

INTRODUÇÃO	8
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	10
1.1. Cuidados Saúde Primários e Saúde Mental	10
1.2. Enfermagem de Saúde Mental em contexto domiciliário – Reabilitação Psicossocial	11
1.3. Consulta de Enfermagem de Saúde Mental em contexto domiciliário	12
1.4. Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau	12
1.5. Teoria do Recovery	14
2. CONTRIBUTOS PARA A ELABORAÇÃO DE UMA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO	16
2.1. Objetivos do trabalho	17
2.2. Ensino clínico numa unidade de internamento de agudos	18
2.2.1. Intervenções individuais – Relação de Ajuda	19
2.2.2. Intervenções familiares	29
2.2.3. Planeamento da alta hospitalar	31
2.2.4. Sessões clínicas realizadas à equipa de enfermagem	34
2.3. Ensino comunitário	36
2.3.1. Intervenção grupal de apoio – Grupo de Famílias	37
2.3.2. Consulta de Enfermagem de saúde mental em ambulatório	39
2.3.3. Serviço de visitação domiciliária	41
2.3.3.1. Consulta de Enfermagem de saúde mental em contexto domiciliário	42
2.3.3.2. Consulta de Enfermagem de saúde mental de primeira vez	44
3. AVALIAÇÃO	46
4. CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO	53

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
--	-----------

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXOS

Anexo 1 – Instrumentos utilizados na Consulta de Enfermagem de Saúde Mental em ambulatório

APÊNDICES

Apêndice 1 – Sessão clínica “Avaliação do Estado Mental – contributos para a prática clínica em Enfermagem de Saúde Mental”

Apêndice 2 –Sessão Clínica “Intervenções do EESMP em contexto domiciliário – adesão ao regime terapêutico”

Apêndice 3 - Folheto “Factos e mitos” da Eletroconvulsivoterapia

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 – Resultado da aplicação do BELLS

INTRODUÇÃO

No âmbito do 6º Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, elaborei o presente relatório de atividades, que tem como objetivo apresentar o percurso realizado durante o ensino clínico com vista ao desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) previstas no Regulamento aprovado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010).

A taxa de prevalência das perturbações mentais em Portugal é de 22,9% (DGS,2013), realidade que testemunho na minha prática clínica nos cuidados de saúde primários, onde o número de pessoas com doença mental a residir no seu domicílio tem vindo a aumentar sendo a família o principal cuidador.

Em Portugal, dos DALY (medida em anos de vida ajustado à incapacidade), relativos aos anos perdidos de vida saudável, as perturbações mentais e do comportamento representam 11,75% da carga global da doença, e 20,55% dos anos vividos com incapacidade (YLD) (DGS,2013).

Segundo a Relatório Mundial de Saúde (2001), a prestação de cuidados às pessoas com perturbações mentais crónicas na comunidade é mais eficaz, demonstrando respeito pelos direitos humanos. Nesse sentido a OMS sugere aos países desenvolvidos a substituição dos grandes hospitais psiquiátricos por serviços de cuidados na comunidade, apoiados por camas destinadas a pessoas com patologia psiquiátrica em hospitais gerais e cuidados domiciliários para resposta às necessidades dos doentes. (OMS,2001)

Este processo de descentralização dos serviços de saúde mental, implicou a necessidade de existir uma estreita articulação entre os cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários, bem como a existência de recursos comunitários especializados, de suporte a estas pessoas/famílias.

O meu contato quase diário com estas pessoas/famílias na visita domiciliária, despertou-me para a necessidade de aprofundar conhecimentos na área da saúde mental que me permitissem contribuir para a reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental em contexto domiciliário.

De acordo com a Classificação para a Prática de Enfermagem (CIPE,2011), o termo “visitação domiciliária” designa “consulta”. Assim, o domicílio passa a ser o contexto de intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental, no âmbito da consulta de enfermagem.

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

Esta intervenção especializada, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011), deverá ser guiada por padrões de qualidade e ter por base a relação de ajuda, numa abordagem holística à pessoa/família com doença mental (OE, 2011).

Este trabalho tem como objetivo contribuir para a realização de uma consulta de Enfermagem de saúde mental em contexto domiciliário, com base na experiência/conhecimento adquiridos durante o ensino clínico, para posteriormente instituir no meu local de trabalho.

O presente relatório encontra-se dividido em quatro capítulos: o primeiro engloba uma dimensão teórica sobre os enquadramentos conceituais associados à Enfermagem de saúde mental em contexto domiciliário e o modelo de enfermagem de Hildegard Peplau e Phil Barker; o segundo capítulo reflete o planeamento e as intervenções realizadas no contexto clínico de internamento de uma unidade psiquiátrica de agudos e comunidade (grupo de famílias, consultas de enfermagem de saúde mental em ambulatório e domicílio); o terceiro capítulo centra-se nos contributos destes ensinamentos clínicos para a realização de uma consulta de enfermagem de saúde mental em contexto domiciliário, bem como para o desenvolvimento das competências do EESMP e o quarto capítulo encerra este trabalho com as conclusões e trabalho futuro.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Cuidados de saúde primários e saúde mental

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007/2016 contempla nos seus objetivos a integração de serviços de saúde mental nos cuidados de saúde primários, por forma a melhorar a acessibilidade aos mesmos, mantendo a pessoa com doença mental no seu domicílio (CNSM,2008).

Este processo de descentralização e a realidade que presencio despertaram-me, enquanto enfermeira a exercer a minha prática nos cuidados de saúde primários para a necessidade de especialização nesta área para dar conseguir responder adequadamente aos desafios que se impõem. Os serviços tiveram que ser reestruturados, assistindo-se a nível comunitário à criação de recursos comunitários que deem resposta às necessidades da pessoa/família com doença mental em estreita articulação com os serviços hospitalares de SMP (DL 35/99)

É nesse sentido, que o Decreto-lei nº 8/2010, de 28 de janeiro de 2010. Cria um conjunto de unidades e equipas de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM), destinados a apoiar as pessoas com doença mental grave da qual resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade.

Nesta mudança de contexto de intervenção, o foco centra-se na pessoa/família com doença mental em contexto domiciliário, e o hospital passa a ser um recurso mobilizado sempre que necessário. A criação de um modelo de articulação onde a informação flua nos dois sentidos, com o objetivo de garantir a continuidade de cuidados de uma forma harmoniosa torna-se imprescindível.

1.2. Enfermagem de saúde mental em contexto domiciliário – Reabilitação psicossocial

A Enfermagem de Saúde Mental centra-se na promoção e prevenção da doença mental, no diagnóstico e intervenções perante respostas desadequadas e desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental. (OE,2010)

O enfermeiro é por excelência um profissional de saúde de relação, de proximidade. Cuidar no domicílio é uma prática relevante, pressupondo competências específicas para uma intervenção não só clínica, mas também psicossocial à pessoa e família, com o objetivo de recuperar e promover a saúde.

O EESMP pela sua competência técnica, científica e humana estabelece uma relação de confiança e parceria, mobilizando-se como instrumento terapêutico, com o objetivo de ajudar a pessoa com doença mental, integrada na sua família, a recuperar a sua saúde mental. Sempre que necessário identifica e mobiliza os recursos comunitários, com a finalidade da reabilitação psicossocial (OE,2011).

As intervenções do EESMP, no que diz respeito ao tratamento da pessoa com doença mental têm como objetivo adequar as respostas da pessoa doente/família às dificuldades sentidas devido a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stresse do prestador de cuidados). Estas intervenções têm como finalidade evitar a evolução da doença e a desinserção social da pessoa/família, bem como, promover a recuperação e a qualidade de vida da pessoa/família (OE,2010).

O modelo de reabilitação psicossocial proposto por Saraceno, citado por Lussi e al (2006) refere-nos que a intervenção do enfermeiro centra-se no reforço das competências da pessoa/família com doença mental, inserida no seu contexto familiar e social, com o objetivo da autonomização e inserção social. Destaca o profissional de saúde mental como o condutor de um processo interior de reorganização e reconfiguração que permite à pessoa/família a estabilização da sua doença e independência dos cuidados (Lussi e al, 2006).

1.3. Consulta de Enfermagem de saúde mental em contexto domiciliário

No contexto domiciliário, o EESMP envolve a família no processo de reabilitação psicossocial, sendo esta considerada como “um grupo em constante interação e com dinamismo que lhe é próprio”, constituindo-se assim a necessidade de se aprofundar conhecimentos, competências e instrumentos específicos para este contexto de intervenção (Puschel,2005, p.204).

A consulta de Enfermagem de saúde mental no domicílio surge como uma intervenção autónoma, baseada na relação de ajuda estabelecida com a pessoa/família com doença mental. Trata-se de uma intervenção devidamente estruturada, baseada numa metodologia científica que inclui a identificação de um problema, a colheita e apreciação de dados, elaboração do diagnóstico de enfermagem, construção e execução do plano de intervenção e avaliação do mesmo (REPE,1996).

É um processo que se constrói a dois, no qual a relação interpessoal é a base do processo terapêutico desenvolvido ao longo das consultas de enfermagem de saúde mental. Nesse sentido, as teorias da interação surgem neste trabalho como modelos de referência nos contributos para a consulta de enfermagem de saúde mental em contexto domiciliário.

1.4. Teoria das Relações Interpessoais de HildegardPeplau

A Teoria das Relações Interpessoais, Peplau (1990) visualiza a enfermagem como um fenómeno cujo foco de atenção é o enfermeiro e o cliente, identificando conceitos e princípios que fundamentam as relações interpessoais que ocorrem na prática de enfermagem. Peplau (1990) crê que a situação de cuidar possa ser transformada numa experiência única e significativa que conduz o enfermeiro e o cliente à aprendizagem e ao crescimento pessoal (Peplau,1990).

O crescimento pessoal só é possível pela relação dinâmica que se estabelece entre o enfermeiro e o cliente, pelo que o reconhecimento, o

esclarecimento e a construção de um entendimento sobre a relação que se estabelece no cuidar é essencial (O'toole, 1996).

Neste sentido, é relevante que o EESMP tenha consciência de si no aqui e agora, percebendo como se pode mobilizar como instrumento terapêutico na relação que constrói com o cliente. Peplau (1990) reforça esta ideia ao afirmar que o enfermeiro compreenderá melhor o cliente se tiver plena consciência e entendimento sobre a sua função na relação.

Na teoria de Peplau (1990), de acordo com as fases da relação, o enfermeiro desempenha o papel de pessoa desconhecida, de recurso, de professora, de líder e de conselheira.

Segundo a teórica, a relação enfermeira-cliente é desenvolvida em quatro fases que estão interligadas e que se sobrepõem durante a relação. São elas:

- Fase de Orientação, na qual a enfermeira é procurada pelo cliente e assume a função de o ajudar a reconhecer o seu problema, assim como a determinar a sua necessidade de ajuda.

- Fase de Identificação: O cliente procura identificar-se com quem o pode ajudar, explorando assim a relação entre ambos, favorecendo a expressão de sentimentos e emoções;

- Fase de Exploração: O cliente pode começar a sentir-se parte integrante do ambiente de cuidados conduzindo-o a um conflito de dependência-independência que o enfermeiro terá que gerir através da técnica da entrevista e da comunicação adequada, esclarecendo, escutando, aceitando e interpretando.

- Fase de Resolução: O cliente começa a traçar novos objetivos, quando os anteriores estão solucionados, abandonando progressivamente a identificação com a enfermeira.

O objetivo da intervenção do enfermeiro, segundo Peplau (1990) é ajudar o cliente e a comunidade a fazerem mudanças que influenciem positivamente a sua vida. Para tal, os objetivos de intervenção têm que ser

elaborados em harmonia entre o enfermeiro e o cliente, reconhecendo o papel da família e o contexto sociocultural do cliente na consecução dos mesmos. A autora afirma que um dos papéis que o enfermeiro pode desenvolver é o de garantir a continuidade de cuidados entre o hospital e a comunidade (Riehl, 1980).

A consulta de enfermagem de saúde mental surge neste relatório como uma intervenção devidamente estruturada (contemplando as fases descritas por Peplau), onde se constrói um plano conjunto de intervenção, no qual cada um, enfermeiro e cliente, tem o seu papel. O objetivo desta intervenção será o crescimento pessoal de ambos e a aquisição/desenvolvimento de competências (treino de competências) que permitam a autonomia gradual da pessoa/família com doença mental, através da consciência dos seus recursos internos e externos e da perceção de como e quando os poderá mobilizar. O papel do enfermeiro será de guia, de facilitador deste processo de autonomização e reabilitação psicossocial.

1.5. Teoria do Recovery

Na mudança do paradigma do tratamento à pessoa com doença mental, surge o Recovery como uma linha orientadora dos sistemas e serviços de saúde mental.

O Recovery é definido como “um processo profundamente pessoal, de redescoberta de um novo sentimento de identidade e de fortalecimento pessoal para viver, participar e contribuir para a comunidade, através da (re) aquisição de papéis sociais significativos ao nível do emprego, da educação e da família.” (Duarte, 2014,p.127)

Na enfermagem de saúde mental, Phil Barker (2000) criou o Modelo do Recovery ou TidalModel, modelo este baseado no Modelo de Peplau (1956).

De acordo com o Barker (2000) o enfermeiro tem o papel de auxiliar a pessoa a desenvolver estratégias de crescimento e desenvolvimento, indo além do que vive atualmente, conseguindo compreender e superar os seus atuais problemas psíquicos. Numa perspetiva fenomenológica, Barker (2000)

refere que as pessoas são a sua história, o sentido do eu, a sua relação com o mundo de experiências, e estão intrinsecamente interligadas nas histórias e suas vidas. (Santos et al, 2014)

O Modelo contempla três domínios: o eu, os outros e o mundo. No qual o domínio é uma esfera onde o indivíduo vivencia aspetos da vida privada e pública, é o lugar onde ele vive, a sua casa. Nesse sentido o objetivo terapêutico do cuidado está na comunidade, considerando a vida quotidiana da pessoa um oceano de experiências, onde as crises psiquiátricas se encontram entre coisas que podem afundá-la. O objetivo do cuidado de enfermagem de saúde mental é devolver às pessoas esse oceano de experiências, possibilitando-lhes continuar a sua recuperação.

Este modelo propõe dez compromissos que o enfermeiro deve seguir:

1. Valorizar a voz (a voz do utente é de experiência vivida; onde a sua história individual é o centro do encontro enfermeiro/pessoa/família).

2. Respeitar a linguagem (a linguagem utilizada pela pessoa é única e clarifica o caminho para Recovery).

3. Desenvolver curiosidade (o enfermeiro deve mostrar-se interessado na história de vida do utente, conseguindo compreender a pessoa que conta a história).

4. Tornar-se aprendiz (o cliente tem todos os dados da sua história, é perito nela. O enfermeiro só tem acesso à compreensão da história do utente se adotar uma postura de aprendiz).

5. Revelar sabedoria pessoal (o cliente vai revelando os seus elementos. O enfermeiro devolve ao utente a compreensão que apreendeu da situação descrita, ajudando a clarificar e a consciencializá-lo dos diferentes aspetos em causa).

6. Ser transparente (o enfermeiro deverá levar a pessoa à compreensão daquilo que vai ser feito, considerando que enfermeiro e cliente se constituem como um a verdadeira equipa).

7. Usar o kit de ferramentas (toolkit). A história e os elementos que a pessoa revela acerca de formas/estratégias que já utilizou com sucesso constituem-se instrumentos que o enfermeiro deve utilizar na construção de uma nova história, com o utente – a história da recuperação: Recovery).

8. Construir cada passo (enfermeiro e cliente, em equipa, efetuam uma apreciação daquilo que pode ser efetuado a curto prazo, já que o primeiro passo, por parte do utente é o mais importante).

9. Dar tempo (torna-se de grande importância o tempo dado ao encontro do enfermeiro e pessoa/família).

10. A mudança é constante (constata-se que existe mudança constante e isso é inevitável, porém o enfermeiro tem o papel de ajudar a pessoa/família a consciencializar-se da forma como as mudanças ocorreram e como essa consciência pode ser bastante importante para a pessoa e para o seu processo de recuperação/Recovery. (Barker& Buchanan-Barker, 2005,p.274).

Para a concretização do meu objetivo de adquirir contributos para a realização de uma consulta de enfermagem de saúde mental em contexto domiciliário, senti que a Teoria do Recovery de Barker (2000) seria relevante pois complementa a Teoria da Peplau pelos princípios que caracterizam a intervenção de enfermagem de saúde mental, pelo contexto (comunidade) onde a intervenção de enfermagem de saúde mental deverá ser realizada, pelo empoderamento da pessoa/família com doença mental e pelos 10 compromissos do enfermeiro na relação de ajuda.

2. CONTRIBUTOS PARA A ELABORAÇÃO DE UMA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

O ensino clínico decorreu em dois contextos: numa unidade de internamento de pessoas com doença mental em fase aguda e na comunidade.

Fui orientada por uma EE que exercia a sua prática clínica em ambulatório, internamento e domicílio, pelo que na mesma semana de estágio estive quatro dias em internamento e um dia nas consultas de enfermagem de saúde mental em ambulatório e domicílio. Quinzenalmente dinamizei com a minha orientadora, sessões para um grupo de famílias já existente, que integrei logo no início do ensino clínico.

Esta realidade permitiu-me verificar o continuum harmonioso que deverá existir entre estas duas realidades: hospitalização e regresso a casa. Reforçou a importância da articulação com as equipas de cuidados de saúde primários, bem como, o reconhecimento da família como um parceiro de cuidados relevante aquando a transição para a comunidade. Família com necessidade de suporte, como verifiquei no grupo de famílias (do qual falarei mais à frente), sendo ela também um foco de atenção do EESMP.

2.1. Objetivos do trabalho

Na minha prática clínica nos cuidados de saúde primários, na visita domiciliária, tenho verificado o aumento do número de pessoas com doença mental a residirem no seu domicílio, onde a família é o principal cuidador. Na unidade de saúde onde trabalho, não existe qualquer profissional especialista nesta área, realidade presente na maioria dos centros de saúde. A nível comunitário existem poucas estruturas especializadas de apoio à pessoa/família, pelo que os cuidados de saúde primários poderão desempenhar o papel de monitorização e acompanhamento destas pessoas/família.

Por outro lado, a inexistência de modelos de articulação hospital/comunidade, dificulta a manutenção da pessoa no seu domicílio, principalmente quando apresenta sintomatologia que antecede uma crise. As tentativas de contacto telefónico para as estruturas hospitalares são infrutíferas, pois dificilmente consigo contactar com o psiquiatra assistente. O recurso ao serviço de urgência tem sido a prática comum.

Para melhor cuidar, senti necessidade de conhecer a realidade do internamento hospitalar da pessoa/família com doença mental em fase aguda com o objetivo de aprofundar conhecimentos e adquirir competências neste domínio, que me permitissem uma intervenção estruturada à pessoa/família com doença mental em contexto domiciliário.

Assim, a consulta de enfermagem de saúde mental surge como uma intervenção passível de ser realizada neste contexto.

Este trabalho tem como objetivo geral contribuir para a realização de uma consulta de enfermagem de saúde mental em contexto domiciliário no meu local de trabalho.

Para a concretização do mesmo tracei os seguintes objetivos de estágio:

- Participar na identificação das necessidades da pessoa/família com doença mental em contexto de internamento e domiciliário;
- Planear intervenções de âmbito psicoterapêutico e psicoeducativo à pessoa/família em contexto de internamento e domiciliário;
- Identificar quais os recursos necessários à concretização das intervenções do EESMP nos dois contextos e mobilizá-los;
- Colaborar na articulação realizada pelos EESMP com os cuidados de saúde primários;
- Realizar consultas de saúde mental nos dois contextos.

2.2. Ensino clínico numa unidade de internamento de agudos

Este módulo de estágio desenrolou-se numa unidade de internamento de agudos que integra um centro hospitalar com várias ofertas de cuidados: unidades de internamento, hospital de dia, unidades de reabilitação psicossocial, núcleos de intervenção comunitária, residências de autonomização e um serviço de apoio domiciliário.

A unidade de internamento de agudos é um serviço composto por: três enfermarias, uma masculina, uma feminina e uma mista; dois quartos de isolamento, um refeitório, uma sala de convívio, um ginásio, uma sala de enfermagem, gabinetes médicos, uma sala da equipa de apoio domiciliário

sala de espera e secretária de unidade. Tem capacidade para o internamento de 30 pessoas.

A admissão nesta unidade é realizada após a referenciação de um serviço central de atendimento de utentes urgentes onde é iniciado o processo de estabilização da pessoa com doença mental em fase aguda e se faz o encaminhamento para uma unidade de internamento específica de acordo com o diagnóstico de base.

Durante o meu ensino clinico neste contexto integrei progressivamente a equipa multidisciplinar, bem como a dinâmica de funcionamento e a organização das atividades desenvolvidas. Realizei intervenções individuais, grupais (a utentes e famílias) e o planeamento para a alta hospitalar.

Considero que este contexto de ensino clinico foi aquele que mais contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, pelas dimensões da relação de ajuda e competências comunicacionais mobilizadas em cada intervenção.

2.2.1. Intervenções Individuais - Relação de Ajuda

O contexto e o ambiente terapêutico

Iniciei este ensino clinico com bastantes expectativas, com representações mentais, que também posso chamar de preconceitos, bem estruturadas sobre o que seria um serviço de psiquiatria e como profissionais de saúde que ai desempenham funções acolheriam a pessoa/família com doença mental.

A estrutura física do local foi o primeiro impacto que senti. Um serviço parado no tempo que me fazia lembrar um estudo que fiz durante este curso sobre a história da psiquiatria. As instalações dispostas em semicírculo, paredes de cor baça, portas fechadas, incluindo os quartos. Havia uma sala de estar, onde se fazia uso ao verbo “estar”, local onde as pessoas internadas permaneciam a ver televisão, a dormir ou a olhar para o vazio,

pois pouco ou nada havia para fazer. As casas de banho estavam desprovidas do básico, os duches eram frios, sem qualquer humanidade.

Para mim, entrar naquele serviço era voltar à leitura sobre aqueles sanatórios que existiram, mas que no século XXI não fazia sentido existirem. Senti-me muitas vezes triste e impotente por não conseguir alterar este ambiente.

Nesta unidade de internamento, até 2010, realizou-se uma intervenção grupal designada por Reunião Comunitária que era dinamizada por enfermeiros e psicóloga. Esta intervenção com objetivos terapêuticos surgiu neste contexto pela necessidade de haver um espaço, um momento onde a pessoa com doença mental internada pudesse expressar, partilhar os seus sentimentos e emoções com os outros, permitindo uma aprendizagem na construção de estratégias para melhorar a sua qualidade de vida, aumentando a sua autoestima e confiança.

A reunião comunitária foi reiniciada por mim e pela minha orientadora durante o meu estágio na unidade de internamento. É dinamizada por enfermeiros e psicólogos uma vez por semana e tem como objetivos: promover a relação terapêutica, incentivar a expressão de emoções, promover a escuta ativa, promover o insight, diminuir a ansiedade, facilitar as relações interpessoais e promover o respeito pelo outro.

Segundo Peplau (2004) citada por Tomey, A e Alligood, M (2004), o enfermeiro é o profissional de saúde com maior proximidade da pessoa com doença mental, pelo que cabe ao mesmo fomentar o relacionamento interpessoal com intervenções que permitam relacionamentos mais gratificantes e que transmitam confiança. A terapia de grupo constitui uma forma privilegiada de proporcionar às pessoas com doença mental internadas vivências interpessoais e de coesão grupal significativa, onde é possível minimizar o sentimento de ser estigmatizado, melhorar a autoestima e a aceitação da doença (Tomey, A e Alligood, M (2004).

Durante a reunião comunitária, tendo presente o ambiente terapêutico vivenciado pelos mesmos, as pessoas com doença mental internadas verbalizavam o seu descontentamento com a organização do serviço: “Isto é

uma prisão, não me posso movimentar como quero” (RC1); “Gostava de ter o quarto disponível” (RC1); “Não se vê a utilidade dos quartos fechados. Depois não há atividades de grupo” (RC1); “Não compreendo como não há sabão, toalhetes e papel higiénico no WC. Não estamos bem da tola, mas isto não me parece bem. Estamos aqui à espera, pode ser que chegue”. (RC1).

O enfermeiro especialista registava as principais preocupações com a organização do serviço, questionando sobre as possíveis alterações organizacionais que iam ao encontro dos seus anseios. Desta forma os clientes criavam um sentimento de pertença, já que colaboravam na gestão do ambiente.

Esta intervenção permitiu-me observar o comportamento da pessoa com doença mental em grupo, perceber as suas dificuldades de expressão verbal e por vezes a incapacidade de escuta, pois havia clientes que não conseguiam ficar sentados. Esses utentes eram incentivados a ficar já que a sua presença era importante para o seu processo relacional no grupo.

Intervenientes

Os profissionais de saúde pareciam não ser sensíveis ao contexto despersonalizado e pouco terapêutico que se gerava com a rotinização de cuidados, não tendo presente e especificidade e o ritmo próprio de cada cliente. Tratava-se de uma unidade de internamento de agudos, com o objetivo de estabilizar e devolver à comunidade. O foco de intervenção era a doença e não a pessoa. Quartos de isolamento onde permaneciam, com uma janela mínima lá bem no alto, contidos a uma cama e a um fármaco para que a crise passasse. Visitados para a higiene pessoal e limpeza do espaço, para a alimentação, medicação e garantia de que permaneciam vivos. Nos corredores passeavam de pijama, questionando quem passava sobre o seu médico, técnico de serviço social, psicólogo ou família que raramente os visitava.

Os enfermeiros da unidade referiram que em tempos o serviço tinha atividades programadas e estruturadas pelos enfermeiros para os clientes internados, mas por falta de recursos humanos essas atividades deixaram de ser realizadas.

Era impossível não me colocar no lugar daquelas pessoas, que no meu entender se encontravam desprovidas de tudo durante o tempo em que ali permaneciam (dignidade, liberdade, afetos).

Esta experiência fez-me refletir sobre os componentes do modelo da relação de ajuda proposto por Chalifour (2008): o cliente, o interveniente, o ambiente, o contexto e os processos presentes na relação. Neste modelo o cliente encontra-se em interação com o ambiente humano e físico na satisfação das suas necessidades vivendo inevitavelmente tensões, que têm ecos sobre a pessoa na sua globalidade. Vários estudos citados por Chalifour (2008) referem que estas repercussões são traduzidas em efeitos fisiológicos, cognitivos, emocionais e sociais (Chalifour, 2008, p. 14-42).

Assim sendo, como é que um ambiente stressante, que é suposto ser terapêutico, pode contribuir para a recuperação da pessoa/família com doença mental?

Pois bem, percebi que não podendo mudar as questões físicas e organizacionais, a melhor forma de contribuir para a reabilitação destas pessoas seria estabelecer uma relação de ajuda de qualidade, onde o encontro terapêutico transmitisse segurança e acolhimento físico e afetivo (Chalifour, 2008,p.42).

A consciência do que estava a sentir, face à realidade que observava, fez-me estar atenta aos meus sentimentos e perceber como estes estavam a interferir no início de uma relação de ajuda profissional. Este ambiente contribuiu para a consciência de mim, bem como para o desenvolvimento de técnicas de comunicação essenciais na relação de ajuda.

Durante o meu ensino clínico na unidade de internamento acompanhei vários clientes, mas gostaria de neste trabalho falar sobre a Sra. Maria (nome fictício). Utente com 79 anos de idade, diagnóstico médico de Depressão, foi

admitida nesta unidade por recusa alimentar associada a delírio de envenenamento. Já se encontrava internada e entubada nasogastricamente quando iniciei este ensino clínico pois recusava alimentar-se e tomar medicação.

Perto das 9 horas, após a passagem do turno, auxiliares e enfermeiros acompanhavam os clientes internados no seu autocuidado: higiene pessoal e vestir-se. Embora fosse realizado em casas de banho partilhadas e a uma velocidade desumana, senti que este era o momento de maior intimidade com os utentes, não só pela sua exposição íntima, mas também pela intervenção privilegiada que o EE pode desenvolver neste contexto.

Este momento de intimidade e proximidade contribuiu para o reforço da confiança da Sra. Maria em mim. Embora fosse autónoma no seu autocuidado, necessitava de algumas orientações na sequência das fases do banho. A minha intervenção foi realizada com o objetivo de reforçar junto da cliente as competências que tinha, orientando quando necessário. Estas intervenções contribuíram não só para a sua autonomia, mas também para o reforço da sua autoimagem e autoconfiança.

A higiene oral não era uma prática muito comum no serviço, no entanto tínhamos elixir bucal, e a Sra. Maria bochechava em frente ao espelho, com alguma resistência em olhar para a sua imagem. Talvez não se conseguisse ver com sonda nasogástrica? Talvez já não se reconhecesse naquele rosto? Apesar de ter tentado perceber o motivo de não se olhar ao espelho, não consegui.

A roupa que os clientes utilizavam era fruto de doações ao serviço. As famílias podiam trazer roupa e utensílios pessoais para a higiene, no entanto eram esclarecidas de que ninguém se responsabilizava pelas mesmas, pelo que os clientes utilizavam os escassos produtos de higiene do serviço e andavam sempre vestidos com roupa e calçado escolhidos pelos profissionais. Esta medida destituía o cliente de qualquer participação na tomada de decisão sobre o seu autocuidado e contribuía para a baixa autoestima.

Os utentes já com crítica verbalizavam frequentemente a sua tristeza por não poderem ter consigo os seus pertences pessoais para uso na higiene e conforto, mas a Sra Maria não. Vestia e calçava o que lhe dava após a minha tentativa de conjugar as cores e os tamanhos para que sentisse mais confortável. Sentada ainda na casa de banho, lembrava-me da tarefa de mudar o adesivo molhado da sonda nasogástrica. Seguiu para o corredor, pois os quartos já estavam fechados e aguardava sentada que a chamassem para o refeitório para o pequeno-almoço.

O refeitório igualmente recheado de cor baça, transparecia escuridão e frio. Apesar das janelas, do sol a brilhar lá fora, a luz parecia não querer chegar ali. Mesas para quatro pessoas, com lugar marcado.

Era um dos espaços onde eu conseguia observar a interação dos clientes, pois estavam em grupo. Verifiquei que os olhares pouco se cruzavam e que as bocas apenas se abriam para comer e tomar medicação.

De longe observava a Sra. Maria sentada na sua mesa, onde lhe tinham colocado o prato de sopas de pão, já sem colher. Ia buscar uma colher e sentada ao seu lado, tentava que comesse oralmente. Perguntava-lhe porque não queria comer. A resposta foi sempre a mesma durante semanas “Essa comida tem veneno”, “Vocês querem envenenar-me” (sic). Não aceitava alimentar-se oralmente apesar de várias estratégias utilizadas, no entanto virava a cabeça para mim, facilitando a “tarefa” de introduzir a comida e a medicação na sonda nasogástrica. Quando terminava perguntava “Já me posso levantar?” e partia rumo ao corredor onde permanecia até à próxima refeição.

À hora da refeição, em pleno refeitório, aliava-se a “tarefa” dos enfermeiros de administração de medicação e avaliação de sinais vitais. Os utentes ou eram interrompidos durante a refeição para medição da pressão arterial, frequência cardíaca e glicemia capilar, ou tinham que permanecer no espaço até estes serem avaliados. Mais uma vez as intervenções de enfermagem descaracterizadas em tarefa/rotina, fizeram-me refletir sobre como a prática de enfermagem tem sido transformada, desprovida de sentido e humanização.

À semelhança do que era feito, no primeiro dia avaliei os sinais vitais da Sra. Maria, mas nunca mais o fiz. A minha conceção de cuidar não passa pela rotinização e desumanização das intervenções de enfermagem e decidi em conjunto com a minha enfermeira orientadora fazê-lo num ambiente físico acolhedor e seguro para a cliente.

Nesta unidade de internamento eram realizadas semanalmente reuniões multidisciplinares com o enfermeiro chefe, os médicos psiquiatras, o fisioterapeuta, a terapeuta ocupacional, a psicóloga e a assistente social. Estas reuniões tinham como objetivo a discussão clínica de todos os clientes internados, onde cada profissional fala da sua avaliação realizada, com enfoque na eficácia da terapêutica medicamentosa instituída. O enfermeiro participa falando da colaboração dos clientes no seu autocuidado, da relação com o outro e da monitorização medicamentosa que faz. Discute-se também a possibilidade de alta hospitalar, onde a assistente social assume o papel de articulação com a família e recursos comunitários caso seja necessário.

Esta experiência foi importante para o meu projeto pois permitiu-me perceber como é realizado o plano terapêutico dos clientes internados e qual o papel do enfermeiro na construção do mesmo.

Observei que a construção do plano terapêutico não é realizada em parceria com o cliente e família, o que contraria os princípios do Recovery, nos quais o cliente deve exercer a sua escolha em toda a gama de tratamentos e decisões de vida, participando nas reuniões de planeamento. As metas são baseadas nos seus interesses e preferências, onde os objetivos e intervenções estão relacionados com a obtenção das mesmas. O planeamento centra-se na identificação de passos concretos a seguir, com prazos específicos, permitindo à pessoa aproveitar as forças existentes para a recuperação e visão do futuro. As avaliações realizadas têm como premissa que o cliente é o especialista da sua recuperação, pois aprenderam muito através das suas lutas no processo de viver e trabalhar com a doença (Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services, 2006).

O caso clínico da Sra. Maria foi discutido pelos vários técnicos e acordou-se, caso a cliente aceitasse, iniciar eletroconvulsivoterapia (ECT), já que todas as intervenções medicamentosas até então não tinham surtido efeito.

Após a entrevista com o seu médico assistente, a Sra. Maria aceitou este tratamento e assinou o consentimento informado, em como lhe tinham sido prestados todos os esclarecimentos sobre este tratamento ficando consciente de que poderia desistir em qualquer altura. Tinha previstas 8 sessões de ECT's e eu presenciei a 3ª sessão desta utente.

No serviço onde se efetua o tratamento existem duas salas, uma onde os clientes aguardam e fazem o recobro, outra onde é realizado o tratamento. Em ambas existe um enfermeiro que é responsável pelos cuidados prévios (despir, colocar fralda, retirar próteses, brincos, anéis, colocar acesso venoso com soro polieletrólítico em curso) e apoio emocional; e durante o tratamento, pela preparação e administração de fármacos e monitorização de sinais vitais.

A sessão de ECT é realizada por uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiro, médico anestesista e psiquiatra e psicomotricionista. A sala está equipada com carro de urgência com desfibrilhador, bala de oxigénio, aspirador de secreções. Durante o tratamento é realizada monitorização do traçado cardíaco, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, bem como a saturação de oxigénio a nível periférico.

O procedimento decorre com o utente deitado numa maca, devidamente monitorizado, sobe anestesia geral e relaxantes musculares, com aporte de oxigénio após a descarga elétrica e aspiração da orofaringe caso necessite. Como medida preventiva também é colocado em curso Paracetamol 1g, uma vez que a dor de cabeça e as dores musculares são os efeitos secundários mais frequentes.

De acordo com a bibliografia consultada e tendo presente a informação fornecida pelos técnicos durante o tratamento a que assisti, esta técnica permite a condução da corrente elétrica para o cérebro através de elétrodos posicionados em pontos específicos. Esta corrente elétrica irá causar alterações a nível químico e fisiológico, alterações estas que ainda não se

sabe explicar como acontecem. Este procedimento dura 5 a 10 minutos até o utente acordar. No imediato pode haver alguma agitação motora com mioclonias e alterações da memória imediata que é recuperada ao fim de uma hora.

No início do tratamento a Sra. Maria encontrava-se calma, bem-disposta, sorridente no contato, referindo sentir-se bem. Foram colocados os elétrodos para monitorização cardíaca e ECT e sensor de oxigénio. Os parâmetros vitais estavam bem. A médica anestesista posicionada à cabeceira da maca, pediu-lhe que pensasse num sonho bom, explicou-lhe que ia dormir durante um bocadinho e despediu-se com um até já. De imediato, a enfermeira administrou lentamente o fármaco anestésico, seguindo-se o relaxante muscular. Colocou-se “boquilha” de proteção entre os dentes e procedeu-se à descarga elétrica bilateral com a voltagem previamente definida (230 w). A descarga durou cerca de 15 a 30 segundos, durante a qual os músculos da face ficaram visivelmente contraídos, dando a sensação de sofrimento para quem observa.

Após a descarga a utente fez um pico hipertensivo, tendo sido necessário administrar nifedipina. Foi aspirada pela presença de saliva na orofaringe.

A utente acordou calma, com olhos lacrimejantes e confusa. Foi para o recobro, que não acompanhei, para presenciar outras sessões.

Mais tarde, já na unidade de internamento, falei com a mesma, que reconheceu a importância deste tratamento na sua doença, tendo referido melhorias “sinto-me muito melhor”, “quando cheguei aqui depois do tratamento conhecia o Sr Carlos, mas não me lembrava do nome dele. Agora já me lembro”, “Não sinto qualquer dor”.

Esta experiência permitiu-me observar a alteração de comportamento desta utente no internamento, estando mais eutímica, sorridente no contato, procurando contato social e referindo de viva voz sentir se melhor. No final do meu ensino clínico a Sra. Maria já tinha realizado 6 sessões de ECT, encontrando-se já sem sonda nasogástrica e a alimentar-se oralmente sozinha.

Enquanto futura EESMP, considero que esta experiência foi bastante importante pois contribuiu para o meu autoconhecimento e desenvolvimento pessoal. Geri fenómenos de transferência e o impacto que isso poderia ter tido na relação com esta utente, conseguindo monitorizar e controlar as minhas reações corporais, emocionais e comportamentais na relação terapêutica. Contribuiu também para desconstruir os estigmas que eu tinha associados a esta terapia, tais como sofrimento e dor.

Refletindo sobre este contexto enquanto futura EESMP, tendo presente as linhas orientadoras para o recovery gostaria de enumerar possíveis alterações estruturais, organizacionais e de planeamento das intervenções de enfermagem que segundo o meu ponto de vista podem contribuir para a melhoria do ambiente e dos cuidados prestados nesta unidade de internamento.

Difícilmente conseguimos mudar as características físicas da unidade, no entanto é possível melhorar o ambiente físico com pequenas alterações, como por exemplo a decoração do espaço (corredores, refeitório, sala de estar) com trabalhos realizados pelos clientes em atividades de terapia ocupacional. A propósito dos cuidados de enfermagem, as rotinas impostas diariamente para a organização do serviço não devem sobrepor-se à humanização dos cuidados prestados, nesse sentido, a intervenção dos enfermeiros deverá ter presente a especificidade de cada cliente, as suas necessidades e o potencial interno que tem para as suprir, incidindo em especial na promoção do autocuidado. A família do utente deve ser encorajada a trazer os pertences pessoais do cliente devidamente identificado, ficando no armário junto à sua cama. O ginásio pode estar aberto, com um horário específico para atividade física com o fisioterapeuta ou dinâmicas de grupo com os enfermeiros. Nas reuniões multidisciplinares podiam participar mais enfermeiros do que o enfermeiro chefe.

2.2.2. Intervenções Familiares

O acolhimento das famílias, na hora da visita, era realizado pelos auxiliares pois os enfermeiros estavam ocupados a fazer registos ou na passagem de turno, no entanto disponíveis caso os chamassem.

A chegada dos familiares ao internamento despertava-me para um misto de emoções. Por um lado feliz, pois o contacto com a família reforçava a importância de ali estar como enfermeira, podendo dar suporte emocional e informação sobre o seu familiar doente (Chalifour, 2008). Por outro lado, sentimentos de tristeza e compaixão, pois colocava-me muitas vezes no lugar daquelas famílias e conseguia sentir a angústia e impotência que sentiam pois relatavam-me não saber o que fazer.

Num estudo exploratório com o objetivo de explorar a opinião de pessoas com doença mental sobre a importância não só da sua participação do processo de tratamento, mas também dos seus cuidadores e/ou familiares, Castro (2012) refere que “a família tem que estar envolvida principalmente nos momentos de crise”, bem como “deve participar no processo de tratamento no que diz respeito à sua frequência em atividades terapêuticas e de formação para que consigam lidar melhor com a doença mental e ajudem a pessoa a lidar de modo mais adaptado com os seus problemas” (Castro, 2012, p.72).

Esta perspetiva transmitida pelas pessoas com doença mental no estudo realizado por Castro (2012) veio reforçar a importância do enfermeiro especialista em saúde mental estar presente no acolhimento às famílias na unidade de internamento, incluindo-as no processo terapêutico dos seus familiares.

Considerando a família parceiro no cuidar e garantia da continuidade de cuidados em domicílio, também ela é foco de atenção e intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de acompanhar a visita do marido da Sra Teresa (nome fictício). Tratava-se de uma cliente com 42 anos de idade, primeiro internamento após vários dias sem comer, sem dormir,

com ideias de ruína. Diagnóstico médico de depressão major com psicose encontrava-se no quarto de isolamento.

Realizei o acolhimento do marido da Sra Teresa no serviço e à medida que íamos andando na direção do quarto de isolamento, expliquei como a esposa se encontrava por forma a antecipar o cenário. Gostava que o choque que sentiu não fosse tão grande, mas acredito que ninguém está preparado para ver o seu familiar sedado, contido numa cama, num quarto tão peculiar como aquele.

O Sr. Nuno (nome fictício) entrou no quarto, ajoelhou-se agarrado às mãos da sua mulher, companheira, mãe dos seus filhos e começou a chorar. Difícil não chorar também, afinal somos humanos. Afastei-me para o corredor, com a desculpa de os deixar mais à vontade.

Permaneceu assim alguns minutos, depois saiu, limpou os olhos e questionou-me se iria ficar bem. Resposta difícil, não só pela minha inexperiência nesta área, mas também por se tratar de uma primeira crise. Tentei tranquiliza-lo referindo que iríamos fazer tudo o que fosse possível para que ficasse bem.

Na entrevista não estruturada que se seguiu, tendo presente as fases da relação enfermeira-cliente propostas por Peplau (1990), utilizei a escuta ativa e viajei até ao mundo da Sra Teresa antes da crise, conheci a sua história de vida onde havia fortes laços familiares com ele e com os dois filhos. Nesta entrevista o Sr. Nuno tomou consciência dos fatores que precipitaram a crise – questões económicas, fato que explicava as ideias de ruína. A principal preocupação deste familiar prendia-se com a incerteza do futuro, não sabia se a sua esposa continuaria a ser boa mãe, se voltaria a trabalhar, se ficaria bem. Desconstruí com o mesmo a imagem de uma mulher sedada, deitada, contida, reforçando a imagem que tinha dela como namorada, mulher e mãe dos seus dois filhos. Ao longo do seu discurso percebi que recursos externos tinha e como os poderíamos mobilizar aquando a alta.

Tratando-se de uma cliente residente noutra cidade, e para garantir a continuidade de cuidados médicos levou uma carta médica de articulação

com os cuidados de saúde primários (médico de família) para manter seguimento na especialidade de psiquiatria. Em falta fica o plano de reabilitação psicossocial desta utente. Quem vai trabalhar com a Sra. Teresa o impacto deste evento na sua vida e como vai fazer a sua integração social, familiar e laboral? As suas competências relacionais foram afetadas? Como pode a família ajudar se não foi incluída no processo terapêutico durante o internamento?

2.2.3. Planeamento da alta hospitalar

Segundo Kilpi e al. (1993), citado por Henderson & Zernike (2001), o principal objetivo da preparação para a alta hospitalar é garantir que o cliente tem os conhecimentos e as informações necessárias para o seu autocuidado (Henderson & Zernike, 2001).

A família, quando presente, pode assumir o papel de cuidador, sendo o elo de ligação que dá continuidade aos cuidados no domicílio. Para que a família adquira o papel de cuidador, segundo Williams e al (2006), é importante a identificação e o comprometimento da mesma desde a admissão hospitalar, o envolvimento na avaliação e decisão de planeamento da alta, a preparação atempada da mesma e a informação na implementação da alta (Williams e al., 2006)

Assim, segundo Driscoll (2000), na preparação para a alta hospitalar há que ter em conta a perceção da informação por parte da família, perceber se a informação fornecida é suficiente (tanto em qualidade como em quantidade) e se a família a utiliza de forma adequada (Driscoll, 2000).

Na unidade de internamento onde realizei o meu ensino clínico hospitalar, o planeamento para a alta nem sempre era feito atempadamente, pelo que na maioria das vezes era concretizado no próprio dia da alta e apenas com o utente.

O foco da intervenção dos enfermeiros neste momento era a adesão ao regime medicamentoso, uma vez que de acordo com a literatura é a principal causa de reinternamento hospitalar nas pessoas com doença mental.

De acordo com a OE (2009) a adesão é definida como sendo “a medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar medicação, seguir uma dieta e/ou executar alterações ao estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas de um prestador de cuidados de saúde” (OE,2009, p.31).

Entre outros, são comportamentos de adesão a aquisição dos medicamentos prescritos e toma correta da medicação. Nesse sentido, no momento da alta o enfermeiro apresentava ao cliente o guia da medicação proposta em ambulatório e por vezes aplicava a escala MAT (Medida de Adesão ao Tratamento, A.B. Delgado &M.L.Lima) com o objetivo de avaliar o risco de não adesão ao regime medicamentoso.

Segundo a OE (2009), a não adesão ao tratamento pode provocar complicações médicas e psicológicas, reduzir a qualidade de vida, aumentar a probabilidade de desenvolvimento de resistência aos fármacos, desperdiça recursos de cuidados de saúde e desgasta a confiança do público nos sistemas de saúde (OE,2009. p.31).

Uma vez identificado este risco através da escala MAT (anexo 2), o enfermeiro recorria a estratégias educacionais para melhorar a informação do cliente sobre a medicação, benefícios e efeitos secundários; e a estratégias cognitivo-comportamentais que ajudam o cliente a refletir sobre como utilizar a informação fornecida, por exemplo, incorporar a toma da medicação nas suas rotinas diárias (Ministério da Saúde, 2009).

Segundo a OE (2009) a combinação destas duas estratégias, educacionais e cognitivo-comportamentais ajudam a melhorar a adesão ao tratamento (OE,2009).

Face ao momento do internamento, fazia-se uma revisão conjunta do mesmo, para que o utente conseguisse identificar o que tinha precipitado a crise e que estratégias podia desenvolver em casa para o prevenir, nomeadamente pedir ajuda profissional.

Articulava-se com os recursos comunitários, em especial com os centros de saúde, via telefone ou fax, quando era necessário garantir a toma de medicação injetável.

Ao sair do serviço o cliente levava a sua nota de alta médica, com o guia medicamentoso e a marcação da próxima consulta de psiquiatria em ambulatório.

A família raramente era envolvida neste processo pela falta de planeamento atempado.

Este desfasamento entre a teoria e a prática da preparação da alta hospitalar já era sentida por mim na minha prática profissional nos cuidados de saúde primários quando recebemos em domicílio um cliente com alta hospitalar. A família ou o assistente social do hospital são as pessoas que nos informam que o cliente já está em casa e que se faz acompanhar de uma nota de alta fechada, sendo também os assistentes sociais que nos informam que o cliente tem feridas e necessidade de realizar pensos. A família encontra-se sem qualquer informação sobre o que aconteceu durante o internamento, não sabendo lidar com o seu familiar em domicílio.

Esta realidade fez-me refletir enquanto futura EESMP sobre a prática de enfermagem a nível hospitalar, onde observei que as intervenções de enfermagem dependentes são priorizadas ao invés das autónomas, e que as autónomas são delegadas a outros profissionais.

A nível comunitário, quando recebo um cliente após alta hospitalar a primeira questão que coloco é como posso dar continuidade aos cuidados iniciados em contexto hospitalar se desconheço o plano terapêutico definido?

Nesse sentido este estágio veio dar algumas respostas. Observei que a intervenção do enfermeiro na unidade de internamento centra-se nos problemas atuais do cliente relacionados com o momento de crise, não existindo ainda a definição conjunta equipa multidisciplinar/cliente/família de um plano terapêutico. Uma sugestão de melhoria seria como já referi anteriormente ao citar William e al (2006), o envolvimento da família desde o momento de admissão, nomeadamente na definição do plano terapêutico.

Esta intervenção poderia ser agendada com o familiar ou pessoa significativa no primeiro contacto. Nessa reunião estariam presentes a equipa multidisciplinar/cliente/família ou pessoa significativa. Com esta prática todos estariam envolvidos, conseguindo identificar o seu papel no processo sentindo-se parte integrante do plano de recuperação da pessoa com doença mental. A adesão ao mesmo era melhorada pois os objetivos e metas iriam de encontro aos desejos e interesses do cliente/família. As dificuldades da família seriam identificadas precocemente e alvo de intervenção ainda em contexto de internamento. Com esta prática antecipava-se a necessidade de mobilizar recursos comunitários, como os cuidados de saúde primários ou outros envolvendo-os precocemente no plano. Aquando alta hospitalar estaria garantida a continuidade de cuidados.

2.2.4. Sessões clínicas realizadas à equipa de enfermagem

A equipa de enfermagem desta unidade de internamento era constituída por um enfermeiro chefe, dez enfermeiros generalistas e 5 enfermeiros especialistas em saúde mental. Com uma lotação de 30 camas, os enfermeiros eram distribuídos da seguinte forma: três no turno da manhã, no qual um deles dava a poio à gestão e dois nos turnos da tarde e noite.

Nesta unidade de internamento, o processo do utente é informatizado e num dos itens de avaliação contempla a avaliação do estado mental. Durante o meu ensino clínico a equipa de enfermagem expressou dificuldades no preenchimento desta componente de apreciação, bem como algum desconhecimento sobre o papel do EESMP no contexto domiciliário. Neste sentido planeei duas sessões clínicas de forma articulada, uma primeira sobre a apreciação clínica em enfermagem de saúde mental e uma segunda sessão sobre o papel da enfermagem saúde mental em contexto domiciliário.

Estas sessões contribuíram para a reflexão em equipa sobre a prática de enfermagem no contexto de internamento e domicílio. A estratégia por mim utilizada na apresentação foi partir da experiência profissional de cada enfermeiro e reforçar, acrescentando informação sempre que necessário.

Estas sessões foram importantes para o meu projeto pois contribuíram para um melhor domínio da terminologia específica utilizada na avaliação do estado mental, um item a ter em conta na avaliação realizada em contexto domiciliário.

Avaliação do Estado Mental – Contributos para a prática clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

A concretização desta sessão (apêndice 1) teve como objetivos sensibilizar os enfermeiros do internamento para a importância da avaliação do estado mental na sua prática clínica, bem como, contribuir para a uniformização da terminologia específica convencional na avaliação do estado mental.

A sessão foi participada, com reconhecimento de alguns dos elementos da dificuldade em articular a teoria com a prática. No início houve pouca participação da equipa, mas com o desenrolar da sessão proporcionaram-se momentos de discussão sobre as dificuldades em articular a terminologia mais teórica com as realidades práticas do serviço.

Em suma, a equipa reconheceu a importância da avaliação do estado mental na prática clínica em contexto de internamento e a uniformização da terminologia nos cuidados de enfermagem.

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental em Contexto Domiciliário – Adesão ao regime terapêutico

A segunda sessão clínica (apêndice 2) foi realizada com objetivo de sensibilizar a equipa de enfermagem do internamento para a intervenção do EESMP em contexto domiciliário.

Como o meu ensino clínico foi feito em simultâneo nos dois contextos, hospitalar e comunitário, permitiu-me neste momento articular os dois domínios de intervenção, enriquecendo a minha prática, pela compreensão do papel do EESMP nos dois contextos.

Para tal fiz um levantamento dos principais focos de intervenção do enfermeiro na visitação domiciliária destacando-se a “Adesão ao regime terapêutico”, dado já expectável pois o objetivo deste programa de intervenção em domicílio é melhorar a adesão ao regime terapêutico. Com base neste foco de atenção apresentei alguns exemplos de estratégias motivacionais, educacionais e cognitivo-comportamentais a utilizar pelos EESMP, com o objetivo de melhorar a adesão terapêutica em domicílio.

Esta apresentação foi muito rica pois permitiu a reflexão entre os vários enfermeiros sobre as intervenções apresentadas, onde cada um falou da sua experiência e das adaptações realizadas para o sucesso das mesmas. Também foram partilhados alguns casos de “insucesso”, reforçando a importância de aceitar que não temos resposta para tudo.

2.3. Ensino clinico comunitário

A componente de estágio realizada neste âmbito permitiu-me o desenvolvimento de intervenções: individuais no âmbito da consulta de enfermagem de saúde mental em ambulatório e domicílio e grupais, numa dinâmica de grupo já existente designada por Grupo de Famílias.

As intervenções realizadas tiveram como pressupostos a relação de ajuda (Chalifour, 2008), o desenvolvimento das competências comunicacionais e modelo teórico de enfermagem proposto por Peplau e Barker.

Esta experiência contribuiu fortemente para a concretização do objetivo principal deste trabalho de colher contributos para a realização de uma consulta de enfermagem de saúde mental em contexto domiciliário, nomeadamente na identificação das necessidades da pessoa/família da pessoa com doença mental.

A multiplicidade de intervenções despertou-me para o papel específico do EESMP nos vários contextos. Foi interessante perceber as diferenças, nomeadamente as necessidades de intervenção numa família de um utente em fase aguda da doença (tristeza, angustia, desconhecimento da doença, a incerteza do futuro) e a família de utente em domicílio (preocupação com o

cumprimento do plano terapêutico, definição de um projeto de vida e integração social e profissional).

Numa das sessões do grupo de famílias do qual falarei a seguir, foi muito enriquecedor assistir às partilhas realizadas entre uma família de um cliente em domicílio (fase crónica da doença) e de um cliente reinternado há poucos dias (fase aguda da doença). Na família do cliente reinternado observei muita emoção expressa e pouca escuta que contrastava com a serenidade e acolhimento da família do cliente em domicílio.

2.3.1. Intervenção grupal de apoio– Grupo de Famílias

No contexto comunitário do meu estágio, tive a oportunidade de participar com a minha enfermeira orientadora, no Grupo de Famílias que esta dinamiza quinzenalmente há vários anos.

Esta dinâmica surgiu em 2009 num contexto de Hospital de Dia tendo por base o Plano de Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental 2007/2016. Neste Plano a família é apelidada por parceiro com todas as consequências que isso implica, ou seja, a família passa a cuidar do seu familiar no domicílio necessitando ela também de suporte informativo e emocional. Trata-se de uma intervenção focalizada na família, designada por grupo de apoio às famílias de pessoas com doença mental grave (DMG).

A sua dinamização é realizada por um EESMP com apoio de um médico psiquiatra tendo como finalidade apoiar os familiares de pessoas com DMG. É um espaço de partilha de experiências interfamiliares, onde se promovem vínculos de confiança e comunicação, essenciais para trabalharem as suas dificuldades, aumentando as suas competências no cuidar. É ao mesmo tempo um espaço onde conseguem relaxar e atingir elevados níveis de bem-estar

Durante a minha prática clínica participei na dinamização de 9 sessões em conjunto com a minha enfermeira orientadora, com um total de 8 familiares por sessão. Neste grupo salienta-se a predominância de cuidadores do género feminino (5 participantes) entre os 50 e os 72 anos.

Relativamente ao grau de parentesco três eram mães, três eram pais, uma tia e uma irmã. Tivemos apenas a presença de um casal.

No decurso das sessões, num ambiente seguro, iam emergindo temas espontaneamente, onde cada familiar melhorava a sua capacidade de escuta, de pensamento e comunicação. Um dos temas sugerido foi a Eletroconvulsivoterapia (ECT) pelas dúvidas e mitos que um dos familiares tinha sobre esta intervenção terapêutica. Planeei a sessão e fiz um folheto (apêndice 3) sobre o tema.

A sessão começou com as dúvidas que um pai tinha sobre a ECT proposta ao seu filho. Como mitos associados falava da dor e da confusão mental, pois tinha visto um filme que mostrava o esgar de dor e as “convulsões” provocadas pelos “choques”. Uma mãe referia que o seu filho já tinha feito esta terapia e que não doía, partilhando a sua experiência positiva. Foi muito interessante escutar as dúvidas e os receios das famílias e ao mesmo tempo recorrer ao folheto informativo realizado para os elucidar sobre os principais mitos e factos desta intervenção. Senti que foi um espaço de crescimento grupal, pela capacidade de escuta e partilha.

Na unidade de internamento havia contactado com a perceção da Sra. Maria (a cliente) sobre esta intervenção. Neste grupo tive a perceção da família.

Nas sessões grupais ocorria muitas vezes o fenómeno de espelhamento, ou seja, os familiares reconheciam a experiência que os outros estavam a transmitir, pois já a tinham vivenciado. Vários familiares verbalizavam, após a exposição do outro, já terem tido determinada experiência e partilhavam estratégias que tinham resultado, reforçando desta forma as capacidades e competências de cada familiar, em vez de se focarem nas falhas ou insucessos. Este processo de identificação permitia aos familiares contactarem com as suas defesas, dificuldades, semelhanças e até contradições, essenciais num processo de auto e hétero-conhecimento, numa transformação e mudança traduzida num melhor cuidar.

Nesta intervenção o EESMP tem o papel de mediação e suporte emocional: estimula a expressão de sentimentos, ajuda a lidar com os fatores

de stress presentes e reforça as atitudes positivas. Fornece também suporte informativo/pedagógico sobre a doença, sinais prodrômicos, etiologia, prognóstico, terapêutica, serviços e legislação; quer oralmente ou com recurso a folhetos informativos. Orienta a família no sentido de desenvolver intervenções sistematizadas que estimulem a aprendizagem, mas também a transformação pessoal. É também ele quem faz a ponte entre os vários recursos comunitários existentes e os familiares, no fundo trata-se de um facilitador no processo de autonomização da família.

Enquanto futura EESMP, considero que esta intervenção grupal contribuiu muito para a minha compreensão sobre a pessoa com doença mental e o impacto desta na família, bem como, para a identificação em viva voz das principais necessidades destas famílias, essencial para o meu projeto.

Tendo presente as competências específicas do EESMP, esta intervenção contribuiu para o desenvolvimento da 1ª e 2ª competências, respetivamente: “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” e “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização de saúde mental”. (OE, 2010, pag 4)

2.3.2. Consulta de Enfermagem de Saúde Mental em ambulatório

Ainda em contexto comunitário tive a oportunidade de acompanhar e realizar consultas de enfermagem de saúde mental em ambulatório. Estas consultas integravam um projeto multidisciplinar para acompanhamento da pessoa com doença mental em ambulatório, para o qual a referenciação era efetuada aquando a alta hospitalar, pelo psiquiatra assistente para os diversos profissionais (psicólogos, técnicos de serviço social, terapeuta ocupacional e EESMP) de acordo com as necessidades que identificava. O cliente não era envolvido, apenas informado que iria integrar este acompanhamento multidisciplinar no pós-alta. Constatei que para o EESMP eram referenciados os clientes com risco de não adesão medicamentosa, no entanto, a intervenção realizada não se resumia a este foco de atenção,

incluindo intervenções dirigidas à adoção de comportamentos saudáveis relacionados com a alimentação e controlo de peso, tabagismo, contraceção, atividade física, ocupação de tempos livres, ocupação profissional e seguimento nas consultas de especialidade.

Semanalmente havia uma reunião multidisciplinar de monitorização, discussão e planeamento das várias intervenções. Nestas reuniões estava presente uma médica psiquiatra, uma EESMP, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga e uma assistente social, que conciliavam esta intervenção com o seu trabalho no internamento. Os clientes seguidos não participavam nestas reuniões.

A consulta de enfermagem era realizada semanalmente, na qual o EESMP recorria a vários instrumentos de avaliação (encontram-se no anexo 1), como objetivo de identificar áreas problemáticas do cliente com doença mental grave de forma a melhorar a sua adesão ao tratamento.

No âmbito da consulta de enfermagem o EESMP recorria ao uso de estratégias cognitivo-comportamental, motivacionais e educacionais, bem como a terapia de resolução de problemas.

Ao longo da minha prática clínica percebi que a intervenção do EESMP neste contexto é um processo que se vai construindo no decorrer das várias interações, pressupondo a relação de ajuda. O primeiro passo a trabalhar com os clientes, antes de obter os conhecimentos referentes ao processo de resolução de problemas, é a tomada de consciência de si (o que motivou o internamento entre outros aspetos), do problema e das suas aptidões e recursos. Após interiorizar estes aspetos, o cliente estará apto para realizar escolhas, agir em função delas e tomar como sua a responsabilidade das mesmas.

Esta intervenção foi muito enriquecedora para o meu projeto pois permitiu-me observar e participar no planeamento e concretização de consultas de enfermagem de saúde mental. Embora realizadas em ambulatório, a sua metodologia poderia ser transversal para a intervenção em domicílio.

2.3.3. Serviço de visitação domiciliária

O serviço de visitação domiciliária onde realizei o meu estágio teve início em 2009 após a experiência da intervenção realizada a partir de núcleos de intervenção comunitária, mas cujos resultados apontaram para uma melhoria da adesão ao regime terapêutico, com a redução significativa das recaídas e do número de reinternamentos.

É um serviço composto por uma equipa multidisciplinar (enfermeiros generalistas e especialistas, técnicos de serviço social, psicólogos e médicos psiquiatras) cujas intervenções realizadas têm como missão garantir o tratamento da pessoa com doença mental no seu meio familiar e social, assumindo-se como uma alternativa a quem não tem qualquer rede de suporte familiar ou social.

Os profissionais encontram-se divididos em quatro equipas tendo em conta os sectores geográficos da cidade, existindo uma viatura para o efeito conduzida por um dos dois profissionais que se deslocam ao domicílio.

Os utentes são referenciados sempre que apresentem risco de recaída por: falta de adesão ao tratamento, ausência de rede de suporte familiar e social, ausência de crítica face à sua situação, sintomatologia psicótica resistente ao tratamento e défices acentuados das aptidões sociais e cognitivas.

Na teoria preconizavam a construção de um projeto terapêutico individualizado onde estivessem definidos os objetivos, os técnicos necessários em cada momento e a calendarização das visitas, no entanto na prática não se verificava. As visitas eram realizadas na maioria das vezes por dois enfermeiros cuja principal intervenção era a administração de medicação injetável ou a preparação/supervisão da caixa de terapêutica semanal.

2.3.3.1. Consulta de Enfermagem de saúde mental em contexto domiciliário

Particpei nas consultas de Enfermagem de saúde mental realizadas em contexto domiciliário aos utentes residentes na zona oriental da cidade, um universo de mais ou menos 20 utentes. A sua maioria permanecia neste programa de intervenção há mais de 2 anos, o que foi motivo de reflexão e discussão com a enfermeira orientadora, pois não havia critérios definidos para a alta e havia muito pouca articulação com as estruturas locais para continuidade de cuidados. Este facto fazia com que os utentes/família criassem dependência destes profissionais, limitando os seus contactos à estrutura hospitalar de onde provinham os técnicos.

A consulta de Enfermagem de saúde mental em domicílio tinha como objetivos: promover a adesão ao tratamento, com progressiva integração dos clientes em atividades terapêuticas nas estruturas existentes na comunidade; prevenir a deterioração psicossocial por estimulação e treino realizado em casa dos doentes e no seu meio social; garantir a continuidade de cuidados e o tratamento regular com avaliação, administração de terapêutica e organização semanal da caixa da medicação e fazer a referenciação rápida de incumprimento terapêutico, descompensação clínica por forma a minorar as recaídas, internamentos e internamentos em porta giratória.

Ao contrário do que havia observado nas consultas de Enfermagem em ambulatório, neste contexto não havia uma consulta estruturada com recurso a instrumentos de colheita de dados e de monitorização/avaliação.

Com o objetivo de identificar alguns focos de atenção do EESMP neste contexto, que de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão 2011 (2011) são “áreas de atenção relevantes para a prática de enfermagem”, essenciais para a formulação de diagnósticos e intervenções de enfermagem (OE,2014), recorri a um instrumento designado por BELLS – Basic Everyday Living Skills (Versão portuguesa 2011 Competências Básicas de Vida Diária).

O BELLS é um questionário utilizado para a avaliação das competências básicas de vida diária em pessoas com doença mental de evolução

prolongada que transitam de um ambiente institucional para outro com características residenciais.

Segundo a Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2011) este instrumento é principalmente um instrumento de investigação, no entanto pode ser utilizado em pessoas integradas em programas de reabilitação. Contempla 3 etapas: seleção do informador, avaliação do grau de oportunidade que está disponível para a pessoa realizar cada atividade de vida diária (autocuidado, competências domésticas, competências comunitárias, ocupação e relações sociais) de forma autónoma e avaliação do nível de desempenho para cada atividade. (CNSM, 2011, p.1)

Este instrumento foi cedido pelo Equipa de Projeto para os Cuidados Continuados de Saúde Mental, e embora não pudesse ser reproduzido, tive autorização para o aplicar em conjunto com a orientadora de estágio por forma a dar resposta ao meu primeiro objetivo geral “Perceber quais são as necessidades dos utentes com doença mental em contexto domiciliário”.

No decurso das visitas domiciliárias e de uma forma aleatória foram então aplicados 5 questionários (1/4 da população total), dos quais 3 eram do género feminino, com 69, 70 e 71 anos; e 2 do género masculino, com 53 e 81 anos. O informador selecionado foi o enfermeiro de referência.

Quadro 1 – Resultados da aplicação do BELLS

Competência avaliada	Resultado da avaliação realizada
Autocuidado	3 clientes têm problema grave ou necessidade de apoio frequente; 1 cliente tem problema ligeiro, mas são autónomos 1 clientes tem nível normal de desempenho
Competências domésticas	2 clientes sem desempenho algum, ou com necessidade de supervisão diária 1 cliente tem problema grave ou necessidade de apoio frequente 1 cliente tem nível normal de desempenho
Competências comunitárias	2 clientes sem desempenho algum, ou com necessidade de supervisão diária 2 clientes têm problema grave ou necessidade de apoio frequente 1 cliente tem problema ligeiro, mas são autónomos
Ocupação e relações sociais	3 clientes têm problema grave ou necessidade de apoio frequente 1 cliente tem problema moderado ou necessidade de apoio ocasional 1 cliente tem nível normal de desempenho

A leitura do Quadro 1 permite verificar que a apenas 1 dos clientes avaliados possui um nível normal de desempenho ou têm um problema ligeiro em todas as competências.

Assim, com base na avaliação realizada, a intervenção do EESMP tem como objetivo intervenções que desenvolvam as competências para o autocuidado, domésticas, comunitárias e de ocupação e relações sociais. Para tal a elaboração conjunta (enfermeiro/cliente/família) de um plano individual de intervenção é essencial.

A aplicação do BELLS contribuiu para a consecução do meu objetivo de adquirir contributos para a realização de uma consulta de enfermagem de saúde mental em contexto domiciliário, pois alertou-me para a importância do recurso a instrumentos de avaliação na identificação precisa de necessidades do cliente em domicílio. Esta intervenção tem como objetivo a definição de um plano de intervenção dirigido às especificidades de cada cliente.

2.3.3.2. Consulta de Enfermagem de saúde mental de primeira vez em domicílio

O Sr. João (nome fictício), havia sido referenciado para administração de injetável mensal. Na primeira visita foi realizada uma entrevista não estruturada à principal cuidadora, a sua esposa, para ficarmos a conhecer este novo utente/família. Fez-se um levantamento da rede de apoio formal e informal existente, bem como da eficácia da mesma. Percebemos que se tratava de cuidadora cansada, em isolamento social (pois raras vezes saía à rua), com risco de declínio cognitivo pela ausência de estímulo. Com muita dificuldade em aceitar ajuda.

O cliente encontrava-se bem cuidado, sempre vestido com pijama, calmo, desorientado no tempo. Diagnóstico de demência com surto psicótico no qual tentou matar a esposa. Depende em todas as atividades de vida, necessitando de orientação e de apoio de alguns meios técnicos, como o andarilho para a marcha (que já possuía) e de cadeira giratória para banho (sugerida no decurso desta visita) para reduzir o risco de queda.

Para além da medicação injetável o cliente encontrava-se polimedicado pela sua comorbilidade: hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II e insuficiência venosa dos membros inferiores. A gestão da medicação era realizada pela esposa, pelo que aferimos com a mesma a guia de terapêutica, instituindo a caixa de medicação semanal, pois concluímos que simplificava a sua administração diária. Sugerimos algumas estratégias para a administração da mesma, uma vez que nos referiu que por vezes recusava tomá-la.

Como utente hipertenso que era avaliamos a pressão arterial e reforçamos os ensinamentos sobre a vigilância da glicemia capilar com devido registo.

Administramos o injetável com colaboração do utente. Informou-se sobre possíveis efeitos da mesma e em caso de necessidade foi fornecido o contato da equipa.

O tempo de lazer do utente era a ouvir música e ver televisão, pelo que foi reforçada esta prática e sugerido que nos dias de visita dos filhos fosse até a rua.

Face à pouca informação que a esposa tinha sobre a doença falou-se sobre a mesma e dos acontecimentos de vida que podem precipitar uma crise.

Definiu-se a periodicidade da visita de acordo com a periodicidade do injetável.

Esta consulta de primeira vez em domicílio permitiu-me perceber como é feita a colheita de dados, como são identificadas as necessidades do cliente/família e que intervenções são realizadas pelo EESMP.

Percebi claramente que existe uma avaliação holística, no entanto a intervenção do EESMP é planeada tendo presente o foco relacionado com a gestão da medicação. Não observei o planeamento de intervenções com o cliente/família com o objetivo de treinar competências ou prevenir o risco de exaustão do cuidador, intervenções estas a ter em conta para os contributos da consulta que pretendo realizar em contexto domiciliário.

3. AVALIAÇÃO

Tendo presente a definição de recovery segundo Duarte (2009) como “um processo profundamente pessoal, de redescoberta de um novo sentido de identidade e de fortalecimento pessoal para viver, participar e contribuir para a comunidade, através da (re) aquisição de papéis sociais significativos ao nível do emprego, da educação e da família”, questionei-me de que forma o EESMP, em contexto de internamento, podia contribuir para a construção de uma plano de recuperação a ser continuado no domicílio?

De acordo com as linhas orientadoras descritas no Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care (2009) no que respeita à realização de um plano individualizado de recovery refere que o cliente é o especialista da sua doença (é um plano centrado na pessoa), sendo ele o responsável pela redescoberta de um novo sentido para sua vida, ou seja, pela elaboração do seu plano individualizado de recovery apoiado por uma equipa multidisciplinar. Este plano deve ser desenvolvido em parceria com o cliente e a/as pessoa(s) que lhe são significativas, tendo presente as suas capacidades internas, os seus recursos externos e os seus desejos e interesses. São impulsionados pelos valores e necessidades atuais da pessoa e não apenas pelos resultados clínicos. Todas as intervenções têm como foco a criação de um caminho para uma vida comunitária significativa e bem-sucedida e não apenas manter a estabilidade clínica. Visam aumentar o potencial de recuperação da pessoa (autonomia, poder e conexão com os outros), sendo essencial a identificação de fatores de incongruência entre a pessoa e o ambiente, para aumentar o ajuste pessoa-ambiente.

Todas as reuniões de planeamento do plano de recovery para reformulação/avaliação são realizadas com a pessoa e/ou pessoa que lhe é significativa, nas quais a linguagem utilizada deve ser compreensível a todos os que nela participam. Sempre que for necessário recorrer a terminologia técnica, esta deve ser explicada a todos os participantes. Num espírito de verdadeira parceria e transparência todos os envolvidos no plano individualizado de recovery devem ter acesso às mesmas informações.

Tendo presente a experiência vivida ao longo deste estágio, verifiquei que a unidade de internamento de agudos é um local onde a pessoa com doença mental é admitida numa fase aguda da sua doença, com défices cognitivos, de memória, com alterações graves de comportamento, pelo que as competências relacionais constituem a base da intervenção do EESMP. Constatei que nesta realidade as intervenções de enfermagem na fase aguda da doença mental têm como principal objetivo a estabilização do quadro clínico da pessoa que entra em crise. O modelo vigente assemelha-se ao modelo biomédico, onde o foco de intervenção é a doença e não a pessoa/família. Nesse sentido, trata-se de um serviço pouco sensibilizado para o processo de recovery.

As reuniões multidisciplinares para discussão de casos clínicos de pessoas internadas nesta unidade, onde eram planeadas várias intervenções cujo principal objetivo era a estabilização clínica, não eram presenciadas pelo cliente/família destituindo-os de qualquer participação no planeamento do seu plano terapêutico, dificultando a continuidade do processo de recuperação após alta hospitalar pela falta de envolvimento e desconhecimento por parte da equipa dos seus desejos e interesses após alta hospitalar.

Ao longo deste processo de acompanhamento dos utentes em internamento percebi que este contexto se caracteriza por ser muito formatado, com horários pré-definidos associados a regras rígidas, onde os utentes verbalizam o desconforto por não terem os seus pertences pessoais para uso na higiene e vestuário. No meu entendimento e tendo presente as linhas orientadoras do recovery, esta realidade dificulta processo de recuperação da pessoa. No entanto, identifiquei momentos do dia-a-dia na unidade de internamento onde é possível desenvolver intervenções que incluam a pessoa/família com doença mental no seu processo de recovery, como por exemplo, a participação do cliente no seu autocuidado. O EESMP com a equipa multidisciplinar ajuda a pessoa na identificação de passos concretos a seguir para que este consiga alcançar os seus objetivos e metas nos prazos definidos, ao invés de esta se centrar no passado distante ou preocupar-se com o futuro a longo prazo. Ou seja, o EESMP prepara a

pessoa para os desafios que são colocados na situação atual e nos passos que tem de seguir para os ultrapassar.

A pessoa em situação de crise apresenta o autocuidado comprometido relacionado com alterações de comportamento, percepção ou pensamento, pelo que todas as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado, descrito pela CIPE (2011), como a atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária, potenciam o recovery, incluindo a pessoa no seu plano terapêutico.

Segundo Petronilho (2012), a ação que a pessoa desenvolve para executar o autocuidado envolve um domínio cognitivo com a mobilização de habilidades cognitivas; um domínio físico relacionado com a capacidade física da pessoa; um domínio emocional e psicossocial pelos valores, motivação e percepção da competência e um domínio comportamental no qual a pessoa mobiliza habilidades para realizar o comportamento de autocuidado (Petronilho, 2012).

A pessoa com doença mental pericrise apresenta alterações em quase todos estes domínios, pelo que a intervenção do EESMP irá contribuir não só para a sua reorganização mental, mas também para a sua gradual autonomização. A inclusão precoce da família neste processo pode reduzir a ansiedade da mesma face ao momento de crise, e por outro lado poderá ser tranquilizador a presença do familiar para o cliente, salvo algumas exceções a ter em conta na avaliação. Esta participação precoce da família no processo terapêutico ajuda-a na aquisição de competências no cuidar, empoderando-a para a transição para o domicílio/comunidade aquando alta hospitalar.

No plano individualizado de recovery, segundo as linhas orientadoras do Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care (2009) a pessoa é estimulada a descrever a sua crise e ajudada a desenvolver um plano de contingência para a mesma. No estágio na unidade de internamento, aquando da alta hospitalar, o enfermeiro fazia uma revisão do internamento com o cliente e ajudava-o na identificação de fatores que

tinham precipitado a crise. Da prática clínica da minha enfermeira orientadora e também descrito na literatura (OE, 2011), a não adesão ao regime medicamentoso era a principal causa de crise e reinternamento, pelo que a adesão ao regime medicamentoso era o foco mais trabalhado pelos enfermeiros neste momento de transição para a comunidade. Esta intervenção do EESMP reflete o seu contributo para que o cliente consiga fazer a descrição da sua crise e consiga definir um plano de contingência definido pelo recovery.

A reunião comunitária que presenciei realizada com os clientes internados foi muito enriquecedora para este projeto uma vez que me permitiu observar, nalgumas pessoas, dificuldades na relação, na comunicação, na presença, na escuta, na aceitação; dificuldades estas que após serem identificadas pelo EESMP podem ser trabalhadas neste ou noutro contexto grupal. Esta intervenção permite que o cliente treine competências num local protegido facilitando o seu processo de integração social aquando alta hospitalar.

A avaliação dos resultados é um processo contínuo que de acordo com o Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care (2009) em conta as esperanças, os ativos, os pontos fortes e objetivos da pessoa, refletindo uma compreensão holística das suas condições de saúde comportamental, preocupações médicas gerais e desejos de construir ou manter uma vida significativa na comunidade.

À luz do recovery a transição da pessoa com doença mental de uma unidade de internamento para o contexto domiciliário/comunitário é feita de uma forma harmoniosa, pois a pessoa/família/pessoa significativa estão envolvidas no plano individualizado de recovery. O plano foi definido em conjunto e a pessoa com doença mental já estruturou mentalmente e por escrito (no plano) os seus objetivos e metas, sabendo exatamente os passos a seguir.

Na prática isto não acontece, pelo que a pessoa/família quando chega ao seu domicílio sente-se sozinha e sem suporte. A falta de recursos comunitários especializados, mas também a falta de articulação com os

cuidados de saúde primários deixa estas pessoas isoladas e sem perspectiva de inclusão ou participação social.

O serviço de visitação domiciliária onde estagiei era como uma extensão da estrutura hospitalar, pelo que se verificava a dependência dos clientes deste serviço, não sentindo necessidade de articular com estruturas de apoio localmente, em especial com os cuidados de saúde primários. Este serviço preconizava a existência de um plano individualizado de intervenção, mas na prática não existia. A intervenção do EESMP neste contexto era identificada pela restante equipa multidisciplinar (médico psiquiatra, assistente social, psicóloga e terapeuta ocupacional) pelo risco de não adesão medicamentosa. A intervenção de Enfermagem neste contexto era programada de acordo com a necessidade de administração de injetável ou preparação da caixa de terapêutica. Nas várias consultas de enfermagem realizadas neste contexto o EESMP também dava suporte informativo e emocional.

O plano de recovery respeita o facto de que os profissionais não devem permanecer centrais na vida da pessoa, sendo essencial a criação conjunta de critérios de alta dos serviços. Neste serviço de visitação domiciliária verifiquei que havia pessoas com doença mental a serem acompanhadas há vários anos. Esta realidade demonstra para além da falta de articulação com os recursos locais (em especial com os cuidados de saúde primários), a dificuldade que os profissionais de saúde das estruturas hospitalares têm em trabalhar a autonomização e inserção social.

Na minha perspetiva e como contributo para a realização de uma consulta de enfermagem de saúde mental em contexto domiciliário, é essencial que o EESMP crie um **clima de envolvimento e confiança**, pois trata-se de um espaço protegido, de relações complexas entre si e com o mundo. Local onde a pessoa com doença mental vivência as suas crises e tem os recursos disponíveis para as ultrapassar. O EESMP tem que ser em primeiro lugar uma pessoa/profissional com bastante sensibilidade, que aliada ao conhecimento científico, se torne num verdadeiro instrumento terapêutico.

A consciência de si, das suas reações corporais, emocionais respostas comportamentais durante o processo terapêutico são competências que o

EESMP tem que mobilizar para melhorar a sua relação terapêutica (OE,2010).

A **relação de ajuda** (Chalifour, 2008) torna-se o pilar na elaboração de uma consulta de enfermagem de saúde mental em contexto domiciliário, **as fases relação interpessoal** cliente-enfermeira descritas por Peplau (1990) são o guia para o desenvolvimento da consulta e os **princípios do recovery** definidos por Phil Barker e enumerados no Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care (2009) são a base desta intervenção do EESMP.

A intervenção do EESMP neste lugar sagrado inicia -se com um mergulho na história de vida da pessoa, apercebendo-se das relações existentes e do ambiente que a envolve. **Identifica, os stressores e os recursos da pessoa.** A sua principal função não é apenas mobilizar recursos, mas sim conduzir a pessoa com doença mental num **caminho consciente** para a sua mobilização prevenindo ou tentando ultrapassar a crise. Acompanhar, melhorando as **competências** para uma tomada de decisão mais efetiva e uma **autonomia** exercida com mais consciência. É um processo de crescimento feito a dois, cujo objetivo é manter a saúde mental no seu ambiente familiar e social.

A **família/pessoa que lhe é significativa é parceiro no cuidar**, pelo que acompanha a pessoa com doença mental neste caminho, sendo também alvo da intervenção do EESMP. Nesse sentido, considero muito importante a oportunidade que tive de participar e dinamizar com a minha enfermeira orientadora o Grupo de Famílias. Uma atividade grupal de suporte informativo e emocional, onde o EESMP tem o papel de mediador, contribuindo para o crescimento grupal e bem-estar das famílias. Se as famílias que acompanham a pessoa com doença mental no domicílio estiverem bem e esclarecidas sobre o seu papel, há maior probabilidade de a pessoa com doença mental estar bem apoiada. Nesse sentido e porque presenciei um familiar em risco de exaustão, considero importante que na consulta de enfermagem de saúde metal em contexto domiciliário se inclua um **instrumento que avalie a sobrecarga do cuidador** que transfiro da minha

prática clínica diária, a Escala de Zarit – Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007), para planeamento de intervenções aos familiares. No ensino clínico não apliquei esta escala, pois iria criar expectativas de intervenção nos cuidadores, às quais eu não poderia dar resposta em tempo reduzido de ensino clínico.

Os instrumentos de avaliação com os quais contatei no âmbito da consulta de enfermagem de saúde mental em ambulatório (anexo 1) são outros exemplos de instrumentos que podem ser utilizados no âmbito da consulta de enfermagem de saúde mental em domicílio que pretendo realizar, nomeadamente, no foco adesão ao regime medicamentoso, com o recurso às **estratégias motivacionais, educacionais e cognitivo comportamentais** que tive a oportunidade de desenvolver.

4. CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

Este projeto contribuiu para a compreensão da realidade atual da pessoa mental em fase aguda e crônica da sua doença e dos desafios que a alteração das Políticas de Saúde Mental trouxeram aos EESMP preconizando o tratamento e reabilitação psicossocial a nível comunitário.

A variedade de experiências deste estágio, em especial as intervenções individuais e grupais desenvolvidas na unidade de internamento proporcionaram-me um elevado conhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e em especial enquanto futura enfermeira EESMP, pelos processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional que exigiram (OE, 2010). Considero que foi o contexto que mais contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional já que diariamente sentia necessidade de gerir as minhas emoções, sentimentos, valores e tantos outros fatores pessoais que sentia poderem interferir na relação terapêutica com o cliente/família/equipa multidisciplinar. Nesse sentido considero ter iniciado o caminho do desenvolvimento da competência “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE,2010).

A nível comunitário, na consulta de enfermagem de saúde mental em ambulatório acompanhei vários clientes com a minha enfermeira orientadora onde, através da técnica de entrevista e o recurso aos vários instrumentos utilizados na mesma realizei a avaliação das necessidades em saúde mental, com ênfase na história de vida da pessoa. Identifiquei fatores promotores e protetores do bem-estar mental e desenvolvi intervenções individuais ajustadas às necessidades identificadas com recurso a estratégias motivacionais, educacionais e cognitivo-comportamentais. Esta experiência contribuiu para o desenvolvimento da competência “Assiste a pessoa ao longo do ciclo da vida, família, grupos e comunidade na otimização de saúde mental” (OE,2010).

O serviço de visitação domiciliária contribuiu para o desenvolvimento da competência “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família,

grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (OE,2010).

Na unidade de internamento e no contexto comunitário realizei intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico e psicoeducacional, à pessoa com doença mental, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário de forma a manter, melhorar ou recupera a saúde (OE,2010).

Como propostas de trabalho futuro, no contexto hospitalar e comunitário considero ser essencial a criação de serviços de saúde direcionados para o recovery, existindo atualmente várias ferramentas de processo, como o Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care (2009) e escalas de fidelidade aplicadas aos clientes e famílias para promoverem um serviço de qualidade.

A realização de uma consulta de enfermagem de saúde mental em contexto domiciliário é uma das possíveis intervenções do EESMP na concretização do plano individualizado de recovery. No entanto ainda há um longo caminho de pesquisa e descoberta para aprofundamento desta intervenção, nomeadamente no seio de uma equipa multidisciplinar, como está definido no Decreto Lei nº 8/2010 de 28 de janeiro (2010)

5. BIBLIOGRAFIA

Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2005) *The Tidal Model – A guide for mental health professionals*. Hove and New York: Ed. Brunner- Routledge.

Castro, A. (2012). *Reabilitação Psicossocial: Participação De Pessoas Diagnosticadas Com Perturbação Mental e Dos Seus Familiares No Processo De Tratamento*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Dissertação para conclusão do 2º ciclo de estudos em Psicologia Clínica. Vila Real.

Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services (2006). *Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care*. Disponível em: www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/publications/practiceguidelines.pdf

Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Equipa de Projeto para os Cuidados Continuados de Saúde Mental (2011). *Competências Básicas de Vida Diária – versão Portuguesa*. Acessível na Direção Geral de Saúde, Lisboa, Portugal.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Decreto Lei nº35/1999 de 5 de Janeiro (1999). Estabelece a organização da prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental. Diário da República. Série I-A.

Decreto Lei nº 8/2010 de 28 de Janeiro (2010). Cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade, adiante designadas como pessoas com incapacidade psicossocial. Diário da República. 1ª série Nº 19-28. 257-263.

Decreto Lei nº 22/2011 de 10 de Fevereiro (2011). Clarifica os termos de responsabilidade civil das unidades, equipas e pessoal da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental criada pelo decreto lei nº 8/2010. Diário da República. 1º série Nº 29. 717-723.

Direção-Geral da Saúde (2013). Portugal Saúde Mental em Número - 2013. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Duarte, T (2007). *Recovery da doença mental*. *Análise Psicológica*. 1 (XXV), 127-133.

Driscoll, A. (2000). *Managing post-discharge care at home: an analysis of patients and their carers perceptions of information received during their stay in hospital*. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1165-1173.

Hendersen, A., Zernike, W. (2001). *A study of the impact of discharge information for surgical patients*. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 435-441.

Hoskins, S., Coleman, M. & Mcneely D. (2005). *Stress in carers of individuals with dementia and Community Mental Health Teams: an uncontrolled evaluation study*. *Journal of Advanced Nursing*. 50 (3), 325-333.

Ministério da Saúde (2009). *CIR-Cuidados Integrados e Recuperação – Manual de Trabalho, Versão 1.3*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ordem dos Enfermeiros (2011) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2009) – *Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e as Famílias para Promover a Adesão ao Tratamento*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010) – *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

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

Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: Nova Conceção Nova Esperança*. Geneva.

O'Toole A, Welt S. (1996). *Teoría interpersonal en la práctica de la enfermería: trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau*. Barcelona: Masson;

Lussi, A et al (2006). A Proposta de Reabilitação Psicossocial de Saraceno: um Modelo de Auto-Organização. *Revista Latina de Enfermagem*. Maio-Junho, 14(3), 448-456.

Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Masson-Salvat;

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. 1ª edição. Coimbra: Formasau, 2012.

Pereira, M.G e al (2007). Versão portuguesa do CANE (Camberwell Assessment of Need for the Elderly): desenvolvimento e dados preliminares. *Saúde dos Idosos*. 25(1). 7-18.

Pereira, M e al (2007). O Modelo de Fallon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspetos técnicos. *Análise Psicológica*. 2 (XXV). 241-255.

Portaria nº 149/2011 de 8 Abril (2011). Estabelece a coordenação nacional, regional e local das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental. *Diário da República*. 1ª série. Nº29. 2085-2096.

Puschel, V. et al. (2005). Instrumento para a abordagem psicossocial do indivíduo e da família na assistência domiciliar – condições de aplicabilidade. *Acta Paulista de Enfermagem*. 18(2). 203-212.

Riehl J., Roy C. (1980). *Conceptual models for nursing practice*. 2nd ed. New York: Appleton-Century-Crofts.

Ruivo, A. et al (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*. (Acedida a 7 de Julho 2015). Disponível em WWW:

<URL: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf>

Santos, I., & et al. (2014). Perspectiva estética e sociopoética do cuidar de pessoas em sofrimento psíquico: apropriação do TidalModel. *Revista Enfermagem UERJ*. 22 (6), 765-770.

Streubert, H., Carpenter, D. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista*. (5ªed). Loures: Lusodidacta.

Tomey, A., Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra*. (5ªed.). Loures: Lusociência

Trzepacz, P. Baker, R. (2001). *Exame psiquiátrico do Estado Mental*. Lisboa: Almedina

Williams, C., Thorpe, R., Harris, H., Barrett, C. & Rorison, F. (2006). Going home from hospital and carers in rural and remote Queensland. *Australian Journal of Rural Health*, 14, 9-13.

ANEXOS E APÊNDICES

Anexo 1

Instrumentos utilizados na consulta de enfermagem de saúde mental em
ambulatório

Stressores		
Intrapessoais	Interpessoais	Extrapessoais

Recursos		

Data:	Focos/Diagnósticos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação

Data:	Focos/Diagnósticos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação

Análises /Exames	Datas Análises	Observação realizada

Consultas	Datas	Intervenções

Observações:

Enfermeiro :

MEDDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS (MAT) A.B. Delgado M.LLima

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por Vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por Vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por Vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido melhor?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por Vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por Vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por Vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja indicação do médico?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por Vezes 4	Raramente 5	Nunca 6

--	--	--

Nome: **Idade:**..... **Data:**
.../.../...

Qual o seu projeto de vida?

Adesão a Terapêutica

Problemas e Dificuldades	Ações a desenvolver (Estratégias)
.../.../...	
.../.../...	
.../.../...	
.../.../...	
.../.../...	
.../.../...	

ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO - GRELHAS DE INDICADORES¹

Nome: _____ Nº Processo: _____
 Data: ____/____/____ Encaminhamento: _____

Comportamento de aceitação					Pontuação: __/25
Definição: Acções demonstradas com base no aconselhamento dos profissionais para promover o bem-estar, a recuperação e a reabilitação Nunca demonstrado_1; Raramente demonstrado_2; Às vezes demonstrado_3; Muitas vezes demonstrado_4; Consistentemente demonstrado_5					
Indicadores	Data:				
a) Confia nos técnicos saúde					
b) Cumpre o regime terapêutico					
c) Aceita o diagnóstico do técnico de saúde					
d) Mantém os compromissos com o técnicos saúde					
e) Modifica o regime de acordo com as orientações do técnico saúde					
Observações:					

Comportamento de aderência					Pontuação: __/20
Definição: Capacidade de iniciativa para promover o bem-estar, a recuperação e a reabilitação. Nunca demonstrado_1; Raramente demonstrado_2; Às vezes demonstrado_3; Muitas vezes demonstrado_4; Consistentemente demonstrado_5					
Indicadores	Data:				
f) Pondera os riscos e os benefícios de estilos de vida saudáveis (saúde mental).					
g) Descreve estratégias para eliminar comportamentos não saudáveis					
h) Descreve estratégias para maximizar a saúde					
i) Recorre aos serviços de saúde de forma adequada e de acordo com a sua necessidade					

¹ Estas grelhas foram adaptadas da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC, 2004) para o diagnóstico NANDA de "Controlo eficaz do regime terapêutico: indivíduo".

Auto cuidado: Medicação					Pontuação: __/55	
Definição: Capacidade para auto-administrar medicamentos (orais e subcutâneos) e aderir a hetero-administração (injectáveis IM) de forma a atingir os objectivos terapêuticos.						
Dependente, não participa_1; Necessita de pessoa e mecanismo auxiliares_2; Necessita de pessoa auxiliar_3; Independente com mecanismo auxiliar_4; Completamente independente_5						
Indicadores	Data:					
j) Identifica a medicação						
k) Enuncia a dosagem correcta						
l) Descreve os efeitos da medicação						
m) Ajusta adequadamente a medicação						
n) Descreve as precauções a ter com a medicação						
o) Descreve os efeitos secundários da medicação						
p) Armazena adequadamente a medicação						
q) Traz medicação (injectável) do exterior						
r) Usa auxiliares de memória						
s) Mantém as quantidades necessárias de medicação						
t) Toma correctamente a medicação						
Observações:						

Participação familiar nos cuidados de saúde					Pontuação: __/50	
Definição: Envolvimento da família no processo de decisão, na prestação e na avaliação dos cuidados (adesão ao regime terapêutico)						
Nunca demonstrado_1; Raramente demonstrado_2; Às vezes demonstrado_3; Muitas vezes demonstrado_4; Consistentemente demonstrado_5						
Indicadores	Data:					
u) Envolve-se no projecto terapêutico						
v) Dá informações relevantes						
w) Pesquisa por informações relevantes						
x) Identifica factores que afectem os cuidados						
y) Colabora nos cuidados						
z) Define necessidades e problemas relevantes nos cuidados						
z1) Toma as decisões quando o doente não consegue fazê-lo						
z2) Participa das decisões com o doente						
z3) Participa no estabelecimento mútuo de metas						
z4) Avalia a eficácia dos cuidados						
Observações:						

Resultados globais da adesão ao regime terapêutico:		
Intervalos	Menção qualitativa	Pontuação
28-55	Má	
56 - 83	Medíocre	
84 - 111	Suficiente	
112 - 140	Boa	

Especifique qual os medicamentos que faz de cada grupo....

Grupos de Psicofármaco	Especifique qual os Medicamentos que faz de cada grupo	Benefícios que teve?	Efeitos secundários que teve?
Antidepressivos			
Estabilizadores do humor			
Antipsicóticos			
Ansiolíticos e sedativos			
Outros farmacos			

Que estratégias usa ou gostaria de usar para cumprir a medicação?

Estratégias ²	Uso esta estratégia	Gostaria de a usar esta estratégia (nunca usei ou já usei)
Faço a medicação à mesma hora todos os dias.		
Adapto a toma da medicação às rotinas diárias. Ex: quando tomo as refeições, quando lavo os dentes, quando saíu para o trabalho ou centro.		
Utilizo outras formas para me lembrar de fazer a medicação como uso calendários, utilizo caixa da medicação, uso lembretes...		
Tenho presente e penso nos benefícios da medicação.		
Falo com o meu médico vou simplificando o horário das tomas da medicação o mais possível		
No final de cada dia preparo a medicação para o dia seguinte		
Tenho uma relação de confiança com o médico e ou enfermeiro, não tenho medo de colocar dúvidas, sinto-me á vontade		
Outras estratégias		

^{2 2} Adaptado Programa de Formação em Saúde Mental Comunitária – CIR (Cuidados Integrados e Recuperação)

Na sua opinião quais são os benefícios (Prós) e as desvantagens (Contras) de tomar a medicação?

Benefícios de fazer a medicação (Prós)	Desvantagens de fazer a medicação (Contras)

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Plano da sessão clínica “Avaliação do Estado Mental – Contributos para a prática clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Plano de Sessão

Tema: Avaliação do Estado Mental – Contributos para a prática clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Formador: Guida Amorim

Local: [REDACTED].

Data e hora: 24 de Novembro de 2015 pelas 14h.

Duração prevista: 40 minutos

Destinatários: Enfermeiros [REDACTED]

Objetivos geral: Contribuir para a melhoria da prática clínica em ESMP [REDACTED]

Objetivos específicos:

- Sensibilizar os enfermeiros do internamento de agudos [REDACTED] para a importância da Avaliação do Estado Mental na sua prática clínica;
- Contribuir para a uniformização da terminologia específica convencional na Avaliação do Estado Mental (AEM).

APÊNDICE 2

Plano da sessão clínica “Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental em Contexto Domiciliário – Adesão ao regime terapêutico”

Plano de Sessão

Tema: Intervenções do EESMP em contexto domiciliário

Formador: Guida Amorim

Local: [REDACTED].

Data e hora: 16 de Março de 2016 pelas 14h.

Duração prevista: 40 minutos

Destinatários: Enfermeiros [REDACTED]

Objetivos geral: Sensibilizar a equipa de enfermagem para a intervenção do EESMP em contexto domiciliário.

Objetivos específicos:

- Dar a conhecer o panorama da saúde mental em Portugal;
- Enumerar os principais focos de intervenção do EESMP da equipa de visitação domiciliária do serviço;
- Descrever as principais interven es do EESMP para a melhorar a adesão ao regime medicamentoso

APÊNDICE 3

Folheto “Factos e mitos sobre a Eletroconvulsivoterapia”

É uma CURA permanente.

Apesar da excelente resposta a curto prazo os utentes podem apresentar recaídas com o tempo, facto que ocorre também com os fármacos e psicoterapia. Por isso, nalguns casos as sessões mensais são recomendadas para evitar as recaídas.

É a última opção

Há pessoas que acreditam que a ECT só é utilizada como último recurso. Isso não é verdade. É um dos tratamentos mais seguros e rápidos para a Depressão.

Muitos investigadores sugerem-na como uma opção de primeira linha para o tratamento.

O utente pode optar pela mesma em qualquer momento do seu tratamento.

A ECT só não é mais utilizada por 3 razões:

- Perceção negativa e estigma sobre o tratamento
- Custo elevado
- Necessidade de profissionais especializados e treinados para realizá-la.

Tenha uma mente
aberta e uma atitude positiva!

Ajude a ajudar-se,

Colabore no seu
tratamento!



Realizado por:

Guida Amorim, Aluna do 6º Mestrado em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica da ESEL 2014/2016, com orientação da Enfermeira Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental Céu Monteiro e Professor Miguel Narigão.

Eletroconvulsivoterapia
(ECT)

Factos e Mitos





FACTOS

Causa convulsões

Na ECT, a pessoa é induzida a ter convulsões através de uma pequena carga elétrica. A convulsão é monitorizada através de um aparelho que vê a eletricidade no cérebro (o EEG). O utente recebe um relaxante muscular e uma anestesia para este procedimento.

A convulsão pode restaurar várias neuroconecções que não funcionam bem. O procedimento também altera os níveis de Dopamina, Noradrenalina e Serotonina que têm papel importante na Depressão.

Pode causar falhas temporárias de memória

Depois da ECT alguns utentes apresentam confusão por um curto período de tempo, com dificuldade em se lembrar de eventos que precederam a sessão. A grande maioria das pessoas recupera essas lembranças em poucos dias.

No entanto, poucos utentes relatam perda de memória por várias semanas e raros permanecem com algum prejuízo da memória 6 meses após o tratamento.

MITOS

Só é realizado em sanatórios ou hospitais psiquiátricos

A ECT pode ser realizada em hospitais gerais e até clínicas, por ser considerado um procedimento seguro, com índice de complicações baixíssimo. O tratamento pode ser realizado em ambulatório, onde o utente regressa a casa após a sessão. Habitualmente são necessárias de 8 a 12 sessões, embora alguns utentes necessitem de fazer 1 sessão/mês para manutenção.

É perigoso

O procedimento é feito por técnicos de saúde com experiência. Antes do tratamento é administrada anestesia e um relaxante muscular para que a convulsão ocorra com as mínimas manifestações corporais. A dor também é controlada.

A ECT é muito segura. Um estudo encontrou 4 mortes em 100.000 tratamentos realizados.

Pode danificar dentes ou ossos

A anestesia e os relaxantes musculares dados antes do procedimento previnem as manifestações corporais das convulsões. Problemas como fraturas ou danos aos dentes foram praticamente eliminados.

Não Funciona

A eficácia da ECT já foi muito bem documentada em inúmeros estudos, chegando a 89% em casos depressivos.

A ECT pode trazer melhoria na Depressão em dias ou poucas semanas, rapidez que não é conseguida por vezes com fármacos ou terapia.

É só para quem está louco

A principal indicação da ECT é para utentes que têm Depressão e que não se adaptam aos efeitos colaterais da medicação, ou que não tiveram resposta com os fármacos ou psicoterapia.

É uma opção muito boa para grávidas com Depressão ou idosos, e também para utentes com Depressão grave ou alto risco de suicídio. O tratamento também pode ser usado para reduzir sintomas maníacos nos utentes com Transtorno Bipolar.

É utilizada menos frequentemente na Esquizofrenia, principalmente nos casos catatônicos ou super refratários.

É usado para punir

Há filmes que retrataram a ECT como algo perverso e desumano reforçando este mito. A ECT é um tratamento seguro, realizado em todo o mundo para ajudar pessoas com Depressão ou outro Transtorno Mental.