



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental Psiquiatria

Por Olga Maria Costa Ribeiro

Porto, Junho 2011



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental Psiquiatria

Por Olga Maria Costa Ribeiro

Sob orientação da Professora Doutora Aida Fernandes

Porto, Junho 2011

RESUMO

O presente Relatório de Estágio descreve o processo de aprendizagem desenvolvido ao longo do mesmo, reproduzindo através dos objectivos delineados e respectivas intervenções que os concretizam, o conjunto de competências adquiridas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

O estágio desenvolveu-se em dois diferentes módulos: Projecto *CONSENTIDO*, no âmbito da Promoção da Saúde Mental e na *Unidade de S. Luís Gonzaga*, Casa de Saúde do Bom Jesus de Braga – Unidade de Toxicodependência.

Pretende traduzir de uma forma reflexiva o percurso efectuado ao longo de todo o estágio.

ABSTRACT

This Training Report describes the process of learning developed over the same, playing through the objectives outlined and related interventions that embody the set of skills acquired in Mental Health Nursing and Psychiatry.

The stage was developed in two different modules: Project CONSENT under the Mental Health Promotion Unit and S. Aloysius Gonzaga, Home Health of Bom Jesus - Addiction Unit.

To translate the reflexive form of a journey made throughout the stage.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar à Professora (Prof.) Doutora Aida Fernandes, um especial reconhecimento pelo apoio, orientação e disponibilidade.

À Estela, companheira fiel desta caminhada, pela sua amizade, pelos momentos de desespero, pela ajuda nos momentos difíceis.

De uma maneira especial pretendo expressar o meu reconhecimento a todos os utentes com os quais fui contactando ao longo do estágio. A todos eles o meu muito obrigado.

À minha família e aos amigos a quem privei de muitos momentos de convivência e apoio e que, apesar disso, compreensivamente me deram força e entusiasmo.

À Enfermeira (Enf.^a) Directora da Casa de Saúde do Bom Jesus, o meu obrigada pela orientação e a disponibilidade com que me apoiou durante os dois módulos de estágio.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEESMP – Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização de Saúde Mental e Psiquiatria

CRI – Centro de Respostas Integradas

CSBJ – Casa de Saúde Bom Jesus

Enf.^a – Enfermeira

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

I.D.T. – Instituto da Droga e Toxicodependência

NAP – Neurolépticos de Acção Prolongada

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PC – Projecto Consentido

PIR – Plano Individual de Reabilitação

Prof. – Professora

SMP – Saúde Mental e Psiquiatria

MEESMP – Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

INDICE	Pág.
0 - INTRODUÇÃO	08
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1 - ARQUITECTURA DE UM PROJECTO	13
1.2 - CARACTERIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ACÇÃO	14
2 - OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJECTO	20
2.1 - PRIMEIRO CONTACTO COM OS CAMPOS DE ESTÁGIO	20
2.2 - OBJECTIVOS DE ESTÁGIO, ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	22
3 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50

0 - INTRODUÇÃO

O presente Relatório enquadra-se no plano de estudos do Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde de Mental e Psiquiatria (ESMP) da Universidade Católica e pretende traduzir o processo de concretização de um projecto de estágio, delimitado por dois diferentes módulos.

O período de estágio, a que se reporta este relatório, compreende o dia 19 de Abril de 2010 ao dia 27 de Outubro de 2010, estando dividido em dois módulos:

Módulo I – Projecto CONSENTIDO – Unidade Móvel de Apoio Domiciliário Integrado, da Casa de Saúde do Bom Jesus com o apoio do Alto Comissariado da Saúde. Este projecto pretende prestar cuidados domiciliários e comunitários no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria, a utentes do distrito de Braga que sejam referenciados pelas instituições que constituem a rede social de Braga.

Relativamente ao Módulo II, este foi creditado ao abrigo do regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização de Saúde Mental e Psiquiatria (CMEESMP), devido ao facto de exercer funções há mais de três anos na área da Saúde Mental e Psiquiatria. Ao longo deste tempo fui adquirindo competências na prestação de cuidados ao indivíduo, nomeadamente: na realização de entrevista, Educação para a Saúde, capacidade de estabelecer relações terapêuticas adequadas, bem como no estabelecimento de uma comunicação apropriada com utente/família e equipa de saúde e também competências interpessoais para a resolução de problemas, aconselhamento, para além de capacidades para reconhecer e enfrentar o stress.

Módulo III: Módulo Opcional – Pessoas com problemas de adição – toxicod dependência que decorreu na Casa de Saúde do Bom Jesus, Unidade de S. Luís Gonzaga.

Face às estatísticas actuais no que respeita à toxicod dependência, senti necessidade de aprofundar conhecimentos neste domínio, uma vez que exerço funções numa instituição que contempla esta valência, considero que qualquer profissional saiba dar resposta junto desta população específica de utentes.

Desde muito tempo que esta problemática me despertou interesse quer pelas repercussões em termos de saúde e sociais que acarreta, quer pelas necessidades específicas destes utentes. Sem dúvida que foi uma excelente opção que se tem vindo a

manifestar na minha prestação de cuidados diária e na minha abordagem junto de consumidores de substâncias psicoactivas que não estão inseridos em qualquer programa de acompanhamento ou tratamento.

Para todas as pessoas, a saúde mental e física e o bem-estar social são componentes vitais intrinsecamente ligados. Com o desenvolvimento do conhecimento acerca desta interligação, torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é crucial para assegurar o bem-estar geral dos indivíduos, sociedades e países.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2004) “ *450 milhões de pessoas sofrem de um transtorno mental ou de conduta; cerca de 1 milhão se suicidam a cada ano; quatro das seis principais causas de anos vividos com incapacidade resultam de transtornos neuro-psiquiátricos. Uma em cada quatro famílias tem, pelo menos, um membro afectado por um transtorno mental. Os membros da família são frequentemente os cuidadores das pessoas com doença mental. A magnitude da carga sobre a família é difícil de avaliar e, portanto, frequentemente ignorada. Além dos custos sociais e de saúde, as pessoas afectadas por transtornos mentais são vítimas de violação dos direitos humanos, estigma e discriminação. Pelo menos 15,3 milhões de pessoas são afectadas por transtornos associados ao consumo de drogas; 205 000 mortes associadas ao consumo de drogas no ano 2000.*”

Atendendo aos dados estatísticos acima apresentados, cabe ao enfermeiro, conforme mencionado no artigo 88 do Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (1998), (alterado e republicado pela Lei nº 111/09 de 16 de Setembro) “ (...) *criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.*” É neste âmbito que se insere todo um conjunto de intervenções inerentes à promoção, prevenção, reabilitação e reinserção do doente mental.

Ainda se pode ler no artigo sobre Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual da Ordem dos Enfermeiros – que “*os cuidados de Enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital (...) promover os processos de readaptação à doença. Procura-se, também, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida diária, bem como se procura a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente/família.*” (OE, 2003)

O papel da Enfermagem nesta problemática e, mais precisamente, do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (SMP) assume, a cada dia, um papel mais relevante e vincado de forma a dar resposta a um vasto leque de necessidades existentes nesta área, como podemos verificar mais pormenorizadamente no Caderno Temático nº 2 da Ordem dos Enfermeiros “ Modelo de Desenvolvimento Profissional”.

Todo o processo de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional que este trabalho pretende traduzir, foi desenvolvido de forma a dar resposta, às exigências curriculares, ao interesse, motivação e dedicação pessoal.

Com os referidos estágios ampliei conhecimentos, consolidei aprendizagens, abri horizontes para a pesquisa científica e sistematização da reflexão crítica para a execução de cuidados de enfermagem profissionais humanizados, sendo os resultados mais significativos apresentados sob a forma deste relatório.

Segundo Lage (1996, p.30), um relatório traduz-se num “ *documento que descreve os progressos ou os resultados obtidos no domínio da investigação ou do desenvolvimento científico e técnico*”.

Neste contexto, cria-se uma expectativa relativamente ao relatório, comprometendo-se esta, sobretudo com a transcrição literal da prática executada baseada em pressupostos teóricos bem delimitados, fomentadora de crescimento pessoal e profissional. Pois, tal como afirmam Marconi e Lakatos (2003, p. 17), “*a prática nasce da concepção sobre o que deve ser realizado e qualquer tomada de decisão fundamenta-se naquilo que se afigura como o mais lógico, racional, eficiente e eficaz*”.

Desta forma, o presente relatório contempla uma exposição escrita relativa ao meu percurso pedagógico, facilitador da cimentação de competências pessoais e profissionais, sendo uma descrição pormenorizada das actividades desenvolvidas para a concretização dos objectivos enunciados no projecto de estágio, assim como uma reflexão crítica assente na adequação do projecto inicial, oportunidades de acção, melhoria de desempenho, dificuldades de percurso atendendo a limitações próprias ou a condicionalismos externos. Pretendo expor a reflexão de forma científica, clara e concisa apresentando um raciocínio lógico, coerente e objectivo.

Tracei como objectivos deste relatório:

- Relatar o percurso das diversas experiências de aprendizagem vivenciadas ao longo do estágio do Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde

Mental e Psiquiatria, proporcionando uma visão alargada e pormenorizada das actividades realizadas;

- Responder a uma das exigências, de avaliação, preconizadas no plano de estudos para a Unidade Curricular Relatório;
- Constituir um documento de avaliação para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Mental e Psiquiatria;

Logo, a elaboração deste relatório permitir-me-á assumir uma postura crítica e reflexiva essencial em cada momento da prática, possibilitando uma análise coerente da conduta que segui ao longo do estágio, bem como um crescimento respeitante à acção e consequentemente, uma tomada de decisão mais correcta.

No sentido de facilitar a consulta e compreensão, o presente trabalho compõe-se em duas partes distintas. Na primeira, consta o enquadramento teórico, sendo realizada uma abordagem relativamente ao projecto de estágio, nomeadamente a arquitectura de um projecto e a caracterização dos campos de acção. A segunda parte do relatório contempla a operacionalização do projecto, sendo efectuada a descrição crítico-reflexiva das actividades desenvolvidas para o alcance dos objectivos esboçados individualmente no projecto de estágio, bem como as competências adquiridas ao longo deste percurso, sendo por último efectuadas as considerações finais do relatório.

A metodologia utilizada é a descritiva, atendendo às características interpostas a um documento desta natureza, fundamentada na exploração/levantamento de dados obtidos e pesquisa bibliográfica, com organização da informação.

Em forma de anexo são apresentados alguns dos trabalhos desenvolvidos ao longo do estágio, que permitem uma melhor caracterização de algumas das actividades desenvolvidas.

Para a estruturação da parte escrita deste relatório foi utilizada a Norma Portuguesa 405 (ISO 690) de realização de trabalhos escritos, preconizada pela UCP.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Portugal é o país europeu com maior prevalência de doenças mentais com valores aproximados dos valores mais altos correspondentes aos Estados Unidos. Para o ano de 2009 os valores traduzem que um em cada cinco portugueses sofreu de uma doença psiquiátrica (23%), e quase metade da população (43%) já teve uma perturbação psiquiátrica ao longo da vida. Mas o dado mais alarmante para a saúde aponta para o facto de 67% dos doentes graves estarem sozinhos com o seu problema sem qualquer acesso a tratamento. Caldas de Almeida, Coordenador Nacional para a Saúde Mental, explica no estudo que elaborou, e primeiro a nível nacional, que a falta de tratamento se deve a dois factores fundamentalmente: “ O estigma social que leva as pessoas a terem vergonha de procurarem um médico e ao mesmo tempo a ausência de serviços especializados próximos, que cria dificuldades de acesso.” (Caldas de Almeida, in “Portugal é o país da Europa com mais doentes mentais”, 2010)

Algumas perspectivas são criadas face ao Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016, que nos orienta para uma maior intervenção na comunidade. No entanto, para obter ganhos em saúde, toda a intervenção deverá ser articulada e complementar, onde a psiquiatria deixe de ser o “vértice quebrado” na saúde, mas sim mais um canto com “arestas bem limadas”. Talvez a grande luta contra a estigmatização da patologia psiquiátrica deva, também, ser preocupação de todos os profissionais de saúde e, ainda, um dos focos de intervenção junto das populações.

Assim, os enfermeiros devem afirmar-se, numa atitude dinâmica, esclarecida e sustentada, com o objectivo fundamental de promover a Saúde Mental. Não bastará percorrer trajectos académicos até à obtenção de títulos, se a capacidade profissional de enfermagem se diluir ou até mesmo ser incompreendida na tão essencial complementaridade de cuidados e serviços. Por isto, devem libertar-se de preconceitos, de causalidades fúteis e apostar na construção de um saber próprio, para o qual é necessário construir e aperfeiçoar, aproveitando as capacidades e o contributo de cada um de nós. Uma atitude interdisciplinar e multidisciplinar exige de cada um de nós uma prática de excelência e, neste caso, cuidados especializados de Saúde Mental e Psiquiatria devem ser instrumentos fundamentais no reforço de factores protectores, diminuindo factores de risco sobre o campo da Saúde Mental (individuo/família/comunidade) e, assim, contribuir para a promoção da Saúde Mental e prevenção da Doença Mental.

1.1 - ARQUITECTURA DE UM PROJECTO

Viver é para o Homem projectar e projectar é inquirir, perguntar, idealizar. Assim, o projecto constitui um plano para a realização de um acto, um percurso que alguém se propõe seguir e para o qual traça objectivos, visando colmatar as necessidades do individuo.

Segundo BARBIER (1993) o projecto não é uma simples representação do futuro, do amanhã, do possível, de uma “ideia”, é o futuro a “fazer”, um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em acto.

E, também, como cita Carvalho e Diogo (1999) um projecto “ não é mais do que a capacidade de organizar as acções para intervir no meio que nos rodeia, com o fim de se atingirem os objectivos propostos, visando assim a orientação bem como o planeamento das actividades durante o seu estágio”.

A escolha de um fio condutor ao longo dos dois módulos de estágio veio, mais tarde, facilitar o planeamento e execução das actividades propostas. O meu projecto de estágio delineou-se com base nas orientações da Universidade Católica, e, também, pela motivação para trabalhar a prevenção da recaída nos doentes do foro psiquiátrico.

Este projecto concretizou os objectivos gerais e estabelecidos pelo curso e respectiva disciplina, e os específicos que proporcionaram o desenvolvimento de intervenções técnicas, humanas e científicas de Enfermagem e, mais especificamente, de ESMP. Assim, foi um guia orientador para o desenvolvimento da minha prática e do processo formativo desenvolvido ao longo de todo o estágio.

Os objectivos e actividades apresentadas não são estanques. A integração nas diferentes unidades permitiu um maior conhecimento das necessidades reais dos utentes/família e comunidade, tendo conduzido a abordagens diferentes e reformulação do projecto de estágio ao longo do mesmo.

A escolha dos diferentes locais de estágio pretendeu ir de encontro à consecução dos objectivos propostos pelo curso, assim como, às demandas das prioridades de actuação emitidas pela OMS. Com efeito, para este estágio, propus-me a abordagem a dois grandes níveis: a promoção e prevenção da saúde mental junto da comunidade e grupos de risco em regime de internamento e ainda a sensibilização para a prevenção da recaída – detecção de sinais de alerta, nessas mesmas áreas.

1.2 - CARACTERIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ACÇÃO

Os dois campos de estágio pertencem à mesma instituição, Casa de Saúde do Bom Jesus, integrada na Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, da qual faço uma breve caracterização, neste relatório, tendo em conta recursos, missão, visão e valores.

A 6 de Dezembro de 1932 realizou-se, nesta casa, o primeiro internamento.

Os princípios orientadores do seu funcionamento estão submetidos à legislação estatal, assim como às directrizes definidas no Estatuto dos Centros Assistenciais, Regulamento Interno Geral, Missão Compartida: Objectivos Estratégicos 2006-2012 e Programação Provincial 2010-2012.

A Casa de Saúde do Bom Jesus tem vindo a desenvolver a sua missão apostólica, em favor da pessoa com perturbação mental, em conformidade com o património espiritual e as próprias tradições da Congregação, na área da Psiquiatria e Saúde Mental, numa permanente abertura a outras necessidades humanas e sociais.

Em sintonia com o carisma da Congregação, a missão deste centro Hospitaleiro é:

- Promover uma assistência integral – nas suas dimensões social, psicológica, cultural, ética, relacional e espiritual – a doentes psíquicos, idosos, deficientes, toxicodependentes e outros, segundo as necessidades dos tempos e lugares, em especial os mais pobres.
- Defender a dignidade da pessoa assistida, respeitando e promovendo os seus direitos e deveres, articulando as várias fases – preventiva, curativa, reabilitadora e de reinserção social.

Durante os 77 anos de existência, a Casa de Saúde desenvolve um esforço permanente de actualização e adaptação às exigências que a missão pressupõe. Este esforço tem-se reflectido, quer no alargamento a novas áreas assistenciais, nomeadamente, em iniciativas pioneiras de internamento em residências comunitárias e apartamentos terapêuticos, quer na reorganização/remodelação dos próprios serviços de atendimento, implicando um aumento significativo de recursos humanos.

Possui dois tipos de unidades assistenciais, designadamente:

- Unidades de longo internamento

Unidade Sagrado Coração de Jesus (Unidade 1)

Unidade S. Bento (Unidade 2)

Unidade S. José (Unidade 3)

Unidade Nossa Senhora de Fátima (Unidade 4)

-Unidades de curto internamento

Unidade S. João de Deus (Unidade 5)

Unidade S. Luís (Unidade 6)

- Unidades de Reabilitação

Residência Santa Teresa

Com uma lotação de 385 camas, para mulheres e homens, tem vindo a desenvolver a sua missão nas áreas da Psiquiatria, Psicogeriatría, Deficiência Mental, Toxicodependência, Alcoolismo e Reabilitação/Integração Social.

No sentido de alargar a sua capacidade de resposta face às necessidades em cuidados de saúde mental e psiquiatria, a Casa de Saúde do Bom Jesus, tem avançado com projectos de colaboração assistencial, entre eles:

Projecto Cuidar-se para Cuidar,

Projecto Afectos,

Projecto Aprender e Cuidar,

Projecto Percursos,

Projecto Melhorandum,

que, em conformidade com as possibilidades e limitações, colaboram com os nossos utentes e famílias/ cuidadores na recuperação do melhor nível de bem-estar, através da ocupação profissional ou lúdica, através da formação profissional, através da capacitação para cuidar e, ainda, através da possibilidade de descanso do contexto exigente que a patologia acarreta.

A Casa de Saúde do Bom Jesus cobre assistencialmente, pessoas doentes oriundas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e de outros subsistemas de saúde públicas e privadas. São referenciados utentes pelo Departamento de Psiquiatria do Hospital de Braga – Escala, pelo Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT), que possui com esta instituição convenção para internamento.

A nível de recursos humanos, a Casa de Saúde do Bom Jesus dá resposta a várias especialidades clínicas, nomeadamente: Psiquiatria, Neurologia, Ginecologia, Medicina Interna, Estomatologia, Anestesia. Constituem, ainda, o corpo técnico da instituição:

Enfermeiros Generalistas e Especialistas, Psicólogos, Técnicas de Serviço Social, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Nutricionista, Professor de Educação Física, Assistente Espiritual.

Esta Instituição tem proposto e em curso um processo de Certificação da Qualidade, no âmbito da Norma ISO, desde o ano de 2008.

O modelo preconizado pela Casa de Saúde do Bom Jesus é o assistencial hospitaleiro; este modelo assenta numa visão holística da pessoa, vista como um todo, nas suas múltiplas dimensões: física, afectiva, cognitiva, comportamental, interpessoal, sociocultural e espiritual.

O Módulo I – *Desenvolvimento de competências a nível da promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção da doença* – foi desenvolvido no Projecto *CONSENTIDO*, pois este enquadra-se nos padrões actuais de saúde estando direccionado para a prestação de cuidados de proximidade e no ambiente natural dos utentes, no seu contexto social e familiar. A comunidade é o contexto mais propício para uma intervenção holística, pois permite à equipa a identificação de necessidades e o respectivo planeamento e intervenção, atendendo a um conjunto de factores que podem ser identificados nesse meio e que muitas vezes em contexto de internamento não são passíveis de antever. Como sabemos, estamos numa fase em que se preconiza uma rede de cuidados continuados integrados e cujas valências são direccionadas para a comunidade.

O projecto *CONSENTIDO* – Unidade Móvel de Apoio Domiciliário Integrado – está integrado no Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, na Casa de Saúde do Bom Jesus, com a aprovação e apoio do Alto Comissariado da Saúde.

Este projecto fundamenta-se com base no Relatório Mundial de Saúde da OMS (2001); Livro Verde das Comunidades Europeias (2005); diagnóstico de necessidades e settings prioritários apontados no Plano Nacional de Saúde (2004-2010); nas necessidades, preocupações e objectivos a alcançar pelo Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016).

O projecto actua ao nível da promoção, prevenção e tratamento da doença mental. É muito abrangente na sua área de intervenção e, conseqüentemente, muito arrojado e inovador no enquadramento actual da prestação de cuidados em Saúde Mental e Psiquiatria.

No campo da promoção da saúde, propõe-se efectuar uma intervenção especializada baseada numa abordagem integral da doença mental, bem como a prática a longo prazo de uma intervenção intersectorial; o desenvolvimento de acções de luta contra o estigma, a desmistificação da doença mental e, também, a promoção de estilos de vida saudáveis, são também objectivos deste projecto.

Na prevenção dos problemas de saúde mental propõe-se reduzir os factores de risco e promover os factores de protecção; diminuir a incidência e a prevalência das doenças mentais e minimizar o impacto da doença nas pessoas, nas famílias e na comunidade.

No tratamento da doença mental prevê-se o diagnóstico e intervenção precoce nos casos de descompensação; intervenção em crise; adesão ao regime terapêutico; administração de Neurolépticos de acção prolongada (Nap); diagnóstico e intervenção no cuidador informal; identificação de necessidades sócio-familiares.

Quanto à redução de danos e reinserção, consideram pertinente a concretização de programas psico-educacionais; formação aos cuidadores informais; restabelecimento das redes de suporte social informal e a promoção/facilitação do contacto com as redes de suporte social formal.

A equipa é formada por 9 elementos: 5 enfermeiros (1 deles com função de coordenação), uma assistente social, uma psicóloga e uma psiquiatra.

As visitas domiciliárias e o aconselhamento/encaminhamento através de uma linha telefónica decorrem no período das 9h – 22h, de segunda a sexta-feira, em caso programado ou caso de urgência após contacto telefónico.

O Módulo III – *Pessoas com problemas de adição e outros* – foi desenvolvido na Unidade de S. Luís, um serviço de desabitação de adições, nomeadamente álcool e drogas, que me permitiu adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados, trabalhar uma situação/problema susceptível de gerar aprendizagens significativas na área de ESMP em torno dos comportamentos aditivos e concretizar o projecto de intervenção delineado na área da prevenção da recaída.

A Unidade de S. Luís Gonzaga foi fundada em 6 de Novembro de 1993, e destina-se ao internamento de doentes, de ambos os sexos, para desabitação física ou para situações de duplo diagnóstico psiquiátrico. Tem capacidade para 10 doentes.

A instituição mantém desde 1994 um protocolo com o Instituto da Droga e Toxicoddependência (IDT), no sentido de disponibilizar um total de 10 camas para

desabilitação, sendo que para situações de co-morbilidade psiquiátrica pode acolher até 6 doentes. Os doentes vêm, na grande maioria, referenciados dos Centros de Resposta Integrada (CRI's) com proposta de internamento, consentimento informado assinado pelo utente, exames complementares de diagnóstico (os que o médico assistente considerar convenientes) e a descrição do projecto terapêutico. A unidade recebe doentes de todo o país. Por vezes, existem internamentos em regime particular.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, psiquiatra e clínico geral, psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, capelão, professor educação física, nutricionista, ajudante de ocupação, ajudantes de enfermaria e administrativas.

Procurando desenvolver um processo terapêutico integral, desenvolvem-se várias actividades onde os doentes podem participar durante o seu internamento: actividade de expressão plástica, trabalhos manuais, de lazer e ao ar livre, expressão corporal, educação física.

Existem algumas regras de funcionamento da unidade:

- A duração média do tratamento de desabilitação varia de 8 a 10 dias. Nas situações de co-morbilidade a duração do internamento é variável (depende da evolução terapêutica);
- Não são permitidas visitas;
- Não é permitido o uso de telemóvel durante o internamento;
- Os doentes podem usar o seu vestuário, salvo se houver contra-indicação;
- O doente é completamente revistado, incluindo a bagagem à entrada, saída e sempre que se considerar necessário;
- O doente não pode: ter em sua posse ou consumir qualquer tipo de droga, bem como medicamentos não prescritos pelos médicos da unidade; não pode envolver-se em comportamentos agressivos, nem de índole sexual, bem como em qualquer outra conduta inadequada (comportamento indecoroso para com utentes, ou funcionários, cometer furto);
- Não é permitido na unidade jogar a dinheiro (ou outros bens), dar, vender ou trocar qualquer tipo de objectos; fumar nos quartos; entrar nos quartos de outros utentes e dormir nas salas;
- Todos os objectos de valor e dinheiro deverão ser entregues no serviço de admissões ou entregues ao enfermeiro da unidade que efectuará o seu espólio;
- Na alta é conveniente que venha algum familiar ou amigo do doente para o acompanhar;
- Qualquer estrago efectuado na unidade pelos utentes, são da sua responsabilidade;

- Durante o internamento os doentes têm à sua disposição os seguintes serviços:
Serviço de Recepção e Admissões (Todos os dias das 8:00h às 20:00h); Serviços Administrativos (Segunda a Sexta-feira das 9:00h às 13:00h e das 14:00h às 17:30h); Espaços Socioculturais e de Lazer; Biblioteca; Cafeteria; Salão de Cabeleireiro; Bazar; Sala de cinema; Ginásio; Serviço de Voluntariado e Serviço da Pastoral da Saúde.

2 - OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJECTO

Esta fase do presente relatório reporta-se aos objectivos previamente traçados no início do estágio; serão, também, apresentadas as actividades desenvolvidas para alcançar esses mesmos objectivos.

O projecto realizado de nada serve se não for colocado em prática e utilizado em prol da melhoria da qualidade dos cuidados ao indivíduo/família. Foi minha intenção dar uma resposta adequada a esta etapa, dada a natureza do trabalho que pretendia desenvolver. No entanto, para tal facto considero que foi essencial a articulação de conhecimentos adquiridos no sentido de adquirir as competências previstas e evidenciar a sensibilidade dos ganhos na área da Saúde Mental e Psiquiatria (SMP) e do mestrado em Enfermagem.

Neste sentido, passo a descrever de forma reflexiva as actividades realizadas durante o estágio do mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de SMP, seguindo como linha orientadora os objectivos traçados inicialmente em projecto.

2.1 - PRIMEIRO CONTACTO COM OS CAMPOS DE ESTÁGIO

No que diz respeito ao Módulo I, o seu início, que coincidiu, também, com o início do estágio, foi um momento vivenciado com expectativa, uma vez que eram inúmeros os sentimentos que me preenchiam. Daí, emergir uma necessidade de conhecer a dinâmica do serviço, tendo recorrido à Enfermeira Tutora, no sentido de me disponibilizar informação e documentos relativos ao serviço (manual de integração, padrão de documentação, etc.), clarificar conteúdos relativos a organização e funcionamento do serviço, sobretudo as competências do enfermeiro especialista na dinâmica organizacional do serviço, assim como me dar a conhecer toda a estrutura física e recursos materiais existentes. No entanto, também consultei normas, protocolos existentes no serviço, para uma melhor compreensão do funcionamento e organização do serviço. Esta orientação inicial foi fundamental para me poder integrar plenamente no serviço, para por em prática as actividades delineadas, bem como para me elucidar acerca do projecto pessoal para o estágio e reflectir sobre o mesmo.

O receio, inicialmente sentido, por se tratar de uma realidade diferente da que estou habituada, deu lugar ao desejo de conhecer melhor diferentes abordagens na psiquiatria e, por conseguinte, obter novas aprendizagens. Para tal, muito contribuiu a equipa

multidisciplinar que me recebeu da melhor forma, demonstrando-se sempre atenciosa e propiciando um clima de aprendizagem muito acolhedor, tendo sido um contributo, também, fundamental para a minha integração no serviço.

Como forma de me integrar no Projecto foi necessário estabelecer um diálogo informal com a Coordenadora do Projecto e tutora de Estágio no sentido de a informar dos meus objectivos de estágio e que seria meu objectivo participar nas actividades do Projecto Consentido.

Este Projecto fundamenta-se com base no Relatório Mundial de Saúde da OMS (2001), Livro Verde das Comunidades Europeias (2005); diagnóstico de necessidades e settings prioritários apontados no Plano Nacional de Saúde (2004-2010); nas necessidades, preocupações e objectivos a alcançar pelo Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016).

A população alvo do campo de Estágio é constituída por pessoas em situação de dependência, devido a transtornos depressivos, perturbação bipolar, esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, preferencialmente em tratamento continuado, nomeadamente com Nap (Neurolépticos de acção prolongada) demências e seus cuidadores pertencentes à área do concelho de Braga.

O Projecto actua ao nível da promoção, prevenção e tratamento da doença mental. É muito abrangente na sua área de intervenção e, conseqüentemente, muito arrojado e inovador no enquadramento actual da prestação de cuidados em Saúde Mental e Psiquiatria, abrange toda a área do concelho de Braga, onde a inexistência de qualquer apoio especializado domiciliário, direccionado a esta população-alvo, constituía um facto até á data de existência deste.

Em relação ao Módulo III, o primeiro contacto com a Unidade de S. Luís, que constitui uma unidade de curto internamento de utentes para desabitação física de substâncias de adição, resultou numa experiencia totalmente diferente do meu contexto de desenvolvimento ao longo da minha carreira profissional, pois todo o contacto com esta área das toxicodependências, também muito frequente noutros contextos de internamento, surgiu sempre numa perspectiva de diagnóstico associado ao diagnóstico principal ou motivo de internamento.

Nesta unidade de cuidados, tornou-se possível uma intervenção directa ao utente toxicodependente, com objectivos prioritários e fundamentais definidos a partir da problemática de adição como diagnóstico principal.

Fui recebida com enorme disponibilidade, quer da parte do Enfermeiro Chefe desta unidade, quer por parte da Orientadora deste Módulo de Estágio assim como, também, por toda a equipa de trabalho.

2.2 - OBJECTIVOS DE ESTÁGIO, ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste capítulo irei abordar os objectivos específicos comuns aos dois módulos de Estágio, bem como os objectivos específicos para cada módulo e as actividades que foram desenvolvidas para a sua obtenção e competências adquiridas.

Com a intenção de dar maior coerência ao projecto de estágio e valorização da aprendizagem, traço os seguintes objectivos específicos comuns aos dois módulos de estágio que a seguir descreverei.

Identificar a estrutura física, organizacional, funcional e os recursos humanos/materiais das Unidades.

Para a concretização deste objectivo obtive informação através de conversas informais com a Enf.^a Directora e coordenadora do PC, simultaneamente tutora dos dois módulos de Estágio, como também com o Enfermeiro-Chefe da Unidade de S. Luís e, ainda, com enfermeiros com quem contactei ao longo do estágio.

Para que o meu desempenho fosse de encontro à realidade das diferentes Unidades de Cuidados em questão, foi consultado o Regulamento Interno, as normas e critérios de funcionamento, recursos humanos e materiais, normas e protocolos, modelos e impressos em vigor das diferentes Unidades de Cuidados. Penso que a integração é determinante para o sucesso da adaptação do indivíduo à organização e consequentemente para a eficácia do seu desempenho. Sendo assim, o conhecimento prévio da estrutura física da Unidade de Cuidados, bem como do seu funcionamento revelou-se fundamental para facilitar as condições de adaptação ao ambiente, favorecendo o processo de integração e, consequentemente, o processo de aprendizagem. Foi consultada alguma legislação específica, nomeadamente a legislação relativa à reestruturação e desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal, no Módulo I e no Módulo III, o Decreto de Lei nº 16/99 de 25 de Janeiro, que regula o licenciamento, o funcionamento e a fiscalização do exercício da actividade das

Unidades Privadas que actuem na área do tratamento ou da recuperação de toxicodependentes. Segundo este decreto, as clínicas de desabituação “*são unidades assistenciais onde se realiza o tratamento de síndromas de privação em toxicodependentes, mediante terapêutica medicamentosa, sob responsabilidade médica, com suporte de enfermagem e consultoria em psiquiatria*”.

A prestação de cuidados pressupõe como condição indispensável um conhecimento de todo o campo de intervenção, desde as estruturas, materiais, recursos e respectiva população alvo. Foi este o princípio que proporcionou a minha integração nas unidades onde decorreram os estágios e permitiu a minha inclusão na equipa de cuidados, abrindo-me assim, a possibilidade de ingresso ao campo de intervenção, nomeadamente integração e participação na prestação de cuidados.

O objectivo foi plenamente atingido, pela facilidade de integração e adaptação às realidades dos serviços.

Adquirir competências na prestação de cuidados especializados na área da SMP, proporcionando intervenções de enfermagem especializadas na mesma área.

Ao longo do Estágio, tive oportunidade de mobilizar conhecimentos adquiridos no Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MEESMP), nomeadamente acerca das patologias psiquiátricas específicas dos utentes abrangidos pelo Projecto Consentido: depressão, perturbação bipolar, esquizofrenias e outras perturbações psicóticas e demências (critérios de inclusão no Projecto) e na área da dependência de substâncias.

Na área da comunidade, quer familiares ou cuidadores, quer os utentes, manifestam a necessidade de receber informação por parte dos profissionais sobre a sua patologia e, mais especificamente, a forma como poderão lidar com ela. Diariamente, somos abordados com questões relativas a esta temática. Alguns doentes apresentam-nos questões semelhantes, embora outros tenham dúvidas muito específicas. No meu ponto de vista, embora as sessões de Psico-Educação dirigidas a grupos tenham as suas vantagens, nomeadamente no sentimento de partilha, no facto de os doentes/familiares não se sentirem sozinhos, por outro lado, por vezes surgem dúvidas que só conseguem expor num contexto mais íntimo, onde por estarem sós se sentem mais protegidos, mais à vontade para expor as suas dúvidas acerca da sua doença. E é no seu contexto social

que nos apercebemos de algumas dificuldades, que em contexto de grupo, noutra local que não o de vivência, não nos iríamos aperceber.

Mesmo o contacto com o familiar/cuidador torna-se nesse contexto, mais facilitado.

O domicilio de cada utente é o local mais propício para uma intervenção holística, pois permite à equipa a identificação de necessidades e o respectivo planeamento e intervenção, atendendo a um conjunto de factores que podem ser identificados nesse meio, que muitas vezes em contexto institucional não são possíveis de antever.

É de extrema importância os profissionais da equipa multidisciplinar estarem cientes que o utente entende a relação terapêutica como uma relação onde é cuidado e apoiado, onde ele vai começando a revelar informações, sente-se protegido, estabelece-se uma relação de confiança; identifica este relacionamento como especial, diferente do que tem com outras pessoas. É nesse sentido que a relação e a comunicação estão acima de toda a técnica e, por vezes, dos próprios conhecimentos, pois o que é exteriorizado no contacto com os utentes, é muitas vezes a nossa comunicação verbal e não verbal, a postura, o contacto ocular, a assertividade em termos de comportamento e atitudes, a capacidade de escuta activa e, sem dúvida, a empatia criada com o cliente, a relação de confiança que muitas vezes, no meu ponto de vista, precede a relação terapêutica.

A saída das equipas de saúde para a comunidade é, agora, uma exigência e uma necessidade na área de Saúde Mental e Psiquiatria. O equilíbrio das sociedades, das comunidades, dos grupos e das famílias fundamenta-se no equilíbrio dos seus membros. Toda a intervenção deve, por isto, assumir como alvo o indivíduo inserido no seu contexto de vida. A justificar estes factos vem o Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016, que determina que os serviços de saúde mental devem organizar-se com base numa perspectiva de recuperação, assegurando a participação dos utentes no planeamento dos cuidados e privilegiando as acções que facilitem a sua autonomia e integração social. Este conceito está impresso em todas as actividades e procedimentos em que o indivíduo tem um papel activo e dinâmico no seu processo de saúde-doença.

Como profissional e, perante esta realidade, assumi a visita domiciliária como actividade fundamental e estratégica de intervenção, desde o planeamento até à avaliação dos cuidados.

Após pesquisa bibliográfica no sentido de fundamentar a importância da visita domiciliária ao doente do foro psiquiátrico, encontrei uma orientação lógica que

acompanhou a evolução histórica da vivência familiar em sociedade, o impacto da doença na família e o cuidado ao doente psiquiátrico. Foi este facto que me obrigou a partir para o primeiro campo de Estágio com objectivos de desenvolver competências de intervenção especializada na comunidade e, ainda, definir prioridades de intervenção em conformidade com as necessidades identificadas no âmbito da Saúde Mental, direccionada para a visita domiciliária.

A formação dos profissionais de saúde é imprescindível para a melhoria dos cuidados aos doentes, pois o conhecimento encontra-se em constante evolução, e novas descobertas são feitas, pelo que é fundamental a actualização dos nossos conhecimentos e aprofundamento das nossas competências. Foi nesse sentido e com vista a desenvolver novos conhecimentos, assim como novas abordagens em Saúde Mental e Psiquiatria, que pareceu-me oportuno a participação no **VII Colóquio Internacional De Esquizofrenia Do Porto**, que decorreu nos dias 18 e 19 de Junho de 2010, na Fundação Cupertino de Miranda, no Porto, onde foram apresentados vários temas referentes à Esquizofrenia. A temática que este Colóquio sugere, trata de um sério problema de saúde pública, realçando um conjunto de fraquezas no seu tratamento, ainda evidentes em pleno século XXI, como sendo o estigma, a discriminação, a falta de infra-estruturas adequadas ao seu tratamento, tanto a nível institucional como comunitário.

Nesta área de cuidados é de extrema importância os profissionais da equipa multidisciplinar estarem cientes que o utente entende a relação terapêutica como uma relação onde é cuidado e apoiado, onde ele vai começando a revelar informações, sente-se protegido, estabelece-se uma relação de confiança; identifica este relacionamento como especial, diferente do que tem com outras pessoas. É nesse sentido que a relação e a comunicação estão acima de toda a técnica e, por vezes, dos próprios conhecimentos, pois o que é exteriorizado no contacto com os utentes, é muitas vezes a nossa comunicação verbal e não verbal, a postura, o contacto ocular, a assertividade em termos de comportamento e atitudes, a capacidade de escuta activa e, sem dúvida, a empatia criada com o cliente, a relação de confiança que muitas vezes, no meu ponto de vista, precede a relação terapêutica.

Outras actividades desenvolvidas:

Na continuidade a todos os desafios da profissão de enfermagem é também, importante falar na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

A responsabilidade profissional impele-nos continuamente a assumir atitudes, como intervenientes participativos, promotores do processo evolutivo da enfermagem, como profissão e ciência. É necessário ter conhecimento e capacidade de os gerir adequadamente e aplicar as tecnologias da informação e da comunicação no acto de cuidar.

A CIPE constitui uma classificação de fenómenos, intervenções e resultados no âmbito da enfermagem. Pretende, assim, ser uma matriz unificadora em que as taxonomias e classificações de enfermagem já existentes se possam entrecruzar de forma a permitir comparar dados em enfermagem. Isto vem justificar a importância da sua implementação em todas as áreas de cuidados. Neste sentido, também um grupo de profissionais de enfermagem da Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ) reúne esforços no sentido de construir o Padrão de Documentação para implementação em todos os serviços.

No âmbito deste módulo de Estágio, porque sentimos necessidade de justificar as nossas intervenções e, ainda, contribuir na complementaridade de esforços que objectivam a implementação do Padrão de documentação CIPE, consideramos pertinente desenvolver um trabalho no sentido de aprofundar conhecimentos e enquadrar o nosso contexto de intervenção numa linguagem uniformizada. A prática do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria deve debruçar-se nos vários contextos de acção, conforme descrito no Caderno Temático do Modelo de Desenvolvimento Profissional da Ordem dos Enfermeiros (2009).

Neste trabalho debruçamo-nos sobre as intervenções relacionadas com a Promoção da Saúde Mental, Prevenção da Doença Mental e com a Reabilitação e Reinserção da Pessoa com Doença Mental.

A especificidade dos locais de estágio levou-me a definir objectivos específicos para cada módulo, tornando assim o Estágio mais coerente e gerador de novas aprendizagens.

Dos objectivos específicos estabelecidos para cada módulo de estágio destaco:

MODULO I – PROJECTO CONSENTIDO – CASA SAÚDE DO BOM JESUS DE BRAGA

Revelar competências na área da SMP, no âmbito da comunidade;

No âmbito deste módulo de estágio, fui inserida no seio da equipe do PC, integrando-me no seu funcionamento e actividade, participando desta forma em todo o contexto que envolve a visita domiciliária, que é, entre outras actividades desenvolvidas, a mais significativa e que absorve a maior parte de todas as estratégias de intervenção a nível do contexto real de vida do utente.

Com este objectivo, procurei assegurar competências relacionais e de intervenção junto do utente no seu contexto de vida. Assim, foi através da visita domiciliária que me aproximei do contexto comunitário. A consulta processual de cada utente, colheita de dados utilizando a avaliação inicial de enfermagem, a aplicação de escalas psicométricas e, também, toda a interacção informal estabelecida durante a visita, permitiram a obtenção de dados pertinentes ao levantamento de necessidades. Estas necessidades foram determinando a programação e desenvolvimento de intervenções no âmbito psicoterapêutico, sócio-terapêutico, psicossocial e psico-educativo. O contacto com o utente exige pensar e reflectir sobre a importância da conquista relacional e, ainda, sobre as estratégias facilitadoras da mesma. Esta conquista permite a acessibilidade e a partilha, essenciais ao sucesso da relação.

Deparando com múltiplos diagnósticos clínicos, em contexto comunitário e de internamento, orientei a minha intervenção com prioridade para o diagnóstico de psicose por constituir a amostra maior em número de doentes seguidos pela unidade de cuidados onde iniciei este Estágio.

Através da visita domiciliária tive oportunidade de avaliar as capacidades internas do doente e os recursos externos disponíveis, o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida do doente e família, ainda e essencialmente capacitá-lo como

agente principal na vivência do seu estado de saúde /doença, com obtenção de ganhos em saúde e bem-estar, com ênfase para a funcionalidade e autonomia.

Diariamente, são efectivadas visitas domiciliárias que possibilitam um aumento da qualidade de vida dos utentes seguidos no PC. A percepção das dinâmicas familiares possibilita uma avaliação do possível envolvimento da família/cuidador no processo de tratamento/ reabilitação/ reinserção. Temos, assim, uma contribuição determinante na promoção do estado de saúde e bem-estar, prevenção da recaída e conseqüente redução das taxas de reinternamento.

O contacto com o utente durante a visita domiciliária exige pensar e reflectir sobre a importância da conquista relacional e, ainda, sobre as estratégias facilitadoras da mesma. Esta conquista permite a acessibilidade, a partilha e essencialmente a capacitação do utente como agente principal na vivencia do seu estado de saúde /doença, com obtenção de ganhos em saúde e bem-estar.

Tive oportunidade de participar, com a equipe do PC, nas visitas domiciliárias. Ao dar continuidade à visita domiciliária a um dos utentes seguidos nesta unidade tive oportunidade de avaliar o impacto e a importância desta prática na qualidade de vida dos utentes. Foi uma experiência que me permitiu observar e acompanhar as dinâmicas de intervenção assim como me proporcionou a possibilidade de intervenção como elemento desta equipa de cuidados.

A escolha deste utente foi meramente coincidente com a minha disponibilidade de seguimento na visita mas, também, porque sendo portador do diagnóstico de psicose, constituiu mais uma pertinência e oportunidade de aprofundar conhecimentos no âmbito desta patologia, alvo de intervenção para outros trabalhos realizados.

Foi gratificante avaliar os ganhos obtidos ao longo de toda a intervenção, assim como verificar o reconhecimento e descrição dos mesmos, da parte do utente. Este sucesso nem sempre foi linear, mais concretamente, houve visitas em que se constatou o não cumprimento, por parte do doente, dos compromissos estabelecidos com a equipa de saúde, o que resultava em obstáculos ao progresso e sucesso das intervenções; no entanto, esta experiência revelou-se muito positiva na melhoria da qualidade de vida deste doente.

A minha integração no processo de visita a este doente foi cuidadosa. A preocupação com uma receptividade positiva e que me fosse dada acessibilidade para intervir, seriam requisitos fundamentais para prosseguir.

Através de estratégias motivacionais, dei continuidade a ensinamentos no sentido de promover a aquisição de conhecimentos e competências essenciais ao sucesso do Plano Individual de Reabilitação (PIR) estabelecido para o mesmo que foi, entretanto, reformulado; e no qual tive uma participação activa.

Os PIR traduzem o processo de reabilitação a desenvolver com e para cada utente. Pretendem reflectir a avaliação efectuada num processo onde se definem os principais diagnósticos alvo de intervenção e respectiva prioridade, os objectivos esperados e passíveis de serem atingidos, assim como, as diferentes intervenções a implementar para o conseguir.

O PIR, embora multidisciplinar, engloba os conceitos do processo de Enfermagem. Para a sua elaboração e consecução é necessário implementar as diferentes etapas do processo de Enfermagem.

Foi muito importante, neste âmbito, proporcionar ajuda ao utente no sentido deste perceber a importância destes conhecimentos e competências para o seu desempenho de vida. Sempre que necessário foram reforçados conteúdos e competências oportunas. Através de estratégias educacionais, foi disponibilizada ao utente a informação necessária à contextualização da sua patologia, sobre princípios de tratamento e prevenção de recaídas e estratégias para lidar com a sintomatologia. Este processo de ensino/ aprendizagem, baseou-se numa atitude interactiva, sempre com valorização de todo o contributo do utente e reforço das aprendizagens. Foi, também, importante fazer uma avaliação contínua da capacidade do utente para reconhecer e aplicar a informação nas suas experiências pessoais.

Ainda com apoio em estratégias cognitivo-comportamentais foram contínuos os esforços no sentido de ajudar o utente no acesso e utilização de todos os conteúdos inerentes ao seu plano de cuidados. A reformulação e actualização do mesmo foram, também, uma preocupação contínua.

Participei nas reuniões multidisciplinares que se realizam quinzenalmente, à sexta feira, com intervenção de todos os elementos da unidade de cuidados, onde são discutidos casos clínicos, alternativas de intervenção, propostas de referenciação, integração do Projecto na rede social, dificuldades e outros temas considerados pertinentes.

O Projecto Consentido constitui, na minha opinião, uma possibilidade de intervenção e desenvolvimento crucial nesta área de cuidados, pois apesar da sua precoce existência é embrionário como resposta na rede social existente para o concelho de Braga, nesta área da saúde.

Neste período, foi ainda possível o acesso ao Relatório Intercalar/Final de Avaliação Técnica para o PC, perante o qual me propus reflectir e analisar os resultados estatísticos, dados epidemiológicos e indicadores de resultados tratados para a população alvo.

Os principais resultados obtidos com o projecto são: adesão à toma dos Nap – 83%; adesão ao Regime Terapêutico – 70%; adesão ao Tratamento – 80%; utentes com Acompanhamento Psiquiátrico – 99%; utentes Integrados em actividades Ocupacionais – 34%; utentes com melhoria da autonomia nas AVD – 19%; utentes com melhoria da autonomia nas AIVD – 24%; utentes com melhoria do insight para a doença – 9%; utentes com melhoria da aceitação da equipa do projecto – 48%.

Foi possível dar resposta a 100% das situações de crise apresentadas à equipa.

Dos utentes referenciados para Acompanhamento 17% tiveram alta programada, 17% alta por transferência (internamento por descompensação) e 66% mantiveram acompanhamento pelo projecto.

Dos utentes referenciados para Acompanhamento no Pós-alta Imediato 57% tiveram alta por transferência (internamento por descompensação) e 43% mantêm acompanhamento pelo projecto.

Dos utentes referenciados para Intervenção em Crise 22% tiveram alta por transferência (internamento por descompensação), 4% alta programada, 4% por abandono e 70% mantêm acompanhamento pelo projecto.

De forma a obter os resultados referidos foram utilizadas entrevistas ao utente/cuidador; registos no processo clínico, contactos formais/informais com instituições de saúde e sociais parceiras e observação directa.

A monitorização e a avaliação dos resultados foram realizadas pela equipa técnica afectada ao projecto mediante análise estatística, dados epidemiológicos e indicadores de resultado.

Face ao exposto foi, assim, possível ter uma ideia crítica acerca das necessidades de intervenção, assim como de uma forma mais objectiva, estabelecer todo o meu percurso de formação, numa perspectiva complementar e de satisfação dos objectivos preconizados para este Módulo de Estágio. Foi neste contexto, que avançámos em conjunto na elaboração de um projecto de prevenção de recaídas no sentido de complementar a intervenção com o utente e proporcionar-lhe o melhor nível de bem-estar, projecto esse a implementar nesta unidade de cuidados.

Reflectir acerca das dificuldades sentidas no âmbito da intervenção, revela-se uma questão pertinente, pois na maioria das situações, estão relacionadas com a falta de respostas especializadas para a SMP, a nível comunitário, no sentido de promover a saúde mental, prevenir a doença mental e facilitar a reabilitação/ reinserção social da pessoa com patologia psiquiátrica.

Objectivo plenamente atingido. Facilidade de integração e adaptação, facilitada em grande parte pela equipa de profissionais do PC. Pude desenvolver a minha capacidade em estabelecer uma relação empática com utentes e família. Dei continuidade ao desenvolvimento desta competência tão importante na prestação de cuidados pelo Enfermeiro/ Enfermeiro Especialista/ Utente/ Família/ Comunidade.

Promover a continuidade do tratamento e prevenção da recaída.

Na promoção da continuidade do tratamento e no âmbito da prevenção da recaída, foi-nos lançado o desafio, da parte da Coordenadora do PC e tutora de Estágio, da elaboração de um projecto no âmbito da ***prevenção da recaída – detecção precoce de sinais de alerta.***

Para a sua elaboração mobilizamos conhecimentos, procuramos experiências. Preocupadas com as múltiplas dificuldades com que nos fomos deparando, relacionadas essencialmente com a limitação do tempo e a definição de estratégias de aplicação, pois se o tempo nos permitisse prever a sua aplicação prática, seria mais confortável assumir a sua correcção, optimização e validação. Desta forma, vejo este contributo algo limitado, apesar de reconhecer, também, todo o crescimento individual e profissional que a realização deste trabalho possibilitou.

A recuperação de uma doença ou da condição de doente mental deve ser entendida como a reorganização de elementos culturais, sociais e psicológicos em complementaridade, determinando um tratamento bem sucedido, tratamento esse que só tem tradução no contexto individual de cada utente, constituindo este, parte dos motivos pelos quais ele avalia a sua vida.

O utente será, assim, elemento activo e colaborante no seu processo de tratamento/recuperação/reabilitação/prevenção de recaída.

E, a justificar a importância desta afirmação está o facto que cada patologia apresenta diferentes sintomas na medida em que consiste em diferentes perturbações com diversos

efeitos sobre o funcionamento mental, sendo desta forma muito particular às características individuais de cada um.

A capacitação do doente para reconhecer e lidar com a sua patologia, deve ir para além de toda a informação dada acerca da sua doença. Através da promoção de um auto-conhecimento mais profundo, acerca de si mesmo, bem como da sua realidade externa, procurar-se-á proporcionar a cada sujeito, um mergulho que facilite o envolvimento pleno daquilo que o rodeia.

A elaboração deste trabalho baseou-se, também, em orientações do Alto Comissariado da Saúde no âmbito da Coordenação Nacional para a Saúde Mental, pela apresentação do Programa de Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave. “ Ensinar as pessoas a lidar com a doença mental e progredir no sentido da recuperação tem por base vários valores centrais que permitem a relação entre o profissional e a pessoa com experiência de doença mental. Estes valores incluem a esperança, auto determinação, colaboração, respeito e o reconhecimento da pessoa como perito da sua experiência de doença mental. (...) A prevenção da recaída envolve ajudar a pessoa a desenvolver um plano cujo objectivo é identificar os sinais precoces de alerta da recaída, e responder a esses sinais adoptando as medidas necessárias para evitar a recaída ou minimizar a sua severidade. O desenvolvimento de planos de prevenção da recaída eficazes requer a integração de uma combinação de estratégias motivacionais, educacionais e cognitivo-comportamentais. Estes planos, na maioria das vezes, são mais eficazes quando envolvem pessoas significativas, tais como um membro da família ou um amigo.” (Alto Comissariado da Saúde, 2010)

Após alguma pesquisa bibliográfica consideramos a ideia que se apresenta de forma consensual para os especialistas ao referirem que a estratégia fundamental na abordagem patológica em psiquiatria, com maior enfoque para as psicoses, deve constituir uma intervenção organizada e assistencial segundo programas que englobam o tratamento farmacológico e a intervenção com a pessoa doente e sua família e/ou cuidador.

Assim, deveremos considerar como elementos essenciais para a prevenção da recaída, o tratamento medicamentoso também pelo alívio dos sintomas, a educação e as intervenções psicossociais como apoio essencial ao doente e família para fazer face à doença e suas complicações e ainda a reabilitação no sentido de ajudar a pessoa doente

a reintegrar-se na comunidade e a recuperar o funcionamento social, educacional e ocupacional.

Múltiplos são os estudos existentes em torno desta patologia e respectivos cuidados ao doente portador da mesma. Destes, podemos transcrever a ideia de que o paradigma anterior para esta patologia era tratar a doença na fase aguda e após a remissão total ou parcial dos sintomas, aguardava-se e observava-se a evolução da mesma. Em caso de recidiva ou permanência dos sintomas, a única alternativa era a reabilitação.

Falando de empowerment e sua participação na área de saúde mental, constata-se que a reforma dos serviços de saúde mental em Portugal, no sentido da substituição do modelo hospitalar/asilar pelo modelo comunitário, tem sido muito lenta e recheada de acidentes de percurso, quer pela escassa intervenção estatal, quer pela resistência oferecida pelos sectores mais conservadores da Psiquiatria à introdução dos princípios e das práticas da Psiquiatria Comunitária.

O movimento de *Empowerment* é consequência de uma evolução nas concepções de autonomia e responsabilidade dos indivíduos, e de uma maior consciência dos mecanismos de discriminação e exclusão que se geram na sociedade. “O caminho histórico que alimentou este conceito visa a libertação dos indivíduos relativamente a estruturas, conjunturas e práticas culturais e sociais que se revelam injustas, opressivas e discriminatórias, através de um processo de reflexão sobre a realidade da vida humana.” (Pinto, 1988, p.247)

No ano passado, foi publicado o diploma da Rede dos Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental, que contempla a criação de residências, centros de dia e equipas de apoio domiciliário. São, essencialmente, um conjunto de estruturas que têm como objectivo major, levar até mais perto das pessoas, os cuidados na área da Saúde Mental. A rede deverá abranger todo o país.

De qualquer modo, muito se avançou na criação de estruturas alternativas, mas pouco foi feito, ainda, no sentido de aumentar a participação dos utentes nas decisões, no planeamento e na avaliação dos serviços, e a sua autonomia na defesa dos seus interesses.

É chegado o momento, então, de mudar as estratégias, através de uma abordagem de empowerment e de participação. Esta abordagem, tem como objectivo o fortalecimento das pessoas através de organizações de inter-ajuda, nas quais o papel dos profissionais é colaborar com as pessoas no seu contexto de vida, em vez de as controlar em meio institucional.

Actualmente sabe-se qual a importância do diagnóstico precoce da doença, em que a identificação precoce do 1º surto, o tratamento intensivo da crise e a prevenção de recaídas numa atitude terapêutica multidisciplinar, constituem um contributo crucial para minimizar o risco de cronicidade e deterioração, pela eficiência do tratamento e redução do período patológico parcial ou totalmente incapacitante.

O *Keeping Care Complete*, estudo desenvolvido pela Federação Mundial para a Saúde Mental, psiquiatras e cuidadores definem recidiva, ou recaída, como “a piora dos sintomas e/ou retorno dos sintomas após uma aparente e/ou recuperação parcial”.

O mesmo estudo conclui ainda, que:

- 69% dos cuidadores afirmam que o seu familiar foi hospitalizado em resultado de uma recaída,
- 22% afirmam que o seu familiar tentou cometer suicídio, em resultado de uma recaída,
- 20% afirmam que o seu familiar foi internado em consequência de uma recaída,
- Para 61% dos cuidadores, a recaída do doente é o que mais os preocupa,
- 63% dos familiares afirmam que as recaídas destabilizam a sua vida e o seu bem-estar de uma forma geral,

Só 25% das pessoas com diagnóstico de psicose terá apenas um episódio. Os outros 75% são propensos a novos episódios. Quando os sintomas psicóticos reaparecerem, pode exigir medicação extra ou reinternamento, isso é chamado de recaída. A recaída é comum nos primeiros anos após o primeiro episódio de psicose; 50% (1 em cada 2) dos doentes correm o risco de uma recaída nos primeiros dois anos após o seu primeiro episódio. A maioria das pessoas que tiveram um episódio psicótico tem medo de uma recaída e do retorno de experiências desagradáveis. Embora algumas pessoas tentem combater esse medo, tentando esquecer a sua experiência de psicose e esperar que não se repitam, a maioria das pessoas fica ansiosa para tentar impedir que volte a acontecer. Pessoas diferentes têm diferentes formas de sinais de alerta, tanto em termos do tipo de sinais de alerta, como em que ordem é habitual experimentá-los. Há um grande leque de possíveis sinais precoces, alguns dos quais podem ser bastante específicos e exclusivos para um determinado doente.

Os primeiros sinais tendem a seguir um padrão semelhante cada vez que uma pessoa está doente. Essas alterações podem ser uma reacção a eventos stressantes, como dificuldades em casa, problemas no trabalho ou nos relacionamentos. Da mesma forma,

eles podem ser os sinais precoces de desenvolvimento de uma psicose, e é importante que essas mudanças sejam analisadas e se tratem atempadamente, ao invés de deixá-los a piorar e o que vai permitir que ocorra uma recaída. Reconhecer os seus próprios sinais de alerta, a fim de ajudar a evitar recaídas, irá ajudar o doente a sentir que tem controle sobre a sua doença ao invés de sentir que a doença o controla.

Os primeiros sinais de alerta são importantes porque podem ajudar a reconhecer os sinais de recaída, ou reduzir a gravidade da recaída e evitar o internamento.

Uma vez que o doente identifica os primeiros sinais de alerta é importante, então, aprender a gerir esses sinais, identificar maneiras de manter o seu bem-estar.

Isso envolve o desenvolvimento de habilidades para reconhecer e controlar os sinais precoces de alerta de recaída.

O doente vai descobrir que quando começa a aprender a reconhecer e gerir os primeiros sinais que vai sentir-se mais confiante e tomar medidas que o ajudem a ficar bem.

Assim como aprender mais sobre os seus próprios sinais de alerta, a fim de detectar se está a piorar, é igualmente importante que o doente pense sobre o que pode fazer, se os primeiros sinais ocorrem e através dessa aprendizagem traçar o seu plano de prevenção de recaída.

É importante que quanto mais cedo detectar os sinais de alerta e encontrar resposta, mais eficaz será a sua resolução. Quanto mais deixar a situação avançar sem qualquer tipo de atitude de resolução, mais difícil será controlar os sinais precoces e prevenir as recaídas. Para a maioria das pessoas é, normalmente, numa ou duas semanas em que pode conseguir parar os primeiros sinais da escalada que é a recaída.

Esta tarefa a que nos propusemos não se revelou simples. Trabalhar no âmbito da Prevenção da Recaída, neste caso ao utente/doente psicótico, pois este constitui a população alvo para este trabalho (diagnóstico com maior percentagem:59%). Deparamos com exigências/dificuldades, quer no domínio dos conteúdos inerentes à patologia, quer no domínio das capacidades profissionais e individuais. Esta temática constitui um campo de intervenção de enfermagem numa atitude interdisciplinar com os restantes técnicos da equipa de trabalho. No entanto, a maior dificuldade resulta na atitude do utente face à sua patologia, como lidar com a mesma, como a encarar e, principalmente, a sua colaboração como agente principal na promoção do melhor nível de bem-estar.

Prevenir a recaída constitui, assim, uma acção conjunta no âmbito da promoção da saúde, prevenção dos problemas de saúde mental, tratamento da doença mental e

redução de danos e reinserção. É de tal forma abrangente que dificulta estabelecer atitudes precisas e exclusivas a um projecto de intervenção. Por isto será mais um complemento da nossa intervenção futura como enfermeiras a prestar cuidados especializados em Saúde Mental e Psiquiatria, partindo do pressuposto e realidade inerente à prática actual de que a intervenção junto de cada doente é global e individualizada.

Elaboramos um folheto acerca dos sinais de alerta na recaída e trabalhamos algumas intervenções de enfermagem, no âmbito da promoção e prevenção da saúde mental, reabilitação e reinserção do doente mental, a fim de contribuir, de certa forma, para a base teórica de diagnósticos e intervenções de enfermagem da Casa de Saúde, para futura implementação dos Sistemas de Apoio à Prática de Enfermagem.

Em relação ao programa de prevenção de recaídas, a limitação do tempo para a elaboração deste projecto foi mandatária para a impossibilidade da aplicação prática do mesmo ainda no Módulo I.

Para a sua elaboração mobilizamos conhecimentos, procuramos experiências, pensamos estratégias e fortalecemos a nossas competências. Preocupadas com múltiplas dificuldades que nos fomos deparando, relacionadas essencialmente com a limitação do tempo e a definição de estratégias de aplicação, pois se o tempo nos permitisse prever a sua aplicação prática, seria mais confortável assumir a sua correcção, optimização e validação. Desta forma, vejo que foi um contributo algo limitado, apesar de reconhecer, também, todo o crescimento individual e profissional que a realização deste trabalho me possibilitou.

A elaboração do mesmo possibilitou-me desenvolver competências individuais e profissionais, confrontar dificuldades e assumir atitudes de superação das mesmas. Foi enriquecedor mobilizar conhecimentos no âmbito da prevenção de recaída, assim como articular todos os conteúdos no sentido de obter uma base de conhecimentos que possibilitasse definir percursos e estratégias para a elaboração do plano em questão. Um plano de intervenção, possibilita a uniformização de atitudes no contexto de intervenção, incluindo estratégias de optimização e promoção dos cuidados individualizados e uma visão holística do utente receptor desses mesmos cuidados. Com isto se conclui a elevada exigência de conhecimentos e competências que a elaboração destes trabalhos exige de cada profissional que se propõe à sua elaboração.

O cumprimento deste objectivo era para mim essencial na prestação de cuidados ao utente do foro psiquiátrico. Considero este objectivo foi plenamente atingido.

MODULO III – UNIDADE S. LUÍS GONZAGA – CASA DE SAÚDE DO BOM JESUS DE BRAGA

Adquirir competências na prestação de cuidados especializados aos utentes a fazer desabituação física de drogas e álcool nas diversas fases do tratamento.

O uso de substâncias psicoactivas é já conhecido desde há longa data. O uso de algumas drogas chegou mesmo a fazer parte dos costumes de algumas culturas. Quase todas as culturas procuraram, ao longo dos anos, raízes, ervas ou similares capazes de alterar selectivamente a consciência. O tipo de droga e a forma como é utilizada varia de acordo com os grupos e a época em que é usada.

Entre outras, a heroína e a cocaína, consideradas “drogas típicas” da sociedade em que vivemos, constituem consumos habituais dos utentes que recebemos nesta unidade de cuidados sendo, também, pertinente abordar o haxixe e, ainda o álcool e o tabaco.

Os comportamentos aditivos são vistos como hábitos híper aprendidos que podem ser analisados e modificados do mesmo modo que outros hábitos. Devem, também, ser encarados pelos profissionais de saúde com as consequências que lhes são inerentes, pois é facto comprovado que hábitos excessivos podem levar ao desenvolvimento de estados de doença ou degradação dos sistemas biológicos. Assim, consideram-se constantes nesta problemática, objectivos de redução de riscos e minimização de danos. O processo de atendimento defende a dignidade da pessoa assistida, respeita e promove os seus direitos e deveres, articulando a fase preventiva, curativa e reabilitadora.

Após alguma pesquisa bibliográfica posso afirmar que a relação entre o sucesso do tratamento e a motivação do individuo toxicodependente é bastante estreita, podendo mesmo afirmar-se que ao falarmos de sucesso no tratamento é obrigatório falarmos também de motivação, apresentando-se esta como um dos factores de maior relevância ao nível do seu tratamento. A motivação parece estar intrínseca a todo o processo de cura. Para que tenha sucesso, o sujeito tem que estar entusiasmado e adoptar comportamentos que permitam assimilar todas as etapas pelas quais vai passar durante o seu tratamento. Logo, quanto mais motivado estiver o sujeito, maior capacidade terá de enfrentar todas as fases da sua recuperação, conduzindo a uma situação em que sempre que uma necessidade é satisfeita surge quase que de imediato uma nova necessidade, geralmente superior à anterior. Desta forma, obriga a pessoa a ter uma estrutura interna capaz e sobretudo o mais complexa possível para, deste modo, conseguir dar resposta e

encarar todos os problemas e situações difíceis que vão surgindo. É, então, crucial que a família, os profissionais de saúde e as entidades competentes, motivem estes indivíduos a optarem consciente e livremente pelo seu tratamento sob pena de assistirmos a sucessivos tratamentos sem êxito.

Um dos objectivos a que me propus foi a elaboração de um estudo de caso, o que me possibilitou desenvolver competências individuais e profissionais, confrontar dificuldades e assumir atitudes de superação das mesmas. Foi enriquecedor mobilizar conhecimentos.

Existe uma série de actividades que fazem parte da dinâmica do serviço, como acompanhar os utentes ao bar ou jogar com eles. É certo que não é competência inerente às funções de um enfermeiro especialista, mas reconheço que é uma forma de interagirmos com os mesmos e promovermos a socialização com os restantes utentes ali internados. Aliado à ida ao bar aproveitamos, também, para reforçar hábitos de vida saudáveis no que concerne à alimentação. Tudo tem a sua razão de ser, se assim quisermos!

Para atingir o presente objectivo fui observando e participando nos cuidados de enfermagem. As dinâmicas, intervenções e procedimentos foram alvo de observação participante, permitindo uma melhor compreensão do papel do enfermeiro generalista e do papel que o especialista poderia trazer neste âmbito de intervenção. Aquando da admissão do utente na Unidade, é efectuada a entrevista de enfermagem, onde se efectua uma primeira avaliação inicial, o que permite que se levante determinados fenómenos/problemas de enfermagem.

O processo de enfermagem proporciona ao utente os cuidados que necessita. Sendo assim, efectuei diagnósticos de enfermagem com base nas necessidades do utente e planeei intervenções.

Em relação à dependência do uso de drogas, a entrevista inicial de enfermagem, é um momento em que o toxicodependente nos fala do seu percurso nas drogas, bem como identificamos o tipo de drogas e o tempo de utilização das mesmas, quais os factores precipitantes e predisponentes, e qual o efeito do seu uso/abuso na pessoa.

Durante o tempo de internamento, houve um esforço para promover o processo de abandono ou mudança de estilo de vida e, ainda, o apoio/suporte da família e outras pessoas significativas.

Houve, também, a tentativa de orientar o utente sobre mudança de comportamentos, no que toca a ajudá-lo a reconhecer que o consumo de drogas é um problema que implica todos, ajudá-lo a arranjar actividades alternativas ao consumo, aconselhá-lo a afastar-se de pessoas locais promotores dos consumos de drogas, a solicitar ajuda sempre que se encontre prestes “a pisar o risco”, implementar estratégias de prevenção de recaídas e finalmente orientar para serviços de apoio, como os CRI (Centros de Resposta Integrada), antigos Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT).

Durante todo o período de Estágio neste módulo, eu e a outra colega, que trabalhamos em parceria, tentamos orientar as nossas estratégias de actuação para a prevenção da recaída.

Ainda para dar resposta a objectivos traçados no projecto de estágio, e porque o conhecimento da rede de cuidados no âmbito das toxicodependências, constituiu desde a elaboração do Projecto de Estágio, um objectivo a concretizar, fizemos uma visita de estudo ao Instituto da Droga e da Toxicodependência – Unidade de Desabilitação da Zona Norte, Matosinhos. Foram efectuados os procedimentos necessários à formalização do pedido para esta visita à Coordenadora da Especialidade dessa unidade de cuidados. Após recepção da autorização para essa visita procedemos à sua realização na data previamente programada, dia 17 de Novembro de 2010.

Fomos recebidas com enorme disponibilidade pela Enfermeira Chefe dessa mesma unidade de cuidados, Unidade de Desabilitação da Zona Norte, e integradas de forma resumida e acessível em toda a funcionalidade da mesma, espaço físico, normas de intervenção, equipa de trabalho, número de utentes e respectivos diagnósticos, circuito de intervenção e delegação de responsabilidades a cada grupo profissional e articulação das várias especialidades nos cuidados.

Revelar competências no âmbito da motivação para o tratamento e prevenção da recaída

A aplicação prática de um programa de intervenção no âmbito da prevenção da recaída e sua implementação nesta unidade de cuidados, constituiu uma actividade crucial no desenvolvimento e aquisição de competências no âmbito da motivação e prevenção de recaídas. Assim, o aperfeiçoamento e aquisição de estratégias motivacionais, educacionais e cognitivo-comportamentais permitiram a optimização da minha capacidade de intervenção especializada.

Não posso deixar de referir, ainda para concretização deste objectivo, que realizei pesquisa bibliográfica, de forma a mobilizar conhecimentos que me permitiram pensar estratégias e fortalecer competências, além de um crescimento individual e profissional no âmbito da prevenção da recaída.

Porque o fazer bem e melhor, exige repetição de actos e aperfeiçoar capacidades e, porque o objectivo era enviesar o desempenho para a optimização da capacidade de intervenção no âmbito da prevenção da recaída, procurei desenvolver actividades que permitissem a aquisição de competências a este nível.

A execução/realização de técnicas psicoterapêuticas, de acordo com as necessidades identificadas, nomeadamente sessões de relaxamento através da técnica de Treino De Relaxamento Progressivo, integrava um dos objectivos do projecto de estágio. Sabe-se que estes utentes, internados por desintoxicação /desabituação de heroína/cocaína ou por álcool e /ou com duplo diagnóstico, são pessoas com características marcadamente ansiosas, com ausência ou ineficácia dos mecanismos de coping e autocontrolo ineficaz.

Os estados emocionais negativos, como o medo e a raiva em particular, são acompanhados pelas modificações fisiológicas associadas à actividade do sistema simpático. Quando as alterações são muito marcadas e ocorrem com alguma frequência, os órgãos em questão podem ressentir-se, surgindo desta forma um conceito que é o de doença psicossomática, ou seja, as perturbações psicológicas vão-se manifestar em sintomatologia somática.

É neste contexto que ganham relevância as técnicas de relaxamento. Ou seja, aquilo que pretendem é, então, aniquilar os efeitos da actividade do sistema simpático, provocando a acção do sistema nervoso parassimpático impedindo que esta doença psicossomática se consiga alguma vez manifestar ou, caso isto não seja possível, então minorar os seus efeitos (Payne, 2002).

O relaxamento é visto pela maioria das pessoas como um momento de descontração, distensão e repouso. Dos vários tipos de relaxamento existentes, o relaxamento muscular progressivo, foi por mim e pela minha colega o escolhido, por ser simples e obter resultados, na prática mais imediatos. A técnica permite distender os músculos através de um método de contracção e de descontração. É um treino que pode ser efectuado em qualquer local, desde que para isso se reúnam algumas condições: ambiente calmo, música adequada, baixa luminosidade, aromaterapia (velas perfumadas), estar sentado ou deitado confortavelmente.

Foram realizadas duas sessões de relaxamento, o número de participantes foi de 4 em cada sessão. Estes utentes encontravam-se em fase de desintoxicação/desabituação física de opiáceos e/ou de álcool. Depois de averiguar a motivação dos utentes, para participar nas sessões de relaxamento, efectuamos o planeamento da sessão.

A fundamentação para a elaboração deste tipo de actividade prende-se com o seguinte: A perturbação da ansiedade induzida por substâncias pode ocorrer em associação com a intoxicação ou com a abstinência de substâncias como o álcool, a cocaína, entre outras (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2004). É certo que a ansiedade no seu sentido mais lato, surge nas nossas vidas de forma natural, e o que nos leva a enquadrar este tipo de utentes nas sessões de relaxamento é quando esta assume contornos patológicos. O distúrbio aparece quando deixa de ser um sinal de alerta, de adaptação e passa a ser algo de permanente e que o indivíduo não consegue controlar ou evitar. Os distúrbios psiquiátricos associados à ansiedade assumem cerca de 14% (quarenta e três milhões de pessoas) na população na União Europeia. A ansiedade é um diagnóstico muito frequente neste tipo de utentes, tornando-se imperioso implementar este tipo de técnica junto deles.

A aplicação prática do programa de intervenção no âmbito da prevenção da recaída elaborado no módulo anterior e a sua implementação nesta unidade de cuidados, constituiu uma actividade crucial no desenvolvimento e aquisição de competências no âmbito da motivação e prevenção de recaídas. Assim o aperfeiçoamento e aquisição de estratégias motivacionais, educacionais e cognitivo-comportamentais permitiram a optimização da minha capacidade de intervenção especializada.

Importa referir algumas limitações durante este processo de intervenção, entre elas o mínimo contacto e intervenção no âmbito familiar, pois os internamentos de curta duração não proporcionam prioridade para este tipo de intervenção, sendo a mesma limitada ao contacto com a família no momento de admissão do utente e no momento da alta clínica. Também o facto do reduzido número de admissões de utentes com comorbilidade diagnóstica limitou muito a aplicação do plano de prevenção de recaída, tendo sido esta reduzida a dois utentes. Este facto obrigou a programar outro tipo de actividades direccionadas aos utentes que iam chegando à unidade. Outra limitação tem a ver com a curta duração do internamento e o estado de lentificação e sonolência nos primeiros dias, secundário ao processo de tratamento pois limitam muito mais ainda o

tempo de intervenção efectivo e com perspectivas de eficácia e eficiência em psicoeducação.

No entanto, globalmente, durante este momento de formação foi notável a aquisição e optimização de competências técnicas, científicas e relacionais. Foi com enorme motivação e empenho que me dediquei a este momento. Enfrentar todos os desafios de forma organizada, com iniciativa objectiva às necessidades deparadas foi uma conquista nesta caminhada sendo, também, notável um espírito crítico e reflexivo, para o qual também se verificou uma evolução considerável à medida que todo o processo formativo avançava.

Outras actividades desenvolvidas:

Ainda no que refere à formação e actualização constante dos profissionais participei, ainda, no **II Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, sobre a temática “Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental”, realizado entre 26 e 29 de Outubro, na Casa de Saúde S. João de Deus, Barcelos.

Optimizamos uma dinâmica de grupo chamada “Tipos de Gatilho”, direccionada para a prevenção da recaída, aos utentes internados que fosse possível aplicar, com ou sem comorbilidade psiquiátrica. Nesta dinâmica, os utentes tentam identificar situações que possam resultar em risco de recaída, e expressam os seus sentimentos em relação às mesmas. Foram sessões bastante proveitosas em termos de expressão de sentimentos e tentativas de resolução de alguns problemas. Os objectivos delineados para as mesmas foram alcançados.

Na mesma linha, elaboramos um panfleto ilustrativo/educativo a ser entregue no final da sessão.

Este objectivo de Estágio foi atingido com resultados muito positivos. Relativamente aos conteúdos desenvolvidos ao longo do Módulo de Estágio, este foi o mais aliciante, motivo pelo qual permitiu o desenvolvimento de várias competências exigidas para o enfermeiro especialista de ESMP, aos diferentes níveis de gestão, investigação, formação e prestação de cuidados, preconizados no guia de Estágio. Entre elas: demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipe desta unidade de cuidados; demonstrar nível de aprofundamento de conhecimentos nesta área de especialização; desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao utente; tomar decisões fundamentadas; demonstrar conhecimentos aprofundados sobre

técnicas de comunicação no relacionamento com o utente e família; tomar iniciativa e ser criativo na interpretação e resolução de problemas que se deparam; desenvolver capacidade de entrevista clínica, observação e diagnóstico da situação de saúde/doença na área da SMP; identificar as necessidades formativas na área da ESMP; manter, de forma contínua e autónoma, o meu processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional, reflectindo sempre sobre a minha prática, de uma forma crítica; demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.

Globalmente, durante este momento de formação foi notável a aquisição e optimização de competências técnicas, científicas e relacionais. Foi com enorme motivação e empenho que me dediquei a este momento. Enfrentar todos os desafios de forma organizada, com iniciativa objectiva às necessidades deparadas foi uma conquista nesta caminhada sendo, também, notável um espírito crítico e reflexivo, para o qual também se verificou uma evolução considerável à medida que todo o processo formativo avançava.

3 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

As competências profissionais, ao serem entendidas como elementos essenciais da qualidade prática, resultam de uma combinação pertinente entre vários recursos que se identificam por saberes (saber ser, saber estar, saber saber, saber fazer). Deste modo, e para satisfazer este requisito torna-se imprescindível que os enfermeiros possuam competências específicas em determinadas áreas, para que sejam visíveis e consideradas indispensáveis.

Neste contexto, verifica-se que na prática, o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria possui competências específicas que, embora funcionalmente semelhantes às outras áreas da enfermagem, são diferentes na sua essência e, apesar de significativas e indispensáveis, raramente são reconhecidas ou valorizadas. Isto poder-se-á dever ao facto destas ainda não se encontrarem definidas, apesar da Ordem dos Enfermeiros se encontrar, actualmente, a trabalhar nesse sentido.

Tem competências para desenvolver acções psicoterapêuticas, para diminuir o desconforto emocional do paciente, auxiliando-o a recuperar ou a melhorar os seus mecanismos de adaptação, prevenindo o agravamento da situação, de forma a melhorar o funcionamento social do utente. Estabelece com o utente uma relação terapêutica para facilitar a expressão aberta e autêntica de sentimentos e pensamentos.

Tem sempre em mente a estimulação de novas competências no utente, que conduzam a melhores mecanismos de coping e a atitudes facilitadoras de “insight” em relação aos problemas do mesmo.

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica centra-se nas respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou perturbação mental. A especificidade da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica fundamenta-se na prestação de cuidados ao cliente com problemas de saúde mental, reais ou potenciais e consiste na incorporação de intervenções psicoterapêuticas durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, visando a promoção e protecção da saúde mental, a prevenção da perturbação mental e o tratamento, e a reabilitação psicossocial e a reinserção social da pessoa.

Deve ter um papel activo na reabilitação psicossocial, tão importante nos dias de hoje e onde se deve investir de uma forma dinâmica.

Segundo o REPE (1996) Enfermeiro especialista é “ o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competências científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados.”

A definição de competência “refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento, e das capacidades, incluindo ajuizar”

Para a OE (2007), o Enfermeiro Especialista deve possuir um conjunto de competências que mobiliza em contexto prático, permitindo-lhe intervir nas necessidades do seu foco de atenção, nos mais diversos contextos, aos três níveis de prevenção, dividindo as competências em comuns e específicas.

Relacionam as primeiras com áreas que todos os enfermeiros especialistas devem possuir, como áreas de gestão, supervisão de cuidados, formação, investigação e assessoria, e as competências mais específicas relacionam-se com os cuidados de saúde em cada área de especialidade.

A delimitação de um domínio específico de cada especialidade “reforça a visão holística e contextual da pessoa e potencia a adequação da resposta face à especificidade das necessidades em cuidados de Enfermagem” (OE, 2007).

O Regulamento n.º 122/2011. D.R. n.º 35, Série II de 2011-02-18 define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem e o regulamento n.º 129/2011. D.R. n.º 35, Série II de 2011-02-18, define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental.

No meu contacto directo nos campos de estágio e em conformidade com os objectivos gerais/específicos propostos pelo curso, senti mudanças interiores do meu ser, que me levaram a concluir que realmente atingi competências a vários níveis na minha actuação.

Refiro de seguida as competências adquiridas, durante o estágio, que considero serem indispensáveis para o meu futuro, como Enfermeira Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria.

Assim, com base nas actividades desenvolvidas e conhecimentos aprofundados, consideramos ter adquirido as seguintes competências:

- Aptidão para estabelecer relação de ajuda formal e informal com utentes e famílias, nas mais diversas situações (agudas – crise – crónicas), utilizando-as no desenvolvimento construtivo do processo terapêutico.
- Conhecimentos de comunicação terapêutica/ assertiva e habilidades para a sua aplicabilidade (avaliação, orientação, apoio, interpretação, exploração e compreensão) adaptada a diversas situações e contextos, com o utente, família e equipa terapêutica, assim como nas diferentes fases do ciclo vital.
- Capacidade de tomada de decisão em situações críticas, fundamentada pela mobilização de conhecimentos na área de enfermagem de SMP.
- Autonomia no processo de desenvolvimento de conhecimentos e competências específicas em Enfermagem de SMP, mobilizando e gerindo recursos humanos, técnicos e científicos disponíveis nesta área.
- Capacidades de trabalho em equipa multidisciplinar, tomando decisões em grupo, utilizando conhecimentos de gestão de conflitos, liderança e factores motivacionais.
- Capacidades para avaliar, compreender e intervir em reais necessidades do cliente, explorando factores precipitantes e promotores das mesmas, numa visão integral deste.
- Capacidades para intervir nas mais diversas necessidades do cliente, mobilizando os recursos disponíveis e explorando novas formas de proporcionar capacidade ao cliente para superar essas necessidades.
- Competências para planear e efectuar psico-educação adaptada às capacidades e necessidades dos clientes, em diversos contextos, promovendo a motivação e alteração de comportamentos.
- Capacidades para fomentar a evolução de competências de outros profissionais e integrar a organização de eventos e estudos científicos, mobilizando conhecimentos e recursos humanos/ físicos.

- Competências para intervir na informação e promoção da saúde mental e diminuição do estigma, programando intervenções dirigidas e globais, adaptadas às necessidades de cada contexto (família, utente, comunidade, criança, jovens, adultos).
- Capacidades de prescrição de dinâmicas de grupo com objectivos terapêuticos, baseadas em diagnósticos de enfermagem detectados, promovendo o processo terapêutico e a estimulação de capacidades do utente.
- Capacidades de intervenção na área específica da infância e adolescência, no âmbito de ESMP, mobilizando conhecimentos de teorias psicodinâmicas integrados com outras teorias mais utilizadas actualmente.
- Prescrição e implementação de psicoterapias e técnicas de intervenção na área da SMP, nas diversas faixas etárias e nos diversos contextos de psiquiatria, adaptadas aos clientes, efectuando avaliações diagnósticas e de resultado.
- Avaliação de necessidades de integração dos doentes na comunidade e planeamento de programas de reabilitação psicossocial, procurando a emancipação do utente e famílias.
- Capacidades de planear abordagens na área de saúde mental focalizadas na família, promovendo o seu envolvimento nos cuidados de saúde.
- Capacidades de planear abordagens na área de saúde mental focalizadas na família, promovendo o seu envolvimento nos cuidados de saúde.
- Capacidade de aprendizagem, abertura à mudança, flexibilidade, sentido de qualidade/excelência, gestão de conhecimentos e de informação.
- Domínio de classificações de informação de enfermagem, intervenções de enfermagem em SMP e avaliação de resultados, conhecendo os campos de acção do enfermeiro especialista na equipa de saúde.

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório permitiu-me fazer uma análise reflexiva e crítica do desempenho ao longo do estágio, demonstrando a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, na intervenção junto de doentes do foro psiquiátrico na comunidade e com problemas de adição.

Foram algumas as dificuldades sentidas. Traduzir ao longo deste relatório todos os momentos de aprendizagem, reflexão e investimento que caracterizaram este período é tarefa árdua. Contudo, de uma forma sucinta e objectiva conseguimos traduzir amplamente o nosso percurso ao longo do estágio, dando resposta aos objectivos preconizados por este trabalho, demonstrando as competências adquiridas que certamente vão muito além das que conseguimos descrever.

Ambicionamos que alguns dos contributos por nós criados para a melhoria dos cuidados aos utentes/famílias sejam implementados pela Instituição e mais especificamente pelos diferentes contextos em que exercemos a nossa aprendizagem. Assim, mais do que o ganho pessoal e profissional de cada um de nós emergirá o contributo do nosso trabalho para aqueles a quem este é dirigido, as pessoas com doença mental e famílias.

O meu desempenho durante este Estágio relevou-se gratificante e construtivo, uma vez que contribuiu não só para aumentar os meus conhecimentos nesta área como também permitiu uma reflexão, que será um alicerce fundamental na vivência prática do contexto de intervenção comunitária, principalmente por ser uma área de intervenção embrionária quer na realidade dos cuidados, quer na minha experiência profissional. Foi uma oportunidade de consolidar estratégias de intervenção na comunidade assim como detectar necessidades de investimento em psicoterapias e psicoeducação; ainda a oportunidade de compreender a totalidade da pessoa, família/ cuidadores e comunidade envolvente.

Também a área da Toxicodpendência permitiu uma abordagem aos utentes com necessidades específicas, onde foram desenvolvidas competências técnicas e relacionais necessárias para uma intervenção direccionada para a prevenção de recaídas. O desenvolvimento de competências para uma relação terapêutica de sucesso foi, também, oportunidade neste momento. As psicoterapias e psicoeducação também constituíram pilares estratégicos de intervenção para a melhoria do insight e empowerment de cada doente, sendo este a

Ao reflectir sobre a descrição das competências adquiridas ao longo deste percurso, vejo que não definem na totalidade o meu campo de intervenção como futura Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria. Há situações que são difíceis de transcrever para o papel; no entanto, dada a realidade de cada serviço e as constantes metamorfoses sócio-familiares, políticas, culturais e mesmo espirituais, considero as competências inerentes ao enfermeiro especialista dinâmicas acompanhando toda a evolução científica inerente à especialidade.

Desenvolver algumas intervenções autónomas de forma a afirmar as competências adquiridas, foi dando significado a todo o meu processo de crescimento individual e profissional. A exploração de situações novas e não familiares que permitiu assumir o papel dinamizador de novas intervenções. Ainda a partilha de conhecimentos e experiências, tendo sempre por base a evidência científica, como a participação em colóquios, congressos e outros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEGISLAÇÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE: DECRETO-LEI nº161/96. “REPE”. I Série. N.º 205 (04-09-1996).

MINISTÉRIO DA SAÚDE: DECRETO - LEI Nº 104/98 de 21 de Abril (alterado e republicado pela Lei nº 111/09 de 16 de Setembro) (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros)

MINISTÉRIO DA SAÚDE: DECRETO-LEI Nº 36/98 de 24 de Junho. Lei da Saúde Mental.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS: DECRETO DE LEI Nº 16/99 de 25 de Janeiro. *Diário da República nº 20, I. Série A*. Lisboa

MINISTÉRIO DA SAÚDE: DECRETO-LEI Nº 08/2010. D.R. I Série. Nº 19 de 28 de Janeiro

ORDEM DOS ENFERMEIROS: REGULAMENTO N.º 129/2011. D.R. n.º 35, Série II de 2011-02-18

ORDEM DOS ENFERMEIROS: REGULAMENTO N.º 122/2011. D.R. n.º 35, Série II de 2011-02-18

DOCUMENTOS OFICIAIS

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE – CIR – Cuidados Integrados e Recuperação – Manual de trabalho. Versão 1.3. Lisboa, 2010

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS – LIVRO VERDE. “Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia.” Comissão Das Comunidades Europeias: Bruxelas, 2005.

COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. 2007. Reestruturação e desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal – Plano de acção: 2007-2016.

CONSELHO DE ENFERMAGEM. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro, 2009.

CUIDADOS INTEGRADOS E RECUPERAÇÃO. Manual de trabalho – Versão 1.3 – Coordenação Nacional Para A Saúde Mental. Lisboa, 2010.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direcção-Geral da Saúde – *Plano Nacional de Saúde 2004/2010 volume II – Orientações Estratégicas*. Lisboa: DGS, 2004.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Lisboa, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Desenvolvimento Profissional. Individualização das especialidades em enfermagem*. Maio 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, CONSELHO DE ENFERMAGEM - Caderno Temático Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE); Individualização e reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Relatório sobre a Saúde no Mundo – Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*, 2001

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – *Regulamento geral – Mestrado em Enfermagem de natureza Profissional*, Porto, 2007

DOCUMENTOS On-line

ARAÚJO, R. 2010. "Portugal é o país da Europa com mais doentes mentais". Disponível: <http://www.tribunamedicapress.pt/nacional-1/29311-portugal-e-o-pais-da-europa-com-mais-doentes-mentais> [data da visita: 28/05/10].

BALLONE, GJ – “Esquizofrenias”. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br> [data da visita: 28/05/2010].

CARDOSO, A. M. P. – “ O insight em Psiquiatria”. *Fractal, Revista de Psicologia*, vol. 20, 2008. Disponível em <http://www.scielo.php?pid=S198402922008000200003&script=sci> [data da visita 07/05/2010]

FEDERAÇÃO MUNDIAL PARA A SAÚDE MENTAL - *Keeping Care Complete Fact Sheet: International Findings*. Disponível: http://www.wfmh.org/PDF/Keeping%20Care%20Complete%20Fact%20Sheet%20FINAL_8%2027.pdf [data da visita: 28/05/2010]

<http://www.sbponline.org.br/revista2/vol16n1/v16n1a09t.htm> [data da visita: 20/10/2010]

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000400014&lng=pt&nrm=iso [data da visita: 10/11/2010]

<https://bdigital.ufp.pt/dspace/handle/10284/808> [data da visita: 20/10/2010]

http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2009/1/Toxico_N1_2009_6.pdf [data da visita: 20/10/2010]

http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2008/3/art07_v0114_N3.pdf [data da visita: 28/10/2010]

LIVROS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – *DSM-IV Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais.*, 4ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2004.

BARBIER, J. – *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto. Porto Editora, 1993.

BULECHEK, Gloria M.; MACLOSKEY, Joanne C.– *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 3ª Ed. Artmed Editora. Porto Alegre, 2004.

CARVALHO, A; DIOGO, F. - *Projecto Educativo*. 3ª Edição. Edições Afrontamento, Porto, 1999.

CORDO, M. - “Reabilitação De Pessoas Com Doença Mental”. Climepsi Editores, Lisboa, 2003.

LAGE, M. Otília P. - *Como organizar? Currículos, projectos, teses, trabalhos, relatórios, bibliografias*. Porto, 1996

MARCONI, Mariana de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. - *Fundamentos de metodologia científica*. 6ª Edição. Editora Atlhas, São Paulo, 2003

PAYNE, Rosemary A. – *Técnicas de Relaxamento – um guia prático para profissionais de saúde*, Loures: Lusociência, 2002;

PINTO, CARLA. “*Empowerment, uma Prática de Serviço Social*”, in BARATA, O. *Política Social – Lisboa*, 1988

SEQUEIRA, Carlos – *Introdução à prática clínica*, Coimbra: Quarteto, 2006