ordem dos enfermeiros

GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS NA RECUPERAÇÃO DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL GRAVE



PORTUGAL
2021

FICHA TÉCNICA

TÍTULO: Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave

Trabalho desenvolvido por iniciativa da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MCEESMP) – Mandato 2016-2019

AUTORES: Enf. Maria Gustava Almeida Martins (Coordenadora)
Enf. Aníbal Palma Mestre Machado
Enf. Marta Cristina da Silva Gouveia
Enf. Paula Sofia da Costa Pereira de Carvalho
Enf. Pedro Filipe Nabais Neves Renca

[O grupo de autores foi nomeado pela Nota Interna 10/2018, aprovada na reunião do Conselho Diretivo de 1 de Junho de 2018]

REVISÃO TÉCNICA: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Mandato 2016-2019
Enf. Maria Helena dos Santos Quaresma (Presidente da MCEESMP)
Enf. Maria da Soledade Rodrigues Lourenço (Secretária da MCEESMP)
Enf. Bruno Miguel dos Reis Henriques (Secretário da MCEESMP)

REVISTO PELOS PERITOS:
Enf. Jorge Daniel Neto Façanha - membro nº 42063
Enf. Nuno Miguel Almeida Correia - membro nº 54676

EDITOR: Ordem dos Enfermeiros

EDIÇÃO: Papa-Letras (www.papa-letras.pt)

CAPA: Ordem dos Enfermeiros

GRAFISMO E PAGINAÇÃO: Gráfica Almondina (www.grafica-almondina.com)

ISBN: 978-989-8444-57-8

1.ª edição digital: Junho de 2021

© 2021, Ordem dos Enfermeiros
Todos os direitos reservados por: ORDEM DOS ENFERMEIROS

ordem dos enfermeiros
ninguém está sozinho

Sede
Av. Almirante Gago Coutinho, n.º68 B - R/C
1700-031 Lisboa
T: 218455230
F: 218455259
http://www.ordemenfermeiros.pt/

Esta publicação, em todo ou em parte, não pode ser reproduzida ou transmitida por toda e qualquer forma ou processo, sem autorização prévia escrita da Ordem dos Enfermeiros.

LISTA DE SIGLAS

AOT – Atividades de Ocupação Terapêutica
CGD – Carga Global de Doença
CI – Cuidador Informal
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CIR – Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave
DGS – Direção Geral de Saúde
DMG – Doença Mental Grave
EESMP – Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
GOBP – Guia Orientador de Boas Práticas
HD – Hospital de Dia
LSM – Literacia em Saúde Mental
NIMH – *National Institute of Mental Health*
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental
TR – Terapeuta de Referência

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

FIGURA 1
Algoritmo de atuação do enfermeiro EESMP em contexto de internamento **29**

FIGURA 2
Intervenção especializada em contexto de internamento **89**

FIGURA 3
Atuação do enfermeiro EESMP com vista assegurar a continuidade de cuidados **91**

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1
Estrutura da intervenção psicoeducativa **82**

ÍNDICE

Pág.

Mensagem ... 7
Prefácio ... 8
Preâmbulo ... 9
Introdução ... 10

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Fundamentação ... 13
1.1. Aspetos de Humanização ... 13
1.2. Recomendações Nacionais e Internacionais ... 15
1.3. Definição de Doença Mental Grave ... 17
1.4. Referêncial Teórico, Prática baseada na Evidência e Processo de Enfermagem ... 19
1.5. Estratégia de Atuação na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave ... 20
1.5.1. *Empowerment* (empoderamento) e *Recovery* (recuperação) ... 21
1.5.2. Modelo de Gestor de Caso – O Terapeuta de Referência ... 23

PARTE II – BOAS PRÁTICAS

1. Princípios Gerais ... 27
2. Algoritmo de Atuação ... 29
3. Operacionalização de Boas Práticas ... 30
3.1. BOA PRÁTICA
Executar Entrevista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ... 31
3.2. BOA PRÁTICA
Executar Intervenções Psicoterapêuticas ... 34
3.3. BOA PRÁTICA
Executar Programa de Literacia em Saúde Mental (LSM) ... 36
3.4. BOA PRÁTICA
Executar Intervenções Psicoeducativas ... 37
3.5. BOA PRÁTICA
Executar Intervenções de Combate ao Estigma e Discriminação da pessoa com DMG ... 40
3.6. BOA PRÁTICA
Executar Intervenções no Âmbito do Comportamento de Adesão ao Regime Medicamentoso ... 43
3.7. BOA PRÁTICA
Executar Intervenções no Âmbito da Gestão do Regimo Terapêutico ... 46
3.8. BOA PRÁTICA
Executar Intervenções à Pessoa com DMG Inserida na Família, Grupo e Comunidade ... 49
3.9. BOA PRÁTICA
Executar Intervenções em Contexto de Internamento Hospitalar ... 51
3.10. BOA PRÁTICA
Executar Intervenções Utilizando a Metodologia de Terapeuta de Referência ... 55

Pág.

3.11. BOA PRÁTICA
Executar Intervenções em Contexto de Ambulatório **57**
3.12. BOA PRÁTICA
Executar Intervenções com Vista a Assegurar a Continuidade de Cuidados **61**

PARTE III – CONSIDERAÇÔES FINAIS **64**
Referências Bibliográficas **67**

Anexos **72**
Anexo I. Entrevista de Avaliação Diagnóstica de Enfermagem **74**
Anexo II. Psicoeducação Familiar (Baseada na Terapia Familiar Comportamental) **79**
Anexo III. Intervenções Psicoterapêuticas, Específicas do Enfermeiro EESMP, Passíveis de serem Desenvolvidas no Planeamento da Alta **86**
Anexo IV. Fluxograma: Intervenção Especializada em Contexto de Internamento **88**
Anexo V. Atuação do Enfermeiro EESMP com vista a Assegurar a Continuidade de Cuidados **90**

MENSAGEM DA DIGNÍSSIMA BASTONÁRIA E DA PRESIDENTE DO CONSELHO DE ENFERMAGEM

Este Guia Orientador de Boas Práticas em Cuidados de Enfermagem Especializada na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave é um trabalho desenvolvido por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica por iniciativa da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MCEESMP). Dirige-se, em particular, aos Enfermeiros Especialistas desta área, constituindo um importante documento com orientações de atuação e boas práticas profissionais.

O trabalho desenvolvido agrega as experiências e o saber de vários colegas especialistas numa área que constitui um desafio constante para os Enfermeiros, sobretudo nos tempos atuais, onde são manifestas as carências na Saúde Mental, mas, simultaneamente é cada vez mais tida como uma prioridade, havendo um reconhecimento unânime da necessidade de investimento e de melhoria da qualidade dos cuidados.

Este desafio é ainda maior face ao ritmo do avanço técnico-científico e à evidência dos benefícios dos cuidados especializados. A doença é sempre limitativa, e a doença mental é, além de limitativa, muitas vezes silenciosa, razão pela qual a relação de confiança entre o doente e o Enfermeiro Especialista é essencial, o que valoriza e confere ainda maior importância à abordagem no âmbito da atuação profissional.

É essencial continuar a valorizar o trabalho que tem sido feito ao longo dos anos, compartilhando-o com os restantes Enfermeiros, de modo a que a Enfermagem se torne cada vez mais completa e, acima de tudo, humana, numa altura em que já são conhecidos os impactos da doença mental a nível mundial, designadamente impactos sociais e humanos.

Devemos aproveitar todas as experiências e partilhar todos os conhecimentos, colocando sempre o doente no centro das atenções.

Agradecemos todo o empenho, dedicação, profissionalismo que dedicaram a este projeto. A Ordem valoriza este contributo e espera que tenha um papel motivador para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, unindo os Enfermeiros no seu principal objetivo: não deixar ninguém sozinho. É esse o sentido dos guias práticos: estar ao serviço do cuidador e do doente.

Ana Rita Cavaco
Bastonária

Ana Fonseca
Presidente do Conselho de Enfermagem

MENSAGEM DO PRESIDENTE DA MESA

A doença mental grave pode ser definida como toda a doença psiquiátrica que, pelas suas características e evolução do quadro clínico, afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa. Certo é que este não se trata de um conceito de fácil definição, mas, de acordo com o National Institute of Mental Health (EUA), esta habitualmente inclui: (a) as perturbações do espectro da esquizofrenia; (b) a perturbação depressiva major grave; e (c) a perturbação bipolar grave.

Por ser uma área que carece de particular atenção no domínio da saúde mental, e na qual os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) podem, por via da sua intervenção, contribuir de uma forma significativa para ganhos em saúde, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MCEESMP) da Ordem dos Enfermeiros (OE) do mandato 2016-2019 propôs a criação do grupo de trabalho que, sob a sua alçada, viria a elaborar este «Guia Orientador de Boas Práticas em Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave».

Não podendo deixar de endereçar um especial agradecimento pelo contributo da MCEESMP do mandato 2016-2019, bem como do grupo de trabalho coordenado pela Senhora Enfermeira Gustava Martins, em prol da ESMP, estamos certos de que este guia orientador de boas práticas se pode constituir como um documento de referência para os enfermeiros em exercício de funções na prática clínica, bem como para aqueles que exercem funções docentes.

A doença mental grave não tem cura, mas tem tratamento, e é com base nessa premissa elementar que os enfermeiros especialistas em ESMP devem assentar os pilares da sua intervenção, tendo sempre em mente que longe vão os tempos em que a abordagem clínica destes utentes se esgotava na intervenção farmacológica.

Francisco Sampaio
Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Mandato 2020-2023)

PREÂMBULO

A doença mental grave é responsável por provocar profundas e persistentes alterações no funcionamento da pessoa, repercutindo-se nas mais variadas áreas da sua vida, pelo que requer múltiplas e variadas intervenções. Para além do forte impacto que tem no sofrimento individual, com a consequente perda da qualidade de vida, reflete-se inevitavelmente nos grupos de pertença e subsistemas em que insere a pessoa doente (com destaque para a família).

A estratégia de atuação na recuperação do doente mental grave direciona a prática no sentido da prestação de cuidados que promovam os processos de empowerment (empoderamento) e recovery (recuperação), tendo por finalidade última a reabilitação e a inserção social da pessoa.

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MCEESMP), por considerar a recuperação da pessoa com doença mental grave uma área privilegiada da intervenção do EESMP, promoveu a elaboração deste Guia Orientador de Boas Práticas com o intuito de promover a sistematização do conhecimento nesta área, criando uma base estrutural para a tomada de decisão do enfermeiro.

Este Guia Orientador de Boas Práticas pretende apoiar a uniformização da atuação dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e garantir maior efetividade à sua intervenção, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados no contexto hospitalar, de internamento e contextos de cuidados de ambulatório com consulta especializada alocados nos hospitais, enfatizando a intervenção do enfermeiro EESMP, em articulação com serviços de cuidados de saúde primários, mais concretamente a intervenção comunitária no período de pós-alta do serviço de internamento.

A MCEESMP agradece aos autores e revisores deste Guia Orientador de Boas Práticas o contributo inestimável, bem como o trabalho desenvolvido pelo Gabinete de Comunicação e Imagem da Ordem dos Enfermeiros para a sua publicação.

Maria Helena Quaresma
Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
(Mandato 2016-2019)

INTRODUÇÃO

O Guia Orientador de Boas Práticas (GOBP) pretende contribuir para a uniformização de procedimentos e melhoria da prática dos cuidados na recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave (DMG). Tem particular interesse para os enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), uma vez que estes casos exigem respostas de reabilitação de forma sustentada e adequadas às suas necessidades e às dos seus familiares ou cuidador informal (CI).

O GOBP tem como finalidade fornecer orientações para a atuação profissional, no sentido de promover intervenções competentes, seguras, eticamente corretas e eficazes para com as pessoas doentes, e ainda responsabilizar os seus intervenientes. É através de boas práticas que os enfermeiros se podem articular naquilo que é o nível de desempenho desejável e possível de alcançar na sua área de especialização.

A utilização de boas práticas profissionais deve refletir o estado do conhecimento atual e ajudar também à compreensão de novas intervenções, pelo que é importante ser encarada como algo dinâmico.

A prática de enfermagem é fortemente influenciada pelos contextos em que os cuidados são prestados. Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), constata-se que «os enfermeiros estão bem colocados para fornecer informação importante acerca dos contextos dos diferentes sistemas. (...) Esta compreensão é vital para inovar serviços locais a desenvolver novas formas de trabalhar».

Ao longo da última década, a Europa tem demonstrado um crescente reconhecimento da necessidade de incluir a saúde mental como uma prioridade, fruto da crescente confirmação da magnitude dos problemas de saúde mental existentes nos países europeus. As doenças mentais apresentam uma elevada prevalência e incidência na Europa e no mundo, e, consequentemente, uma carga significativa para os indivíduos, para a sociedade e para a economia. A estes pressupostos associa-se o facto de cerca de metade das pessoas com problemas de saúde mental não receberam tratamento baseado na evidência disponível.

O presente GOBP tem como objetivo geral promover a melhoria da prática dos cuidados na recuperação da pessoa com doença mental grave. De forma a atingir

esta finalidade, traçámos os seguintes objetivos específicos: Promover ações adequadas nos vários contextos de intervenção no tratamento e reabilitação da pessoa com DMG; Sistematizar os princípios e estratégias de recuperação da pessoa com DMG; Promover a uniformização de procedimentos; Promover a equidade no acesso a cuidados de qualidade, com práticas que promovam e espelhem a melhor atuação do enfermeiro EESMP.

Este GOBP está dividido em três partes.

Na primeira apresenta-se a fundamentação teórica.

A segunda parte expõe os princípios gerais de boas práticas e um algoritmo de atuação sobre o processo de desenvolvimento das boas práticas (cuja representação gráfica pretende orientar para opções clínicas a seguir), assim como a operacionalização das mesmas.

Por último tecem-se as considerações finais e apresentam-se as referências bibliográficas.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. FUNDAMENTAÇÃO

A evolução histórica da saúde e doença mental é longa e sofreu alterações ao longo do tempo na forma como é encarada, cuidada e tratada.

A DMG é responsável por provocar profundas e persistentes alterações no funcionamento da pessoa, as quais se manifestam nas mais variadas áreas da sua vida, requerendo múltiplas e variadas intervenções.

O papel do enfermeiro EESMP é fundamental neste campo, dado intervir em todos os contextos em que a pessoa doente se insere, quer na estabilização clínica, como na maximização da sua autonomia.

Assim, o papel do enfermeiro EESMP deve ter por princípio as questões de recuperação da pessoa dando ênfase à *recovery* (recuperação) e ao *empowerment* (empoderamento), os quais têm repercussões positivas inequívocas na qualidade de vida da pessoa e da comunidade.

Sabe-se da importância e eficácia da prestação de cuidados comunitários, mantendo a pessoa integrada no seu meio, pelo que o modelo de intervenção por gestão de caso, onde o enfermeiro EESMP se destaca enquanto terapeuta de referência (TR) é crucial para a prestação de cuidados de qualidade com ganhos evidentes, quer para a pessoa com doença e comunidade onde esta se insere, quer como ganhos efetivos em saúde.

1.1. ASPETOS DE HUMANIZAÇÃO

A doença mental, desde os primeiros relatos que se conhecem da Bíblia, coloca a pessoa envolta em misticismo, ocultismo, castigos divinos associados a crenças mágico-religiosas e feitiçaria, durante civilizações inteiras ao longo de séculos. (Albuquerque, 2012)

As pessoas com DMG eram isoladas e/ou abandonadas em prisões, caves, ou mesmo enviadas para a guerra, encaradas como perdas menores. (Gil, 2010)

Na Idade Média, Portugal é palco de uma atitude lamentável em que se queimaram, nas fogueiras da Inquisição, inúmeras pessoas com DMG, tidas como possuídas por entidades maléficas e usadas como exemplo público para assustar aqueles que pudessem planear comportamentos desviantes.

É do Renascimento para a atualidade que se começa a desenhar um novo olhar sobre a doença mental e a analisá-la de forma racional, com base em explicações

biológicas e teorias do funcionamento do cérebro, e se vai eliminando, aos poucos, a interpretação das doenças enquanto fenómenos sobrenaturais ou mesmo como a visão de loucura. (Alves, 2012)

A primeira grande revolução na área de intervenção com estas pessoas doentes surge no século XVII, em França, pelas ideias de Philippe Pinel, um médico francês que separa o doente mental do criminoso. Ao fazer esta separação, passa o indivíduo de louco a doente, reconhecendo o seu direito a um tratamento adequado e não à prisão ou ao asilo. (Alves *et al.*, 2009)

Outra data decisiva na história da DMG é a década de 1950, onde surgem os psicofármacos que vieram revolucionar completamente a intervenção junto destas pessoas doentes, cujo maior impacto foi permitir a desinstitucionalização de algumas pessoas com psicoses, que, devidamente medicadas, podiam ser inseridas na comunidade.

Por toda a Europa, na década de 1960, dá-se início à desinstitucionalização. Há uma preocupação em reduzir o mínimo de doentes internados e o tempo de internamento, e começa a surgir a referência à participação da família e da comunidade no tratamento destas pessoas. (Spadini & Souza, 2006)

A atitude de Portugal para com a DMG é muito semelhante à da restante Europa. É nas décadas de 1960 e 1970 que existe uma aproximação da psiquiatria à comunidade, percebendo-se que deve ser feito um esforço nesse sentido, evitando a segregação e aproximando a pessoa da comunidade e das suas rotinas.

O final dos anos 1980, inícios da década de 90, é uma época claramente marcada pelo aproximar da psiquiatria aos cuidados de saúde primários, em que alguns centros de saúde chegam a integrar esta especialidade. É cada vez mais introduzida a psiquiatria nos hospitais gerais, feito um investimento nas estratégias de reabilitação, assim como na criação de uma rede de serviços comunitários. (Alves, 2011)

A atual lei de saúde mental acentua a necessidade de desenvolver uma rede articulada e diversificada de respostas, e de uma aproximação à comunidade. (Alves, 2011)

1.2. RECOMENDAÇÕES NACIONAIS E INTERNACIONAIS

A doença mental engloba todo um conjunto de situações que interferem no bem-estar da pessoa, causa sofrimento e pode tomar proporções altamente incapacitantes. Têm sido feitos enormes esforços no sentido de fomentar a saúde mental na Europa. Contudo, muito ainda está por fazer. Reconhece-se, pois, a existência de estratégias de prevenção da doença com resultados efetivos que promovem a saúde mental (evitando o aparecimento de doença) e tratamentos que menorizam o sofrimento causado pela mesma. Será, portanto, através da eficiência e eficácia na acessibilidade a cuidados de saúde de excelência que residirá o cerne do sucesso dos cuidados.

Verificando-se um aumento da doença mental, a Organização Mundial de Saúde (OMS) refere-se ao seu impacto a nível da saúde, dos direitos sociais e humanos e económicos, como tendo consequências a nível mundial. Salienta o facto da existência de falhas no acesso a cuidados de saúde (pessoas com doença mental não receberam tratamento para o seu problema de saúde mental quer nos países com economias mais pobres – 76%-85% – quer nos países economicamente mais estáveis – 35%-50%). (OMS, 2013)

Pese embora os esforços efetuados no sentido de melhorar a acessibilidade aos cuidados, ainda há muito a ser feito. Nos países europeus, pelo menos 30% das pessoas com DMG não têm acesso a cuidados de saúde mental, e a maioria das populações não têm acesso aos benefícios das intervenções que se mostram eficazes na prevenção e promoção da saúde mental. (OMS, 2013)

E, reconhecendo esta problemática, o plano de ação 2013-2020 da OMS tem por objetivo aumentar o acesso das populações a cuidados de saúde mental propondo:

- Políticas de saúde mais eficazes para a saúde mental.
- Prestação de serviços abrangentes e integrados ao nível da saúde mental e assistência social em contextos comunitários.
- Implementação de estratégias de promoção e prevenção.
- Fortalecimento dos sistemas de informação, evidências e investigação.

(OMS, 2013)

Em Portugal, tal como aconteceu em muitos países da Europa, foram efetuadas mudanças no sentido de reorganizar os serviços, de modo a promover uma intervenção baseada na comunidade, acessível às populações. Este processo tem sido marcado por dificuldades complexas a nível político, económico e social.

Neste sentido, a análise da situação portuguesa da *Joint Action Mental Health and Well-being*, de Caldas de Almeida *et al*. (2015), descreve este processo dividindo-o em cinco fases:

Primeira fase – 1963-1980 – Descentralização dos hospitais psiquiátricos para os centros de saúde mental.

Segunda fase – anos 1980 – Integração dos serviços de saúde mental no sistema geral de saúde e início de reforma na saúde mental.

Terceira fase – 1990-2006 – Interrupção da reforma por questões políticas e criação de política de saúde mental e da lei de saúde mental concordante com organizações internacionais. Na sequência deste processo houve desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial, criação de departamentos de saúde mental e rotinização de procedimentos novos relativos a tratamento compulsivo.

Quarta fase – 2006-2012 – Aprovação do plano nacional de saúde mental (PNSM) com implementação a cargo da coordenação nacional para a saúde mental.

Quinta fase – 2012 até ao presente – Substituição da coordenação nacional para a saúde mental pelo programa nacional para a saúde mental. (Almeida *et al*., 2015)

Embora o PNSM tenha sido sujeito a diversas avaliações, constatam-se dificuldades na sua implementação. Destacamos as dificuldades inerentes ao desenvolvimento de serviços de índole comunitária, com lacunas a nível do apoio político necessário, falhas no financiamento, autonomia e capacidade de decisão da direção nacional de saúde mental. Mantêm-se ainda os problemas relacionados com o estigma e o baixo nível de literacia em saúde mental (LSM). E por fim, dizer que embora a evidência científica diga o contrário, existe resistência à criação de serviços de intervenção na comunidade baseados no recovery (recuperação), bem como dificuldades de articulação dos cuidados de saúde mental especializados com os cuidados primários e, também, falhas nos mecanismos de apoio social a pessoas com doença. (Almeida *et al*., 2015)

Neste sentido, embora se possa reconhecer que houve mudanças importantes, o caminho a percorrer ainda é longo.É fundamental melhorar a acessibilidade aos cuidados, desenvolver serviços e equipas de intervenção comunitária, promover a reabilitação, melhorar a continuidade de cuidados, promover a literacia em Saúde Mental e melhorar a articulação entre serviços.

1.3. DEFINIÇÃO DE DOENÇA MENTAL GRAVE

As perturbações mentais podem variar de transtornos leves a graves. Causam sofrimento e são caracterizadas por sinais e sintomas específicos (CAMIMH, 2007). O estado mental da pessoa é determinado por fatores biopsicossocioculturais e ambientais (CCE, 2005), e, sem tratamento, tende a seguir um curso previsível.

Os distúrbios mentais têm implicações na carga global de doença (CGD), tendo uma prevalência de 12% a nível mundial, valor que sobe para 24% na Europa. Estima-se que de entre as dez principais causas de incapacidade, cinco são do foro mental e estima-se que haja, no futuro, um incremento das mesmas (OMS, 2001; PNSM, 2007-2016). Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS), os dados de prevalência de perturbações mentais colocam Portugal no lugar cimeiro entre os oito países europeus analisados, atingindo uma taxa de prevalência de 22,9% (DGS, 2013). Segundo Almeida e Xavier (2011), dois em cada dez portugueses sofrem de perturbações psiquiátricas.

A OMS define saúde mental como o «estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera, e contribui para a comunidade em que se insere» (OMS, 2001b, p.1). Assim, a doença mental tem inúmeras implicações pessoais e sociais. Segundo o PNSM (2007-2016), as DMG dão frequentemente origem à perda ou diminuição das capacidades de relacionamento, de adaptação social e de desempenho profissional.

A DMG é definida como a «doença psiquiátrica que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa» (Decreto-Lei nº 8/2010, p. 258), comprometendo as suas capacidades e competências na realização de tarefas de subsistência, no estabelecer da relação com o meio ambiente e no participar na vida em sociedade, com repercussões na sua qualidade de vida. (Gühne *et al.*, 2015)

Durante décadas, a DMG, implicou internamentos longos e níveis de incapacidade elevados e, embora apresente uma prevalência relativamente baixa, pressupõe um impacto elevado sobre a pessoa, família e sociedade. Destaca-se a esquizofrenia, pelo seu impacto ao nível funcional do indivíduo. Estima-se que 1% da população tenha este tipo de perturbação e ela é caracterizada como sendo responsável por um índice maior de anos vividos com incapacidade. (OMS, 2008)

Existem diversas formas de definir a DMG, sendo a definição mais amplamente aceite na literatura, a do *National Institute of Mental Health* (NIMH) (Schinnar, 1990), que considera três dimensões:

I. Diagnóstico clínico – psicose não orgânica ou distúrbio de personalidade.

II. Duração da doença (cronicidade) – ter duração de pelo menos dois anos.

III. Funcionalidade – nível de incapacidade social, familiar e laboral da pessoa.

Ruggeri *et al*. (2000) operacionalizam a definição do conceito de DMG. Na sua opinião, o critério de diagnóstico inclui o diagnóstico de psicose não orgânica. Relativamente à duração da doença, pressupõe o tempo de contacto com os serviços de saúde de pelo menos dois anos. Quanto à funcionalidade, esta avalia-se utilizando a escala GAF (*Global assessment functioning* da APA – *American Psychiatric Association*, 1987) na qual se considera que a DMG obtém pontuação menor ou igual a 50 pontos. Esta forma de operacionalizar o critério de funcionalidade difere da sugerida pelo NIMH, pois segundo estes a funcionalidade é avaliada mediante a presença de dois ou mais dos seguintes critérios:

• Situação de desemprego ou emprego apoiado, ou competências limitadas ou histórico de trabalho precário.

• Necessidade de apoios sociais.

• Dificuldades em procurar ou manter o sistema de apoio social.

• Necessidade de ajuda nas tarefas da vida diária (higiene, alimentação ou gestão financeira).

• Comportamento social desadequado que determina a intervenção dos serviços de saúde psiquiátricos ou o sistema judicial.

(Parabiaghi *et al*., 2006)

Ruggeri *et al*. (2000) fizeram a adaptação da definição de DMG, do NIMH, utilizando apenas as dimensões II e III – critérios de duração e funcionalidade. Constata-se, pois, que nesta definição se incluem todas as formas de doença mental, tornando-a logo à partida menos redutora, dando maior ênfase às funções executivas e cognitivas, não excluindo outras situações de doença que se revelam igualmente incapacitantes.

Para Parabiaghi *et al.* (2006) a definição bidimensional é mais inclusiva e real, pois constata-se que se incluem pessoas com diagnósticos diferentes, mas com grande impacto nas necessidades de saúde.

Assim sendo, para o presente manual aconselha-se a definição de DMG utilizando o critério bidimensional. As dimensões a ter em conta são a de duração da doença (contacto com o serviço de saúde há pelo menos dois anos) e o comprometimento do funcionamento social (interferência na produtividade, na gestão de relações interpessoais e contexto social adverso, que se traduzem nas capacidades ou habilidades específicas a nível social e interpessoal, nas capacidades de vida autónoma, nas capacidades ocupacionais e vocacionais e de gestão da doença), podendo para

isso recorrer-se a escalas que avaliem as medidas funcionais. São disso exemplo as escalas de funcionamento global ou as escalas com avaliações de funcionamento global ou as escalas com avaliações multidimensionais ou, mesmo, as escalas de qualidade de vida que variam amplamente consoante o número de áreas específicas analisadas.

1.4. REFERENCIAL TEÓRICO, PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA E PROCESSO DE ENFERMAGEM

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde tem como objetivo último melhorar o estado de saúde da pessoa a quem presta cuidados. A enfermagem, enquanto disciplina, preocupa-se com quatro conceitos fundamentais – pessoa, saúde, ambiente e enfermagem (Aligood & Tomey, 2004). Da passagem do seu metaparadigma para filosofias de cuidados, modelos conceptuais, grandes teorias, teorias e teorias de médio alcance resulta que a prática da enfermagem se baseia em esquemas de referência claros, descritos e de enorme utilidade; não apenas na prática clínica, como na formação e investigação. Os modelos conceptuais da enfermagem são fundamentais para a sua construção, crescimento e autonomia enquanto disciplina científica. (Aligood & Tomey, 2004)

São, pois, as conceptualizações teóricas que lhe permitem justificar a sua prática, sendo essas conceptualizações teóricas representações da realidade que norteiam a mesma. Portugal (1999), citado por Silva e Graveto (2008), refere que os modelos teóricos de enfermagem permitem o crescimento da profissão, bem como pautar a sua prática, o que permitirá alcançar uma intervenção com objetivos comuns com ganhos para a pessoa com doença. Segundo estes autores, mais importante que o modelo adotado é que este seja utilizado por todos os envolventes no processo de cuidar (enfermeiro/pessoa com doença/cuidador) de modo a potenciar os ganhos em saúde. (Silva & Graveto, 2008)

As teorias de enfermagem permitem que as complexidades da prática e da investigação façam sentido e façam parte do alicerce do processo de enfermagem, ao procurar estruturar e organizar os conhecimentos de modo a sistematizar a prática do cuidado. (Barros & Bispo, 2017)

A aplicabilidade na prática diária de uma teoria estrutura a ação do enfermeiro enquanto profissional que atua com uma base que sustenta e justifica a sua prática – pese embora o facto de nos depararmos com a importância da prática baseada na evidência. Esta questão deve elencar todo o processo de intervenção do enfermeiro,

visto este ser um dos atores de todo o processo de cuidar. Se o enfermeiro sustenta a sua «visão» nas teorias e modelos que o concebem enquanto ator numa disciplina científica, então uma ação baseada na evidência científica existente na atualidade deve resultar da evolução da disciplina, decorrente da investigação científica efetuada. Neste sentido, a boa prática de enfermagem tem como âncora as teorias que a sustentam e uma ação baseada em conhecimento científico.

Assim, a passagem dos modelos teóricos para a prática faz-se utilizando o processo de enfermagem, o qual se constitui através da avaliação inicial, diagnóstico, resultado esperado, planeamento de intervenções, implementação das intervenções e avaliação dos cuidados prestados. É um método dinâmico que espelha uma atuação clara e fundamentada, pois permite o registo claro e sistematizado de todo o processo científico inerente à prática, através do uso de taxonomias apropriadas que refletem o pensamento científico inerente à prática. (Barros & Bispo, 2017) As taxonomias utilizadas no processo de enfermagem são ferramentas importantes pela melhoria na comunicação interpares e na organização do conhecimento da disciplina.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) promove o uso de taxonomias com classificação de diagnósticos, intervenções e resultados. Assim, considera-se uma atuação correta no processo de enfermagem o uso da CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), uma linguagem classificada, universal e atualizada para a classificação de diagnósticos com uso de indicadores de resultados e indicadores de intervenções. Porém, e porque existem diversas versões da CIPE®, é importante referir que neste documento a versão que vamos usar é a CIPE® Beta 2 (ICN, 2003), uma vez que é a versão em uso na grande maioria dos contextos em que os enfermeiros EESMP prestam os seus cuidados.

1.5. ESTRATÉGIA DE ATUAÇÃO NA RECUPERAÇÃO DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL GRAVE

As orientações atuais direcionam a prática no sentido da prestação de cuidados de saúde mental na comunidade, facilitando a reabilitação e a inserção social da pessoa, evitando o afastamento das pessoas das suas casas, família e comunidade.

Deve haver um equilíbrio entre os serviços hospitalares e os serviços centrados na comunidade, uma vez que ambos são necessários; contudo os cuidados prestados devem ser orientados para a comunidade, recorrendo-se aos serviços hospitalares apenas quando necessário e com a menor duração possível. À pessoa com

doença mental devem ser prestados cuidados que fomentem a sua integração na sociedade, com cuidados que promovam os processos de *empowerment* (empoderamento) e *recovery* (recuperação).

1.5.1. *EMPOWERMENT* (EMPODERAMENTO) E *RECOVERY* (RECUPERAÇÃO)

Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica enfatizam a procura permanente da excelência do exercício profissional. Este é alcançado ao permitir que a pessoa com doença atinja o seu máximo potencial de saúde. Neste sentido, o enfermeiro faz o diagnóstico da situação de saúde da pessoa com doença e avalia toda a dinâmica da família/CI, aproveita também a oportunidade para promover estilos de vida saudáveis, promove o potencial de saúde através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento, fornece informação geradora de aprendizagem e capacita a pessoa no sentido do seu máximo potencial de saúde. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Ornelas (1997, p. 385-386) refere-se ao *empowerment* (empoderamento) enquanto área de intervenção por excelência, pois «permite o entendimento da especificidade e qualidade das relações entre os indivíduos e a comunidade, entre as várias organizações nas comunidades e destas últimas com o sistema social e político».

Neste sentido, o *empowerment* (empoderamento) surge com o objetivo de capacitar a pessoa para assumir o controlo da gestão da sua saúde/doença, resultado da evolução da autoconceção de autonomia e responsabilidade, ultrapassando a atitude paternalista, de proteção e de tomada de decisão unilateral por parte do profissional de saúde, sonegando à pessoa o princípio ético da autonomia. Pereira *et al*. (2011) referem que o enfermeiro deve, neste sentido, ver a pessoa enquanto parceiro na tomada de decisão.

Almeida e Amendoeira (2015) referem que, em situações de DMG, a filosofia de cuidados centrada no *empowerment* (empoderamento) da pessoa evidencia a existência de um aumento da capacitação das pessoas com doença mental crónica, integrada no seu contexto biopsicossocial e cultural. Enfatizam ainda a importância de uma abordagem integradora onde o papel do enfermeiro, enquanto gestor de caso, se revela fulcral na otimização destes pressupostos.

Neste sentido, a *recovery* (recuperação) está intimamente ligada aos processos de *empowerment* (empoderamento) da pessoa.

A OE define a *recovery* (recuperação) como sendo «um processo profundamente pessoal, exclusivo de uma mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, ha-

bilidades e/ou funções. É uma forma de viver uma vida com satisfação, de esperança e de contribuição. Este processo envolve o desenvolvimento de um novo significado e propósito na vida assente no conhecimento e aceitação da doença mental». (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 17)

Mediante o exposto, a *recovery* (recuperação) não deve ser entendida enquanto remissão dos sintomas, ou como um resultado estático. Ela será, antes, um processo em que a pessoa reconquista o controlo da sua vida pela reconquista da esperança, da autoconfiança e de uma participação social nos diferentes contextos que integra. O processo de adoecer mentalmente, associado à *recovery* (recuperação) pressupõe que a pessoa, ao passar por experiências de tratamento, vivencia processos de estigma e discriminação (associados à doença mental). Também o fortalecimento individual, através de descobertas e ganhos nos diferentes domínios da sua vida, não significa um regresso da pessoa ao estado prévio, visto implicar muito mais do que a recuperação do adoecer mental. A *recovery* (recuperação) implica todas as estruturas da comunidade, abrangendo dimensões pessoais e comunitárias que confiram à pessoa esperança e o sentido de pertença.

O enfermeiro EESMP tem um papel crucial neste âmbito, pois faz parte das suas competências promover o caráter de adaptabilidade da pessoa e o seu crescimento no sentido de uma vivência adequada nos seus processos de mudança.

Uma intervenção promotora da *recovery* (recuperação) pressupõe que o enfermeiro ponha de lado o modelo biomédico e a atitude paternalista para adotar uma postura orientada para a recuperação da pessoa, permitindo-lhe desempenhar um papel ativo no processo adaptativo inerente a todos os momentos da sua vida. Mediante o papel do enfermeiro EESMP, central na gestão de casos, percebe-se que, enquanto TR, deve ser um elo fundamental no sentido da capacitação da pessoa, de modo a que esta possa, mediante a significação que a pessoa atribui à doença (a forma como ela a encara; crenças e valores), o seu potencial para a mudança (capacidade de desenvolvimento da pessoa) e a sua competência para a mudança (habilidade de mobilizar conhecimentos, valores e tomada de decisão perante a sua situação), adquirir a noção de vivência plena da sua vida.

1.5.2. MODELO DE GESTOR DE CASO – O TERAPEUTA DE REFERÊNCIA

A partir dos anos 80 do século passado, surgindo pela primeira vez na literatura nos Estados Unidos da América, a gestão de caso tornou-se uma prática da organização dos serviços de saúde e da terminologia dos seus profissionais. (Rice, 2004)

A gestão de caso como modelo de cuidados de saúde evolui conforme o desenvolvimento dos sistemas de saúde, bem como na resposta às necessidades das populações. Na literatura de enfermagem norte-americana das décadas de 1980 e 90 verifica-se num estudo que pretende definir o conceito de «gestão de caso» que, apesar da evolução do conceito, existe uma manutenção do objetivo essencial que é garantir a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde da pessoa. (Casarin *et al*., 2002)

Na atualidade, a gestão de caso é definida como um processo que articula participações técnicas individualizadas e colaborativas para o diagnóstico, planeamento, facilitação, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de opções de serviços destinados a responder às necessidades de pessoas mais vulneráveis com necessidades complexas e crónicas de saúde, utilizando a comunicação e os recursos disponíveis para produzir qualidade em cuidados de saúde. (Mullahy & Jensen, 2004)

A gestão de caso organiza-se a partir de uma equipa multidisciplinar que organiza um modelo colaborativo e articulado transcendendo as áreas de especialização individuais (Casarin *et al*., 2002). Existem vários autores que defendem que os enfermeiros EESMP são dos profissionais de saúde que dispõem de melhor formação orientada para o desempenho do papel de gestor de caso, sobretudo com as pessoas com problemas de saúde de evolução prolongada, isto porque possuem conhecimentos clínicos, têm um olhar holístico do cuidar, defendem os direitos das pessoas e detêm um amplo conhecimento sobre os papéis dos outros profissionais de saúde. (Cohen & Cesta, 2004; Lubkin & Larsen, 2005; Stanhope & Lancaster, 2004)

A gestão de caso desenvolvida pelos enfermeiros EESMP encontra a sua maior valorização na possibilidade de criar com as pessoas uma profunda compreensão e validação das suas necessidades individuais e recursos favoráveis ao autocuidado, bem como a possibilidade de desenvolver uma relação de confiança mútua. (Blancett & Flarey, 1996; Yamashita, Forchuk, & Mound, 2005)

O enfermeiro, no contexto de negociação dos cuidados e do processo assistencial que promove, permite à pessoa a possibilidade de fazer escolhas informadas no seu percurso de recuperação, promovendo a sua independência. (Weydt, 2001)

Existem vários modelos de gestão de casos que se podem dividir em três grupos:

1 - Gestão de casos padrão, que inclui os modelos ***broker*** e **gestão de casos clínicos**.

No modelo *broker* o gestor de caso tem como funções a avaliação, o planeamento, a ligação aos serviços, a monitorização e a defesa da pessoa doente. A limitação deste modelo prende-se com o facto de o gestor de caso não atuar como clínico.

O modelo gestão de casos clínicos implica o envolvimento da pessoa doente e a gestão de casos ser feita por um interveniente habilitado nas áreas da psicoeducação e da relação psicológica de ajuda.

2 - Cuidados na comunidade orientados para a reabilitação, que incluem o **modelo de potenciação dos pontos fortes** e o **modelo de reabilitação**.

Neste último destaca-se o tratamento assertivo na comunidade, que é levado a cabo por uma equipa multidisciplinar, geralmente um psiquiatra, um enfermeiro e, pelo menos, dois gestores de caso. Implica um baixo rácio gestor-doentes (1:10), a maioria dos serviços é fornecida na comunidade, os casos são partilhados pela equipa, que faz uma cobertura de 24 horas, sete dias por semana, a maioria dos serviços é mediada diretamente pela equipa e o serviço tem uma duração ilimitada.

O modelo de potenciação dos pontos fortes está focado nos pontos fortes do indivíduo e não na doença, considera a relação gestor-doente primária e essencial, e baseia as intervenções na autodeterminação da pessoa doente. A comunidade é vista como um local de oportunidades e não de dificuldades. O contacto com a pessoa doente tem lugar na comunidade e não no hospital, contribuindo para que as pessoas com doença mental grave possam continuar a aprender, a crescer e a mudar. O modelo de reabilitação é semelhante ao modelo dos pontos fortes e enfatiza a importância dos desejos e objetivos da pessoa, em detrimento dos objetivos definidos pelo sistema de saúde mental.

3 - Tratamento compreensivo intensivo, onde se pode incluir o **tratamento assertivo na comunidade** e a **gestão intensiva**.

A gestão intensiva surgiu como forma de intervir em pessoas com uma necessidade elevada de recurso aos serviços, principalmente pessoas com doença mental grave que não aderem ao tratamento dos gestores de caso tradicionais. As características são semelhantes ao modelo anterior, no entanto, os casos não são partilhados por uma equipa. (Mueser et al., 1998)

Em Portugal, o PNSM 2007-2016, no que diz respeito ao desenvolvimento e melhoria da rede nacional de serviços locais de saúde mental, impele a prestação de

cuidados a um determinado setor geodemográfico, incluindo no programa integrado para pessoas com DMG, com gestão de casos por TR (PNSM, 2007-2016). Este modelo reduz o número de internamentos de pessoas com DMG e tem impacto nas pessoas que até aqui recorriam muito aos serviços de internamento. Por outro lado, a eficácia da intervenção por TR aumenta, na medida que a sua intervenção se baseia em modelos de intervenção comunitária. (Burns et al., 2007)

As evidências sobre o custo-efetividade do atendimento comunitário versus cuidados institucionais sugere que os serviços baseados na comunidade não reduzem necessariamente o custo, mas que a qualidade de vida e a satisfação com os serviços são melhoradas, enquanto os custos se mantêm relativamente estáveis. Contudo, vai existindo evidência de que a curto/médio prazo os serviços com cuidados baseados na comunidade orientados para a satisfação dos problemas das pessoas se revelam menos dispendiosos. (McDaid & Thornicroft, 2005)

Neste sentido, consta do regulamento das competências específicas do enfermeiro EESMP que este deve utilizar «a gestão de caso para coordenar cuidados de saúde e para assegurar a continuidade de cuidados, integrando as necessidades dos clientes e equipas, otimizando os resultados existentes. O método de gestão de caso inclui atividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente». (Diário da República, nº 151/2018, Série II, de 7 de agosto de 2018, p. 21 428)

Assim sendo, mediante as políticas nacionais e tentativas de prestação de cuidados com base comunitária, percebemos que o modelo de gestão de caso por terapeutas de referência, levado a cabo por enfermeiros EESMP, é fundamental, pois permite a prestação de cuidados eficientes que melhoram em muito a saúde mental e bem-estar da pessoa com DMG.

PARTE II

BOAS PRÁTICAS

1. PRINCÍPIOS GERAIS

A investigação em enfermagem enquanto ciência existe há décadas. No entanto, sempre existiu uma lacuna entre a investigação e a prática. A enfermagem baseada na evidência tornou-se um tema comum dentro da comunidade de enfermagem. Esta foi definida como um processo através do qual os enfermeiros tomam decisões clínicas utilizando a melhor evidência, a sua experiência clínica e as preferências da pessoa. Os enfermeiros são responsáveis para com a pessoa, pela melhor qualidade de cuidados baseados no conhecimento da melhor prática. No mundo acelerado em que vivemos, as mudanças ocorrem tão rapidamente que a melhor prática de hoje pode não ser considerada dessa forma amanhã.

A presença da doença mental é comum em todo o mundo e em todos os contextos, e os «pioneiros» compreenderam que as perturbações de saúde mental são diferentes das doenças médico-cirúrgicas. Perceberam que a mente de cada pessoa é verdadeiramente única e que os enfermeiros especialistas nesta área devem ter competências que os distinguem das outras áreas de especialidade. O perfil do profissional, os conhecimentos técnicos e científicos, a par com a atitude, a sensibilidade, a empatia, o respeito, a congruência e o interesse pela pessoa, bem como o estabelecer da relação terapêutica são, de facto, uma base importante para o sucesso da adesão ao tratamento e recuperação da pessoa doente, resultando consequentemente o incremento de ganhos em saúde para as comunidades.

Assim, o enfermeiro EESMP, segundo a OE, é detentor das seguintes competências:

• Elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

• Capacidade de ajudar a pessoa – ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade – a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

• Capacidade de prestar cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicoeducacionais e psicossociais à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

(Diário da República, nº 151/2018, Série II, de 7 de agosto de 2018)

Neste contexto a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica evoluiu a par com a evolução dos tratamentos. Os anos 1950 foram um marco importante, não só para toda a organização da saúde mental, mas também porque foram desenvolvidos os primeiros medicamentos psicotrópicos. Analisando os dados disponíveis nos últimos cem anos, verificou-se que a investigação nesta área registou progressos importantes. No que diz respeito ao tratamento da pessoa com DMG, a dificuldade encontrada na prestação de cuidados tem a ver com a possibilidade de se conseguirem integrar de forma adequada e efetiva as várias intervenções. Isto é, conseguir dar respostas organizadas, quer sejam do ponto de vista farmacológico, psicológico, psicossocial ou social, bem como outras estruturas capazes de responder de forma sustentada às necessidades individuais de cada um. Assim, os enfermeiros EESMP precisam de analisar as suas práticas, refletir sobre elas e indicar os caminhos, assegurando o seu papel nos cuidados especializados de saúde mental e psiquiatria.

O juízo clínico e a tomada de decisão por parte dos enfermeiros são essenciais para os cuidados individualizados às pessoas e respetivas famílias e não podem ser substituídos por nenhum instrumento. Mas é necessário investir e implementar intervenções baseadas na evidência para prevenir, tratar as doenças mentais e promover a saúde mental. Desde logo, estas medidas só poderão ser sustentadas através do investimento na investigação relacionada com a saúde mental e terão de ser realizadas nos diversos cenários (*settings*). Com este pressuposto, o presente GOBP foi elaborado por enfermeiros que exercem funções em contextos da prática clínica e que constatam a necessidade de alinhar a prática com a ciência, de modo a promover a prestação de cuidados que espelham o melhor das práticas nos diversos contextos de atuação.

2. ALGORITMO DE ATUAÇÃO

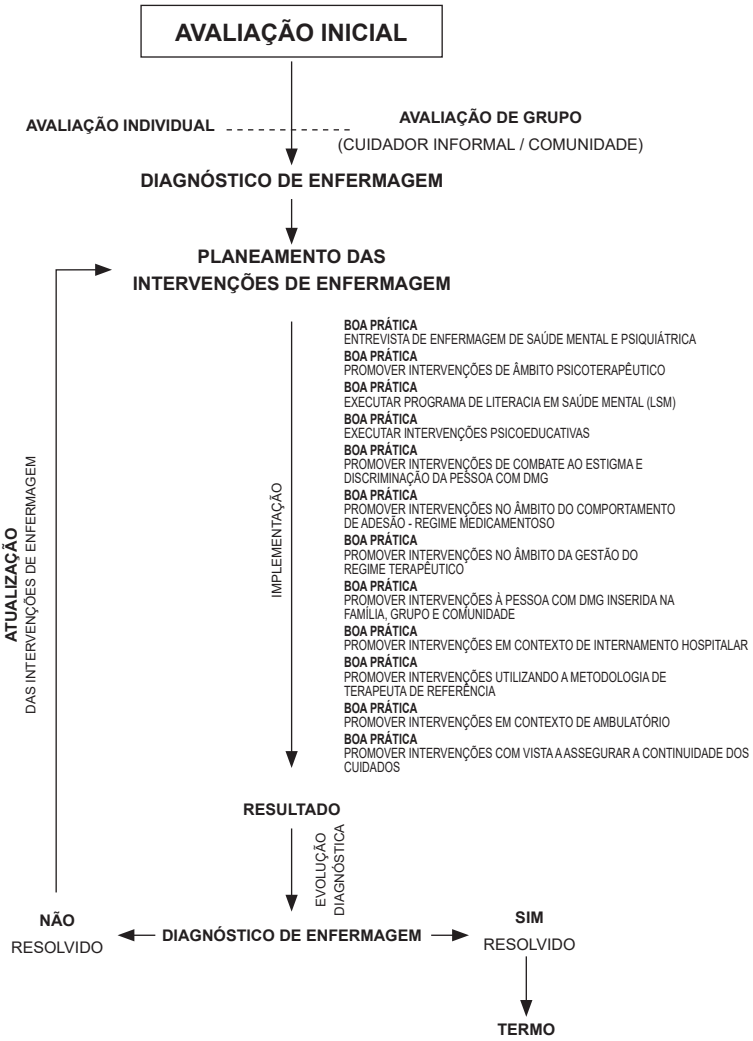

Figura 1 - Algoritmo de atuação do Enfermeiro EESMP em contexto de internamento

3. OPERACIONALIZAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS

Tendo como propósito o princípio da equidade na acessibilidade a cuidados de enfermagem especializados de qualidade,no que diz respeito ao tratamento e recuperação da doença mental grave, este GOBP foca-se na recuperação e no bem-estar da pessoa com DMG e prestador de cuidados. Neste sentido, o diagnóstico e intervenções são sugeridos para eventuais respostasdesajustadas ou desadequadas geradoras de sofrimento e visam a recuperação/reabilitação da pessoa com DMG.

Para que a prestação de cuidados especializados por parte do enfermeiro EESMP à pessoa com doençamental grave seja de excelência, a sua intervençãodeve ter por base um constructo teórico que sustente cientificamente as suas intervenções. Deve ainda ter presente o significado que a pessoa atribui aos diferentes contextos psicossociais, ao potencial da pessoa para a recuperação e a capacitação da mesma para a mudança.

Os contextos nos quais o enfermeiro EESMP contacta com a pessoa com DMG são diversos. Neste Guia iremos centrar-nos no contexto hospitalar, de internamento (situações de descompensação sintomática aguda) e contextos de cuidados de ambulatório com consulta especializada alocados nos hospitais (como é exemplo a consulta de enfermagem de saúde mental na consulta externa e hospital de dia (HD), enfatizando a intervenção do enfermeiro EESMP enquanto TR), em articulação com serviços de cuidados de saúde primários, mais concretamentena intervenção comunitária no período de pós-alta do serviço de internamento.

Tendo em conta as especificidades da prática do enfermeiro EESMP, destacamos enquanto boas práticas a entrevista, a promoção da literacia em saúde mental com ênfase no estigma associado à doença e pessoas com doença mental e psicoeducação, a promoção da adesão e gestão do regime terapêutico, bem como as intervenções psicoterapêuticas.

3.1. BOA PRÁTICA
EXECUTAR ENTREVISTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Chalifour (2009) define a entrevista como sendo um tipo particular de interações verbais formais entre um interveniente e um cliente ou um grupo de clientes, ao longo das quais os participantes utilizam determinados modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características, do assunto tratado, dos objetivos visados e do tempo que acordaram para esse fim.

Não sendo uma técnica específica do enfermeiro EESMP é, no entanto, este quem se encontra mais bem preparado para a usar nos diferentes contextos de cuidados, estando consagrada no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da OE, como sendo fundamental para «assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental». (Diário da República, nº 151/2018, Série II, de 7 de agosto de 2018, p.21427).

Tendo em conta as especificidades da prática clínica do enfermeiro EESMP, o uso da entrevista é crucial,pois é também através dela que se consegue a excelência relacional, estando presente em todos os momentos de contacto onde o enfermeiro se mobiliza enquanto instrumento terapêutico.

Assim, tendo presente as competências específicas do enfermeiro EESMP, o uso de entrevistas destaca-se e reveste-se de enorme utilidade, não apenas para o processo de reabilitação da pessoa e CI, mas também para todo o processo de cuidar, pelo que se depreende que o enfermeiro a utiliza em diferentes momentos e contextos com diferentes fins (diagnóstico, avaliação, intervenção), que representam indubitavelmente uma das ferramentas-chave para uma intervenção de excelência que prima pelas suas competências enquanto especialista. As suas competências traduzem-se concretamente em saber estar junto da pessoa, em saber como «chegar a ela», como conseguir vê-la na sua plenitude para cumulativamente avaliar, diagnosticar e intervir de forma adequada e acertada às necessidades desta.

Neste sentido, não será nosso propósito descrever a forma como se realiza uma entrevista, será antes dar ênfase a uma prática transversal às nossas intervenções e que se traduz, em última análise, na qualidade e excelência dos nossos cuidados enquanto enfermeiros EESMP.

EXECUÇÃO

No contexto do atendimento da pessoa com DMG, a entrevista é uma técnica essencial que permite aceder ao mundo privado de outro ser humano, às suas representações mais pessoais, nomeadamente à sua história pessoal, aos conflitos que vive, crenças e valores, sonhos e acontecimentos vividos.

É utilizada como meio para avaliar a pessoa, identificar os seus problemas e necessidades, sendo também ideal para propor as estratégias para o ajudar a melhorar a sua condição.

O principal objetivo da entrevista é o estabelecimento de uma relação terapêutica caracterizada pela confiança e pelo respeito, permitindo deste modo a mudança comportamental, o suporte psicológico, o ensino, a resolução de problemas, a resolução de conflitos e de situações de crise.

É um instrumento usado em todos contextos de cuidados prestados pelos enfermeiros EESMP, que se pode definir como sendo o encontro entre duas pessoas, tendo por base uma relação interpessoal caracterizada pela confiança mútua, que acontece num contexto específico, com troca de mensagens verbais e não-verbais entre a pessoa que necessita de ajuda e o enfermeiro.

Para a execução da entrevista o enfermeiro EESMP deve ter presente que são diversos os momentos nos quais a utiliza enquanto «ferramenta» de trabalho.

Existem vários tipos de entrevista de acordo com o seu objetivo, duração e estrutura. São elas:

- A entrevista inicial/acolhimento
- A entrevista de colheita de dados (e/ou de diagnóstico)
- A entrevista de informação e ensino
- A entrevista motivacional
- A entrevista de ajuda (para suporte psicológico/modificação de comportamentos/resolução de problemas e conflitos/crise)
- A entrevista de grupo
- A entrevista única
- A série de entrevistas
- As entrevistas frequentes
- As entrevistas de curta duração
- A entrevista formal estruturada

- A entrevista não estruturada
- A entrevista semiestruturada

As etapas da entrevista são:

- Antes da entrevista
- O início da entrevista
- O corpo da entrevista
- O fim da entrevista
- Após a entrevista

Uma das entrevistas mais utilizada nos diversos contextos profissionais em saúde mental e psiquiatria é a de colheita de dados e/ou de diagnóstico. Não deve nunca ser confundida com o preenchimento de uma *checklist* (lista de verificação), pelo que está especificada, em maior detalhe, no Anexo I, por forma a relembrar a sua estruturação.

3.2. BOA PRÁTICA
EXECUTAR INTERVENÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS

Esta boa prática pode ser vista enquanto boa prática comum a pessoas com problemas diversos e patologias psiquiátricas diferentes, mas reveste-se de extrema importância também para a pessoa com DMG, não apenas por implicar uma competência nobre do enfermeiro EESMP, mas porque permite ganhos em saúde e eleva os cuidados prestados à pessoa com DMG. Assim, tendo presente o potencial desta intervenção no sentido do *recovery* (recuperação) e *empowerment* (empoderamento), ela deve estar contemplada pelo seu cariz fundamental no processo de recuperação da pessoa.

Entende-se por intervenção psicoterapêutica «*the informed and intentional application of clinical methods and interpersonal stances derived from established psychological principles for the purpose of assisting people to modify their behaviors, cognitions, emotions, and/or other personal characteristics in directions that the participants deem desirable*».[1] (Norcross in Zeig & Munion, citado por Sequeira & Lluch Canut, 2014)

Para estes autores, o modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem deve ter por princípio a abrangência (para possível replicação em diferentes contextos), ir de encontro aos modelos existentes (sem contudo depender deles), dar resposta a diferentes diagnósticos de enfermagem, ter como alicerce a relação de ajuda profissional e utilizar a relação de ajuda enquanto meio conducente ao seu desenvolvimento. (Sampaio, Sequeira & Lluch Canut, 2014)

E, partindo do pressuposto de que o enfermeiro EESMP tem a competência de prestar «cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional» (Diário da República, nº 151/2018, Série II, de 7 de agosto, p. 21 427), apresentam um modelo no qual se enaltece a intervenção por parte do enfermeiro EESMP enquanto facilitador no processo de modificação de comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais da pessoa. O objetivo central do enfermeiro ao utilizar esta intervenção não será resolver o problema da pessoa, mas, sim, ajudar a que esta consiga escolher as melhores opções no sentido de o resolver, o que se traduzirá na evolução e/ou resolução dos diagnósticos de enfermagem. (Sampaio, Sequeira & Lluch Canut, 2016)

[1] Tradução: (Entende-se por intervenção psicoterapêutica) «a aplicação de métodos clínicos informada e intencional e a aplicação de posicionamentos interpessoais derivados de princípios psicológicos, com o objetivo de dar assistência às pessoas no sentido de modificar os seus comportamentos, saberes, emoções e/ou outras características pessoais na direção que os participantes considerem desejável.»

Pressupõe-se, pois, que nas intervenções psicoterapêuticas a relação terapêutica ganhe dimensão, tendo sempre por base as questões ontológicas – o significado atribuído à doença, o potencial para a mudança e as capacidades e competências para a mudança.

EXECUÇÃO

Com vista a proporcionar bem-estar e a recuperação e capacitação, da pessoa com DMG, o enfermeiro EESMP deve prescrever e implementar as ações necessárias para a realização desta boa prática.

A operacionalização das intervenções segue, segundo Sampaio, Sequeira e Lluch Canut (2014), os seguintes pressupostos:

- Duração das sessões – 50-60 min
- Número de sessões – 3-12 (num máximo de 12 semanas)
- Periodicidade
  - Contexto de ambulatório – 1-2/semanas + 1 sessão a cada 2 semanas para seguimento (*follow up*)
  - Contexto de internamento – 2-3/semanas
- Executante – a intervenção deve ser iniciada, mantida e concluída pelo mesmo enfermeiro

(Sampaio, Sequeira & Lluch Canut, 2016)

Mediante o Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2018), o modelo procedimental das intervenções pode contemplar intervenções pontuais (sessão única), programas (conjunto alargado de sessões pontuais ou psicoterapêuticas) ou intervenções psicoterapêuticas *per se* (três sessões, no mínimo) e estruturam-se por fases (1,2,3). (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

3.3. BOA PRÁTICA
EXECUTAR PROGRAMA DE LITERACIA EM SAÚDE MENTAL (LSM)

A LSM é um conceito multidimensional ao qual se ligam representações pré-existentes acerca da saúde e doença mental. A LSM é fundamental para a adoção de comportamentos ligados à prevenção e manutenção da saúde mental. É através dela que se promove o reconhecimento de defeitos no bem-estar do próprio ou de quem o rodeia, se reconhecem soluções para atuações atempadas e se reduz o estigma associado à doença e aos tratamentos que lhe estão associados.

O enfermeiro EESMP concretiza esta boa prática realizando a intervenção executar o programa de literacia em saúde mental.

EXECUÇÃO

Com a realização do programa vai de encontro às componentes da LSM, nomeadamente:

- Reconhecimento de doenças ou perturbações mentais;
- Conhecimento e crenças acerca de fatores de risco;
- Conhecimento acerca das causas da sua situação de saúde;
- Conhecimento e crenças acerca de diferentes formas de intervenção;
- Conhecimento e crenças acerca de intervenções existentes por parte dos profissionais;
- Atitudes que promovam o reconhecimento e a procura de ajuda adequada;
- Conhecimento acerca do modo como se pode aceder a informação sobre a saúde mental.

Mediante o exposto, constata-se que duas áreas de intervenção fulcrais são a intervenção no combate ao estigma associado aos processos de adoecer mentalmente, bem como a psicoeducação. São duas áreas de excelência onde o enfermeiro EESMP atua e tem uma intervenção efetiva na melhora da LSM em todos os contextos. Dada a sua importância central, serão abordadas como duas boas práticas separadamente, enquadradas na promoção da LSM.

3.4. BOA PRÁTICA
EXECUTAR INTERVENÇÕES PSICOEDUCATIVAS

Os enfermeiros EESMP deparam-se frequentemente com pessoas, famílias/CI que lidam com perturbações complexas, para as quais não têm conhecimentos, treino e, frequentemente, no caso das famílias/CI sem pausas, relativamente a uma pessoa a quem estão afetivamente ligadas. A psicoeducação é uma ferramenta fundamental para os enfermeiros EESMP, uma vez que permite a capacitação da pessoa com DMG e da sua família/CI, facilitando deste modo uma melhor compreensão do problema de saúde, assim como uma participação ativa no tratamento, tendo como objetivo principal dominar novas formas de lidar com a doença e com os problemas do quotidiano que esta provoca. Uma das melhores técnicas terapêuticas consiste em ensinar a pessoa com doença mental a examinar as circunstâncias em que vive, a identificar a relação entre comportamentos e consequências, e a construir as suas próprias regras (Delitti, 2008).

A psicoeducação pode ser definida como uma intervenção que visa fornecer (in) formação à pessoa com doença mental e/ou família/CI ou ainda a grupos-alvo sobre a doença – o tratamento, o diagnóstico e o prognóstico – sobre os direitos, enquanto pessoa com doença mental, e sobre as estratégias de adaptação à sua situação de saúde.

A abordagem da psicoeducação não se circunscreve à transmissão de informação e conhecimento sobre a doença, quer ao indivíduo, família/CI ou à comunidade. É antes de tudo ajudar a compreender e dar sentido à experiência vivida e, deste modo, permitir que essa compreensão influencie positivamente o decurso da doença e do seu quotidiano. Para isso o enfermeiro EESMP utiliza-a na sua prática com o objetivo de:

- Impulsionar relações orientadas pelo respeito e pela reciprocidade;
- Aumentar a autoestima;
- Aumentar a esperança;
- Favorecer a autodeterminação;
- Favorecer o autocontrolo;
- Apoiar o crescimento pessoal.

A Psicoeducação é fundamental para a adoção de comportamentos ajustados à prevenção e manutenção da saúde mental, contudo é sempre utilizada como parte de um plano terapêutico, em complementaridade com outras intervenções terapêu-

ticas e farmacológicas, e nunca como alternativa às mesmas. Para que seja realmente eficaz é essencial que o enfermeiro EESMP mantenha uma relação terapêutica profunda, o que exige uma aliança mútua com uma abordagem aberta, participativa e igualitária onde a identificação de áreas de entendimento e um acordo quanto aos objetivos a atingir é fundamental. (Favrod & Maire, 2014)

EXECUÇÃO

O enfermeiro EESMP concretiza esta boa prática realizando programas psicoeducativos como meio eficaz de chegar à pessoa, ao CI e à comunidade, visando sobretudo o acesso personalizado e facilitado à informação que se pretende comunicar. Os módulos dos programas serão sempre flexíveis com um caráter aberto, permitindo a adaptação da informação, das dúvidas e dos aspetos individuais relacionados com a doença mental. É fundamental que a informação seja fornecida de modo a ajudar o processo adaptativo da pessoa com doença/CI/comunidade, favorecendo uma compreensão mais eficaz da experiência do adoecer mental. A informação deve ter em conta a especificidade da pessoa/CI/comunidade devendo ser adaptada às suas necessidades e devendo ser transmitida em suportes que facilitem a sua compreensão e assimilação, respeitando os tempos de aprendizagem de cada um.

Os programas psicoeducativos têm uma organização sequencial que assenta na escolha de conteúdos ajustados às necessidades da pessoa, sempre numa lógica do mais simples para o mais complexo. Estes implicam, na sua grande maioria, intervenções prolongadas de modo a que as pessoas obtenham efeitos superiores e mais duradouros (Mcfarlane et al., 2003; Brito, 2005). Os resultados obtidos nos diversos estudos realizados apontam para melhorias no insight, adesão ao tratamento, sintomas, taxas de recaída e conhecimento e compreensão da família (Pekkala & Merinder, 2002).

Nos programas psicoeducativos são apresentados grandes grupos de temas, elaborados tendo em conta o conhecimento científico mais atual e uma prática baseada na evidência. Estes podem incluir:

- Sintomas e sinais
- Causas
- Evolução e prognóstico
- Opções de tratamento e reabilitação
- Estratégias de *coping* para lidar com os sintomas e os problemas
- Técnica de resolução de problemas
- Estratégias de redução do *stress* (incluindo perícias comunicacionais)

- Treino de competências sociais
- Prevenção de recaídas
- Estigma

Os programas psicoeducativos elaborados pelos enfermeiros EESMP podem ter características diferentes de acordo com as características e projeto de *recovery* (recuperação) da pessoa, os objetivos e necessidades do CI, a patologia, a evolução do estado de saúde da pessoa, o acordado inicialmente realizado com os participantes, e o decorrer de cada sessão, o que faz com que a diversidade de conteúdos e informações cobertas, assim como os formatos, variem consideravelmente. Assim, podemos ter intervenções individuais ou em grupo, sendo que estas podem ainda diferir conforme são dirigidas a um grupo de pessoas com doença mental, aos cuidadores (multifamiliar, unifamiliar, só para familiares, modelos mistos e se incluem ou não a pessoa com doença mental) ou a grupos-alvo. Outras diferenças incluem a sua duração e intensidade do tratamento, assim como o local onde é realizada (hospital, domicílio ou outro local).

Exemplos de programas psicoeducativos já desenvolvidos, divulgados e com eficácia comprovada:

- CIR (Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave)
- Psicoeducação Familiar (segundo a Terapia Familiar Comportamental) – Anexo II
- Programa Psicoeducativo para Doentes Bipolares (Colom *et al*., 2009)

3.5. BOA PRÁTICA
EXECUTAR INTERVENÇÕES DE COMBATE AO ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO DA PESSOA COM DMG

Estigma é um conceito complexo, porém quando associado à doença mental pode, de forma lata, ser entendido enquanto perceção negativa que recai sobre a pessoa com este tipo de perturbação.

Às pessoas sujeitas a estigma, presume-se que tenham um atributo negativo que motiva a desvalorização e discriminação por parte do «outro». Segundo Corrigan e Wasseli (2008) trata-se de um processo sociocognitivo onde se destacam os atributos, os estereótipos, o preconceito e a discriminação.

Os atributos serão características visíveis que assinalam a pessoa enquanto «diferente». Estes, por sua vez, remetem-nos para os estereótipos que não serão mais do que todo um conjunto de crenças negativas associadas. O preconceito será uma resposta comportamental de onde se destaca a desvalorização e discriminação.

Assim, remetendo-nos para a doença mental podemos constatar que os estereótipos frequentes são os que se relacionam com perigosidade (Miles, 2008; Corrigan &Wasseli, 2008); baixa confiabilidade, comportamentos perturbadores, baixa inteligência (Angermeyer *et al*., 2005; Veer *et al*., 2006); imprevisibilidade (Speller, 2005); incompetência (Angermeyer *et al*., 2005; Corrigan & Wasseli, 2008); fraqueza de caráter e a responsabilização da doença (Corrigan & Wasseli, 2008).

Segundo Crisp *et al*. (2000), os estereótipos provém do medo do desconhecido, de um conjunto de falsas crenças que origina a falta de conhecimento e compreensão.

Os estereótipos contribuem cumulativamente para a distinção entre estigma público e autoestigma, os quais ditam, respetivamente, a aceitação de estereótipos em relação a um grupo distinto (e um comportamento menos positivo contra o mesmo) e a perda de autoestima e autoeficácia do próprio em consequência da internalização dos estereótipos do público.

Estes factos remetem-nos diretamente para as questões de discriminação e evitamento, o que, em última análise terão repercussões nefastas não apenas para a pessoa mas também para as populações em geral, pois interferem grandemente nos comportamentos de procura de ajuda (Loureiro, 2008; Kearns *et al*., 2018), *recovery* (recuperação) e *empowerment* (empoderamento).

Neste sentido, reconhecemos que a passagem de um paradigma de estigmatização para o de normalização deve ocorrer, o qual se consegue pelo aumento do

contacto das pessoas com este tipo de situações (o que se vai promovendo, por exemplo ao fomentar a permanência da pessoa com doença inserida nas suas comunidades) e pelo aumento da literacia das populações em relação a este tipo de patologias.

EXECUÇÃO

Percebendo o impacto negativo que o estigma tem em relação às doenças e pessoas com doença mental podemos inferir que o mesmo irá interferir claramente nas questões de procura de ajuda, na adesão aos tratamentos, bem como na qualidade de vida em geral da pessoa, com um impacto enorme na saúde das populações tendo em conta a incidência e prevalência da patologia mental.

Mediante o exposto, percebemos que serão diversas as áreas possíveis de intervenção por parte do enfermeiro EESMP, nomeadamente:

- Psicoeducação individual e em grupos com população geral e grupos-alvo;
- Participação na promoção de atitudes de antidiscriminação e rejeição de representações estereotipadas da patologia mental;
- Proteção das pessoas com doença mental – promoção dos seus direitos e capacitação destes no sentido de se defenderem de atitudes discriminatórias;
- Intervenção no autoestigma, através da promoção do *empowerment* (empoderamento);
- Promover interações positivas entre a população em geral e pessoas com doença;
- Promover o contacto com pessoas com doença cujo processo de recuperação seja positivo, de modo a desmitificar crenças e alterar comportamentos em relação à doença e pessoas com doença mental.

Paralelamente, entendemos também que, tal como defende Moniz (2007), é necessário que a reabilitação ultrapasse os limites da instituição devendo ser equacionadas estratégias de *empowerment* (empoderamento) e as etapas que podem promover um sentimento de comunidade, através de ligações formais e informais com vista à implementação da promoção da mudança da imagem tradicional das pessoas com doença mental junto da comunidade em geral, nomeadamente, através do aumento da frequência de contacto e participação na comunidade, da divulgação de informação e formação junto da população em geral sobre as possibilidades de *recovery* (recuperação) da doença mental.

O enfermeiro EESMP tem um papel preponderante nestas questões visto ser um dos profissionais de saúde mais capaz para se articular em todos os contextos (com as pessoas com doença, CI e comunidade em geral) no sentido de as munir de competências para melhor atuar e agir no sentido de aumentar o entendimento em relação a estas questões e consequentemente ter uma relação mais profícua que promova as questões do *empowerment* (empoderamento) e *recovery* (recuperação) da pessoa.

3.6. BOA PRÁTICA
EXECUTAR INTERVENÇÕES NO ÂMBITO DO COMPORTAMENTO DE ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO

No decorrer da prática clínica do enfermeiro EESMP resulta todo um conjunto de prescrições e intervenções com vista à recuperação da pessoa com DMG. Dentro destas, o comportamento de procura de saúde e mais concretamente o regime medicamentoso reveste-se de extrema importância.

O comportamento de adesão é definido como sendo um «Tipo de Comportamento de Procura de Saúde com as características específicas: ação autoiniciada para promover o bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos» (ICN, 2003). Um dos *status* diagnóstico com grande significado para a prática clínica dos enfermeiros EESMP é o de «baixa adesão ao regime medicamentoso». Quando um enfermeiro EESMP identifica este *status* diagnóstico refere-se às situações em que a pessoa apresenta ações que revelam indícios da não-aceitação do seu tratamento, tais como:

- Agravamento da sintomatologia
- Agravamento de complicações
- Incumprimento do regime medicamentoso

Por si só, a adesão ao regime medicamentoso constitui um bom indicador da qualidade dos cuidados de saúde prestados às pessoas que apresentam doenças crónicas, que «são doenças de duração prolongada e progressão lenta» e são descritas enquanto quadros crónicos – «problemas de saúde que exigem tratamento contínuo ao longo de um período de anos ou décadas».

A adesão ao regime medicamentoso na doença mental constitui um desafio comparando com outras doenças. Estima-se que o risco de não adesão ao regime medicamentoso em doenças crónicas seja superior em cerca de 50% (Gonçalves et al., 2014, referido por Rodrigues & Prates, 2011). Este desafio, em particular na saúde mental, prende-se com o facto de estas pessoas apresentarem absentismo elevado; interrupção do tratamento; a recusa em fazer medicação; a falta de *insight* (atitudes e crenças face à doença), discernimento; a ocorrência de efeitos adversos da medicação o impacto direto dos sintomas (incluindo a depressão, alterações da cognição, sintomas positivos e negativos); o isolamento social; o estigma e, por vezes, o uso de substâncias psicoativas associadas. A problemática inerente à não adesão, nos indivíduos portadores de doença mental, acarreta graves consequências ao nível da saúde pública, traduzindo-se no aumento da incidência e prevalência de diver-

sas patologias e o aumento do número de internamentos, sendo considerado um indicador da eficiência dos serviços de saúde. Segundo um estudo realizado para a Federação Mundial para a Saúde Mental, em Portugal, estima-se que cerca 39% dos doentes mentais interrompe a sua medicação sem previamente consultar o médico. Deste modo, os diversos estudos que têm sido desenvolvidos, envolvendo grupos de doentes mentais graves com o objetivo de quantificar questões complexas da não adesão ao regime medicamentoso, observaram valores de taxas de abandono do mesmo muito elevadas, podendo mesmo em alguns casos atingir valores próximos dos 50%. (Monterroso, Pierdevara & Joaquim, 2012)

Para o sucesso terapêutico não basta prescrever a medicação, por mais eficaz e adequada que ela seja, e que vá ao encontro da patologia da pessoa. A adesão ou não adesão interfere no resultado da eficácia do tratamento.

Os enfermeiros são profissionais que desempenham um papel essencial nesta área de intervenção capacitando as pessoas para uma adesão eficaz dos seus regimes terapêuticos. (Conselho Internacional de Enfermagem e Ordem dos Enfermeiros, 2010)

A promoção da adesão ao regime medicamentoso que engloba todos os aspetos do cuidar deve ser analisada de forma holística, para que os enfermeiros avaliem as dimensões envolvidas de forma contínua e dinâmica, eliminando as barreiras que possam conduzir ao insucesso.

A segurança da pessoa, a diminuição de custos com os cuidados de saúde, a melhoria efetiva das intervenções e da qualidade de vida só se consegue de forma mais eficiente quando se consegue uma boa adesão.

Os enfermeiros EESMP são os profissionais que em saúde mental e psiquiatria que estão mais bem preparados para ajudar os seus doentes neste domínio e, por isso, estão numa posição privilegiada para poderem estabelecer uma aliança terapêutica positiva que facilita a adesão ao regime terapêutico e em particular ao regime medicamentoso.

EXECUÇÃO

Na abordagem à pessoa com DMG não há uma forma única de promover a adesão ao regime medicamentoso. Para melhorar a adesão, o enfermeiro EESMP tem de combinar várias estratégias, quer educativas, quer motivacionais e comportamentais. Quando o problema da adesão surge, o enfermeiro EESMP deve procurar as razões da não adesão no âmbito das crenças ou dos processos de adaptação à doença, para deste modo intervir de forma eficaz.

Contudo, os processos de resolução deste problema são longos e podem ser iniciados durante um internamento, mas têm obrigatoriamente de continuar em ambulatório, sendo desta forma importante a presença de EESMP em todas as valências do SNS e em particular em todas as unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde Mental.

A natureza do projeto de vida de cada pessoa, a perceção que tem do seu problema de saúde e do seu futuro e a sua vontade de cura são elementos importantes na sua motivação para aderir ao plano terapêutico (Hesbeen, 2001). O enfermeiro EESMP deve procurar investir na educação não como mera informação, mas como conhecimento efetivo sobre os fármacos e os seus benefícios (efeito esperado), vantagens, desvantagens e ensinar como identificar efeitos secundários. Para isso, o enfermeiro EESMP:

- Estabelece um plano individual de intervenção com a pessoa, conseguindo desta forma que se sinta parte integrante em todo o processo;
- Ajuda a pessoa a identificar as razões para a não adesão;
- Usa a entrevista motivacional;
- Negoceia um contrato terapêutico;
- Orienta a pessoa para o seu médico para que este possa antecipar a consulta no sentido de uma alteração de terapêutica, reduzir a dosagem ou utilizar medicação concomitante para o alívio dos sintomas extrapiramidais, se existentes;
- Encoraja a adesão ao tratamento e, para isso, mobiliza um conjunto de saberes, habilidades de comunicação e da relação terapêutica que deve ser estabelecida e mantida durante todo o processo;
- Avalia o estado psicopatológico da pessoa; estabelece uma relação de confiança;
- Faz a articulação entre as várias estruturas e a avaliação das necessidades e capacidades da pessoa;
- Promove adesão através do contacto pelas várias vias de comunicação (telefone, email, mensagem, carta), para lembrar a comparência ao local de administração de medicação injetável e faz visitação domiciliária;
- Incentiva a pessoa a expressar as suas emoções. Reforça positivamente atitudes de adesão ao regime medicamentoso;
- Estabelece uma relação de empatia e interesse pela pessoa;
- Capacita o CI para estratégias promotoras de adesão;
- Faz a ponte entre outros técnicos (porque é necessária uma abordagem multidisciplinar para tratar as doenças de evolução prolongada e melhorar adesão) e, para além dos profissionais, envolve a família, a comunidade e as associações de doentes que são parceiros importantes na promoção da adesão.

3.7. BOA PRÁTICA
EXECUTAR INTERVENÇÕES NO ÂMBITO DA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

A gestão do regime terapêutico é uma área de grande interesse para a enfermagem e em particular para os enfermeiros EESMP, uma vez que estes ocupam um papel fundamental nas transições que as pessoas com DMG vivenciam, e porque estão naturalmente presentes e possuem as competências necessárias ao reconhecimento e intervenção que facilite o indivíduo a passar de um estado de instabilidade, para um de estabilidade (Meleis, 2010).

Aquando de uma situação de doença existe a necessidade da pessoa se adaptar às alterações que esta implica na sua vida e nem sempre isso é feito de forma eficaz, o que tem implicações no decurso da doença, principalmente nas doenças de evolução prolongada como a DMG e na prevenção das suas complicações.

Assim, a questão da gestão do regime terapêutico deve ser central na prática dos enfermeiros EESMP. Este foco de interesse foi definido como sendo «um tipo de comportamento de adesão com as características específicas: executar atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária» (ICN, 2003). Pressupõe que a pessoa desempenhe uma série de atividades ou a adaptação de comportamentos com vista a diminuir o impacto da doença na sua vida.

No âmbito da gestão do regime terapêutico o *status* diagnóstico com mais significado para a prática clínica dos enfermeiros EESMP é o de «Gestão do Regime Terapêutico Comprometido». Quando um enfermeiro EESMP identifica este *status* diagnóstico refere-se às situações em que a pessoa/CI apresentam necessidade de:

- Alterar hábitos de vida e/ou comportamentos;
- Adquirir conhecimentos/capacidades para prevenir complicações;
- Adquirir conhecimentos sobre o seu problema de saúde;
- Adquirir conhecimentos/capacidades sobre o seu regime medicamentoso;
- Adquirir conhecimentos/capacidades sobre o seu tratamento.

Na prática dos enfermeiros EESMP o conceito de transição deve ser central precisamente pela capacidade de identificar os problemas que podem surgir quando os indivíduos experienciam a antecipação e/ou concretização de uma mudança ou

ainda uma situação para a qual não estão preparados (Meleis, 2010), sendo que a eficácia na gestão do regime terapêutico é essencial para obter uma melhor qualidade de vida, com o menor número de complicações possíveis decorrentes da evolução da doença e evitar custos onerosos para as pessoas e para o sistema de saúde (Direito, 2012).

Esta questão é especialmente importante para as pessoas com DMG, ou para o seu cuidador, uma vez que têm de fazer a gestão dos cuidados do dia a dia ao longo da duração da doença. Viver com uma doença crónica implica muitas vezes lidar com o sofrimento, adaptando-se às novas limitações físicas causadas pela doença, ou à gestão de tensões sociais ou relacionadas com o trabalho, além de ter que lidar com os sintomas relacionados com a doença e as suas complicações. (Meireles, 2014)

EXECUÇÃO

Para o enfermeiro EESMP a problemática da DMG deve ser encarada de uma forma exigente e que implica uma mudança na prestação dos seus cuidados, com a utilização de métodos e programas que promovam a qualidade de vida da pessoa.

Neste contínuo que é o da vivência de uma DMG, é importante encarar a qualidade de vida da pessoa/CI como um resultado importante e, portanto, o papel da pessoa ou do seu cuidador na produção desse resultado deve ser enfatizado. (Meireles, 2014)

O primeiro passo para que a pessoa se possa adaptar a uma nova situação na sua vida é possuir a informação necessária com a qual possa perceber porquê e como deve mudar. Contudo, só a informação não é suficiente, é preciso também treinar as competências/capacidades necessárias para fazer a adaptação à nova realidade. Para isso, o enfermeiro EESMP:

- Avalia o estado psicopatológico da pessoa;
- Estabelece uma relação de empatia e interesse pela pessoa;
- Estabelece um plano individual de intervenção com a pessoa/CI, conseguindo desta forma que se sinta parte integrante em todo o processo;
- Faz a articulação entre as várias estruturas e a avaliação das necessidades e capacidades da pessoa;
- Motiva as pessoas/CI para as alterações no estilo de vida causadas pela medicação e assim procurar que haja um maior envolvimento na recuperação;
- Orienta a pessoa/CI na preparação da terapêutica e treina essa competência;

- Capacita a pessoa/CI no desenvolvimento de estratégias e competências para atingir o nível máximo de funcionamento físico, mental, comportamental, socio-cultural, ambiental, espiritual, social, profissional e familiar nos vários contextos em que este se encontra;
- Promove a independência e a responsabilidade do tratamento mostrando sempre apoio e disponibilidade;
- Faz a ponte entre outros técnicos (porque é necessária uma abordagem multidisciplinar para tratar as doenças crónicas) e, para além dos profissionais, envolve a família, a comunidade e as associações de doentes que são parceiros importantes na promoção da adesão;
- Desenvolve e implementa programas psicoeducativos;
- Promove intervenções de LSM;
- Promove a aceitação do estado de saúde;
- Avalia o papel do CI e necessidades de ajuda na resolução de problemas da família com vista ao seu equilíbrio e bem-estar;
- Promove a recuperação/ reabilitação em todas as equipas e unidades da RNCCISM.

3.8. BOA PRÁTICA
EXECUTAR INTERVENÇÕES À PESSOA COM DMG INSERIDA NA FAMÍLIA, GRUPO E COMUNIDADE

Esta boa prática, abrangente no seu conteúdo, vai de encontro às competências do enfermeiro EESMP: «Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto». (Diário da República, nº 151/2018, Série II, de 7 de agosto de 2018, p. 4).

A pessoa com DMG, inserida na família, grupo e na comunidade, requer todo um conjunto de intervenções por parte do enfermeiro EESMP que atua nos diferentes contextos em que este se insere.

EXECUÇÃO

O enfermeiro EESMP concretiza esta boa prática realizando as seguintes intervenções:

- Avalia as necessidades em saúde mental da pessoa inserida no grupo;
- Estabelece o diagnóstico, realizando um plano de cuidados individualizado;
- Coordena, implementa e desenvolve projetos de prevenção, promoção e otimização da saúde mental e aumento da LSM;
- Avalia e deteta situações de emergência psiquiátrica e o seu nível de risco com vista à intervenção adequada;
- Avalia o potencial de abuso, negligência e risco para o próprio e terceiros, sobretudo no que diz respeito a suicídio, homicídio e comportamentos autodestrutivos;
- Promove a aceitação do estado de saúde;
- Promove comportamentos de adesão ao regime terapêutico;
- Promove a gestão do regime terapêutico;
- Avalia o papel do CI e necessidade de ajuda na resolução e de problemas da família, grupo e comunidade com vista ao seu equilíbrio e bem-estar;
- Articula com as unidades de saúde da comunidade com vista à monitorização da pessoa;
- Articula com as estruturas sediadas na comunidade com vista a otimizar as respostas (de reintegração e recuperação);
- Realiza, quando necessário, a ligação com unidades de saúde diferenciadas.

Os contextos onde se encontra a pessoa com DMG são diversos e, neste sentido, esta boa prática global está intimamente ligada às boas práticas ligadas ao contexto de internamento e à continuidade de cuidados, pois nelas procura dar-se resposta clara acerca da ação do enfermeiro EESMP nos diferentes contextos onde o contacto do enfermeiro com a pessoa com DMG é privilegiado e deve primar por uma intervenção baseada nas melhores práticas possíveis em cada contexto de atuação nomeadamente em todas as equipas e unidades da RNCCISM. Esta boa prática será, portanto, o alicerce das boas práticas seguintes que, pela sua importância, nos merecem especial atenção no sentido de enfatizar a intervenção em contexto de consulta especializada, internamento e na metodologia de gestor de caso, traduzida pela intervenção enquanto TR.

3.9. BOA PRÁTICA
EXECUTAR INTERVENÇÕES EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

Embora se preconize uma ação que fomente a permanência da pessoa com DMG integrado na sociedade, há situações em que a intervenção hospitalar se verifica e é necessária. Nestas, o período de internamento deve ter uma duração curta, com um conjunto de intervenções que vá de encontro às necessidades que a pessoa apresenta. O enfermeiro EESMP é o profissional com melhor competência para intervir ao longo de todo o processo de internamento, visto permitir ganhos em saúde específicos a todas as pessoas envolvidas.

O processo de internamento deve preferencialmente ser visto de forma bietápica. Inicia-se com o processo de acolhimento e segue com o processo de preparação para a alta (ver algoritmo de atuação em ANEXO IV).

a) PROCESSO DE ACOLHIMENTO

Tendo em atenção as competências específicas do enfermeiro EESMP, ele percebe a pessoa com doença de forma global, entendendo o momento de internamento enquanto passo imprescindível no processo de recuperação da pessoa com DMG. Resulta, pois, do seu autoconhecimento, uma abordagem adequada e eficiente que vá de encontro às necessidades da pessoa, sensíveis aos cuidados específicos inerentes ao cuidado especializado.

EXECUÇÃO

O momento de acolhimento é fundamental para colher informação e estabelecer relação com a pessoa. A prática especializada deve distinguir-se em diferentes momentos:

Observação inicial da pessoa – Tem como finalidade obter informação acerca da forma como a pessoa se apresenta e reage ao internamento;

Realização de entrevista inicial à pessoa e cuidador informal – Deve primar pelo estabelecimento de relação terapêutica com obtenção de dados acerca da história de saúde mental da pessoa, com avaliação das necessidades deste e da qual resultará a determinação de diagnósticos de enfermagem sensíveis à prática especializada e estabelecimento de plano de intervenção onde o cuidador também se

inclui. Caso a pessoa e cuidador informal não reúnam condições para a realização da entrevista, o enfermeiro deve ajustar a sua intervenção no momento, de modo a ir de encontro às necessidades apresentadas na circunstância.

Elaboração do plano de intervenção - Tem presente o significado que a pessoa e cuidador informal atribuem à doença e contextos inerentes à mesma; assenta no potencial de ambos para a mudança, bem como nas capacidades e competências destes para que esta ocorra.

Em casos de exceção/situações de crise o processo de acolhimento deve ser ajustado. Embora as situações possíveis sejam inúmeras, algumas ocorrem frequentemente, podendo diminuir a recetividade/capacidade da pessoa para uma entrevista inicial.

São exemplo de situações particulares:

- Alteração do estado de consciência – O enfermeiro EESMP deve promover a segurança da pessoa gerindo o ambiente e permitindo que a mesma recupere de modo a, oportunamente, estabelecer relação terapêutica.
- Agitação psicomotora/agressividade – O enfermeiro EESMP deve conter o com portamento; reduzir estímulos; promover a segurança; induzir restrição química ou física se necessário; interromper a escalada da agitação.
- Alteração do pensamento e perceção que incomode muito a pessoa – O enfermeiro EESMP não deve confrontar a pessoa. Deve conferir segurança e procurar estabelecer um laço de confiança que permita a criação de espaço de segurança para expressão de emoções – escuta ativa. Perceber o impacto da sintomatolo gia no bem-estar da pessoa e procurar implementar o regime terapêutico.
- Ansiedade com impacto elevado no funcionamento da pessoa – Conferir segurança à pessoa. Mediante o estado de ativação, procurar alargar o seu foco de pensamento descentrando-o do assunto ansiogénico. Executar técnica de rela xamento, como intervenção em crise.

b) PROCESSO DE ALTA

Findo o processo de acolhimento, o enfermeiro EESMP irá dar continuidade ao plano de intervenção estabelecido. Caso a entrevista inicial não tenha sido efetuada aquando do acolhimento deve ser efetuada assim que possível, com entrevistas subsequentes ao longo do processo de alta como forma de obtenção de informação de caráter diagnóstico e reavaliação.

O processo de alta parte de três pressupostos anteriormente referidos:

- Significado que a pessoa atribui à doença (a forma como ela a encara; crenças e valores).
- Potencial da pessoa para a mudança (capacidade de desenvolvimento da pessoa).
- Competência da pessoa para a mudança (habilidade de mobilizar conhecimentos, valores e tomada de decisão perante a sua situação).

Este deve focar-se essencialmente nos diagnósticos de enfermagem sensíveis ao enfermeiro especialista nesta área.

Mediante estes pressupostos, os diagnósticos de enfermagem sensíveis aos cuidados especializados foram identificados. E será ao longo do processo de alta e continuidade de cuidados que se desenvolve esta etapa do internamento.

EXECUÇÃO

O enfermeiro EESMP deve, nesta fase, pôr em prática o planeamento de intervenções anteriormente estabelecido.

Este deve compreender intervenções psicoterapêuticas, sendo que existem todo um conjunto de intervenções passíveis de serem desenvolvidas (Anexo III).

Estas intervenções devem, no contexto da pessoa com DMG, ter como finalidade:

- Promoção da adesão e gestão ao regime terapêutico;
- Promoção do conhecimento relativo à doença;
- Promoção do autocuidado e comportamentos de promoção da saúde mental;
- Promoção da LSM, com ênfase na redução do estigma na doença mental;
- Prevenção de recaídas;
- Aceitação do estado de saúde e aquisição de estratégias para lidar com sintomas;
- Promoção do potencial máximo da pessoa com doença mental grave.

Neste sentido, o enfermeiro EESMP irá desenvolver o seu plano de intervenção ao longo de sessões onde inclui não só a pessoa com doença, mas também o cuidador informal.

Ao longo do desenvolvimento do plano é efetuada uma avaliação regular do mesmo, estabelecendo-se os ajustes necessários, tendo em conta a evolução da pessoa

e do seu CI. O enfermeiro deve avaliar de forma contínua as implicações das suas intervenções de modo a ir ajustando o seu plano de intervenção, que terá por base as premissas mencionadas anteriormente.

O planeamento da alta deve ser efetuado em sintonia com a equipa de saúde, de modo a que sejam intervenções que complementem a intervenção de outros profissionais e sejam por eles complementadas.

Finda a sua intervenção, o enfermeiro EESMP deve informar a equipa dos resultados das suas intervenções de modo a potenciar a recuperação máxima da pessoa.

Independentemente da forma como as equipas de saúde se organizam, será uma boa prática os enfermeiros EESMP se organizarem de modo a que cada pessoa tenha um enfermeiro TR que poderá funcionar como gestor de caso. Desta forma agiliza-se todo o processo de internamento, desde o acolhimento até ao momento da alta, com transferência da pessoa com DMG para o enfermeiro EESMP com intervenção na comunidade.

Será uma boa prática estabelecer um contacto com esses serviços, a fim de explicar o percurso da pessoa doente ao longo deste período, através da carta de alta de enfermagem.

Neste sentido, deve fazer-se chegar a carta de alta de enfermagem (onde conste o plano de cuidados atualizado da pessoa) a todos os envolvidos nos cuidados (TR da área de residência ou centro de saúde da área de intervenção do serviço de ambulatório, pessoa/CI e estruturas da comunidade).

A carta de alta deve incluir informações sobre o motivo de internamento e a evolução ao longo do mesmo. Deve incluir os resultados decorrentes da intervenção efetuada no sentido da prevenção de recaídas (sinais de alerta, fatores de *stress* desencadeadores da crise que motivaram o internamento da pessoa), objetivos de recuperação da pessoa/CI, quem e como contactar em caso de necessidade, onde e a quem recorrer em caso de crise, redes sociais de suporte, atividades psicoeducativas realizadas ou em realização, detalhes sobre a medicação, detalhes do tratamento e plano de apoio, necessidades em termos de saúde física, incluindo promoção da saúde e outras informações (por exemplo sobre contraceção) e questões pré-existentes sejam elas familiares e/ou sociais.

Aquando do momento da alta, o enfermeiro EESMP deve providenciar os contactos necessários com os serviços da comunidade. Enquanto Terapeuta de Referência (TR) deve servir de interface com os serviços da comunidade de modo a promover a continuidade de cuidados.

3.10. BOA PRÁTICA
EXECUTAR INTERVENÇÕES UTILIZANDO A METODOLOGIA DE TERAPEUTA DE REFERÊNCIA

Pretende-se com esta boa prática assegurar a continuidade de cuidados a pessoas com DMG, ajudando-as a manter a adesão ao tratamento; ajudar no acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde, facilitar as pontes entre os diversos serviços de saúde e sociais; reforçar as relações com as figuras de referência; e procurar os meios para responder às necessidades de adaptação à comunidade.

O trabalho desenvolvido pelo enfermeiro EESMP enquanto TR inclui diversos tipos de intervenção: em consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, em intervenção domiciliária, no internamento, em HD, em ações psicoeducacionais individuais, familiares e intervenções realizadas em estruturas da comunidade, e em intervenções psicoterapêuticas individuais, familiares e em estruturas da comunidade. O tipo de intervenção depende do projeto individual de cada pessoa e é construído de acordo com as necessidades identificadas/sentidas em contexto sociofamiliar e comunitário.

O enfermeiro EESMP poderá assumir um dos modelos de gestor de caso estudados ou fundamentados, ou poderá simplesmente absorver capacidades e formas de atuação mistas, ou seja absorver práticas cientificamente válidas de vários modelos.

EXECUÇÃO

O enfermeiro EESMP põe em prática as seguintes atividades:

- Investiga o contexto clínico, o contexto social, cultural e emocional da pessoa, família e comunidade.
- Escuta a pessoa com doença, a família e pessoas/estruturas significativas na comunidade.
- Gere a própria agenda com marcação de consultas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, marcação de sessões psicoeducacionais ou psicoterapêuticas, conforme a necessidade de intervenção na pessoa, família e/ou comunidade.
- Promove a educação para a saúde com enfoque na supervisão e gestão do regime medicamentoso.
- Intervém na comunicação familiar.
- Negoceia compromissos.

- Estabelece uma relação de parceria e de suporte emocional, conduzindo à diminuição da sobrecarga familiar e à resolução de problemas em tempo real.
- Elabora planos de atividades de vida diária, estimulando a autonomia.
- Articula-se com as estruturas comunitárias, constituindo-se como facilitador da comunicação entre a pessoa e os serviços, promovendo a adaptação à comunidade, visando a concretização do projeto individual/reabilitativo.
- Aplica, em contexto de consulta, intervenções socioterapêuticas e psicoterapêuticas: aconselhamento, apoio emocional, entrevista motivacional, estimulação cognitiva, intervenção breve, intervenção de reabilitação psicossocial, intervenção em crise, intervenção familiar, intervenção para a autoperceção positiva, intervenção psicoeducativa, modificação de comportamento, orientação para a realidade, programa de ajuda mútua, programa de literacia em saúde mental, programa de prevenção do suicídio, programa de primeira ajuda em saúde mental, programa de saúde mental positiva, reestruturação cognitiva, relação de ajuda, treino de técnicas de autocontrolo, técnicas de relaxamento, técnicas de resolução de problemas, treino metacognitivo, treino de competências sociais, treino do comportamento assertivo, entre outras.
- Cria grupos terapêuticos onde aplica atividades de ocupação terapêutica (AOT) de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e/ou sessões de psicoterapia de grupo.
- Monitoriza a evolução e os resultados das intervenções com bases científicas.

3.11. BOA PRÁTICA
EXECUTAR INTERVENÇÕES EM CONTEXTO DE AMBULATÓRIO

Os cuidados em regime de ambulatório contemplam todo um conjunto de serviços, de entre os quais são exemplo a consulta externa, as visitas domiciliárias, as intervenções nas estruturas da comunidade e HD.

O enfermeiro EESMP intervém em todos estes contextos devendo desenvolver prática especializada em todas elas. Neste GOBP focaremos o HD dada a sua importância e tratar-se de um campo onde o enfermeiro EESMP é fundamental nas etapas de passagem do internamento que se prevê de curta duração (onde a pessoa se encontra na fase aguda da doença) para serviços de ambulatório tal como é o HD.

HOSPITAL DE DIA

O Hospital de Dia (HD) é um serviço de ambulatório onde o enfermeiro EESMP – à semelhança do internamento – planeia a sua intervenção de forma bietápica iniciando a sua ação com o processo de acolhimento e acompanhamento durante a permanência da pessoa nesta estrutura e, posteriormente, a preparação para a alta.

Sendo o HD um serviço de ambulatório com um contexto próprio para a recuperação e reabilitação da pessoa, o enfermeiro EESMP executa intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, mobilizando o contexto e a dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário.

Existe uma equipa multidisciplinar que estabelece em conjunto com a pessoa, família e comunidade um projeto terapêutico, onde o enfermeiro EESMP é um elemento fundamental e participativo na procura da satisfação global das necessidades de cada pessoa para a concretização do seu funcionamento social.

Dentro da equipa multidisciplinar e na organização de atividades e intervenções de Hospital de Dia, o enfermeiro EESMP tem um papel ativo na ocupação terapêutica do grupo de pessoas com doença.

A ocupação terapêutica é entendida como um processo adaptativo e contínuo no qual a pessoa desenvolve a sua identidade e competência, participando em atividades ocupacionais, ao longo do ciclo vital e, nos diferentes contextos ambientais onde se insere, permite a expressão individual, a construção identitária e o desenvolvimento de vínculos sociais e culturais, e possibilita à pessoa sentir-se elemento ativo da sociedade, com reflexos no seu bem-estar e na sua saúde global. (Melo-Dias, Rosa & Pinto, 2014)

O enfermeiro EESMP promove em HD a Atividade Ocupacional Terapêutica (AOT) de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP) descrita, estudada e fundamentada cientificamente por Carlos Melo-Dias (2014), que se refere à AOT como uma intervenção autónoma, cuja responsabilidade pela prescrição e implementação técnica da intervenção pertence ao enfermeiro, implicando a capacidade de tomada de decisão que orienta o exercício profissional autónomo.

Entende-se AOT do enfermeiro EESMP enquanto a atividade ou conjunto de atividades organizadas e sistemáticas que estruturam e dirigem o desempenho funcional da pessoa, enquadradas na relação interpessoal enfermeiro-pessoa e na avaliação das necessidades humanas fundamentais (NHF), utilizando técnicas terapêuticas selecionadas e prescritas consoante o/s objetivo/s pretendido/s, com efeitos psicoterapêuticos, psicoeducacionais, psicomotricionais, psicossociais, socioterapêuticos e espirituais, no sentido de promover, prevenir, habilitar, manter e/ou recuperar e desenvolver as habilidades da pessoa na obtenção do potencial máximo de desempenho, de autonomia e de satisfação nas suas NHF, nas atividades de vida, na ocupação para a realização, e na recreação. (Melo-Dias, Rosa &Pinto, 2014)

EXECUÇÃO

O enfermeiro EESMP, perante as possibilidades, constrói um modelo/tipo de atividade dirigida à/s pessoa/s e às suas necessidades, respeitando os princípios científicos e éticos.

As formas e procedimentos de colheita de dados, de intervenção e de avaliação deverão ser estabelecidos de acordo com os problemas/focos de enfermagem e respostas humanas apresentadas, acrescendo a condição de doença e a fase clínica, numa perspetiva global do tempo de duração do tratamento.

O planeamento de uma AOT é sempre centrado na pessoa – alvo da sua intervenção –, sendo perspetivada pelo Enfermeiro a interação das três variáveis: a pessoa, a ocupação, e o ambiente.

O enfermeiro EESMP na planificação das AOT tem em conta o contexto, a dimensão temporal e a dimensão ambiental.

- **Dimensão temporal:** Ter em conta a idade cronológica do cliente, o seu estádio de desenvolvimento, a posição/papel na sua fase de vida (exemplo: carreira profissional, formação, educação) e, ainda, défices e comorbilidades.
- **Dimensão ambiental:** Compreender o aspeto estrutural (refere-se aos «objetos»), social (refere-se às pessoas significativas, aos grupos sociais, à influência das normas sociais e as expectativas de desempenho de papéis) e cultural (re-

fere-se às crenças, hábitos, padrões de comportamento, expectativas passadas de geração em geração, fatores sociopolíticos, oportunidades de educação/aprendizagem, trabalho/empregabilidade e suporte financeiro).

As indicações terapêuticas para prescrever AOT de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica expõem o participante a uma variedade de respostas potencialmente eficazes para lidar com a situação problemática, que são:

1 – Manutenção do máximo bem-estar.

2 – Promoção das funções biopsicossociais.

3 – Promoção da adaptação/integração social.

4 – Implementação da recuperação/reabilitação.

5 – Avaliação das situações clínicas: défices, incapacidades.

6 – Prevenção da «degradação» cognitivo-comportamental.

7 – Prevenção da hospitalização prolongada e do fenómeno «porta-giratória».

As AOT deverão proporcionar a maior utilidade das suas intervenções ao máximo possível, mantendo o vínculo com a personalização, especificidade e habilidades disponíveis e a desenvolver, garantindo o seu fundamento na evidência científica. (Mueser, Deavers, Penn, & Cassisi, citado por Melo-Dias, 2014)

Os domínios reabilitacionais relevantes das AOT são:

- **Pessoal e doméstico** – Por exemplo, atividades básicas de gestão pessoal, gestão do espaço pessoal e doméstico, treino de habilidades.
- **Recreação e lazer** – Por exemplo, atividades de prazer, alegria, bem-estar.
- **Expressão pessoal** – Música, arte dramática, psicomotricidade, jogos, artes plásticas.
- **Formação/Aprendizagem** – Psicoeducação, Educação para a Saúde.
- **Relações interpessoais** – Dinâmica de grupos, resolução de problemas, treino de motivação, treino de assertividade, reuniões.

As atividades, para terem uma componente terapêutica reabilitacional, deverão ter objetivos específicos, com planeamento de várias sessões terapêuticas onde se monitoriza (por pessoa) a concretização dos objetivos e ser feita uma avaliação por sessão e da atividade no global.

Para uma correta monitorização e avaliação das AOT, o enfermeiro de EESMP deve ter em conta três dimensões: a sensorioneuromotora, a cognitiva e a psicossocial:

- **Sensorioneuromotora** – Pode ser descrita como sensorial (sinais recebidos pelos sentidos), neuromuscular (como reflexos, amplitude de movimentos, tónus muscular, força, resistência e postura) e motora (coordenação de movimentos, controlo motor).
- **Cognitiva** – Refere-se à capacidade de utilizar as funções mentais mais complexas: estar alerta, a categorização, sequenciamento, generalização, orientação, memória, a capacidade de compreender e organizar a informação, de dar forma aos pensamentos e ideias, a amplitude da atenção, a resolução de problemas, a capacidade de aprender.
- **Psicossocial** – Refere-se à gestão das interrelações e ao processamento das emoções: o autoconceito, os interesses e os valores; a capacidade de gerir o tempo, os seus papéis de vida e a participação nas interações sociais, a adaptação aos estímulos do ambiente.

O enfermeiro EESMP para além do papel importante que tem na ocupação terapêutica das pessoas em HD assume o papel de TR, trabalhando sobre o modelo gestor de caso com todas as intervenções específicas desse modelo, assim como garante e aplica todas as boas práticas descritas neste documento em HD.

3.12. BOA PRÁTICA
EXECUTAR INTERVENÇÕES COM VISTA A ASSEGURAR A CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Sendo a DMG uma doença crónica, exige um acompanhamento e monitorização contínua tendo por base a autonomia da pessoa. Uma vez que os serviços de internamento, ambulatório de psiquiatria e estruturas na comunidade têm, na maioria dos casos, uma organização autónoma, acabam por funcionar de forma fragmentada. O enfermeiro EESMP tem uma visão da importância da continuidade de cuidados e por isso deve promover a capacitação da pessoa de uma forma contínua e estruturada, de maneira a assegurar que a resposta reabilitacional seja o mais eficaz possível. Neste sentido, é muito importante a pessoa sentir que tem apoio profissional de referência nas várias fases da doença.

Independentemente da forma como cada serviço se organiza, o objetivo será sempre o da continuidade dos cuidados e do acompanhamento destas pessoas, de forma a manter e preservar a sua estabilidade psíquica e a sua qualidade de vida. O acompanhamento de proximidade é uma mais-valia, sendo deste modo importante a articulação com os serviços especializados e os vários intervenientes no processo a nível comunitário, para que haja o acompanhamento efetivo das pessoas com doença. Pensamos que este acompanhamento por parte das diversas identidades quer a nível comunitário, quer a nível hospitalar, contribui para a melhoria do acesso aos serviços e ajuda também as pessoas com doença mental a manter relações familiares, amizades e emprego ao mesmo tempo que recebem tratamento, facilitando a reabilitação psicossocial e a prevenção de recaídas. Para além disso, é uma abordagem bem reconhecida no tratamento efetivo e há uma maior satisfação das pessoas e seus familiares, bem como uma maior adesão ao tratamento e prevenção do estigma.

É importante referir, também, que ajuda a estabelecer uma colaboração mais estruturada com os serviços de cuidados de saúde primários e outras estruturas sediadas na comunidade.

Apresentamos neste GOBP uma forma de fazer a articulação que conforme a sua aplicação, tornará uniforme a maneira de dar continuidade e manter o acompanhamento após alta hospitalar (ANEXO V).

EXECUÇÃO

- No momento da alta do internamento hospitalar, o enfermeiro EESMP articula com o enfermeiro EESMP da comunidade e/ou dos serviços de ambulatório da sua área de residência da pessoa ou centro de saúde. Para além disso, planeia a alta com a pessoa, família e/ou o CI.
- O enfermeiro EESMP do internamento faz a articulação do caso com enfermeiro EESMP do HD ou enfermeiro EESMP da consulta da área de residência da pes soa ou centro de saúde e procede à entrega da carta de alta e à marcação da consulta pós-alta de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, conforme prio ridade de intervenção e urgência de caso ou atendimento, sendo o prazo máxi mo aconselhado de um mês.

CONSULTA PÓS-ALTA DE ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

No prazo máximo de um mês, a pessoa tem uma consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiatria realizada por enfermeiro EESMP da área de residência ou de centro de saúde ou pelo enfermeiro EESMP do HD, caso vá integrar HD.

Esta consulta poderá ser efetuada pelas seguintes vias: presencial, não presencial ou em contexto de visita domiciliária (VD). Pretende-se com esta consulta uma intervenção breve focalizada na adesão ao tratamento; ensinar sobre sinais e sintomas de recaída e a procura de ajuda precoce, crítica para doença.

- Realiza-se uma monitorização de situação social e de apoio na comunidade com sinalização de casos sociais.
- Promove-se a construção de plano de cuidados em conjunto com pessoa e família, dando continuidade aos traçados em internamento (Carta de Alta) que não ficaram resolvidos.

Esta consulta tem também como objetivo fazer uma avaliação a cada pessoa, de forma a encaminhá-la para o serviço que melhor responde às necessidades identificadas. Assim:

- No caso de integração em HD, o enfermeiro EESMP realiza a consulta e promove o acolhimento em HD.
- No caso de integração em VD, o enfermeiro EESMP realiza a consulta e promove o acolhimento em VD.
- Caso a pessoa seja acompanhada em consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria pelo TR, procede-se à marcação conforme planeamento de intervenções do plano de cuidados com frequência adequada às suas necessidades.

- A pessoa poderá ter encaminhamento para comunidade e, neste caso, o enfermeiro EESMP faz a articulação de caso com estrutura da comunidade (Centro de Saúde, USF, Unidade de Cuidados na Comunidade, Fórum Ocupacional, etc.) que vai/vão integrar ou monitorizar a pessoa e dar continuidade ao plano de cuidados.

Após a pessoa ter alta de uma das estruturas de ambulatório (HD, VD ou consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiatria) promove-se sempre a continuidade e acompanhamento da pessoa na comunidade de acordo com o plano de cuidados, promovendo o contacto direto com o enfermeiro EESMP da estrutura da comunidade que vai receber a pessoa e a entrega de carta de alta.

Existe continuamente uma ligação entre as estruturas da comunidade e o enfermeiro EESMP TR, pois este garante sempre a monitorização da situação da pessoa, quer por contacto com o enfermeiro que está na comunidade, quer por contacto com pessoa/CI ou outro apoio na comunidade, disponibilizando-se sempre para intervir diretamente quando necessário. Nesse sentido, apesar de a pessoa estar na comunidade poderá ter consultas de enfermagem de saúde mental e psiquiatria sempre que necessário. Existe um esforço partilhado para garantir a recuperação da pessoa no sentido de evitar o internamento (ANEXO V).

PARTE III

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica foca-se na promoção e prevenção da Saúde Mental no diagnóstico, na intervenção e avaliação dos cuidados prestados. São as competências psicoterapêuticas que permitem, nesta área, desenvolver um juízo clínico singular e, assim, uma prática clínica distinta das outras áreas de especialidade.

A mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico permite estabelecer uma relação de confiança e parceria com a pessoa.

Deste modo, visa contribuir também para adequar as respostas à pessoa e à família face aos problemas específicos relacionados com a DMG, tendo como objetivo evitar o agravamento do problema e a desinserção social da pessoa e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família, tal como refere o Diário da República, nº 151/2018, Série II, de 7 de agosto de 2018.

A DMG afeta a pessoa como um todo, tanto na sua individualidade como na sua relação com os outros e ainda com todo o meio envolvente. Embora a forma de encarar e tratar a doença mental tenha evoluído ao longo dos tempos e a posição das crenças antigas tenham vindo a ser ultrapassadas com o desenvolvimento e aumento do conhecimento sobre as doenças mentais, há necessidade de mais investigação, a fim de melhorar a compreensão das perturbações mentais e de desenvolver intervenções mais eficazes. Para além disso, é importante o envolvimento da comunidade, das famílias e das pessoas, e estabelecer vínculos com outros setores para além da saúde.

O objetivo do tratamento já não é apenas eliminar os sintomas, mas também passa pela melhoria da qualidade de vida e da integração social e profissional da pessoa.

É certo que Portugal tem vindo assistir de forma progressiva à mudança de paradigma nos cuidados de saúde mental e cada vez mais é esperada uma abordagem a nível comunitário.

Neste sentido, é essencial desenvolver estratégias de passagem do modelo de cuidados tradicionais baseado nas instituições psiquiátricas para serviços comunitários.

A nível da Europa registaram-se progressos significativos. No entanto, nem todos os países registaram estes progressos da mesma forma pelo que existe ainda um longo caminho a percorrer.

Na situação atual existe uma lacuna na documentação sobre a uniformização das práticas, sendo as intervenções ainda muito baseadas em conhecimentos empíricos e experiência profissional que não deixa de ter o seu valor, mas reveste-se da maior

importância que a prática seja baseada na evidência. Cada vez mais há uma maior necessidade de sustentar os conhecimentos e a forma de prestação de cuidados que demonstra ganhos efetivos em saúde.

A Ordem dos Enfermeiros refere que os enfermeiros «devem basear a atuação profissional em práticas recomendadas, tornando os cuidados que prestam mais seguros, visíveis e eficazes», com vista à melhoria contínua da prestação dos cuidados de enfermagem (Art.º 9º, alínea 6).

Os contextos de intervenção são vastos e complexos e percebe-se que da intervenção especializada resultam ganhos em saúde para a pessoa e comunidade. Ainda assim, à luz do conhecimento atual, parece-nos redutor não referir que a intervenção à pessoa com doença mental grave se deve associar a intervenção precoce nestas situações. Faz parte da nossa conceção que devemos intervir ao longo do ciclo vital, não bastando uma intervenção terciária.

Assim sendo, enquanto sugestão para trabalho futuro parece-nos fundamental a criação de um guia onde se contemplem as questões da intervenção na doença mental grave resistente ao tratamento (trabalho desenvolvido na Unidade de Cuidados Avançados de Esquizofrenia Resistente ao Tratamento – UCAERT-CHUC) e na intervenção precoce. São diversas as consultas existentes, como, por exemplo, as consultas de intervenção no primeiro surto psicótico.

Ora, sabendo que o decurso e evolução da vivência da doença em si depende de uma intervenção adequada e atempada, parece-nos de elevada importância a criação de um guia onde se contemplem as questões de prevenção e promoção no sentido de minimizar as consequências dos processos do adoecer mental. Enfatiza-se, pois, uma ação comunitária em tempo útil que capacite a pessoa no sentido de minimizar as consequências do aparecimento de doença mental, visando a cura ou, então, potenciando desde cedo os processos de recuperação e empoderamento no sentido de uma vivência plena e de acordo com os seus potenciais.

Procuramos neste GOBP ir ao encontro dos vários contextos e da articulação entre serviços de internamento hospitalar, serviços de ambulatório e comunidade.

Para além do muito que há ainda por fazer, este guia será certamente incompleto. Todavia, desejamos que seja o início e o caminho para a elaboração de novos guias orientadores que levem todos enfermeiros especialista nesta área a prestar cada vez mais cuidados de excelência a pessoa com Doença Mental Grave.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque, A. (2012) – *A Discriminação do Doente Mental no Ocidente*. Lisboa, Portugal: Publinédita Unipessoal.

Aligood, M.R. & Tomey, A.M. (2004) – *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (Modelos e Teorias de Enfermagem)**.** Lusodidacta. p. 3-34.

Almeida, J.M. e Xavier, M. (2011) – *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental 1º Relatório*. Recuperado de http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf p. 58.

Almeida, J.M., *et al.* (2015) – Joint Action Mental Health and well-being. Towards Community based and socially inclusive mental health care - *Análise da Situação em Portugal*. Recuperado de http://spgg.com.pt/UserFiles/file/23_09_15report_JA_em_PORTUGUES.pdf

Almeida, S. & Amendoeira, J. (2015) – O enfermeiro gestor de caso no *empowerment* da pessoa com doença mental crónica. *Revista da UIIPS*. 3. 330-342. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/306576875_O_enfermeiro_gestor_de_caso_no_empowerment_da_pessoa_com_doenca_mental_cronica

Alves, C. *et al.* (2009) – Uma breve história da reforma psiquiátrica. *Neurobiologia*. 72. 85-96. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/303783165_Uma_breve_historia_da_reforma_psiquiatrica

Alves, F. (2011) – *A Doença Mental Nem Sempre é Doença - Um estudo no Norte de Portugal*. Porto, Portugal: Edições Afrontamento.

Angermeyer, M.C. *et al.* – Public attitudes toward psychiatric treatment. An international comparison. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology***.** Vol. 40 (11) (Nov. 2015). 855-864. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16215879

Arnold, E.C. & Boggs, K.U. (2016) – *Interpersonal Relationships: Professional Communication Skills for Nurses.* (7ª ed.). St. Louis (Missouri) EUA: Elsevier.

Barros, A. & Bispo, G. (2017) – Teorias de enfermagem: base para o processo de enfermagem. Conferência: *I Encontro Internacional do Processo de Enfermagem: raciocínio clínico e a era digital.* Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/324614913_Teorias_de_enfermagem_base_para_o_processo_de_enfermagem

Blancett, S. & Flarey D. (1996) – *Case studies in nursing case management: health care delivery in a world of managed care.* Jones & Bartlett Publishers. p. 338.

Brito, M. L. (2005) – *Intervenções psicoeducativas para famílias de pessoas com esquizofrenia – uma revisão quasi-sistemática da literatura.* Lisboa: Universidade de Lisboa.

Burns, T. *et al.* (2007) – Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ***.** (August, 2007). P. 335-336. Recuperado de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17631513/

CAMIMH – Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health. (2007) Mental Health Literacy: A Review of the literature. *Bourget Management Consulting for the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health*. Otawa.

Cardoso, A. M. (2012) – *Manual de Formação: Psicoeducação Familiar*. Hospital Garcia de Orta, EPE. Lisboa, Portugal. Documento não publicado,

Casarin, S. *et al.* (2002) – Case management: evolution of the concept in the 80's and 90's. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Julho-Agosto; 10(4), 472- 477. Recuperado de http://www.scielo.br/j/rlae/a/LVR4WKWmQRyBxpVpGztjnCG/?lang=en

CCE (2005) – *Livro Verde. Melhorar a saúde mental da população: Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas: EU. p. 25. Recuperado de http://saudementalpt.pt/backoffice/pdfs/c4789ec5dd.pdf

Chalifour, J. (2009) – *A Intervenção Terapêutica: - estratégias de intervenção.* Volume 2. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Cohen, E.; Cesta, T. (2004) – *Nursing Case Management: From Essentials to Advanced Practice Applications*. (4th ed.). Elsevier Health Sciences, 34.

Colom, F. *et al.* (2009) – Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, v. 194, nº 3, p. 260-265. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19252157

Conselho Internacional de Enfermeiros (2003) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* – Versão Beta 2. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2010) – *Servir a comunidade para garantir a qualidade – os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica* – Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2009.pdf

Conselho Internacional de Enfermeiros (2011) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (CIPE/ICNP): versão 2.0. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2012) – *Combater a Desigualdade: da Evidência à Ação*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Corrigan, P., Wassell, A. (2008) – Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing*. Vol. 46, Nº 1. Ordem dos Enfermeiros. Recuperado por https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18251351/

Corrigan, P.W. & River, L. P. (2001) – Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*. Vol 27 (2), p. 187-195. Recuperado por https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11354586

Crisp. A. et al (2000) – Stigmatization of people with Mental Illnesses. *British Journal of Psychiatry*. Nº 177, p. 4-7. Recuperado por https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10945080

Decreto-Lei nº 8/2010 – Diário da República, 1ª série, nº 19, de 28 de Janeiro de 2010. Ministério da Saúde – Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental. p. 257-263. Recuperado por https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2010/01/01900/0025700263.pdf

Delitti, A. (2008) – Terapia Analítico-Comportamental em Grupo. In Delitti, A. M. C. (Org.); Derdyk, P. R. (Org.). *Terapia Analítico-Comportamental em Grupo*. 1. Ed.. Santo André: ESETec Editores Associados.

Direção-Geral da Saúde - DGS (2013) – *Saúde Mental em Números - 2015. Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Portugal. Recuperado por https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-saude-mental-em-numeros-201511.aspx

Direito, R.M.P.C. (2012) – *Gestão do regime terapêutico nas pessoas com diabetes mellitus tipo 2 numa unidade de saúde familiar.* (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal. Recuperado de http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/1207 (acedido a 19.1.2019).

Favrod, J. & Maire, A. (2014) – *Recuperar da Esquizofrenia: Guia prático para profissionais*. Loures, Portugal: Lusociência.

Gil, I. (2010) – C*renças e atitudes dos estudantes de enfermagem acerca das doenças e doentes mentais: impacto do ensino clínico de enfermagem de saúde mental e psiquiatria* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal. Recuperado de https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/18217/1/Disserta%C3%A7ao%20mestrado.pdf

Gonçalves, P. *et al.* (2014) – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Adesão ao Regime Medicamentoso, Unidades de Curto/Médio Internamento – Irmãs Hospitaleiras Casa de Saúde Câmara Pestana*. Ordem dos Enfermeiros. Secção Regional da Região Autónoma da Madeira. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/IrmasHospitaleiras_CasaSaudeCamaraPestana_AdesaoRegimeMedicamentoso.pdf

Gonçalves-Pereira, *et al.* (2006) – Intervenções familiares na esquizofrenia: dos aspectos teóricos à situação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 19 p. 1-8. Recuperado de https://run.unl.pt/bitstream/10362/21883/1/001-008.pdf

Gonçalves-Pereira, M.; Xavier, M. & Fadden, G. (2007) – O modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: fundamentação e aspectos técnicos. *Análise Psicológica*. Nº 2: XXV. p. 241-255. ISSN 0870-8231. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v25n2/v25n2a06.pdf

Gühne, U. *et al.*, (2015) – S3 guideline on psychosocial therapies in severe mental illness: evidence and recommendations. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. Vol. 265 (3). P. 173-88. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25384674.MEDLINE Complete (acedido a 28.8.2018)

Hesbeen, W. (2001) – *Qualidade em enfermagem – Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures, Portugal: Lusociência.

Jorm, A.F. *et al.* (1997) – Mental Health Literacy: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Social Psychiatry Research Unit, The Australian National University. *Medical Journal of Australia*. Vol. 17 166 (4). P. 166-182. Recuperado de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9066546/

Kearns, M. *et al.* (2018) – The impact of community-based mental health service provision on stigma and attitudes towards professional help-seeking. *Journal of Mental Health*. Nº 20. England. Recuperado de https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638237.2018.1521928?journalCode=ijmh20

Loureiro, L. (2008) – *Representações Sociais da Loucura: Importância para a promoção da Saúde Mental* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade do Porto, ICBAS, Portugal.

Lubkin, I. & Larsen, P. (2005) – *Chronic illness: impact and interventions*. (6th ed.). Sudbury: Jones & Bartlett Publishers, p. 458. Loures, Portugal: Lusociências.

Marques, M. F. (2009) – *Entrevista de Avaliação Diagnóstica*. Manuscrito não publicado. Hospital Garcia de Orta, EPE, Lisboa.

McDaid, D. & Thornicroft, G. (2005) – World Health Organization. Regional Office for Europe & European Observatory on Health Systems and Policies. *Mental Health II: balancing institutional and community-based mental health care***.** Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. Recuperado de: https://enil.eu/wp-content/uploads/2012/07/Mental-Health-II_Balancing-institutional-and-community-based-care.pdf

McFarlane, W. *et al.* (2003) – Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of marital and family therapy*. 29:2. p. 223-245. https://www.researchgate.net/publication/10776046_Family_psychoeducation_and_schizophrenia_A_review_of_the_literature_Journal_of_Marital_Family_Therapy_29_223-245

Meireles, M.R.R. (2014*) – O Instrumento de Caracterização do Estilo de Gestão do Regime Terapêutico: Contributo para a Validação* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade do Porto, ICBAS, Portugal. Recuperado de https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77773/2/33804.pdf

Meleis, A.I. (Ed.). (2010) – *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Nova Iorque: Springer Pub. Co. ISBN 978-0-8261-0534-9.

Melo-Dias, C. (2014) – Investigar habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia. In Sequeira, C.; Carvalho, J.C. e Sá, L.(Eds.), *IV Congresso Internacional ASPESM: Padrões de Qualidade em Saúde Mental* (p. 58-69). Porto: ASPESM. Recuperado de https://issuu.com/spesm/docs/ebook_iv_congresso_aspesm

Melo-Dias, C.; Rosa, A. & Pinto, A. (2014) – Atividades de ocupação terapêutica: intervenções de enfermagem estruturadas em reabilitação psicossocial. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [online]. Nº 11, p. 15-23. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000200003

Miles, D.M.B (2008) – Social distance and perceived dangerousness across four diagnostic categories of mental disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. Vol. 42 (2). Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18197507. ISSN: 0004-8674. CINAHL Plus with full text. p. 126-133. (acedido a 28.10.2018).

Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde (2008) – *PNSM (2007-2016) Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 - Resumo executivo.* Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. P. 56. Recuperado de https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf

Moniz, I. (2007) – É necessário que a Reabilitação ultrapasse os limites da Instituição. *Hospitalidade*. N.º 276. P.31-34.

Monterroso, L.; Pierdevara, L. & Joaquim, N. (2012) – Avaliação da adesão regime terapêutico dos utentes seguidos na consulta externa de Psiquiatria do Centro Hospitalar Barlavento Algarvio – *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Nº 7. Porto. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602012000100007

Mueser, K.T. *et al.* (1998) – Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management. *Schizophrenia Bulletin*. 24 (l): 37-74. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/51300248_Models_of_Community_Care_For_Severe_Mental_Illness_a_Review_of_Research_on_Case_Management

Mullahy, C. & Jensen, D. (2004) – Commission for Case Management Certification. In *The case manager's handbook*. 3rd Ed. Massachusetts: EUA: Jones & Bartlett Publishers, 11.

Ordem dos Enfermeiros (2011) – *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Mental*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015) – *Diário da República, 2.ª série – N.º 122* – 25 de junho de 2015 – Regulamento n.º 356/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. P. 17034-17041. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_356_2015_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018) – *Diário da República, 2.ª série — N.º 151* — 7 de agosto de 2018 - Regulamento n.º 515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**.** P. 21427-21430. Recuperado de https://dre.pt/application/conteudo/115932570

Ordem dos enfermeiros (2018) – *Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.* Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9938/ppadr%C3%A3o-documenta%C3%A7%C3%A3o_enfermagem-sa%C3%BAde-mental-e-psiqui%C3%A1trica_ausculta%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf.

Organização Mundial de Saúde - OMS (2001) – *Mental Health: New understanding, new hope. World Health Report 2001*. Geneva: World Health Organization. P.169. Recuperado de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?Ua=1

Organização Mundial de Saúde - OMS (2001b) – *Strenghtening mental health promotion*. Geneva (Fact Sheet nº 220). Recuperado de https://mindyourmindproject.org/wp-content/uploads/2014/11/WHO-Statement-on-Mental-Health-Promotion.pdf

Organização Mundial de Saúde - OMS (2008b) – Alto Comissariado para a Saúde - Coordenação Nacional para a Saúde Mental – *Integração da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários – uma perspetiva global.* Recuperado de https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf

Organização Mundial de Saúde - OMS (2013) – *Mental Health action Plan 2013-2020*. P. 48. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/

Organização Mundial de Saúde - OMS (2008) – *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization. p. 256. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=1E4FB25639F5ED0A4663E8427CC19E0B?Sequence=1

Ornelas, J. (1997) – Psicologia comunitária: Origens, fundamentos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*. Vol. 15. n. 3. Lisboa. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0870-82311997000300002&script=sci_arttext

Parabiaghi, A. *et al.* (2006) – Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Vol. 41 (6). p. 457-63. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16565917

Pekkala, E. & Merinder, L. (2002) – *Psychoeducation for schizophrenia*. (Cochrane Review). Cochrane Library, Issue 2. Oxford, UK: Update Software.

Pereira, C. *et al.* (2011) – Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. Rev. *Nursing Edição Portuguesa*. 23, nº 267, p. 8-15. Lisboa, Portugal. Recuperado de http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/item/3603-empowerment-modelo-de-capacitacao-para-uma-nova-filosofia-de-cuidados#.W-qfy5p7tiu

Read, J., HARRE, N. (2001) – The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of "mental patients". *Journal of Mental Health*. Vol. 10 (2), p. 223-235. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638230123129

Rice, R. (2004) – *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários*. 3ª ed. Loures, Portugal: Lusociência.

Rodrigues, M. B. & Prates, B. J. (2011) – *Programa de intervenção para a adesão ao regime medicamentoso*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/Programa_Adesao_Regime_Medicamentoso_Casa_de_Saude_da_Idanha.pdf

Ruggeri, M. *et al.* (2000) – Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. The British Journal of Psychiatry: *The Journal of Mental Science*. Vol. 177. p. 177:149-55. Recuperado de https://www.

ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11026955. MEDLINE Complete. (acedido a 28.8.2018).

Sampaio, F., Sequeira, C. & Lluch Canut, T. (2014) – A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe1). p. 103-108. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000100017&lng=pt&tlng=pt

Sampaio, F., Sequeira, C. & Lluch Canut, T. (2015) – Intervenções psicoterapêuticas em enfermagem. *Curso pré-congresso apresentado no VI Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ponta Delgada, Portugal). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/282879605_Intervencoes_Psicoterapeuticas_em_Enfermagem.(acedido a 6.1.2019).

Sampaio, F., Sequeira, C. & Lluch Canut, T. (2016) – Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem**.** Preleção apresentada nas *V Jornadas de Enfermagem de Saúde Mental.* «*Da conceptualização à prática clínica*». Vila Nova de Famalicão (Portugal). Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Francisco_Sampaio4/publication/304718129_Modelo_de_Intervencao_Psicoterapeutica_em_Enfermagem/links/57786f1008ae4645d6101364/Modelo-de-Intervencao-Psicoterapeutica-em-Enfermagem.pdf

Schinnar, A.P. *et al.* (1990) – An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *The American Journal of Psychiatry*. Vol. 147 (12). p. 1602-8. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2244636

Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa, Portugal: Lidel.

Silva, M.A. & Graveto, J. (2008) – Modelo Conceptual Versus «Modelo Oculto» para a (na) Prática da Enfermagem. *Pensar Enfermagem*. Vol. 12. Nº 2. Recuperado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23999/1/2008_12_2_67-70.pdf

Spadini, L. S. & Souza, M. C. (2006) – A Doença Mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. p. 123-127. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a17v40n1.pdf

Speller, H. K. (2005) – *Mental Health Literacy: A comparative Assessment of Knowledge and opinions of mental illness between Asian American and Caucasian College Students*. Boston, EUA: College University Libraries. Boston College Electronic Thesis or Dissertation, 2005. Recuperado de https://dlib.bc.edu/islandora/object/bc-ir:102293/datastream/PDF/view

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2004) – *Community & public health nursing*. 6th Edition. Mosby. Elsevier Health Sciences, p. 449.

Veer, J. *et al.* (2006) – Determinants that shape public attitudes towards the mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Vol. 41. (4): 3 Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16501885

Videbeck, S. L. (2011) – *Psychiatric-Mental Health Nursing* (5a edição). Filadélfia, EUA: Lippincott Williams & Wilkins.

Weydt, A. (2001) – *Nursing Case Management: Quality and Cost. Creative Nursing*. Nova Iorque, EUA: Springer Publishing Company, 10.

Yamashita, M.; Forchuk, C. & Mound, B. (2005) – *Nurse Case Management: Negotiating Care Together Within a Developing Relationship. Perspectives in Psychiatric Care*. Oxford, UK: Blackwell Publishing Limited, p. 62-70.

Zubin, J. & Spring, B. (1977) – Vulnerability: A new view ok schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*. Nº 86:2. p. 103-126. Recuperado de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/858828/

ANEXOS

ANEXO I

ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE ENFERMAGEM

PREPARAÇÃO PRÉVIA

- Local: Apropriado para garantir a privacidade (informar a equipa para evitar interrupções) e assegurar os meios necessários.
- Preparação pessoal: Expectativas, sentimentos e definição prévia dos objetivos da entrevista.
- Recolha de informação prévia: Conhecer previamente todos os elementos já recolhidos.
- Tipo de entrevista (semiestruturada, estruturada, aberta) e grau de diretividade.
- Formas de registo de dados: As notas devem estar subordinadas a uma sistematização previamente pensada (papel, áudio, vídeo).

NO DECURSO DA ENTREVISTA

O INÍCIO DA ENTREVISTA - DEFINIÇÃO DE PAPÉIS E ESPAÇOS

Os primeiros minutos são decisivos para o estabelecimento da aliança terapêutica através de um clima em que a pessoa se sinta aceite e compreendida.

- Acolhimento: a pessoa é nossa convidada (convidar a pessoa e agradecer a sua disponibilidade).
- Apresentação pessoal.
- Posicionamento de atores: A distância nas interações (proxémia) interpessoais permite definir o nível de intimidade pretendido de acordo com a especificidade de cada contexto. A gestão da distância compreende a administração do espaço nas relações interpessoais determinação de uma posição e estabelecimento de uma distância apropriada à interação social (Arnold & Boggs, 2014). O profissional deve ajustar propositadamente e conscientemente a distância e a proximidade, consoante a pessoa e o contexto (Videbeck, 2011). Podemos então definir diferentes tipologias distanciais, nomeadamente: íntima (até 45 cetímetros), pessoal (de 45 a 125 centímetros), social (120 a 360 centímetros) e pública (360 ou mais). (Sequeira, 2016)
- Definir o tempo da entrevista: 30 a 45 min.
- Clarificação de papéis, objetivos e aspetos pragmáticos da entrevista: O que estamos ali a fazer e o que se pretende, pedido de autorização se tiver que fazer registos escritos, assim como garantir que a entrevista pode ser interrompida quando a pessoa o entender e que não é obrigado a responder a perguntas que não queira sem que daí resulte qualquer consequência para si. Se houver elementos extra (por exemplo estudantes de enfermagem, pedir autorização para a sua presença).
- Questões éticas: garantir a confidencialidade.

O CORPO DA ENTREVISTA

É o momento por excelência da entrevista, o/a enfermeiro/a utiliza as diversas habilidades em comunicação e ajuda a pessoa a clarificar o que lhe comunica e conforta-a quando evoca aspetos difíceis.

Meios a explorar:

- Escutar.
- Questionar.
- Aprofundar.
- Analisar o comportamento e as palavras da pessoa
- Interpretar o que é dito e observado
- Utilizar os silêncios.
- Ter respeito caloroso.
- Empatia.
- Clarificar e validar as nossas perceções e as da pessoa.
- Refletir o que nós compreendemos.
- Identificar claramente os problemas.
- Fazer emergir pistas de soluções.
- Concentrar-se essencialmente nos sentimentos/emoções que a pessoa está a viver e não nos factos que ocorreram.
- Uma estratégia simples: as mensagens em «eu» - essencial para preservar a relação; passar ao «tu», «ti», «nós», «vós» ou ao «a gente» é benéfico. O «eu» torna-nos «alguém concreto», clarificando a relação com o outro.

Evitar:

- Utilização frequente de questões fechadas.
- Interromper a pessoa.
- Dar conselhos ou propor soluções rápidas.
- Não ter em conta emoções manifestadas.
- Tranquilizar levianamente.
- Evitar assuntos dolorosos ou delicados mudando de tema de conversa.
- Fazer julgamentos ou juízos de valor.
- Discutir com a pessoa e criticá-la.
- Adotar comportamentos defensivos.
- Questões sucessivas sem pausas para as respostas.
- Questões que começam com «porquê».
- Questões exploratórias demasiado frequentes.

- Questões de escolha múltipla.
- Questões que contêm a resposta.
- Questões indutivas e manipuladoras.
- Questões acusadoras.
- Explorar abusivamente os comportamentos e as motivações da pessoa.
- Apresentar uma atitude superior, condescendente, manipuladora.
- Demonstrar superficialidade, concentrando-se unicamente nos factos ou nos acontecimentos e não nas emoções.
- Interromper a pessoa e mudar de assunto sem justificar.

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

A perspetiva da pessoa

- Perspetiva da pessoa – Que leitura faz, como vive a doença.
- O que a pessoa sabe, pensa e sente – Perceber o grau de consciência e de crítica quanto à sua situação.
- O que a preocupa.
- Estratégias/capacidades da pessoa, na sua perspetiva – A capacidade que acha a pessoa que tem para lidar com a situação. O que a pessoa acha que é possível fazer perante a situação. A sua atitude tem sempre uma justificação na sua ló gica; quanto mais depressa se chegar à sua, melhor será para estabelecer relação.

A perspetiva do enfermeiro

- História pessoal e familiar
- Apresentação e postura
- Mímica, expressão e motricidade
- Contacto e linguagem
- O estado de consciência
- Clareza e orientação
- A consciência de si
- A consciência do corpo
- Os impulsos e vontade
- O humor
- Os afetos
- As emoções
- A forma do pensamento
- Conteúdos do pensamento
- Representação e memória

- Senso-perceção
- Observação física
- Capacidade funcional
- Dados fisiológicos
- Integridade da pele e mucosas
- Controlo dos esfíncteres
- Medicação prescrita
- Envolvimento nas atividades
- Efeitos dos comportamentos/sintomas sobre – a repercussão da doença, a pessoa e todas as suas dimensões: Desempenho no trabalho; Desempenho na escola; A relação e interação com os outros (cônjuge, colegas de trabalho, família, vizinhos).
- Envolvimento na família.
- Envolvimento nas atividades.

ENCERRAMENTO DA ENTREVISTA

- Perguntar antes de terminar: «Há algum assunto que gostaria de discutir/analisar antes de terminar?»
- Explicações: Síntese da entrevista para clarificar o que o enfermeiro(a) perce-beu.
- Continuidade: Eventual preparação para outro encontro (com marcação de data e hora se tal for possível).
- Compromisso: Assume-se o compromisso de tentar ajudar a pessoa e garantir que os dados são úteis para a continuação do tratamento.
- Agradecimento.
- Término.

APÓS A ENTREVISTA

- Análise da interação: Que fenómenos se verificaram: de transferência e de contratransferência, se o/a enfermeiro/a sentiu que não chegou perto da pessoa porque estava tenso/a, ou sentiu que não conseguiu ser empático/a, se conseguiu conduzir a entrevista, se deu espaço à pessoa.
- Análise de dados: Ex.: Não consegue perceber o que aconteceu, não aceita o que lhe aconteceu, não aceita o internamento, não consegue dormir, é uma pessoa com atividade delirante mas não consegue perceber o delírio, discurso pobre, olhar no chão, grau de adesão da pessoa ao projeto terapêutico e projeção que ela faz relativamente ao futuro próximo e/ou longínquo.

- Avaliação de riscos: Situações de perigo para si ou para outros, comportamentos de risco.
- Resultados obtidos em relação aos objetivos e finalidades da entrevista.
- Orientações futuras e decisões tomadas (contacto telefónico com familiar para entrevista; chamar médico de urgência; realizar série de entrevistas com o objetivo de...).
- Após avaliação diagnóstica, dar continuidade ao processo de enfermagem.

(Marques, M. F. (2009). ***Entrevista de Avaliação Diagnóstica***. Manuscrito não publicado)

ANEXO II

PSICOEDUCAÇÃO FAMILIAR (BASEADA NA TERAPIA FAMILIAR COMPORTAMENTAL)*

*O modelo apresentado baseia-se em Gonçalves-Pereira, Xavier e Fadden 2007; Gonçalves-Pereira *et al*., 2006; Zubin, Sprong, 1977; Cardoso, 2012.

A Psicoeducação Familiar baseia-se na Terapia Familiar Comportamental (TFC) que é uma intervenção de psicoeducação unifamiliar desenvolvida por Ian Falloon e colegas, em 1984, que inclui todos os membros do agregado familiar (nomeadamente a pessoa doente). Trata-se de uma intervenção com inspiração comportamental centrada na otimização da gestão do *stress* das famílias, que visa abordar as necessidades de todos os familiares (Gonçalves-Pereira; Xavier e Fadden, 2007). Tem como princípios orientadores: a adoção de um modelo de vulnerabilidade-*stress* para a doença mental; a posição de complemento à terapia farmacológica e não de alternativa; o estabelecimento de uma forte aliança terapêutica com a família; a realização das sessões preferencialmente no domicílio; o relevo na educação da família sobre a doença; a orientação cognitivo comportamental, com enfoque nas questões práticas do quotidiano; o treino de comunicação, com vista a uma comunicação mais construtiva, clara e inequívoca; o treino de resolução de problemas para o conjunto da família; a melhoria do ambiente familiar, mediante potenciação do *coping* construtivo e redução do *stress*; a manutenção de expectativas realistas para as pessoas com doença e familiares, ao mesmo tempo que se desenvolvem redes de suporte social informal e formal para a família no seu todo. Além disso, contém componentes específicos para prevenção das recaídas (Gonçalves-Pereira *et al*, 2006)

DESCRIÇÃO

Objetivos

- Reduzir o risco de recaída e/ou internamento da pessoa com doença mental.
- Aumentar os conhecimentos sobre a doença mental.
- Facilitar a aquisição de competências comunicacionais e de resolução de problemas por parte da família.
- Promover a redução dos níveis de *stress* dos membros familiares e de sobrecarga do cuidador.
- Melhorar as estratégias de *coping* utilizadas pela família.

A Psicoeducação Familiar consiste numa intervenção delimitada, sequencial e focalizada em objetivos bem definidos. Tem como características principais: a responsabilização da família como sistema e a influência que cada membro tem sobre esse sistema; a responsabilização do terapeuta para com todos os membros da família; a perspetiva da pessoa como «perito» da sua própria doença; o estabelecimento de um modelo pedagógico participado que inclui a discussão de informação relacionada com a doença e o treino de competências de comunicação e de resolução de problemas; a focalização em estratégias cognitivo-comportamentais; a intervenção

em objetivos precisos e pragmáticos; a não referência direta ao *insight* (discernimento), às emoções expressas, à estrutura familiar e aos problemas vividos pela família, exceto no decurso de crises graves (Gonçalves-Pereira; Xavier & Fadden, 2007).

INDICAÇÕES

Famílias

A TFC foi originalmente desenvolvida e validada para as famílias de pessoas com doença psicótica, nomeadamente com o diagnóstico de esquizofrenia, e é nesse contexto clínico que tem sido mais largamente usada. Não obstante, tem também sido utilizada em famílias de pessoas com outras patologias, nomeadamente nas perturbações do humor (depressão major, perturbação bipolar).

Participantes

Todos os membros do agregado familiar, sendo que a falta ou indisponibilidade de participação de um desses membros pode impossibilitar a realização desta intervenção. Todos os participantes têm de ter mais de 16 anos, não apresentar défices físicos ou mentais que interfiram com o desenvolver das sessões, e devem assinar um consentimento informado. Daí que seja importante que a pessoa se apresente estabilizada, com adesão à medicação e em condições de receber e processar informação no decurso de uma entrevista de 60 minutos.

As sessões realizar-se-ão no domicílio, no hospital de dia, na consulta externa ou noutro local julgado conveniente pela família e enfermeiro EESMP.

As sessões podem ser realizadas só com um enfermeiro EESMP ou em coterapia, por uma dupla de enfermeiros EESMP, devidamente credenciados, cuja referenciação poderá ser realizada por qualquer técnico de saúde. Após esta etapa será iniciado um contacto inicial com os familiares no sentido de lhes ser proposto esta intervenção e averiguada a sua disponibilidade e motivação para a mesma.

CALENDARIZAÇÃO

Cada sessão terá uma periodicidade semanal, com a duração de 60 a 75 minutos aproximadamente. Poder-se-á ponderar aumentar a periodicidade das sessões, não devendo ir além das duas semanas de intervalo. Prevê-se uma duração de três a seis meses para a realização do corpo principal do programa, com uma periodicidade semanal/quinzenal para as sessões.

Posteriormente realizar-se-ão sessões de seguimento (*follow up*), com uma periodicidade mais alargada (quinzenal – nos 3 meses seguintes / mensal – até perfazerem os 18 a 24 meses) no sentido de monitorizar a capacidade da família em lidar com as dificuldades decorrentes da doença do seu familiar, nomeadamente através da utilização das competências aprendidas durante a Psicoeducação Familiar, e de poder voltar a intervir, se for caso disso.

Este esquema é flexível e deve ser adaptado às restrições horárias que a família possa apresentar. Salienta-se que é preferível que todos os membros familiares do agregado da pessoa participem, mas pode ponderar-se a ausência de alguns elementos em determinadas circunstâncias. (Gonçalves-Pereira; Xavier e Fadden, 2007).

As sessões familiares poderão ser adiadas/suspensas no caso de evidência de que a pessoa apresenta uma nova recaída ou no caso de doença/falta de disponibilidade de um dos membros familiares.

PROCEDIMENTO

Esta intervenção apresenta-se estruturada em três fases, como podemos ver no quadro a seguir:

Tabela 1 - Estrutura da intervenção psicoeducativa

TEMAS	NÚMERO DE SESSÕES
FASE INICIAL	
Motivação e recrutamento	1 - 2
Avaliação individual	Variável: 1 sessão por membro familiar
Avaliação familiar	1
CORPO DA INTERVENÇÃO	
Psicoeducação (informação sobre a doença e medicação)	2 - 4
Treino de perícias de comunicação	4
Treino de resolução de problemas	2 - 6
Gestão da crise	1 - 2
FASE FINAL	
Preparação do fim do processo	1 - 2
TOTAL	*10 - 18*

Fase Inicial

Motivação e recrutamento: Inclui 1-2 reuniões com a família em que se apresentam os objetivos, o formato e regras básicas da Psicoeducação Familiar, bem como se motiva e envolve todos os familiares no sentido da adesão a esta intervenção. Após a obtenção da vontade expressa em participar nesta intervenção passamos para as entrevistas individuais.

Avaliação individual: Visa identificar os défices específicos da família como uma unidade enquanto recurso para a resolução de problemas e concretização de objetivos, tanto dos seus membros individuais como da família no seu todo. Serve também para algum dos membros da família poder informar que não deseja participar na intervenção sem que o tenha que assumir perante os outros membros da família.

Avaliação familiar: Este processo, em si, é contínuo, já que se inicia com a avaliação individual de cada familiar e continua no decurso da intervenção. Todavia, este patamar implica de modo concreto que a família e os profissionais de saúde assinem o contrato terapêutico e consentimento informado da intervenção, bem como que a família demonstre como costuma resolver um problema do quotidiano. Isto servirá de ponto de partida para a construção de uma forma mais eficaz e possivelmente diferente de resolução de problemas.

Corpo da Intervenção

Psicoeducação: Consiste em providenciar informação/formação à família sobre os principais aspetos relacionados com a doença e o seu tratamento, como também esclarecer dúvidas que os próprios familiares possam ter. Prima-se por fornecer informação personalizada e adaptada às necessidades dos familiares, com um foco muito prático sobre a situação de doença da pessoa afetada. Daí que seja elaborado e fornecido um folheto informativo com um resumo das informações consideradas pertinentes para cada caso em particular.

Treino de comunicação: Permite otimizar as aptidões de comunicação que podem ser um fator determinante no desbloqueio e na facilitação de resolução de problemas quotidianos da família. São quatro as perícias que são trabalhadas, particularmente por se considerarem ser muito úteis na redução do *stress* e na resolução de problemas:

- Expressar sentimentos agradáveis;
- Fazer um pedido de forma positiva;
- Expressar sentimentos desagradáveis;
- Escuta ativa.

As técnicas específicas usadas no ensino das perícias de comunicação são: fornecer material informativo e uma fundamentação; ensaio da perícia durante a sessão por todos os familiares, sendo cada ensaio seguido sempre por retorno (*feedback*) construtivo; trabalho de casa e revisão, com preenchimento de uma ficha de registo.

Treino de resolução de problemas: Tendo em conta que os problemas são uma parte natural da vida de qualquer pessoa, por vezes há situações em que estes não são bem resolvidos e podem interferir com o funcionamento e a capacidade das pessoas se interrelacionarem. Deste modo, é facultado material informativo que apresenta um método por passos para resolver problemas e alcançar os objetivos. É importante ter uma abordagem ativa e centrada na solução quando se está a tentar resolver um problema, com a inclusão ativa e interventiva de todos os membros familiares.

Gestão da crise: Visa auxiliar a família na construção de um plano de prevenção da crise em que é solicitado que preencham uma folha – «Plano – Sinais precoces de aviso», em que a identificação de sinais prodrómicos bem como de estratégias eficientes são desenvolvidas conjuntamente com a família, para que se possa evitar a recaída.

Fase Final

Preparação do fim do processo: Estabelece-se quando todas as perícias e competências foram ensinadas e aplicadas pela família, e se perceciona um funcionamento familiar otimizado, que facilitará a manutenção de um estado psicológico estabilizado e um funcionamento social/ocupacional da pessoa, de acordo com as suas capacidades. Espera-se que não haja problemas significativos decorrentes da doença mental que interfiram com a vida de todos os membros familiares (incluindo a pessoa). Logo, far-se-á uma nova negociação com a família quanto ao seguimento (*follow up*), primando pela manutenção do contacto da família com os profissionais de saúde, bem como, com a sua disponibilidade, para novamente ajudar no caso de a família o necessitar (p. ex. face a uma nova recaída).

Com o objetivo de monitorizar os ganhos com a TFC, agenda-se, pelo menos, um contacto aos 3 meses, 6 meses e 12 meses após o término da intervenção para poder acompanhar a evolução da família.

Avaliação: Os critérios de avaliação baseiam-se na aplicação de questionários/escalas, nomeadamente:

- Questionário de problemas familiares
- Escala de *stress* percecionado

- Escala de avaliação de discernimento (*insight*) nas psicoses
- Os questionários/escalas serão utilizados em dois momentos diferentes, durante a aplicação do programa, concretamente na fase inicial e na fase final da intervenção, com a intenção de comprovar os ganhos da família e da pessoa:
    - No aumento dos conhecimentos sobre a doença mental;
    - Na aquisição de competências comunicacionais e de resolução de problemas por parte da família;
    - Na redução dos níveis de *stress* dos membros familiares e de sobrecarga do cuidador;
    - Na melhoria das estratégias de *coping* (lidar com) utilizadas pela família.

ANEXO III

INTERVENÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS, ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO EESMP, PASSÍVEIS DE SEREM DESENVOLVIDAS NO PLANEAMENTO DA ALTA

INTERVENÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS, ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO EESMP, PASSÍVEIS DE SEREM DESENVOLVIDAS NO PLANEAMENTO DA ALTA:

- Executar aconselhamento.
- Executar apoio emocional.
- Executar entrevista motivacional.
- Executar estimulação cognitiva.
- Executar intervenção breve.
- Executar intervenção de reabilitação psicossocial.
- Executar intervenção em crise.
- Executar intervenção familiar
- Executar intervenção para a autoperceção positiva.
- Executar intervenção psicoeducativa.
- Executar modificação de comportamento.
- Executar orientação para a realidade.
- Executar programa de ajuda mútua.
- Executar programa de capacitação do cuidador de pessoa com demência.
- Executar programa de literacia em saúde mental.
- Executar programa de prevenção do suicídio.
- Executar programa de primeira ajuda em saúde mental.
- Executar programa de saúde mental positiva.
- Executar reestruturação cognitiva.
- Executar relação de ajuda.
- Treinar técnica de autocontrolo.
- Executar técnica de relaxamento.
- Executar técnica de resolução de problemas.
- Executar treino metacognitivo.
- Treinar competências sociais.
- Treinar o comportamento assertivo.

**(Ordem dos Enfermeiros, 2019 - Padrão Documental em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.
Nota da MCEESMP: Este documento não se encontra ainda publicado. Documento aprovado em Assembleia do Colégio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a 26 de janeiro de 2019.)**

ANEXO IV

FLUXOGRAMA: INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO

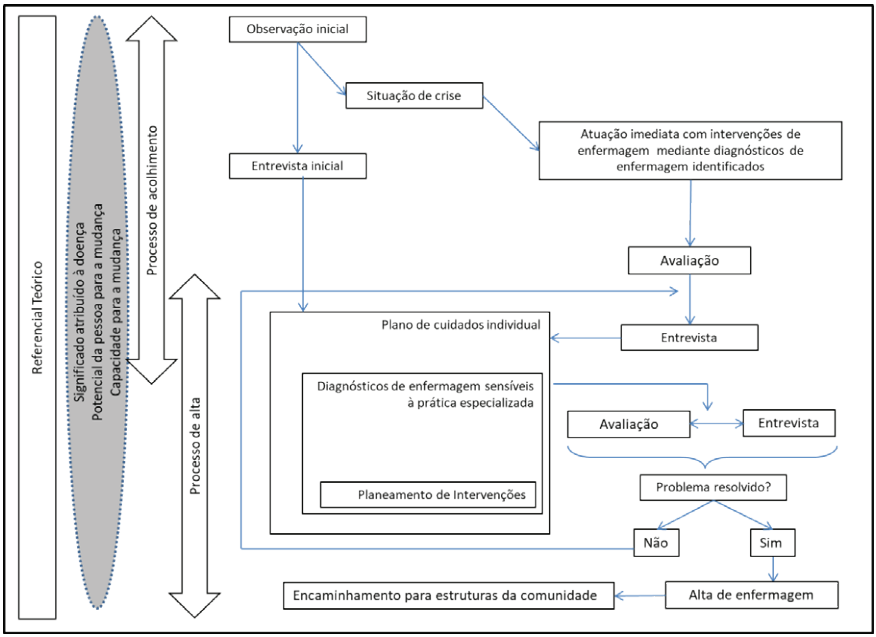

Figura 2 - Intervenção especializada em contexto de internamento

ANEXO V

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EESMP COM VISTA A ASSEGURAR A CONTINUIDADE DE CUIDADOS

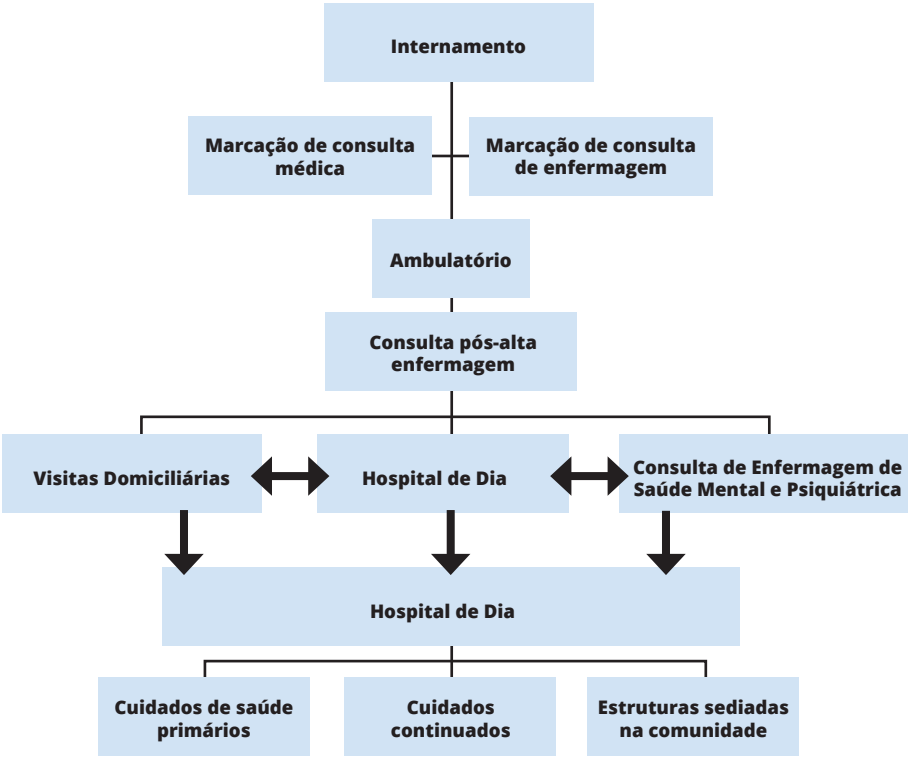

Figura 3 - Atuação do enfermeiro EESMP com vista a assegurar a continuidade de cuidados



PORTUGAL
2021