



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

Literacia em Saúde Mental dos Enfermeiros de Cuidados Gerais

Emília de Jesus Guerra Gomes

Orientação: Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Literacia em Saúde Mental dos Enfermeiros de Cuidados Gerais

Emília de Jesus Guerra Gomes

Orientação: Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Évora, 2018



Se tratarmos as pessoas como elas devem ser, nós as ajudamos a se tornarem o que elas são capazes de ser”

Johan Wolfgang Von Goethe

RESUMO

Literacia em Saúde Mental de Enfermeiros de Cuidados Gerais

A saúde mental e mais concretamente o campo das doenças mentais e psiquiátricas é com toda a certeza uma das áreas da saúde que mais alterações tem produzido ao longo das últimas décadas.

Assim, e se é comumente aceite que a saúde mental é um bem a preservar, sendo considerada uma prioridade da saúde pública dado o seu inestimável valor, as doenças são contingentes da condição humana, com pesadas implicações para os indivíduos e para a sociedade (OMS, 2001).

O presente relatório visa responder às exigências regulamentares do Curso de Mestrado em Enfermagem – Ramo de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica relatando as incidências da realização de um Estágio Final.

O referido Estágio foi desenvolvido no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE e teve como temática avaliar o nível de literacia em saúde mental dos enfermeiros cuidados gerais.

O referido projeto propunha-se partir de uma avaliação tomando como instrumento de colheita o questionário QualisMental (Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental, versão adaptada e autorizada para Portugal do *National Survey of Mental Health Literacy in Young People – Interview version*) e mediante os resultados obtidos estruturar uma proposta de consultoria em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica de ligação numa Unidade Local de Saúde, na esfera de competências do Enfermeiro Especialista.

Não foi possível concretizar o referido projecto na sua totalidade já que as autorizações do Conselho de Administração da ULSNA não foram despachadas até à data da conclusão do Estágio.

No entanto não quisemos deixar de apresentar a referida proposta.

Este documento pretende, ainda, analisar o processo de aquisição de competências de Mestre e de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Palavras-chave: Literacia; Saúde Mental; Psiquiatria; Enfermagem

ABSTRACT

Mental Health literacy of General Care Nurses

The mental health, and the field of mental diseases is, without a doubt, one of health areas that had more changes in the last decades.

Therefore, if its well known that the mental health is a value to preserve, being considered one priority in the public health due to its priceless value, the diseases are contingents in the human condition, with heavy implications to the individuals and the society (OMS, 2001).

This report aims to respond to the regulatory requirements of the Master Course in Nursing - Mental and Psychiatric Nursing Health reporting the incidences of the completion of a Final Stage.

This internship was developed in the department of psychiatrics and mental health of the Local health of North Alentejo and had as thematic, to evaluate the level of the literacy in mental health of the nurses of global care.

This project proposed starting from an evaluation using the “QualisMental” questionnaire (Questionnaire for Assessment of Mental Health Literacy, adapted and authorized for Portugal from the National Survey of Mental Health Literacy in Young People - Interview version) and using the results obtained structuring a proposal of Consulting in Mental Health and Psychiatric Nursing in a Local Health Unit, within the competence of the Specialist Nurse.

This project could not be fully implemented since the authorizations of the Board of Directors were not dispatched until the public discussion of this Report.

This document intends to analyze the process of skills acquisition of master and development of skills of the specialist nurse, in mental health and psychiatrics nursing.

Keywords: Literacy; Mental Health; Psychiatry; Nursing



DEDICATÓRIA

Aos meus pais pelo apoio incondicional e por serem o meu pilar.

AGRADECIMENTOS

Às pessoas que passaram ou estão presentes na minha vida e que de alguma forma, contribuíram para a minha formação, gostaria de agradecer a forma como me ensinaram, incentivaram e transmitiram conhecimentos.

Às Enfermeiras Especialistas Marisa Rodrigues e Rosa Marques, minhas orientadoras no Estágio I.

À minha orientadora no Estágio Final Enf.ª Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria Maria Isabel Telo, pela sua dedicação e orientação durante todo o ensino clínico, assim como a todo o pessoal do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULSNA, situado no Hospital Dr. José Maria Grande, em Portalegre, pelo esforço e simpatia que sempre demonstraram.

Ao Professor Doutor Raul Cordeiro, docente que me orientou todo o relatório clínico e posterior defesa perante o júri, o meu muito obrigada.

Aos meus colegas do Serviço de Medicina Ala Direita e ao meu chefe Enf.º António Louro, pela disponibilidade profissional em assegurar a mesma qualidade no serviço, possibilitando a minha frequência no Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Aos colegas de Mestrado, em especial às colegas Madalena Santos e Joana Carvalho que estiveram sempre presentes.

Agradecer de uma forma muito especial aos amigos e sobretudo aos meus pais e ao João pelo enorme apoio e muita disponibilidade.

A todos os que mencionei o meu MUITO OBRIGADA, pois sem vocês talvez não tivesse sido possível.



SIGLAS E ABREVIATURAS

CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

Cit. – citando

DGS – Direção Geral de Saúde

DSMP – Departamento Saúde Mental e Psiquiatria

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

ESMP – Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

HDJMG – Hospital Dr. José Maria Grande

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p.- página

pág.- página

SAPE – Sistema de apoio à prática de enfermagem

UE – Universidade de Évora

ULSNA - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

UTRA – Unidade de Tratamento e Reabilitação de Alcoólicos SAPE – Sistema de Apoio a Prática de Enfermagem



ÍNDICE

1- INTRODUÇÃO	13
2 – ANÁLISE DO CONTEXTO	15
2.1 – Recurso organizacional.....	15
2.2 – Caracterização do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental	16
2.3 – Recursos humanos	21
2.4 – Recursos pessoais.....	21
3 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
3.1 – Literacia em Saúde	22
3.2 – Literacia em Saúde Mental.....	22
3.3 – Contextualização da problemática.....	29
3.3.1 – Objectivo geral	29
3.3.2 – Objectivos específicos	30
3.3.3 – Amostra	30
3.3.4 – Procedimentos a executar.....	30
3.3.5 – Dados a colher ao longo da intervenção	31
3.3.6 – Importância da Intervenção	31
3.3.7 – Motivos pessoais e profissionais.....	31

3.3.8 – Análise estatística dos dados.....	31
4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	32
4.1- Competências Comuns de Enfermeiro Especialista.....	32
4.2 - Competências Específicas da prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.....	33
4.1.3 – Competências de Mestre	41
5 – PROPOSTA PARA CONSULTORIA EM ESMP DE LIGAÇÃO	42
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
7 – CONCLUSÃO	46
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
Anexos	50
Anexo I.....	51
Declaração de Aceitação de Orientação	51
Anexo II.....	53
Cronograma de Actividades.....	53
Anexo III.....	55
Pedido de Autorização à ULSNA	55



Anexo IV.....	57
Questionário QualisMental	57
Anexo V.....	67
Estudo de Caso	67
DEPRESSÃO COM ALCOOLISMO	67
Anexo VI.....	82
Sessão de Formação	82
HIGIENE DO SONO	82
Anexo VII.....	96
Artigo Estágio Final.....	96



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Caracterização distrito de Portalegre.....	15
Figura 2- Modelo conceptual da literacia em Saúde.....	24
Figura 3 – Sub-dimensões da Literacia em Saúde	29

1- INTRODUÇÃO

A elaboração deste Relatório de estágio surge no âmbito do programa de estudos do primeiro curso de Mestrado em Associação em Enfermagem, promovido pelas Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Portalegre, Beja, Setúbal e Castelo Branco e pela Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, na Unidade Curricular de Relatório.

Este relatório tem como objectivo primordial a apresentação do relatório final do estágio que decorreu entre 18 de setembro de 2017 e 26 de janeiro de 2018, no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria – Internamento de Agudos – na Unidade Local do Norte Alentejano, Hospital Dr. José Maria Grande.

O presente trabalho é elaborado em concordância com o decreto-lei n.º 74/2006 de 24 de Março, republicado como anexo do decreto-lei n.º 115/2013 (Ministério da Educação e Ciência, 2013) e com os regulamentos da Ordem dos Enfermeiros, referentes às competências de mestre, às competências comuns dos enfermeiros especialistas e às competências específicas dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica.

O presente estágio teve uma duração total de 16 semanas, respeitando o prazo limite estabelecido pelo calendário escolar da Universidade de Évora (UE).

A organização atribuída ao presente documento obedece às indicações dispostas no Regulamento do Estágio Final e Relatório dos Mestrados em Enfermagem, fornecido pelo Diretor de Curso, e a sua redação e formatação está de acordo com a sexta edição da Norma da *American Psychological Association* (APA, 2010).

Os objectivos deste relatório visam:

↳ Demonstrar a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental;

↳ Demonstrar a necessidade de existência de consultoria em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica de ligação numa Unidade Local de Saúde, partindo de uma avaliação prévia do nível de literacia em saúde mental de enfermeiros de cuidados gerais.



Este relatório encontra-se dividido em cinco partes principais. Na primeira surge a caracterização e análise do contexto onde decorreu esta intervenção, fazendo-se menção aos recursos físicos e humanos bem como à sua dinâmica.

Numa segunda parte é feito o enquadramento teórico sobre literacia em saúde e literacia em saúde mental.

Na terceira parte é feita a análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas.

A quarta parte refere-se a uma proposta de consultoria em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Na última, e quinta parte, são feitas as considerações finais bem como uma reflexão a nível profissional e pessoal.

2 – ANÁLISE DO CONTEXTO

A elaboração deste relatório de estágio surge na Unidade Curricular Estágio Final, que decorreu entre 18 de setembro de 2017 e 26 de janeiro de 2018, no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria – Serviço de Internamento de Psiquiatria – ULSNA – Hospital Dr. José Maria Grande, Portalegre, sob a supervisão de ensino clínico da Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Maria Isabel Telo. A orientação pedagógica esteve a cargo do Professor Doutor Raul Cordeiro, docente do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

2.1 – Recurso organizacional

A Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE foi criada em 1 de Março de 2007 (Decreto-Lei n.º 50-B/2007, 28 de Fevereiro de 2007), entidade jurídica que presta cuidados assistenciais de saúde primários e diferenciados, tendo como principal objectivo a prestação de cuidados de saúde primários, secundários, cuidados de reabilitação, cuidados continuados integrados e paliativos à população.

A sua área de influência corresponde ao distrito de Portalegre abrangendo todos os seus concelhos: Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Nisa, Ponte de Sôr, Portalegre e Sousel.



Figura 1 - Caracterização distrito de Portalegre

A ULSNA, E.P.E. é constituída pelos Hospitais Dr. José Maria Grande de Portalegre e Santa Luzia de Elvas, bem como pelo Agrupamento de Centros de Saúde de São Mamede, cuja composição se encontra prevista no artigo 33.º do Regulamento. de Elvas e pelos Centros de Saúde do distrito de Portalegre.

O objectivo da ULSNA assenta na promoção do potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde.

2.2 – Caracterização do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

O Serviço de Psiquiatria presta assistência psiquiátrica e de saúde mental aos utentes com idade superior a 18 anos de idade, de ambos os sexos, que residem no distrito de Portalegre ou fora dele, sendo que tenham recorrido ao Serviço de Urgência ou à Consulta Externa, havendo necessidade de internamento. Os utentes são referenciados pelo Médico de Família, outras instituições ou serviços, recorrendo ao Serviço de Urgência, por iniciativa própria, ou respectiva família. Na admissão, o utente passa primeiramente pela Consulta Externa do Departamento de Psiquiatria, ou Serviço de Urgência Geral/Psiquiátrica, onde o Enfermeiro, Médico, Psicóloga ou Assistente Social realizam uma entrevista inicial, para posteriormente o Médico Psiquiatra analisar e encaminhar para o tratamento, que segundo a condição médica, aditiva, mental, relações interpessoais, suporte familiar e financeiro e problemas legais do indivíduo, determina em concordância com este, se o tratamento se iniciará em contexto de internamento ou de domicílio. O seu internamento pode ser voluntário ou em regime compulsivo (previsto na Lei nº. 36/98, de 24 de Julho, conhecida por Lei de Saúde Mental).

É, também, objectivo do serviço melhorar a qualidade dos cuidados, através da realização de programas de educação e promoção para a saúde ao utente/família reabilitando e reintegrando os utentes na comunidade, prevenindo deste modo recaídas e diminuindo os reinternamentos. Actualmente o Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria coloca ao serviço da população do distrito de Portalegre as seguintes valências:

Consulta Externa de Psiquiatria – Realiza-se de segunda-feira a sexta-feira no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Dr. José Maria Grande.

Área de Atendimento Infantil e Juvenil – Consulta diária no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Dr. José Maria Grande, onde o diagnóstico e intervenção, na criança, adolescente e família, se realiza consoante as necessidades.



Consulta de Psicologia Clínica – Realiza-se de segunda-feira a sexta-feira no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Dr. José Maria Grande.

Consulta/Assistência de Serviço Social – É realizada diariamente, sempre que necessário aos utentes e famílias que recorram a este serviço.

Consulta/Terapia Ocupacional – É realizada semanalmente para utentes externos ao Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria.

Urgências Psiquiátricas – Estão incluídas no Serviço de Urgência Geral, sendo responsáveis pela avaliação clínica 2 Médicos Psiquiatras e sempre que necessário uma psicóloga, nos dias úteis no horário das 9.00h às 21.00h no Hospital Dr. José Maria Grande. Sempre que não haja Médico Psiquiatra escalado no Serviço de Urgência os doentes são encaminhados para o Hospital Central de referência, Hospital de São José, em Lisboa.

U.T.R.A. - Unidade de Tratamento e Recuperação de Alcoólicos – As sessões de terapia de grupo da Unidade de Tratamento e Recuperação de Alcoólicos de Portalegre, atendem grupos de indivíduos de ambos os sexos (entre 5 a 10 pessoas, por sessão) que vêm do serviço de internamento e consultas externas. São sessões quinzenais, durante mais ou menos um ano, com a intervenção autónoma e da inteira responsabilidade dos Senhores Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Ana Tomás e Manuel Brandão.

Comunidade – Visitação Domiciliária – A equipa de enfermagem actua de forma planeada na supervisão terapêutica e na relação de ajuda ao utente/família e/ou cuidador, com participação efectiva da assistente social e caso seja necessário do Médico Psiquiatra responsável. Os Enfermeiros responsáveis pela visita domiciliária são “Enfermeiros de Referência” dos doentes, indo quinzenalmente ou mensalmente visitá-los de forma a fazerem um acompanhamento mais presente e tendo como intuito diminuir a taxa de reincidência de internamento.

Formação – Processo Formativo – O serviço envolve-se no processo formativo na medida em que coloca ao dispor recursos físicos e técnicos para:

✓ Ensinos clínicos no curso de pós licenciatura de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e/ou mestrado em enfermagem;

✓ Ensinos clínicos no curso de licenciatura em enfermagem;

✓ Ensinos clínicos em Programa de Erasmus no curso de licenciatura em enfermagem;

✓ Ensinos clínicos de licenciatura em medicina;

✓ Internato de medicina geral e familiar;

✓ Internato complementar de psiquiatria;

✓ Ensinos clínicos de psicologia clínica;

✓ Ensinos clínicos de terapia ocupacional.

A equipa multidisciplinar do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental é constituída por dezasseis enfermeiros, doze dos quais trabalham em regime de *roulement*, e três em regime de horário fixo, mais especificamente a enfermeira chefe, uma enfermeira coordenadora do serviço e a enfermeira responsável pelas consultas externas. O outro elemento está actualmente destacado para funções sindicais.

A equipa médica constitui-se por três médicos especialistas em psiquiatria, um dos quais é Director de Serviço e outro é Coordenador do Serviço de Internamento. Realiza internato em psiquiatria uma médica. Destacam-se ainda duas técnicas de serviço social, que orientam a sua prática diária no apoio social aos utentes/famílias que se encontram no serviço de internamento ou no ambulatório, uma psicóloga, que trabalha em conjunto com a equipa de enfermagem, na realização de entrevistas e elaboração de testes de avaliação psicológica aos utentes em internamento. Integra ainda a equipa de saúde, a terapeuta ocupacional que adequa a sua acção em sessões de grupo ou individual diariamente, contando sempre com a participação da equipa de enfermagem caso seja necessário. Por fim completam a equipa multidisciplinar quatro assistentes operacionais em regime de *roulement* e duas assistentes operacionais com horário fixo, que desempenham actividades de acordo com as



necessidades dos utentes e do serviço. O Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental (Internamento) tem uma lotação de onze camas, sendo composto por três enfermarias, uma sala de convívio, uma sala de fumo, uma sala de televisão, uma sala de terapia ocupacional, um jardim interno, uma sala de trabalho de enfermagem, vários gabinetes e instalações próprias de uma unidade hospitalar (wc homens e mulheres, rouparia, refeitório, copa, arrecadação).

A equipa multidisciplinar reúne-se semanalmente quarta-feira ou quinta-feira, onde médicos, enfermeiros, terapeuta ocupacional, técnica de serviço social e psicóloga avaliam utente a utente em termos da sua evolução clínica o ajuste necessário do plano terapêutico e intervenções a realizar com os mesmos.

A equipa de enfermagem na sua maioria possui vários anos de experiência profissional na área da saúde mental e psiquiatria, salientando o facto de seis dos dezasseis enfermeiros do serviço terem creditações de enfermeiros especialistas sendo os restantes seis elementos enfermeiros generalistas e de cuidados gerais. A metodologia de trabalho do serviço, caracteriza-se pelo método por Enfermeiro Responsável. A distribuição dos utentes é feita pelo responsável de turno, pelos diferentes enfermeiros presentes no turno. De salientar ainda que no turno da manhã (8h-16h), no Serviço de Internamento, estão presentes dois enfermeiros, a enfermeira-chefe, um assistente operacional e os restantes técnicos do serviço. No turno da tarde (16h-24h), encontram-se no serviço dois enfermeiros, um assistente operacional, sendo exactamente igual no turno da noite (00h-8h).

Deste modo, o enfermeiro é o responsável pela admissão do utente no serviço, realizando a entrevista de avaliação diagnóstica, identificando os diagnósticos, avaliando as necessidades e planeando as intervenções para o utente. É estabelecido o plano individual de cuidados, traçando objectivos e intervenções de forma a obter ganhos em saúde. No decorrer do internamento e de acordo com a evolução clínica do utente, esse mesmo plano deverá ser orientado de acordo com o estado clínico do utente ou até mesmo delineando outro plano de cuidados mediante a necessidade para tal. Na programação da alta clínica, o processo clínico fica concluído e o plano de cuidados definido, que poderá ter sido atingido ou não, sendo então realizada a carta de alta de enfermagem ou de transferência. O processo clínico encontra-se informatizado.

No que respeita aos registos de enfermagem, foi adoptada pela ULSNA a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), colocada em prática através do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Esta classificação permite avaliar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem através das respostas às intervenções de enfermagem, tendo por base os diagnósticos identificados, de



modo a obter ganhos em saúde. São utilizadas as seguintes escalas: Escala numérica da dor, avaliada diariamente e sempre que necessário; Escala de Morse para avaliação do risco de quedas; Escala de Braden, avaliada em dias alternados, para avaliação do risco de úlceras de pressão (no turno da manhã).

Após a admissão do utente no serviço, vários procedimentos e regras são explicadas aos próprios utentes e seus familiares, sendo desde logo verificados todos os seus pertences e sendo entregues à família ou ao acompanhante os objectos de valor, se o mesmo assim o entender. Não é permitido o utente ter em sua posse o telemóvel, computador, objectos cortantes, cintos, ou outros objectos que possam pôr em causa a sua integridade física e a dos restantes utentes. Relativamente ao consumo de tabaco no caso de o utente não ter condições para gerir o próprio consumo, os cigarros são guardados em local próprio e facultado ao utente sensivelmente um a dois cigarros por hora.

Os utentes têm indicações expressas que só podem fumar na sala definida para esse fim (sala de fumo) com ventilação e condições propícias a isso, ou no jardim interno do serviço.

Os utentes podem realizar chamadas para o exterior e receber todas as que lhe sejam dirigidas, no entanto se os profissionais de saúde entenderem que os contactos são prejudiciais para o utente, podem restringir esses mesmos contactos.

Relativamente às visitas por parte de familiares e amigos as mesma estabelecem-se fora do internamento numa sala destinada para esse efeito, não havendo, por isso uma maior supervisão da parte dos profissionais de saúde. Existem diariamente dois horários de visitas, sendo estes das 14h às 15h e das 18h às 19h. Os utentes têm o direito de recusar receber qualquer contacto do exterior assim como visitas da família e amigos desde que expressem essa vontade junto da equipa multidisciplinar.

O serviço pretende contribuir para uma melhoria da qualidade de vida dos utentes que nele se inserem e os cuidados prestados visam uma evolução positiva quer nos utentes, quer na família. Desta forma e sempre que seja benéfico os utentes saem à rua acompanhados pela terapeuta ocupacional e por enfermeiros do serviço, para realizarem pequenos passeios, indo ao bar do Hospital beber um café por exemplo, com o intuito de fomentar momentos que favoreçam uma interacção com o meio e uma reintegração social.



2.3 – Recursos humanos

A Enfermeira mestranda - estudante do curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Emília de Jesus Guerra Gomes; a Supervisora Clínica – Enfermeira Maria Isabel Telo e o Professor Orientador – Raul Cordeiro.

2.4 – Recursos pessoais

A mestranda para a execução do presente ensino clínico mobiliza os conhecimentos adquiridos no 1º e 2º semestre do curso de Mestrado, assim como outros saberes alcançados ao longo da vida profissional, a mobilização de competências de reflexão e autoanálise, motivação pessoal, dedicação e empenho.

3 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

3.1 – Literacia em Saúde

Enfermeiros com maior nível de literacia em saúde mental e psiquiatria agirão em conformidade com as situações que lhes surgirão, uma vez que se tornarão detentores de mais conhecimentos para tomar decisões. Segundo Nutbeam (2000), este termo consiste em muito mais do que capacitar o indivíduo para o correcto seguimento de prescrições, tabelas terapêuticas, folhetos informativos, bulas de medicamento. Engloba a capacidade para interagir e para exercer controlo em situações com o objectivo de manter ou melhorar a condição de saúde. O seu maior contributo será o poder que fornecerá ao indivíduo – *empowerment*, que segundo OMS (2014), o empoderamento da comunidade é mais do que a participação ou envolvimento das comunidades pois implica o domínio e acção da comunidade na mudança social e política. É um processo de renegociação, com o objectivo de alcançar maior controlo, considerando que se algumas pessoas tiverem poder, então outros irão adquirir esse poder, iniciando-se um processo de partilha (Baum 2008 cit. por OMS, 2014). O poder é um conceito central na fortificação da comunidade e promoção da saúde. É um processo contínuo, no qual indivíduos e/ou comunidades adquirem capacidades, fomentam parcerias e ganham voz ou seja, poder necessários para ganharem controlo sobre as próprias vidas. Logo, empoderar a pessoa pode ajudá-la a compreender as suas próprias situações e aumentar o controlo sobre os factores que afectam a sua vida (www.who.int/healthpromotion/conferences/).

A capacitação para a tomada de decisão e de escolha pela opção e/ou resposta adequada é adquirida mais facilmente com o uso de uma ferramenta bastante produtiva neste papel - a literacia em saúde – que será crucial no empoderamento do indivíduo. Para reforçar, OMS (2014), refere que a literacia é uma capacidade que determinará o alcance da compreensão e uso da informação no sentido da promoção e manutenção de um bom estado de saúde.

3.2 – Literacia em Saúde Mental

A doença mental surge quando uma ou diversas capacidades humanas fracassam de certa forma. Segundo Neeb (2000, p.178), as capacidades necessárias para a manutenção de saúde mental são a de ser flexível, ter sucesso, estabelecer relações próximas, julgar adequadamente, resolver problemas, lidar com *stress* do dia-a-dia e sentir o eu de forma positiva. Em enfermagem a doença mental segundo a



autora é nomeada de “ameaças” e são as alterações ou dificuldades em gerir as capacidades acima referidas que nos tornam doentes mentais.

A Literacia no âmbito da saúde mental é fundamental para a sua prevenção, logo para a diminuição do número de pessoas com perturbações mentais. Segundo o PNPS, (2013-2017, p. 32), “A literacia em saúde pode ser entendida como o conjunto das competências cognitivas e sociais e capacidades que permitem aos indivíduos aceder, compreender e usar informação relativa a questões de saúde. Ao longo da última década tem sido vista como uma dimensão fundamental para os programas de promoção da saúde e prevenção das perturbações mentais”.

A literacia em saúde mental é segundo Jorm (2000), conhecimentos e crenças sobre distúrbios mentais, que suportam o seu reconhecimento, gestão e prevenção. Porém segundo Loureiro, (2011, p. 164), a literacia em saúde mental não se limita a esta definição, sendo que: “ (...) faz um apelo inequívoco para o valor que a saúde e bem-estar assumem para os indivíduos, tendo consciência daquelas que são as implicações em termos pessoais e sociais das doenças mentais”.

Ainda Jorm et al, (1997 cit. por Loureiro, 2011, p. 162), a literacia em saúde mental inclui determinados componentes essenciais, “a) the ability to recognise specific disorders or different types of psychological distress; b) Knowledge and beliefs about risk factors and causes; c) knowledge and beliefs about self-help interventions; d) knowledge and beliefs about professional help available; e) attitudes which facilitate recognition and appropriate self-seeking and f) knowledge of how to see mental health information”.

Segundo a UNESCO, citada no portal da DGS (2003), “Literacia é a capacidade para identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e usar as novas tecnologias, de acordo com os diversos contextos. A Literacia envolve um processo contínuo de aprendizagem que capacita o indivíduo a alcançar os seus objectivos, a desenvolver os seus potenciais e o seu conhecimento, de modo a poder participar de forma completa na sociedade”.

Segundo o modelo conceptual de literacia em Saúde, o processo dinâmico relacionado com a literacia engloba a relação indivíduo-sociedade dando ênfase ao conceito de competência. Segundo Mancuso (2008 cit. por Loureiro, 2011) podemos observar que os atributos da literacia são a compreensão, capacidade e comunicação.

Especificamente, a nível de saúde mental, quando se fala em literacia, é um requisito para a detecção das perturbações e intervenções de forma atempada com vista à promoção da saúde.

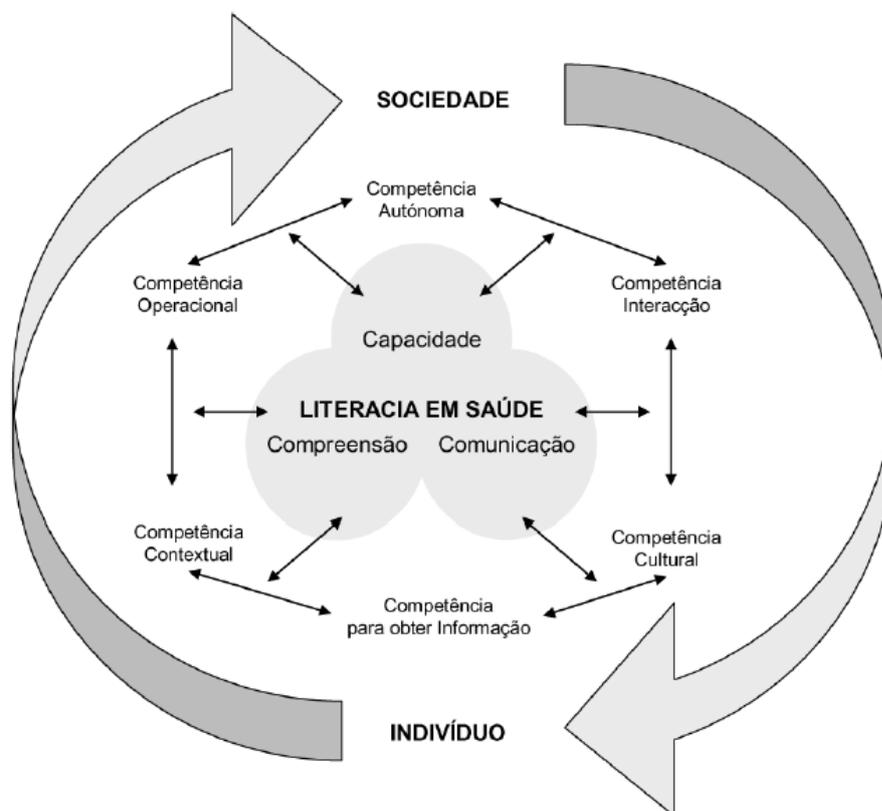


Figura 2- Modelo conceptual da Literacia em Saúde, (Mancuso, J. 2008 cit. por Loureiro, L. et al, 2011)

Segundo o Conselho Nacional de Saúde Mental, (2002, p. 5), “há uma necessidade cada vez mais premente de dar a conhecer e de sensibilizar a população para os problemas da Saúde Mental. Há necessidade de promover uma campanha nesse sentido, porque as suas perturbações aumentam em flecha no nosso país, tal como nos países mais desenvolvidos”.

Esta urgência é demonstrada no mesmo documento, p. 5, pela apresentação de alguns números: “Mais de 20% da população adulta sofre de algum problema de Saúde Mental em certa altura da sua vida; O número de suicídios nos países da comunidade europeia é igual ou superior ao número de mortos em acidentes de viação; A depressão ocupa o quarto lugar na lista das doenças com mais prejuízos económicos (DALYs. Na progressão actual ocupará o segundo, daqui por quinze anos (OMS); As doenças mentais acarretam um custo equivalente a 3-4 % do produto nacional bruto na Região Europeia (C. E.)”.



Considerando a prevalência de doenças mentais na população portuguesa, torna-se indispensável a promoção da literacia em saúde mental. Se esta não for promovida pode resultar num obstáculo para a população, na aceitação dos cuidados de saúde mental baseados na evidência e as pessoas portadoras de perturbação mental poderão ser menosprezadas e não ter acesso aos cuidados de saúde, nem apoio por parte da comunidade (Jorm, 2000).

Deve caminhar-se no sentido de tornar cada indivíduo competente, conhecedor e informado, oferecendo-lhe uma arma poderosa – maior literacia. A literacia em saúde é “facilitadora para a participação efectiva nos cuidados de saúde. Porém existe ainda a necessidade de estudar a forma de aumentar e fazer com que constitua uma verdadeira influência nos cuidados de saúde” (Antunes, 2014, p. 125).

Através dos estudos analisados compreende-se que um baixo nível de literacia em saúde acarreta consequências negativas no sistema em geral e são vários os autores que as apresentam. Baseado em diferentes estudos (Nielsen-Bohlman, Panzer & Kindig, 2004; Weiss, 2005; Edmunds, 2005), Mancuso (2008 cit. por Loureiro, 2011, p. 162) enumera as seguintes consequências: “(...) custos acrescidos nos cuidados de saúde; reduzido ou falso conhecimento sobre as doenças e tratamentos; menor competências de autogestão; menor capacidade para cuidar de pessoas em condições crónicas; erros de medicação; incapacidade para lidar com sucesso com o sistema de cuidados de saúde.”

Segundo Loureiro (2011), a baixa literacia em saúde mental acarreta consequências e riscos para a sociedade, impedindo o reconhecimento atempado dos sintomas, tanto no próprio como nos outros, atrasando a procura de ajuda. Existe ainda a dificuldade em comunicar com os profissionais de saúde, não só porque desconhecem a disponibilidade dos serviços de saúde mas também porque desconhecem que estão doentes.

Para reforçar, Santos (2010) refere que, a baixa literacia em saúde se relaciona com a baixa compreensão de conceitos básicos, baixa auto-eficácia na prevenção e gestão de problemas de saúde, bem como comportamentos ineficazes de saúde: uso inadequado de medicamentos, uso excessivo dos serviços de saúde, ou ineficácia em lidar com situações de emergência. De acordo a Associação Médica Americana, (cit. por Monteiro, 2009, p. 24) a baixa literacia em saúde é “um prognóstico mais forte da saúde individual do que a idade, rendimentos, estatuto profissional, nível académico ou raça”.

Para Antunes (2014, p. 123), a baixa literacia em saúde relaciona-se com a “dificuldade na prevenção e na gestão de problemas de saúde, bem como com comportamentos ineficazes de saúde”



ou seja, com o uso indevido de, medicamentos e serviços de saúde (nomeadamente serviços de urgência) e com a dificuldade em intervir em situações de emergência. As consequências da baixa literacia em saúde são, taxas de hospitalização mais altas e mais longas no tempo implicando mais custos, uma vez que implica mais exames de diagnóstico, mais terapêutica, e outras despesas associadas a um internamento, a fraca adesão à prescrição terapêutica, a diminuição da utilização de medidas preventivas e afecta ainda a comunicação médico-utente.

Como já definido anteriormente, a literacia é a capacidade do indivíduo em compreender e utilizar a informação no sentido da promoção e manutenção de um bom estado de saúde (OMS, 2014), porém essa informação convém ser transmitida de forma eficaz e de acordo com os traços da população a que se direcciona,

“A transmissão da informação sobre a saúde é mais eficaz quando os seus conteúdos são especificamente desenhados para uma pessoa ou para um grupo populacional e quando a mensagem é bem delimitada, realçando os benefícios (ganhos) e os custos (perdas) associados aos comportamentos e às tomadas de decisão” (Antunes, 2014, p.123).

Para desenvolver a literacia os profissionais de saúde deverão tornar-se “cada vez melhores comunicadores e melhores utilizadores das tecnologias de informação”.

Para o mesmo autor, outra área que deverá ser desenvolvida, é a assertividade e *empowerment* dos utentes, sendo importante desenvolver acções destinadas a promover competências de comunicação. Nos serviços de saúde e na comunidade, estas acções poderão tornar o indivíduo mais pró-activo na procura de informação sobre saúde.

“Nos serviços de saúde trata-se de aumentar o seu nível de participação, ajudar a identificar as preocupações, incentivar a fazer, antes da consulta, exames ou tratamentos, uma lista do que querem falar ou perguntar, assegurar que consegue fazer as perguntas que quer fazer. Na comunidade trata-se de contribuir para o desenvolvimento da literacia de saúde, através de actividades nas escolas, locais de trabalho, grupos comunitários e, ainda, de aumentar o acesso à Internet, o que é essencial para aumentar a acessibilidade à informação de saúde, bem como o contacto com técnicos e serviços de saúde” (Teixeira, 2004, p. 619).

A promoção e educação para a saúde é outro componente que merece realce, uma vez que pode constituir-se como importante foco de intervenção principalmente no desenvolvimento da literacia em saúde mental. A promoção da saúde mental implica a criação de condições individuais, sociais e



ambientais que visem o desenvolvimento otimizado, tanto físico como psicológico. Estas iniciativas envolvem o indivíduo neste processo de obtenção de uma saúde mental positiva, de qualidade de vida e diminuindo a diferença na esperança de vida entre países e grupos (WHO, 2004, p.16). A prevenção da doença mental pode ser considerada como uma estratégia de promoção, sendo que é definida, como um processo que almeja reduzir a incidência, prevalência, recidiva da doença mental, a duração dos sintomas ou das condições de risco, prevenindo e atrasando recorrências e ainda diminuindo o impacto da doença na pessoa afectada, na família e na sociedade. A diferença entre promoção e prevenção reside no alvo a que cada uma se destina. A promoção tenta alcançar uma positiva saúde mental aumentando o bem-estar, as competências da população e a resiliência, construindo ambiente e condições que o suportem. A prevenção por sua vez servirá para reduzir os sintomas e em última análise, os próprios distúrbios mentais. Uma saúde mental positiva é uma excelente arma e um poderoso factor de protecção contra a doença mental WHO (2004, p.17).

Os principais factores influenciadores da saúde mental são de natureza ambiental e socioeconómica tais como a pobreza, a guerra e a desigualdade. Podemos verificar que os utilizados para este tipo de risco são o *empowerment*, integração das minorias étnicas, interacções interpessoais positivas, participação social, responsabilidade social e tolerância, serviços sociais e as redes de apoio social e comunitário. O primeiro muito ligado à literacia em saúde mental poderá ser a grande resposta para uma significativa melhoria das condições em que o indivíduo pensa, reflecte e age na sua saúde e pela sua saúde. Ao longo da última década tem sido vista como uma dimensão fundamental para os programas de promoção da saúde e prevenção das perturbações mentais” (Plano nacional de prevenção do suicídio, 2013-2017, p.32).

Outros factores importantes definidos no documento são os individuais e familiares. Por exemplo, o abuso de crianças e doença mental dos pais durante a infância precoce, comportamentos de risco da mãe durante a gravidez, discórdia conjugal, podem anteceder problemas comportamentais em crianças, depressão e problemas relacionados com o álcool, nos adultos. WHO (2004, p. 23), demonstra várias estratégias que poderão diminuir ou até mesmo colmatar problemas desta natureza.

No desenvolvimento da promoção e prevenção da saúde surge o importante papel da enfermagem. A enfermagem de saúde mental e psiquiatria exerce o seu foco na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção contribuindo para a adequação das respostas do utente e sua família. Os enfermeiros especialistas em saúde mental assistem a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental e coordenam, implementam e desenvolvem projectos de promoção e protecção da saúde mental e prevenção da perturbação mental



na comunidade e grupos. Como exemplo, uma das competências do enfermeiro especialista é realizar e implementar um plano de cuidados individualizado, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados concebendo, entre outras, estratégias de empoderamento que permitam ao utente desenvolver conhecimentos, capacidades e factores de protecção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental. Ainda coordena, implementa e desenvolve projectos de promoção e protecção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos, através por exemplo, da implementação na comunidade de programas centrados na população que promovam o empoderamento, a saúde mental e previnam ou reduzam o risco de perturbações mentais, privilegiando estratégias de desenvolvimento comunitário participativo; Implementa programas de promoção da participação activa através da educação para a cidadania e empoderamento das pessoas com doença mental grave. A enfermagem de Saúde Mental tem ainda um papel crucial na promoção e reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais (Regulamento Competências Enfermagem em Saúde Mental, 2011).

A literacia em saúde mental e psiquiatria como estratégia terapêutica revelou-se um importante mecanismo no aumento da saúde e bem-estar geral da população pois é através dele que a pessoa se torna mais eficiente, autónoma, colaborante e principalmente consciente dos seus deveres e direitos no seu projecto de saúde.

Segundo Monteiro (2009), as capacidades em literacia em saúde incluem:

1. Aptidões de saúde básicas tais como a aplicação de promoção na saúde, protecção na saúde e comportamentos de protecção na doença, assim como cuidados individuais.
2. Aptidões para actuar como um parceiro activo com os profissionais de saúde.
3. Aptidões como consumidor para fazer decisões saudáveis na selecção de enfermeiros e serviços e para actuar a nível de direitos do consumidor, se necessário.
4. Aptidões como cidadão, através de comportamentos informados, conhecimento de direitos em saúde e membro de organizações de saúde.

No modelo conceptual do Questionário Europeu da Literacia em Saúde (em que Portugal também está envolvido) são apresentadas as sub-dimensões de literacia em saúde.

Literacia em Saúde	Aceder/Obter informação relevante para a saúde	Compreender a informação relevante para a saúde	Apreciar / Julgar / Avaliar a informação relevante para a saúde	Aplicar/ Utilizar a informação relevante para a saúde
Cuidados de Saúde	Capacidade de aceder a informação relacionada com problemas médicos ou clínicos	Capacidade de compreender a informação médica e do seu significado	Capacidade de interpretar e avaliar as informações médicas	Capacidade de tomar decisões informadas sobre questões médicas
Prevenção da Doença	Capacidade de aceder a informação sobre fatores de risco	Capacidade de compreender os fatores de risco e do seu significado	Capacidade de interpretar e avaliar as informações relacionadas com os fatores de risco	Capacidade de julgar a relevância das informações sobre fatores de risco
Promoção da Saúde	Capacidade de atualização sobre questões de saúde	Capacidade de compreender a informação relacionada com a saúde e o seu significado	Capacidade de interpretar e avaliar as informações sobre questões relacionadas com a saúde	Capacidade de formar uma opinião consciente sobre questões de saúde

Figura 3 – Sub-dimensões da Literacia em Saúde

Fonte: Questionário Europeu de Literacia em Saúde aplicado em Portugal (Modelo Conceptual do HLS-EU, Revista Portuguesa de Saúde Pública, Set-Dez, 2016)

3.3 – Contextualização da problemática

As questões da literacia em saúde mental são importantes pois a literacia é uma condição necessária para o desenvolvimento pessoal e colectivo. Quanto mais literacia tiver a pessoa, maior o seu contributo. Em várias definições de literacia encontradas, o termo “capacitação” é comum e parece ser a chave para o sucesso da literacia em saúde. O desenvolvimento dessa capacitação, ou seja de maior poder, resultará num progresso considerável na autonomia e aquisição de competências pelo indivíduo.

Neste sentido foi planeado um estudo sobre a literacia em saúde mental de enfermeiros de cuidados gerais da ULSNA com os seguintes objectivos:

3.3.1 – Objectivo geral

- Avaliar o nível de literacia em saúde mental de uma população de enfermeiros de cuidados gerais.

3.3.2 – Objectivos específicos

Preparar um estudo de caracterização do nível de literacia em saúde mental dos enfermeiros de cuidados gerais integrados no projecto que permitisse:

- ↳ Identificar as necessidades dos enfermeiros de cuidados gerais em saúde mental;
- ↳ Realizar um estudo sobre literacia em saúde mental recorrendo à utilização de um questionário;
- ↳ Tratar os dados do levantamento de necessidades identificadas;
- ↳ Construir uma proposta de Consultoria em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica de ligação na ULSNA.

Tal como referido anteriormente a avaliação não foi efectuada já que, até à data de final do Estágio, o Conselho de Administração da ULSNA não despachou a respectiva autorização.

3.3.3 – Amostra

População é o conjunto de todos os elementos que constituem um determinado grupo que se pretende estudar. Na área da saúde mental, as populações tendem a ser muito grandes pelo que é prática habitual recorrer-se a amostras ou seja a grupos de elementos que são retirados da população de interesse e que se espera que partilhem as mesmas características (Coolican, 2004). A população alvo seriam os Enfermeiros de Cuidados Gerais da ULSNA.

3.3.4 – Procedimentos a executar

Seria avaliado o nível de literacia em saúde mental dos Enfermeiros de Cuidados Gerais usando como instrumento uma adaptação do Questionário QualisMental, sendo este um estudo *quantitativo*. Seria, posteriormente, elaborada uma proposta de Consultoria em ESMP de ligação.

3.3.5 – Dados a colher ao longo da intervenção

Dados de caracterização e avaliação do nível de literacia em saúde mental.

3.3.6 – Importância da Intervenção

✓ Contribuir para a valorização da especialidade e para os ganhos em saúde mental relacionada com a literacia dos profissionais

✓ Promoção da saúde mental

✓ Prevenção da doença mental

3.3.7 – Motivos pessoais e profissionais

Em termos pessoais esta é uma área que julgamos ser importante ser estudada e que está relacionada com uma necessidade identificada pelo DSMP da ULSNA.

3.3.8 – Análise estatística dos dados

Não foi efectuada por não ter sido possível obter autorização da ULSNA para colocar o estudo em prática. Desta forma, o mesmo fica na fase de planeamento.

4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

4.1- Competências Comuns de Enfermeiro Especialista

A área de formação em serviço torna-se essencial no desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Especificamente nos domínios referidos no Regulamento nº122/2011 (Diário da República, nº122/2011, 18 de Fevereiro) A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: A2.2 Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente; C – Domínio na gestão dos cuidados: C1.1 Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; C2.2.1 Reconhece e compreende os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. Promove um ambiente positivo e favorável à prática; D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D1.2 Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional; D1.2.4 Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade; D2 Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; D2.1 Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.

Benner (2001) afirmou que a formação em serviço permite a aquisição de conhecimentos clínicos por parte da enfermagem bem como a partilha de pontos de vista comuns e diferentes de vários casos clínicos, contribuindo para o aumento da competência.

No âmbito deste Ensino Clínico foram desenvolvidas muitas aprendizagens na área da saúde mental pelo desenvolvimento do método Estudo de Caso em vários casos clínicos, dando oportunidade de agir não só no campo das competências comuns do enfermeiro especialista tanto quanto nas competências especializadas em enfermagem de saúde mental.

Neste seguimento, o acompanhamento de um caso específico de uma depressão associada ao alcoolismo contou com um estudo mais prolongado e uma avaliação mais prolongada.

Yin (2010) defende que o estudo de caso difere de outros tipos de pesquisa pela potencialidade de ser um recurso de comunicação significativo, uma vez que pode também comunicar informação sobre um fenómeno a quem não é especialista.

Dentro do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais destaca-se a participação da mestranda nas Jornadas da Sociedade Portuguesa de Alcoologia que decorreu nos dias 19 e 20 de Outubro em Portalegre.

Importa realçar que é o acesso à teoria que permite à enfermeira um acesso rápido e seguro aos conhecimentos clínicos, constituindo uma base que fornecerá uma resposta correta aos verdadeiros problemas (Benner, 2001). A autora realça que uma “bagagem limitada não tem os utensílios necessários para tirar lições das experiências vividas” (Benner, 2001, p.177), evidenciando a importância do desenvolvimento contínuo de aprendizagens na prática de enfermagem.

4.2 - Competências Específicas da prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

As competências específicas do enfermeiro EESMP dão resposta à promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção a respostas humanas desajustadas ou desadaptadas a processos de vida e problemas de saúde. E ainda, o EESMP mobiliza-se a si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

O EESMP, segundo a Ordem dos Enfermeiros, além das competências gerais possui ainda competências específicas de acordo com o Artigo 4º do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental.

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

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

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

d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Competência F 1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

DOMÍNIOS:

F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas;

F1.1.3. Mantém o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico;

F1.1.4. Monitoriza as suas reacções corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, para melhorar a relação terapêutica.

ACÇÕES A DESENVOLVER:

✓ Reflexão individual com vista a melhorar a relação terapêutica e as práticas prestadas na área da Saúde Mental e Psiquiátrica;

✓ Promoção da relação terapêutica de modo a desenvolver a relação de ajuda, com o doente e família;

✓ Promoção da comunicação assertiva com o doente e família;

✓ Realização de intervenções psicoeducativas.

AVALIAÇÃO: Julgo ter adquirido as competências em análise.

Segundo Mackinnon (1990), a entrevista centrada na percepção da pessoa oferece informação diagnóstica mais valiosa que aquela centrada na psicopatologia, ainda que o entrevistador possa ver a pessoa uma única vez é possível uma interacção verdadeiramente terapêutica.

Foi realizada a avaliação da pessoa através da entrevista, tendo sido escutada de forma activa, e tendo sido demonstrada sempre disponibilidade e autenticidade.

Competência F2. Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da Saúde Mental

DOMÍNIOS:

F2.2. Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família;

ACÇÕES A DESENVOLVER:

✓ Consulta dos processos individuais dos doentes;

✓ Realização do acolhimento do doente no internamento, registar e analisar informação inicial identificando o estado de saúde, o potencial para o bem-estar, os défices de saúde, alterações no conteúdo ou processo de pensamento, alterações no comportamento, de afecto, comunicação...

✓ Avaliação do estado mental do doente com aplicação do exame mental;

✓ Realização de entrevistas de Enfermagem ao doente e prestador de cuidados informais.

AVALIAÇÃO: Julgo ter adquirido as competências em análise.

Além do que já foi supracitado, foi muito importante a relação com a equipa multidisciplinar do serviço.

Através da comunicação, tentou-se sempre identificar quais as necessidades do doente, as suas capacidades e recursos.

Competência F3. Ajuda a pessoa ou longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

DOMÍNIOS:

F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.

F3.4. Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.

F3.5. Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objectivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.

ACÇÕES A DESENVOLVER:

✓ Determinação e planeamento de intervenções com base nos diagnósticos de enfermagem e resposta do doente;

✓ Preparação e administração de terapêutica de forma rigorosa e segura e monitorizar as respostas terapêuticas, reacções, efeitos secundários, toxicidade e potenciais incompatibilidades;

✓ Efectuar registos de enfermagem oportunos de modo a manter o processo atualizado e promover a continuidade dos cuidados.

✓ Promoção da autonomia do doente e família, envolvendo-os no processo de tratamento;

✓ Preparação do doente para a alta:

↳ Programar, planear e realizar sessões de psicoeducação aos doentes e prestador de cuidados informais, oportunamente;

↳ Mediante as necessidades fornecer informação sobre terapêutica, importância da adesão e gestão do regime terapêutico; actividades de vida diária, sono e repouso...

✓ Elaboração de um estudo de caso:

- ↳ Entrevista de enfermagem psiquiátrica (doente e família);
- ↳ Observação;
- ↳ Participação em reuniões da equipa multidisciplinar;
- ↳ Consulta do processo individual do doente;
- ↳ Planificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem segundo a CIPE;
- ↳ Intervenção Familiar de Enfermagem;
- ↳ Treino de Competências Sociais;
- ↳ Sessão de Relaxamento;
- ↳ Sessões de Educação para a Saúde / Psicoeducação;
- ↳ Apresentação do trabalho de caso clínico à equipa.

AVALIAÇÃO: Julgo ter adquirido as competências em análise (ver anexo V).

Competência F4. Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, 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.

DOMÍNIOS:

F4.1. Coordenar, desenvolver e implementar programas de psicoeducação e treino em saúde mental

F4.3. Promover a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais

ACÇÕES A DESENVOLVER:

✓ Planear actividades psicoterapêuticas no doente com Psicose Esquizo-Afetiva e intervenção no prestador de cuidados informais:

- ↳ Oferecer informação sobre a doença e modos de lidar com ela;
- ↳ Promover interação social promovendo participação em actividades lúdico –educativas (leituras de livros, jogos psicológicos de grupo, caminhadas)
- ↳ Realizar sessões de psicoeducação ao doente e prestador de cuidados informais, oportunamente;

√ Executar treino de competências:

- ↳ Gestão do regime terapêutico

AVALIAÇÃO: Julgo ter adquirido as competências em análise.

As Consultas de Enfermagem, constituíram também um momento essencial para adquirir competências do enfermeiro especialista em saúde mental, pois permitiram realizar uma apurada avaliação inicial que levando à delineação rigorosa de diagnósticos de enfermagem, com vista a desenvolver intervenções psicoterapêuticas, psicoeducativas, psicossociais e socioterapêuticas ao indivíduo portador de doença mental e à sua família. Nas consultas foi dada importância a uma avaliação prévia de cada utente pelo exame mental, que permitiu à mestranda um corte transversal no estado e na sintomatologia que o utente apresentava, no momento da avaliação, utilizando-se para tal os conhecimentos da psicopatologia.

Para a mestranda o espaço de consulta de enfermagem constituiu uma oportunidade de desenvolver a sua prática com base no modelo da teoria das relações interpessoais de Peplau, contribuindo assim para os seu crescimento e para o desenvolvimento humano dos pacientes com o intuito da realização do seu potencial máximo.

A mestranda teve em consideração sempre que possível a utilização da linguagem classificada (CIPE, versão 2), tendo em atenção os elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional (OE, 2011), e que deram resposta às unidades de competência específicas do EESMP, do Regulamento n.º129/2011 (F2, F3.4, F3.5, F4.1 e F4.3).

Ao longo do Ensino Clínico no departamento de Psiquiatria foi dado privilégio ao método de desenvolvimento de aprendizagens e competências pelo método de Estudos de Caso. Através da análise de cada caso, foi possível a elaboração de um plano de intervenções no âmbito da prática especializada em enfermagem de saúde mental, que permitisse dar resposta aos diagnósticos



inicialmente levantados. A utilização da linguagem classificada para a prática da enfermagem (CIPE versão 2), foi uma preocupação da mestranda, desde o início, e contribuiu de certa forma para a familiarização de toda a equipa de enfermagem com a versão mais recente da CIPE.

O Enfermeiro sendo o elemento da equipa de saúde que contacta mais directamente com o paciente, é favorecido de melhores competências para personalizar os cuidados baseados na evidência científica, que qualquer outro terapeuta (Cardoso, 2010). Com o trabalho desenvolvido foi possível desenvolver as competências específicas F2 e F4.

Ser prestador de cuidados implica pôr em prática toda a dimensão humana de quem cuida e de quem é cuidado. Exige preocupação, respeito pelo outro e cuidar a pessoa na sua singularidade (Hesbeen, 2001).

O exercício profissional de Enfermagem é caracterizado pela relação interpessoal, relação humana estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa cuidada (Mendes, 2006).

É nesta vertente humanista que a relação de ajuda com o outro é primordial, uma vez que a mesma para além de auxiliar na cura contribui para a auto-realização da pessoa cuidada (Phaneuf, 2005).

A relação de ajuda possui um carácter particular. Não é uma conversa amigável nem é uma exposição brilhante da pessoa que ajuda, nem uma discussão no sentido de troca de pontos de vista e de objecções entre os interlocutores (Phaneuf, 2002).

As técnicas utilizadas são várias e devem ser adaptadas ao contexto e necessidades da pessoa.

Lopes (sd) refere que é nestas técnicas que é incluído o cuidado psicoterapêutico, apontando quatro características deste cuidado:

1 – A relação terapêutica concretiza-se através de cuidados psicoterapêuticos que são uma dimensão dos cuidados de enfermagem. Isto é, a enfermagem pela forma como aborda a pessoa tem em conta toda a sua estrutura havendo assim uma visão holística daqueles a quem prestamos cuidados. Assim o enfermeiro presta cuidados aos três níveis de prevenção (primário, secundário e terciário) de forma a capacitar as pessoas a “melhorar, manter ou recuperar a saúde, lidar com problemas de saúde e alcançar a melhor qualidade de vida possível, seja qual for a sua doença ou deficiência até a morte



(Royal College of Nursing, 2003 citado por Lopes, sd). Assim o enfermeiro usa todo o seu saber teórico, pessoal, estético e ético para que de uma forma processual consiga dar respostas às necessidades da pessoa desde a avaliação de necessidades, elaboração de objetivos e resultados esperados, implementação do plano e avaliação. Esta forma de actuar permite criar condições para um cuidado centrado na pessoa, onde se inclui o cuidado psicoterapêutico, numa perspetiva de parceria e co-produção.

2 – A relação psicoterapêutica e conseqüentemente os cuidados psicoterapêuticos são intencionais. A relação terapêutica tem intenção na sua intervenção e é isso que lhe dá esse carácter de terapia. É feito assim num processo de avaliação e readaptação constantes com um objetivo bem definido.

3 – A relação terapêutica é processual. Através das necessidades do doente, da forma de abordagem do enfermeiro, do seu raciocínio clínico a relação terapêutica vai sendo construída gradualmente de forma a atingir um fim, numa relação de confiança em que o doente confia no enfermeiro e o enfermeiro confia nas capacidades do doente não o inferiorizando pela sua doença mas sim vendo-o também como parceiro e fim dos seus cuidados. Há assim um crescimento numa espiral em que pelo processo que se estabelece se vão atingindo graus de crescimento.

4 – A relação terapêutica é uma resposta terapêutica que ocorre a dois num determinado contexto (privado ou mais alargado). Pretende-se que ocorra no contexto onde a pessoa está que poderá ser em espaço de gabinete, mas também no seu contexto de autocuidado. Ao ser uma resposta que pode ser dada em grupo, fica implícita a questão ética do que é ou não da esfera íntima da pessoa.

Phaneuf (2002) faz ainda a distinção entre relação de ajuda e intervenção ajudante do enfermeiro. No nosso dia-a-dia prestamos cuidados que estão muito próximos dos que se prestam numa relação de ajuda, o que pode gerar por vezes confusão. Dá o seguinte exemplo: fazer comer um doente e proceder à sua higiene não são relações de ajuda, são cuidados, porque estas acções visam principalmente o bem-estar físico do doente. Mas instalá-lo numa posição confortável a fim de que respire melhor e aliviar a sua dor podem tornar-se elementos de uma relação de ajuda se são acompanhados de uma intervenção que visa o seu reconforto afectivo, a satisfação das suas necessidades superiores de evolução pessoal ou a resolução de um problema existencial. Assim a distinção embora por vezes subtil situa-se principalmente no objectivo. O que distingue é a intencionalidade terapêutica das acções e objectivos dando assim abrangência e profundidade à relação de ajuda.

4.1.3 – Competências de Mestre

Um dos principais objectivos do estágio, das actividades empreendidas no âmbito do mesmo e da concepção do presente relatório, para além do desenvolvimento das competências de especialista, prende-se com a aquisição das competências de mestre. O actual curso de mestrado em enfermagem prevê então a aquisição das seguintes competências de mestre:

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

(Ministério da Educação e Ciência, 2013)

5 – PROPOSTA PARA CONSULTORIA EM ESMP DE LIGAÇÃO

De acordo com a OMS (2005, p.1), os “problemas de saúde mental afectam pelo menos uma em cada quatro pessoas em algum momento das suas vidas”. A mesma organização refere, ainda, que a ansiedade e a depressão são os problemas de saúde mental que mais afectam a população da Europa, sendo que Portugal é o país com maior prevalência anual, 22,9%, de doença mental na população (Observatório Português Sistemas de Saúde, 2013).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.3) faz parte das competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a prestação de cuidados no “âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional 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”.

O projecto de consultoria será desenvolvido nas dependências da ULSNA, a qual deverá disponibilizar os recursos necessários.

As metas a serem atingidas serão:

- ✓ Consolidar um modelo de estrutura organizacional;
- ✓ Reestruturar uma cultura organizacional;
- ✓ Uniformizar e padronizar processos de comunicação interna;
- ✓ Melhorar o relacionamento interpessoal.

Numa primeira fase pretende-se avaliar e sinalizar os utentes e as famílias através do Serviço de Internamento. Nesta avaliação inicial é realizado o despiste de ocorrência de psicopatologia, através da realização de uma entrevista e da aplicação de instrumentos de avaliação.

Se forem detectadas alterações os doentes passarão então a ser acompanhados pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica, sendo orientados para a Consulta de Psiquiatria de ligação.

De forma esquematizada as fases desta proposta centram-se:

(1ª fase) **Avaliação**



Realizada em doentes em contexto de Internamento



Utilizando Escala de Medida



(2ª fase) **Identificar diagnóstico de Enfermagem**



(3ª fase) **Alta – Saúde Mental Comunitária**



Sessões individualizadas



Sessões de grupo (cada grupo deverá ter de oito a dez sessões, com periodicidade semanal ou quinzenal)

Tal como já foi referido as Consultas de Enfermagem constituíram um momento essencial para adquirir competências do enfermeiro especialista em saúde mental, pois permitiram realizar uma apurada avaliação inicial que levando à delineação rigorosa de diagnósticos de enfermagem, com vista a

desenvolver intervenções psicoterapêuticas, psicoeducativas, psicossociais e socioterapêuticas ao indivíduo portador de doença mental e à sua família. Assim sendo, contribuiram para os seu crescimento e para o desenvolvimento humano dos pacientes com o intuito da realização do seu potencial máximo.

A Consulta de Psiquiatria de ligação, numa fase inicial será realizada em contexto de internamento e após a alta do utente, o mesmo será integrado em grupos terapêuticos.

Cada grupo deverá ter de oito a dez sessões, sendo que estas se deverão realizar com periodicidade semanal ou quinzenal, sendo desenvolvidas intervenções de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica como: **psicoterapia de grupo** (visa investigar a congruência entre as atitudes das pessoas participantes no grupo); **escuta activa** (é uma técnica de comunicação que implica que, num diálogo, o ouvinte comece por interpretar e compreender a mensagem que recebe. Escutar é o processo de decodificar e interpretar activamente as mensagens verbais); **espelho** (tem como objectivo melhorar a auto-percepção. Espelha o inconsciente e permite a compreensão mútua e comunicação); **inversão de papéis** (As pessoas envolvidas estão presentes e representam o papel dos seus antagonistas. Ao longo deste processo aumenta a percepção que um indivíduo tem de si mesmo, quer a percepção que tem da outra pessoa); **técnicas de relaxamento** (Técnica que diminui a ansiedade e constitui uma forma eficaz de estabelecer um relacionamento de confiança entre enfermeiro e utente), tentando assim transformar os participantes em elementos proactivos no seu processo de saúde mental.

Como **critérios de exclusão** temos:

✓ Utentes que se encontrem, ainda na fase de internamento, em contenção física, nos termos da Circular Normativa da DGS;

✓ Utentes sem capacidade de apreensão;

✓ Utentes que recusem participar na sessão.

Pretende-se com este projecto atingir determinados benefícios como uma maior agilidade nos processos objectivando acompanhar as mudanças, proporcionando um atendimento com maior rapidez e descentralizando as tomadas de decisões, surgindo assim, equipas motivadas e lideranças adaptadas a um novo modelo de estrutura organizacional.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório de estágio, permitiu a descrição das actividades desenvolvidas durante o Estágio Final – Internamento de Agudos e nomear as competências adquiridas ao longo do mesmo. Durante este período pude compreender a abrangência do papel do EESMP, que se inscreve na promoção dos estilos de vida saudáveis, promovendo a saúde e prevenindo a doença mental, passando pelo internamento da pessoa em crise e do apoio à família e pessoas significativas até à reabilitação psicossocial com a revalorização de competências e reintegração familiar, social e profissional.

A própria Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Ordem dos Enfermeiros afirma que a especificidade da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica consiste na incorporação de intervenções psicoterapêuticas durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, visando a promoção e protecção da saúde mental, a prevenção da perturbação mental e o tratamento, a reabilitação psicossocial e a reinserção social da pessoa (Nabais, 2008).

O EESMP deve ter a capacidade de desenvolver uma visão holística no seu cuidar, sabendo que é essencial desenvolver competências na área da relação interpessoal, da comunicação e da relação de ajuda. Sob este paradigma do cuidar, o EESMP, torna-se uma referência e uma mais-valia, para a pessoa, (Sequeira, 2006).

As principais dificuldades e limitações que senti durante este percurso de crescimento foram ao nível da articulação do que considero serem as três dimensões envolvidas: pessoal, académica e profissional, que conduziu a momentos de algum stress, no que respeita a elaboração de horários compatíveis. Como aspectos facilitadores saliento os conhecimentos, a experiência e disponibilidade pela enfermeira supervisora, Enf.ª Maria Isabel Telo e restantes elementos da equipa, que fizeram com que, este fosse um período de “despertar” para novos conhecimentos, realidades e sentires.

7 – CONCLUSÃO

A doença mental foi percebida e interpretada de formas muito diversas ao longo da história, durante muito tempo explicada através de paradigmas pré-científicos, metafísicos e mágico-religiosos. As doenças mentais foram muitas vezes atribuídas ao castigo dos deuses, a possessões demoníacas. Os remédios e soluções para os males do espírito procuravam-se junto dos que, baseados em conhecimentos e práticas ancestrais, muito enraizadas na cultura das populações, iam aliviando o sofrimento e satisfazendo as suas mais prementes necessidades de saúde.

Algumas doenças só poderão ser devidamente explicadas e compreendidas se os técnicos de saúde entenderem a sua dimensão social e cultural.

O conhecimento da história de vida da pessoa, relativamente à doença, pode fazer a mediação entre a sua cultura, as suas crenças, os seus desejos e esperanças. Pode encaminhar os profissionais de saúde para uma visão holística da pessoa e a criação de uma relação empática técnica de saúde/pessoa, ao estabelecer de uma relação de confiança e por conseguinte a uma verdadeira e eficaz relação terapêutica.

Tão importante quanto o conhecimento científico acerca da semiologia psiquiátrica é o que o EESMP fará em prol do cuidado de enfermagem único, personalizado e holístico.

Em se tratando de um doente psiquiátrico, a escuta e a observação configuram-se como instrumentos importantes de avaliação e na colecta das informações.

Práticas de enfermagem que contemplam os aspectos psicossocial, psicoespirituais e psicobiológicos constituirão um elo para o bom relacionamento enfermeiro-paciente, estabelecendo assim um espaço terapêutico ideal para a instituição do cuidado.

Por tudo o que foi supracitado culminamos com a proposta final da criação de um Elo de Ligação de Consultoria em ESMP.

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C.; Salzano, F.; Vasques, M.; Filho, R.; Córdas, T. (2006) **Síndromes Psiquiátricas – Diagnóstico e entrevista para profissionais de Saúde Mental**. São Paulo: Artmed Editora S.A;
- Alligood, M., Tomey A. (2002). **Teóricas de Enfermagem e a sua obra**. Lusociência;
- Amaral, A. (2010). **Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental: mediante a CIPE**. Loures: Lusociência editores;
- Almeida, J. (2013). **American Psychiatric Association DSM-V-TR-Manual de Diagnóstico e estatística das perturbações mentais**. (5ª edição). Lisboa: Climepsi Editores;
- Antunes M. (2014). **A literacia em Saúde: investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos**. XI jornadas APDIS, Lisboa;
- Apóstolo, J. (2013). **Envelhecimento, Saúde e Cidadania**. Revista Enfermagem Referência;
- Carta de Ottawa, (1986). **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa;
- Ceretta, B. et al, (2009). **A Psicoeducação como estratégia de cuidado para pacientes com transtorno do humor bipolar**. 61º Congresso Brasileiro de enfermagem. Fortaleza, Brasil;
- Coelho, M.; Soares, M.; Silveira, J.; Maura, C.; Góngona, M.; Souza, S.; Souza, R.; Marinho, M. (2003). **Manual para o tratamento cognitivo – comportamental dos transtornos psicológicos**. São Paulo: Santos Livraria Editora;
- Correia, D.T. (2013). **Manual de Psicopatologia**. Lisboa: LIDEL – Edições Técnicas;
- Conselho Nacional da Saúde Mental (2002). **Recomendações do Conselho Nacional da Saúde Mental**. Lisboa.;
- Coolican, H., (2004). **Research Methods and Statistics in Psychology**. (A Hodder Arnold Publication, Ed.) (Hodder&S). London: Hodder and Stoughton);
- Declaração de Jacarta, (1997). **Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde**. Jacarta, Indonésia;
- Direcção Geral de Saúde (2012). **Plano Nacional de Saúde, 2012 – 2016: Objectivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida**;
- Direcção geral de saúde. **Programa nacional para a saúde mental - Plano nacional de prevenção do suicídio**. 2013-2017;
- Fernandes, J. (2002). **DSM-IV-Manual de Diagnóstico e estatística das perturbações mentais** (4ª edição). Lisboa: Climepsi editores;
- Figueiredo, A. Et al, (2009). **O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar**. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. Vol. XI, nº 1, 15-24. Campinas;

- Fortin M-F. **O processo de Investigação, Da Concepção à realização**. Lisboa: Lusociência (1999);
- Freitas, S. A. P. (2011). **Variáveis Predictoras da Ideação Suicida em Alcoólicos e Deprimidos**. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde). Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Departamento de Psicologia;
- Gomes, M. et al (2000). **IV Congresso Português de Sociologia - Novas análises dos níveis de literacia em Portugal: comparações diacrónicas e internacionais**. Disponível em www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462de53172c7d_1.PDF;
- Hetem, L.; Graeff, F. (2004). **Transtornos de Ansiedade**. São Paulo: Editora Atheneu;
- Jorm, A. F. (2000). **Mental health literacy**. British journal of psychiatry. Review article;
- Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997) – **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7ª Edição. Artmed, Porto Alegre;
- Kickbusch, I. (2001). **Health literacy: addressing the health and education divide**. Vol. 16. No.3. Health Promotion International – Oxford University Press;
- Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro - Lei de bases da Saúde;
- Lopes, M. (1999). **Concepções de enfermagem e desenvolvimento sociomoral: Alguns dados e implicações**. Gráfica 2000;
- Lopes, M. J. (2006). **A Relação Enfermeiro Doente como Intervenção Terapêutica**. Coimbra: Formasau;
- Lopes, M. J. (sd). **De que falamos quando falamos em cuidados psicoterapêuticos? Alguns contributos para a sua conceptualização**;
- Loureiro, L. et al (2011). **Literacia em Saúde mental de adolescentes jovens: conceitos e desafios**. Revista de Enfermagem de Referência, N.6 pp 157-166;
- Mackinnon R. A. (1990). **A entrevista psiquiátrica na prática diária**. (4ª Edição). Artes Médicas, Porto Alegre;
- Marques, A.S. (2012). **Terapia das Reminiscências**. Projecto de intervenção no Departamento de Psiquiatria de Saúde Mental. Viseu;
- Monteiro, M. (2009). **A Literacia em Saúde**. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa;
- Morgado T., Botelho, M. (2014). **Intervenções promotoras da Literacia em Saúde Mental dos adolescentes: Uma revisão sistemática da literatura**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental;
- Nabais, A. J. S. A. (2008). **Enfermagem de saúde mental e psiquiatria: Âmbito e contextos**. Revista da Ordem dos Enfermeiros, 30, 38-43;
- Neeb, K. (2000) – **Fundamentos de enfermagem de saúde mental**. Lusociência, Loures;

- Nutbeam, D. (2000). **Health literacy as a health public goal: a challenge for a contemporary health education and communication strategies into the 21st century.** Vol. 15, No3. Oxford University Press. Oxford;
- Pacheco, S. (2002). **Cuidar a Pessoa em Fase Terminal.** Loures, Lusociência;
- Pedro, C. et al (2014). **1º Relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental.** Faculdade de Ciências médicas, Universidade Nova de Lisboa. Lisboa;
- Phaneuf, M. (2005).. P.324-326. Loures: Lusociência; **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação;**
- Portugal, Ministério da Saúde. (2007). **Plano Nacional de Saúde Mental: 2007-2016;**
- Sadock, B.; Kaplan, H. (1990). **Compêndio de Psiquiatria (2ª edição).** Porto Alegre: Artes Médicas;
- Santos, O. (2010). **O papel da literacia em saúde.** Vol 4, No. 3. Endocrinologia, Diabetes e Obesidade;
- Sequeira, C. (2006). **Introdução á prática clínica: Do diagnóstico à intervenção em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.** Coimbra: Quarteto Editora;
- Teixeira, J. (2004). **Comunicação em saúde Relação Técnicos de Saúde – Utentes.** Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa;
- Watson, J. (2002). **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar na Teoria de Enfermagem.** Loures, Lusociência.

Páginas de internet:

<http://www.humanrights.com/pt>

<http://felizmente.esenfc.pt/felizmente/?w=5&id=11413>

<HTTP://WWW.DGIDC.MIN-EDU.PT/EDUCACAOCIDADANIA/>

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/>

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129_2011_CompetenciasEspecifEnfSMental.pdf

<http://www.unesco.org/en/literacy>



Anexos



Anexo I

Declaração de Aceitação de Orientação

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, definidos no artigo 117.º do Despacho nº 11704/2016, DR. Nº 189, 2ª Série de 30 de setembro, da Reitora da Universidade de Évora, declaro assumir a orientação do relatório do estudante Emília de Jesus Guerra Gomes (nº37450), conducente ao Relatório de Mestrado em Enfermagem, criado na Universidade de Évora em associação com o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Castelo Branco, o Instituto Politécnico de Portalegre e o Instituto Politécnico de Setúbal, sob o registo n.º R/A – CR-286/2015, na Direcção-Geral do Ensino Superior da República Portuguesa, ao abrigo do Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março na redação que lhe foi dada pelo Decreto -Lei nº 115/2013 de 7 de agosto.

Trata-se da proposta de um relatório de descrição e reflexão pormenorizada e fundamentada, das atividades desenvolvidas no âmbito técnico-profissional, subordinado à temática da área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sobre a problemática da **"Literacia em Saúde Mental de Enfermeiros de Cuidados Gerais: Estudo de Caso da ULSNA. Uma proposta para Consultoria em ESMP de ligação"**.

Por ser um trabalho credível e porque reconheço no mestrando adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com interesse científico tal orientação.

Évora, 09 de novembro de 2017

O Orientador

Raúl Alberto Carrilho Cordeiro



Anexo II

Cronograma de Actividades

CRONOGRAMA

Actividades	Ano/ Mês/ Quinzena											
	2017								2018			
	setembro		outubro		novembro		dezembro		janeiro		fevereiro	
	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a
Diagnóstico da situação												
Reunião com a Enfermeira Chefe do DSMP de Portalegre												
Reunião com o Professor Orientador												
Reunião com o Enfermeiro Supervisor												
Definição de objectivos												
Planeamento das actividades a desenvolver												
Implementação das actividades planeadas												
Análise dos resultados obtidos												
Elaboração do relatório												
Pesquisa bibliográfica												



Anexo III

Pedido de Autorização à ULSNA

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração da ULSNA, EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo / projecto de estágio.

Eu, abaixo assinado, Emília de Jesus Guerra Gomes, natural de Ouzinho - Penedono, 33 anos de idade, Enfermeira na ULSNA, Hospital Dr. José Maria Grande em Portalegre, Aluna de Mestrado Integrado da Universidade de Évora, residente na Rua Dr. Feliciano Falcão, Bloco 11, 2ªA, com o CC nº 12570475 5 ZY9 e com contribuinte nº 230592759,

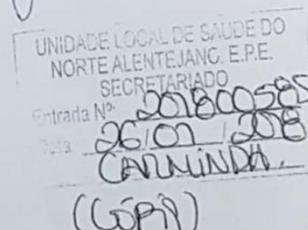
Venho por este meio solicitar o vosso parecer para a realização do estudo/ projecto intitulado "Literacia em Saúde Mental de Enfermeiros de Cuidados Gerais: Estudo de Caso da ULSNA. Uma Proposta para Consultoria em ESMP de ligação.", no âmbito do Estágio do Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica que se encontra a decorrer no Serviço de Internamento de Agudos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental dessa Unidade, de 21 de Setembro de 2017 a 26 de Janeiro 2018, sob a orientação da Enfermeira Maria Isabel Telo.

Para o efeito anexo alguma documentação para vossa apreciação.

Com os melhores cumprimentos

Portalegre, 25 de Janeiro de 2018

Emília Gomes





Anexo IV

Questionário QualisMental

LITERACIA EM SAÚDE MENTAL - QualisMental*

O presente questionário¹ destina-se a colher dados com o objectivo de caracterizar e compreender aquele que é o entendimento e conhecimento dos enfermeiros de cuidados gerais relativamente a algumas questões de saúde. Insere-se no âmbito do Estágio do Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Ao aceitar responder a este questionário deve ler todas as questões e preencher cada questão conforme as directrizes, assinalando com uma cruz (x) quando lhe é solicitado, ou ainda manifestando a sua opinião em questões para o efeito. Não há respostas certas ou erradas, apenas a sua opinião.

* Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental

¹ Versão adaptada e autorizada para Portugal do *National Survey of Mental Health Literacy in Young People – Interview version*.

Orientanda: Enfermeira Emília Gomes.

Orientador: Professor Doutor Raul Cordeiro

Parte I

1. Género:

Masculino

Feminino

2. Idade: _____ anos

3. Local onde trabalha:

Centro de Saúde

Hospital

Parte II

Instruções:

De seguida é apresentada a história de uma pessoa chamada Joana. Não se trata de uma pessoa real, no entanto existem pessoas em situação semelhante. Leia a história atentamente e depois responda a todas as questões conforme as directrizes.

A Joana tem 33 anos, é casada e tem um filho com 6 anos. Nos últimos dois meses tem-se sentido muito em baixo, sem que motivo o justifique. Acorda de manhã com um peso que permanece ao longo do dia. Não aprecia as coisas que normalmente apreciaria, como brincar com o filho. De facto, nada lhe dá prazer e mesmo quando acontecem coisas boas, não parecem fazê-la feliz. Os seus dias prosseguem mas tem sido muito difícil. Mesmo as tarefas mais pequenas têm sido difíceis de realizar. Ela diz que lhe é difícil concentrar-se no que quer que seja. Sente-se sem energia e sem força. Embora se sinta cansada, quando chega a noite não consegue adormecer. Sente-se sem valor e sem coragem. A sua família tem reparado que ao longo destes dois últimos meses ela mudou e não parece mais a mesma, ao ponto de se ter afastado. A Joana não tem vontade de falar.

1. Na sua opinião, o que é que se passa com a Joana? (Pode assinalar várias respostas).

Não sei ___

Não tem nada ___

Depressão ___

Esquizofrenia ___

Psicose ___

Doença mental ___

Bulimia ___

Stresse ___

Esgotamento nervoso ___

Abuso de substâncias (ex.: álcool) ___

É uma crise própria da idade ___

Problemas psicológicos/mentais/emocionais ___

Anorexia ___

Tem um problema ___

Alcoolismo ___

Cancro ___

Outro (Especifique qual) _____

2. Se estivesse a viver actualmente uma situação como a da Joana, procuraria ajuda?

Sim ___

Não ___

Não sei ___

3. O que a poderia impedir de pedir ajuda? (Pode assinalar várias respostas)

Pensar que a pessoa fica com uma opinião negativa sobre mim ___

Pensar que a pessoa não valoriza o que eu digo ___

Pensar que a pessoa possa vir a contar a outras pessoas ___

Pensar o que a pessoa possa vir a pensar sobre mim ___

Pensar que nada me poderá ajudar ___

Pensar que se poderá saber que estou a ter ajuda de um profissional de saúde ___

Pensar que poderei ter dificuldades em aceder a essa pessoa/profissional de saúde ___

Pensar que o tratamento tem efeitos secundários ___

Ser muito tímido, sentir vergonha ___

Outra. Especifique qual: _____

4. São apresentadas de seguida diferentes opções que podia utilizar para ajudar a Joana.

Assinale para cada uma a sua opinião.

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
1. Ouvir os seus problemas de forma compreensiva _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sugerir que procure ajuda de um profissional de saúde especializado _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Marcar uma consulta no Médico de Família com o seu conhecimento _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Perguntar se tem tendências suicidas _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sugerir que beba uns copos para esquecer os problemas ___ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sair com os amigos para a animar _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Não valorizar o seu problema, ignorando-a até que se sinta melhor _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mantê-la ocupada para que não pense tanto nos seus problemas _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Incentivá-la a praticar exercício físico _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Existem diferentes pessoas e profissionais de saúde que poderão ajudar a Joana.

Assinale para cada um a sua opinião.

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
1. Um médico de família _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Um psicólogo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Um enfermeiro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Um assistente social _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Um psiquiatra _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Um serviço telefónico de aconselhamento _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Um familiar próximo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Um amigo significativo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Resolver sozinha os seus problemas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Dos seguintes medicamentos/produtos quais, na sua opinião, seriam úteis ou poderão ajudar a Joana.

Assinale para cada um a sua opinião.

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
1. Vitaminas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Chás (Exs.: Camomila ou Hiperício) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tranquilizantes/Calmantes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Antidepressivos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Anti-psicóticos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Comprimidos para dormir _____

7. Existem diferentes actividades que poderão ajudar a Joana.

Assinale para cada uma a sua opinião.

	Útil	Prejudicial	Nem uma coisa nem outra	Não sei
1. Fazer exercício físico _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Praticar treino de relaxamento _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Praticar meditação _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fazer acupunctura _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Levantar-se cedo todas as manhãs e ir apanhar sol __	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fazer terapia com um profissional especializado _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Consultar um site que contenha informação sobre o problema _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ler um livro de auto-ajuda sobre o problema _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Juntar-se a um grupo de apoio para pessoas com problemas similares _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Procurar ajuda especializada de saúde mental _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Utilizar bebidas alcoólicas para relaxar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Fumar para relaxar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Acha que o risco de desenvolver uma situação como a da Joana reduziria se as pessoas:

	Sim	Não	Não sei
1. Praticassem exercício físico _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Evitassem situações geradoras de stresse _____
3. Mantivessem o contacto regular com amigos _____
4. Mantivessem o contacto regular com a família _____
5. Não utilizassem drogas _____
6. Praticassem actividades relaxantes regularmente _____
7. Tivessem uma crença religiosa ou espiritual _____

9. As próximas afirmações dizem respeito aos medicamentos usados para o tratamento da depressão. Leia cada uma das afirmações e de seguida indique a sua opinião com a pontuação de acordo com a grelha.

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
①	②	③	④	⑤

Os medicamentos para a depressão (ex. Prozac)

1. São a melhor maneira de tratar a doença _____ ① ② ③ ④ ⑤
2. Têm mais benefícios que riscos _____ ① ② ③ ④ ⑤
3. Não resolvem o problema, mas ajudam a ultrapassá-lo _____ ① ② ③ ④ ⑤
4. Têm efeitos secundários, a pessoa pode “conviver” com eles _____ ① ② ③ ④ ⑤
5. Tomar medicamentos e ir a consultas regular, ajuda muito no tratamento _____ ① ② ③ ④ ⑤
6. Podem prevenir as recaídas _____ ① ② ③ ④ ⑤
7. Criam um elevado risco de dependência _____ ① ② ③ ④ ⑤
8. São prejudiciais, porque são químicos que não são naturais _____ ① ② ③ ④ ⑤
9. Servem apenas para acalmar a pessoa _____ ① ② ③ ④ ⑤
10. A longo prazo são piores que a própria doença _____ ① ② ③ ④ ⑤
11. Podem alterar a temperatura corporal _____ ① ② ③ ④ ⑤
12. Fazem as pessoas ficar, por exemplo, “babadas” e sem reacção _____ ① ② ③ ④ ⑤
13. São muito caros _____ ① ② ③ ④ ⑤
14. Podem não ser usados, pois existem outras formas de tratar a depressão _____ ① ② ③ ④ ⑤
15. Fazem as pessoas perder a sua capacidade de resposta _____ ① ② ③ ④ ⑤
16. Tornam as pessoas nervosas e irritadas facilmente _____ ① ② ③ ④ ⑤
17. Fazem com que as pessoas tenham menos vontade de trabalhar _____ ① ② ③ ④ ⑤
18. Devemos tomar quanto menos melhor, inclusive se forem receitados _____ ① ② ③ ④ ⑤



10. Já recorreu a algum médico ou outro profissional por causa de estar a viver problemas iguais ao da Joana?

Sim

Não

11. Se sim, foi-lhe prescrita (receitada) medicação para o efeito?

Sim

Não

12. Se respondeu sim, pode indicar o nome dos medicamentos?

Obrigada pela sua colaboração!

Emília de Jesus Guerra Gomes



Anexo V

Estudo de Caso

DEPRESSÃO COM ALCOOLISMO

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A colheita de dados constitui a primeira fase do processo de Enfermagem, determinando-se o estado de desequilíbrio em que o doente se encontra. Inicia-se o primeiro contacto com o utente. A avaliação inicial é extremamente importante, sendo contudo, contínua, pois os dados adicionais de que o Enfermeiro venha a ter conhecimento, são incorporados no Processo de Enfermagem. Estes dados adicionais servirão para a activação de diagnósticos e sua revisão mediante a avaliação dos resultados obtidos com a prestação de cuidados.

1.1. – EXAME DO ESTADO MENTAL

1.1.1. IDENTIFICAÇÃO:

E.A., sexo feminino, 49 anos de idade, raça caucasiana, solteira, professora de Português/Inglês, residente em Monforte, onde vive sozinha, independente financeiramente. História elaborada com base apenas no relato da doente.

1.1.2. DATA E MOTIVO DE INTERNAMENTO:

Doente internada a 9 de novembro de 2017 (10h33m), devido a humor depressivo. Segundo a doente, recorreu a uma consulta devido a problema de alcoolismo associado.

1.1.3. HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL:

A E.A. associa a doença a um relacionamento que terminou mal há cerca de 6/7 anos. Após o término da relação, o cônjuge perseguia a doente, tendo a situação tido fim aquando da sua morte.

Não voltou a ter um relacionamento sério pois refere ainda não ter encontrado a pessoa certa.

Houve agravamento da situação com a saída do Agrupamento de Escolas onde se encontrava alocada há mais de 20 anos.

Por apresentar este quadro depressivo recorreu a uma Consulta de Psiquiatria do foro privado, tendo iniciado medicação. Como a sintomatologia não remitiu a doente foi encaminhada para a Consulta Externa do HDJMG no corrente ano, sendo posteriormente internada no DPSM. Aqui foi-lhe prescrita a seguinte medicação: Omeprazol 20mg; Furosemida 40mg; Complexo B; Fluoxetina 20mg; Diazepam 5mg; Tiamina 100mg; Lorazepam 2,5mg e Olanzapina 2,5mg.

Relativamente ao impacto que este quadro teve na vida da doente referiu que desde que começou a beber, deixou de conseguir trabalhar. Refere *“adoro os meus alunos mas não suporto os meus colegas do Agrupamento”*.

1.1.4. ANTECEDENTES PESSOAIS:

- Antecedentes Psiquiátricos: Não tem

- História Médica: Hipotensão Arterial; Tumor Benigno da Tiróide; Histerectomia Total por 2 tumores no endométrio

1.1.5. HISTÓRIA PESSOAL E SOCIAL:

Após a colheita de dados com a E.A. percebi que teve uma primeira e segunda infância normais. É a mais velha de 3 irmãos. Foi uma gravidez desejada. Na adolescência e puberdade surgiram os primeiros conflitos com o progenitor. Refere que embora saiba que ele *“faz tudo por ela”*, divergem muito a nível de opiniões. Trabalha desde os 22 anos, pelo que é independente financeiramente há cerca de 28 anos.

1.1.6. PERSONALIDADE PRÉVIA À DOENÇA ACTUAL:

A doente considera-se uma pessoa normal, com gostos e hábitos semelhantes aos das pessoas da sua faixa etária.

Admite que por vezes se isolava socialmente, pois tinha tendência para ficar facilmente deprimida.

1.1.7. ANTECEDENTES FAMILIARES:

Actualmente mantém uma boa relação com os pais. Segundo ela, tem uma irmã emigrada na Suíça e um irmão com quem mantém uma boa relação também.

Segundo a utente, tem uma tia (irmã da mãe) com o diagnóstico de depressão *major* há muitos anos.

1.1.8. EXAME PSICOPATOLÓGICO:

✓ Consciência: Doente vígil, sem alterações quantitativas ou qualitativas da consciência.

✓ Orientação: Doente orientada no tempo e no espaço, auto e alopsiquicamente.

✓ Atenção: Sem alterações da atenção, nomeadamente distractibilidade, hiperproxesia, hipoproxesia ou aproxesia. Sem dificuldades de concentração.

✓ Memória: Sem alterações da memória remota, recente e imediata. Sem amnésia/hipermnésia ou paramnésias.

✓ Percepção: Sem alterações da percepção, nomeadamente distorções sensoriais ou falsas percepções.

✓ Discurso e linguagem: Discurso coerente, organizado mas repetitivo. Sem outras perturbações do discurso. Sem alterações da linguagem e articulação da fala.

✓ Pensamento: Sem alterações no curso do pensamento. Sem ideação suicida.

✓ Vivência do Eu: Sem perturbações da consciência da unidade, continuidade ou fronteira do Eu.

✓ Humor e afectos: Humor deprimido. Sem outras alterações na expressão dos afectos.

✓ Vontade: Apresenta alguma impulsividade. Sem comportamentos agressivos. Refere nunca ter tido qualquer ideação suicida.

✓ Motricidade: Movimentos expressivos: expressão facial triste. Gesticulação limitada. Sem outras alterações na motricidade espontânea ou induzida. Postura: Cabeça ligeiramente inclinada para baixo e movimentos vagarosos.

✓ Vida Instintiva: Insónia Inicial. Sem anorexia. Sem comportamentos de risco.

✓ Inteligência: Sem aparente debilidade ou diminuição da inteligência.

✓ Consciência da Doença: Mantida e autocrítica. A doente reconhece a sua doença e a necessidade de tratamento.

1.1.9. EXAME OBJECTIVO SUMÁRIO E NEUROLÓGICO:

Doente vígil, lúcida, colaborante, orientada no tempo e no espaço, auto e alopsiquicamente.

Idade aparente coincide com a real.

Demonstra ter objectivos de vida. Aparentemente, apresenta insight com juízo crítico sobre a sua patologia.

1.1.10. EXAMES COMPLEMENTARES:

Análises; TAC; Aguarda realização de electromiografia (Diminuição da sensibilidade a nível dos MS's e l's.)

1.1.11. HIPÓTESES DE DIAGNÓSTICO E DISCUSSÃO

Predomina o humor deprimido. Tem um problema de adição.

2. – FISIOPATOLOGIA

2.1. DEPRESSÃO MAJOR

De uma forma concisa, a Depressão *Major* pode ser definida como uma doença grave e recorrente, directamente relacionada com a diminuição do funcionamento global e da qualidade de vida, da morbilidade e mortalidade. No entanto, o diagnóstico de Depressão *Major* é amplo e heterogéneo, sendo fundamentais duas manifestações principais: o humor deprimido e/ou a perda de prazer na maioria das actividades. A gravidade da doença é determinada tanto pelo número e gravidade dos sintomas, como pelo grau de incapacidade associado (APA, 2013).

Segundo a CIPE (2005), a depressão é explicada como uma emoção com características específicas, sendo um estado em que a disposição está reprimida causando tristeza, melancolia, astenia, concentração diminuída, sensação de culpa, deterioração de compreensão e sintomas físicos, incluindo a insónia, perda de apetite e cefaleias.

De acordo com a American Psychiatric Association (APA) (APA, 2013), o diagnóstico de Depressão *Major* pressupõe que esteja presente o humor disfórico e perda de interesse ou prazer em quase todas as actividades, também conhecida como anedonia e, concomitantemente, pelo menos cinco dos sintomas adicionais por um período de pelo menos duas semanas.



Para Gotlib & Joormann (2010) citado por Rodrigues, D. (2015), os sintomas devem ser clinicamente significativos ou causarem prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outras áreas de funcionamento. Para a realização do diagnóstico de Depressão *Major* devem utilizar-se sistemas de classificação de doenças, sendo que para as perturbações psiquiátricas podem ser utilizados dois sistemas de classificação de doenças amplamente discutidos em todo o mundo, o International Classification of Diseases 10 (ICD-10) da OMS (WHO, 2010) e o Manual de Diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-V) da APA (APA, 2013). Os sistemas de classificação resultam de acordos cujo objectivo é definir diferentes graus de gravidade das doenças, ajudando o seu diagnóstico e tratamento. A utilização destas ferramentas de diagnóstico deve ter em conta a diversidade de fatores biológicos, psicológicos e/ou sociais que podem ter impacto significativo no curso da doença e na resposta ao tratamento, pelo que é importante considerar tanto a história clínica individual como a história familiar ao realizar a avaliação diagnóstica da Depressão.

Ainda a propósito da elaboração do diagnóstico e ou gravidade da depressão ou estadió, importa salientar a possibilidade de utilização de uma panóplia de instrumentos auxiliares, nomeadamente Inventários e /ou Escalas de Avaliação que se tornam uma preciosa ajuda para garantir um diagnóstico correcto e conseqüente adequado tratamento.

Da pesquisa bibliográfica efectuada permito-me fazer referência a algumas das mais comumente utilizadas. Assim, gostaria de salientar a Escala da Depressão de Hamilton, como uma das mais referidas. A Escala da Depressão de Montgomery; o Inventário da depressão de Beck; A Escala de Avaliação da Depressão Geriátrica; gostaria de fazer referência ainda à DASS 21- Escala de Avaliação da Depressão, Ansiedade e Stress, validada para a população portuguesa, (APÓSTOLO et al, 2006) e que muito se adequa à utilização em hospitais gerais, por exemplo para avaliação da reacção do doente à sua nova situação de saúde, perante uma doença física, perante o próprio internamento, etc.; e finalmente, talvez das últimas a serem validadas para Portugal a Nova Escala Multi-dimensional da Depressão, cuja tradução e aferição foi feita pela psicóloga Ana Cristina Pereira da Silva (Análise paleográfica de uma escrita de Chancelaria Régia, 2012), no desenvolvimento da sua Tese de Mestrado tendo por base, como escreve, o facto de que Cheung e Power (2012), ao perceberem que as escalas de avaliação mais utilizadas não contemplavam a dimensão interpessoal, criaram a *New Multidimensional Depression Assessment Scale* (NMDAS) que inclui essas as quatro dimensões (SILVA, 2012).

ESCALA DE BECK DE AUTO-AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO

É um questionário constituído por vários grupos de afirmações. Em cada grupo escolha uma única afirmação, a que melhor descrever a forma como se sente no momento actual.

- 0 Não me sinto triste
- 1 Ando “em baixo” ou triste
- 2 Sinto-me “em baixo” todo o tempo e não consigo evitá-lo
- 2 Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim
- 3 Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado
- 0 Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado(a) em relação ao futuro
- 1 Sinto-me com medo do futuro
- 2 Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro
- 2 Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas
- 3 Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar
- 0 Não tenho a sensação de ter fracassado
- 1 Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas
- 2 Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado
- 2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos
- 3 Sinto-me completamente falhado(a) como pessoa (pai, mãe, marido, mulher, filho, filha,...)
- 0 Não me sinto descontente com nada em especial
- 1 Sinto-me aborrecido(a) a maior parte do tempo
- 1 Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente
- 2 Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for
- 3 Sinto-me descontente com tudo
- 0 Não me sinto culpado(a) por nada em particular
- 1 Sinto, grande parte do tempo, que sou mau(má) ou que não tenho qualquer valor
- 2 Sinto-me bastante culpado(a)
- 2 Agora, sinto permanentemente que sou mau(má) e não valho absolutamente nada
- 3 Considero que sou mau(má) e não valha absolutamente nada
- 0 Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo
- 1 Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal
- 2 Sinto que estou a ser castigado(a) ou que em breve serei castigado(a)
- 3 Sinto que mereço ser castigado(a)

- 3 Quero ser castigado(a)
- 0 Não me sinto descontente comigo
- 1 Estou desiludido(a) comigo
- 1 Não gosto de mim
- 2 Estou bastante desgostoso(a) comigo
- 3 Odeio-me
- 0 Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa
- 1 Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros

- 2 Culpo-me das minhas próprias faltas
- 3 Acuso-me por tudo de mal que acontece
- 0 Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo(a)
- 1 Tenho ideias de pôr termo à vida mas não sou capaz de as concretizar
- 2 Sinto que seria melhor morrer
- 2 Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse
- 2 Tenho planos concretos sobre como hei-de pôr termo à minha vida
- 3 Matar-me-ia se tivesse oportunidade 0 Habitualmente não choro mais do que costume
- 1 Choro agora mais do que costumava
- 2 Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo deixar de fazê-lo
- 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo que tenha vontade
- 0 Não ando agora mais irritado(a) do que costumava
- 1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
- 2 Sinto-me permanentemente irritado(a)
- 3 Já não consigo ficar irritado(a) por coisas que me irritavam anteriormente
- 0 Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas
- 1 Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter
- 2 Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas
- 3 Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente

com nada a seu respeito

- 0 Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente
- 1 Actualmente sinto-me menos seguro(a) de mim mesmo e evito tomar decisões
- 2 Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas
- 3 Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão

- 0 Não acho que tenha pior aspecto do que costumava
- 1 Estou aborrecido(a) porque estou a parecer velho(a) ou pouco atraente
- 2 Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco

atraente

- 3 Sinto que sou feio(a) ou que tenho um aspecto repulsivo
- 0 Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente
- 1 Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar
- 1 Não consigo trabalhar tão bem como de costume

- 2 Tenho de despende um grande esforço para fazer seja o que for
- 3 Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja
- 0 Consigo dormir tão bem como antes
- 1 Acordo mais cansado(a) de manhã do que era habitual
- 2 Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer 3

Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas

- 0 Não me sinto mais cansado(a) do que é habitual
- 1 Fico cansado(a) com mais facilidade do que antigamente
- 2 Fico cansado(a) quando faço seja o que for
- 3 Sinto-me tão cansado(a) que sou incapaz de fazer o que quer que seja
- 0 O meu apetite é o mesmo de sempre
- 1 O meu apetite não é tão bom como costumava ser
- 2 Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente
- 3 Perdi por completo todo o apetite que tinha
- 0 Não tenho perdido/ganho muito peso, se é que perdi algum ultimamente
- 1 Perdi/Ganhei mais de 2,5 kg de peso
- 2 Perdi/Ganhei mais de 5 kg de peso
- 3 Perdi/Ganhei mais de 7,5 kg de peso

- 0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual

1 Sinto-me preocupado(a) com dores e sofrimento, ou má disposição de estômago, prisão de ventre ou outras sensações físicas desagradáveis

2 Estou tão preocupado(a) com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa

- 3 Encontro-me totalmente preocupado(a) pela maneira como me sinto
- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual
- 1 Encontro-me menos interessado(a) pela vida sexual do que costumava estar

- 2 Actualmente sinto-me muito menos interessado(a) pela vida sexual
- 3 Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual

2.2. ALCOOLISMO

O consumo de álcool na sociedade contemporânea é visto predominantemente de forma positiva, o que dificulta o reconhecimento de determinados padrões de consumo como doença e, ao mesmo tempo, a mobilização de profissionais de saúde para diminuir índices de problemas decorrentes do uso do álcool.

A dupla moral de uma sociedade que, por um lado, tolera ou promove o consumo moderado do álcool e, por outro, discrimina o consumo excessivo e fora de controle, confunde a população, que precisa de se orientar pelas normas.

Desde os tempos mais remotos, a definição de alcoolismo está associada ao *status* social, uma espécie de suporte às relações e às interações sociais. No entanto, foi em 1849 que surgiu o termo alcoolismo e uma de suas primeiras definições, com Magnus Huss, que o definiu como “o conjunto de manifestações patológicas do sistema nervoso, nas esferas psíquica, sensitiva e motora”, observadas nos sujeitos que consumiam bebidas alcoólicas de forma contínua e excessiva, durante longo tempo.

Mais tarde, com Morton Jellinek, a definição de alcoolismo foi reestruturada e o comportamento do alcoólico passou a ser classificado como doença, o que gerou uma noção de repercussão negativa e social. Jellinek definiu o alcoólico como todo indivíduo cujo consumo de bebidas alcoólicas pudesse prejudicar o próprio, a sociedade ou ambos, e categorizou o alcoolismo como doença, tendo como base as quantidades de álcool consumidas.

Actualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define o alcoólico como um bebedor excessivo, cuja dependência em relação ao álcool é acompanhada de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do comportamento social e económico.

QUESTIONÁRIO CAGE

(Constituído por quatro questões referentes ao anagrama *cut-down, annoyed, guilty e eye-opener*. Normalmente o ponto de corte utilizado para detectar problemas com álcool (abuso/dependência) é de 2 (mais de 2 respostas afirmativas).

1. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade da bebida alcoólica ou parar de beber? **SIM**
2. As pessoas aborrecem-na porque criticam o seu modo de tomar bebidas alcoólicas? **SIM**
3. Alguma vez se sentiu culpada pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas? **SIM**
4. Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca (devido ao que bebeu no dia anterior)? **NÃO**

Como referido anteriormente, neste questionário há mais de 2 respostas afirmativas, o que significa problemas de adicção.

2 – PLANO DE CUIDADOS

O Plano de Cuidados tem por base todo o quadro clínico apresentado anteriormente e o estudo de caso referente ao estudo de caso. Assim, identificam-se os diagnósticos de enfermagem e as suas respectivas intervenções pertinentes para a patologia apresentada no estudo de caso – **TRANSTORNO RELACIONADO AO ÁLCOOL E TRANSTORNO DEPRESSIVO.**

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS ESPERADOS	ACÇÕES DE ENFERMAGEM/ INTERVENÇÕES
<p><i>Autocontrolo: Ansiedade, sim em grau elevado</i></p> <p>10.11.2017</p>	<p>Que a utente não apresente sentimentos de ansiedade, ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida. Diminuir a tensão resultante de fontes não identificadas.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Assistir na Crise2. Disponibilizar presença3. Oferecer suporte emocional4. Informar o utente sobre expectativas da situação5. Promover participação em actividades lúdicas6. Promover utilização de objectos que simbolizem a segurança7. Gerir o ambiente8. Vigiar a acção da doente9. Promover conforto10. Instruir sobre técnicas de relaxamento11. Promover o autocontrolo12. Orientar na redução da ansiedade13. Gerir o medo14. Avaliar o controlo de humor

<p><i>Coping ineficaz</i></p> <p>10.11.2017</p>	<p>Assistir a utente a alterar as formas de lidar com as ameaças percebidas ou limitações que interferem na satisfação das necessidade humana básicas e desempenho de papéis</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoiar tomada de decisão 2. Encorajar relação complexa 3. Assistir na explicação da decisão a outras pessoas 4. Determinar a diferença entre a visão que a utente tem da sua condição e a visão do PCI 5. Facilitar articulação das metas de cuidado à utente 6. Informar sobre soluções alternativas
<p><i>Desolação, Sim</i></p> <p>10.11.2017</p>	<p>Assistir a utente a encontrar perspectivas para a vida</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adequar humor 2. Encorajar relação complexa 3. Escutar activamente 4. Executar terapia por reminiscências 5. Facilitar o trabalho relacionado à culpa 6. Incentivar o Humor 7. Promover auto-percepção positiva
<p><i>Interação Social diminuída</i></p> <p>10.11.2017</p>	<p>Assistir a utente no aumento da socialização</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Encorajar relação complexa 2. Promover o aumento da socialização 3. Promover a mudança de comportamento e as habilidades sociais 4. Promover o aumento da segurança nas relações interpessoais 5. Promover a integração familiar 6. Realizar aconselhamento e mobilização familiar

<p>Gestão do regime terapêutico</p> <p>10.11.2017</p>	<p>Assegurar que a utente adere à terapia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover a auto-responsabilização 2. Vigiar o comportamento com medicamento 3. Promover um ambiente seguro
<p>Hiperactividade, existente em grau moderado</p> <p>10.11.2017</p>	<p>Assegurar que a utente controla o desassossego e a dificuldade sem se manter na mesma posição</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Limitar comportamento : Hiperactividade/Desatenção 2. Vigiar comportamento com medicamento 3. Promover um ambiente seguro
<p>Adaptação prejudicada</p> <p>10.11.2017</p>	<p>Assegurar que a utente tem disposição para gerir novos desafios</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Assistir na auto-modificação 2. Assistir na modificação de comportamentos: Habilidades Sociais 3. Disponibilizar Grupo de Apoio 4. Executar terapia por reminiscências 5. Executar terapia recreacional 6. Facilitar aprendizagem ao utente/ PCI 7. Promover auto-percepção positiva 8. Promover melhoria do papel na Família
<p>Insónia Demonstrada</p> <p>10.11.2017</p>	<p>Assegurar que a utente cria hábitos de um boa higiene de sono</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigiar o sono 2. Gerir o ambiente físico 3. Promover Sono Nocturno

Anexo VI

Sessão de Formação

HIGIENE DO SONO

PLANO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Higiene do Sono		Local: DSMP HDJMG		
Formadora: Emília Gomes		Data: 27 de Novembro		
Destinatários: Utentes do DSMP HDJMG		Duração: 30 minutos		
<p>Critérios de Exclusão</p> <ul style="list-style-type: none"> √ Utentes em contenção física; √ Utentes sem capacidade física de apreensão; √ Utentes que recusem participar na sessão. <p>Critérios de inclusão</p> <ul style="list-style-type: none"> √ Todas os utentes que queiram participar na sessão 				
Objectivo Geral: Informar sobre a importância de uma boa higiene do sono.		Objectivo Específico: Definir estratégias para a obtenção de um sono higiénico.		
	Actividades	Métodos	Material	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> √ Apresentação da Formadora √ Apresentação do Tema √ Comunicação dos Objectivos 	<ul style="list-style-type: none"> √ Expositivo √ Activo 	<ul style="list-style-type: none"> √ Computador √ Projector de Vídeo 	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> √ Definição √ Sono REM e não REM √ Arquitectura do Sono √ Regras para uma boa higiene do sono √ Estratégias para uma boa higiene do sono 	<ul style="list-style-type: none"> √ Expositivo √ Activo 	<ul style="list-style-type: none"> √ Apresentação de PowerPoint √ Projector de Vídeo 	20 minutos
Conclusão	Síntese dos conceitos abordados		<ul style="list-style-type: none"> √ Computador √ Projector de Vídeo 	5 minutos

HIGIENE DO SONO



Enfermeira Emília Gomes
(Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação de Saúde Mental e Psiquiátrica)

Portalegre, Novembro 2017

Sono - Definição

Sono é “um estado fisiológico, periódico e reversível, caracterizado essencialmente pela suspensão temporária da consciência e acompanhada pela abolição mais ou menos importante da sensibilidade e abrandamento da maior parte das funções da vida orgânica...”

MANUILA et al (2000)

Porque é importante dormir bem?

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



A higiene do sono deve fazer parte de nossas vidas, da mesma forma que a higiene do corpo.

- Normalmente nós preocupamo-nos em tomar banho diariamente, trocar de roupa, cortar o cabelo e mantê-los penteados, fazer a barba etc..



Quando alguém não exerce esses cuidados, nós observamos um "distúrbio" de higiene pessoal.

Porque é importante dormir bem?

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



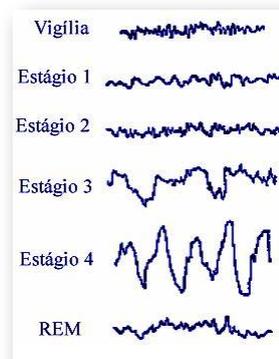
A higiene do sono é tão importante como a higiene corporal, pois se não tivermos uma boa higiene do sono, não teremos um sono reparador.

É imprescindível manter hábitos saudáveis para termos um padrão sono vigília adequado.

O que acontece ao nosso organismo durante o sono?

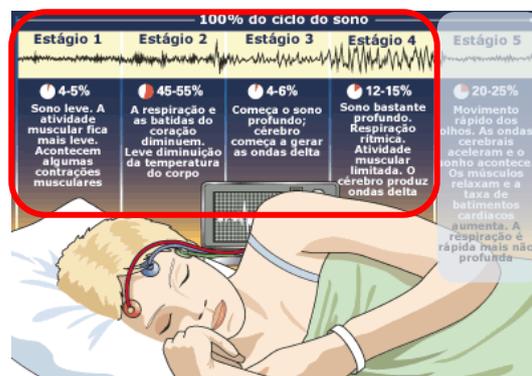
Quando adormecemos, o nosso organismo passa por fases distintas que se podem agrupar em dois estados com tradução própria a nível cerebral :

- **O período de sono REM** (*Rapid Eye Movement* ou Movimento Rápido dos Olhos)
- **O período de sono não-REM** (*Non Rapid Eye Movement* ou "Movimento Não Rápido dos Olhos").



O que acontece ao nosso organismo durante o sono?

O sono **não-REM** corresponde aos períodos de sono profundo, em que há um abrandamento da frequência cardíaca e respiratória e da tensão arterial, e é fundamental para a recuperação física do organismo.



O sono não REM



O sono NREM (ou não-REM) ocupa cerca de 75% do tempo do sono e divide-se em quatro períodos distintos conhecidos como *estágios 1, 2, 3 e 4*.

Estágio 1:

Começa com uma *sonolência*. Dura aproximadamente cinco minutos. A pessoa adormece. Esse estágio tem uma duração de **um a dois minutos**, estando o indivíduo facilmente despertável. Nessa fase, a actividade onírica está sempre relacionada com acontecimentos vividos recentemente.

Estágio 2:

Caracteriza-se por a pessoa já dormir, porém não profundamente. **Dura cerca de cinco a quinze minutos**. Nessa fase, os despertares por estimulação táctil, fala ou movimentos corporais são mais difíceis do que no anterior estágio. Aqui a actividade onírica já pode surgir sob a forma de sonho com uma história integrada.

Estágio 3:

Tem muitas semelhanças com o estágio 4, daí serem quase sempre associados em termos bibliográficos quando são caracterizados. Nessas fases, os estímulos necessários para acordar são maiores. Do estágio 3 para o estágio 4, há uma progressão da dificuldade de despertar. Esse estágio tem a duração de cerca de **quinze a vinte minutos**.

O sono não REM



Estágio 4:

São **quarenta minutos** de sono profundo. É muito difícil acordar alguém nessa fase de sono. Depois, a pessoa retorna ao terceiro estágio (por cinco minutos) e ao segundo estágio (por mais quinze minutos). Entra, então, no sono REM.

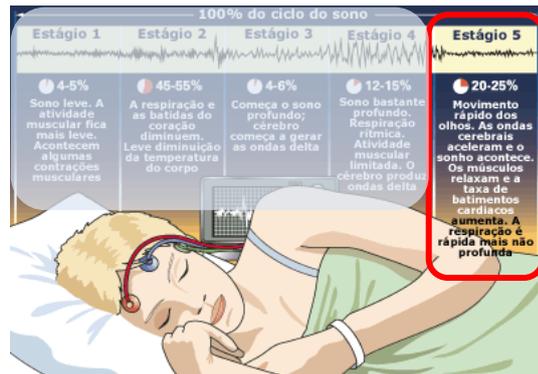
Este estágio NREM do sono caracteriza-se pela secreção da hormona do crescimento em grandes quantidades, promovendo a síntese proteica, o crescimento e reparação tecidual, inibindo, assim, o catabolismo.

O sono NREM tem, pois, um papel anabólico, sendo essencialmente um período de conservação e recuperação de energia física.

O que acontece ao nosso organismo durante o sono?



O período de sono **REM** caracteriza-se por uma intensa actividade cerebral, com uma frequência respiratória e cardíaca e tensão arterial semelhantes aos períodos de vigília. É durante o sono REM que sonhamos. A fase **representa 20 a 25% do tempo total de sono** e **surge em intervalos de sessenta a noventa minutos**. É essencial para o bem-estar físico e psicológico do indivíduo.



O que acontece ao nosso organismo durante o sono?



A esta alternância de sono REM e sono não-REM chama-se:

“Arquitetura do Sono”.



Porque é importante dormir bem?



Passamos cerca de **um terço** da vida a dormir.

Dormir bem é absolutamente essencial para a **saúde física e mental**.

É durante o sono que as **funções corporais e mentais são restauradas** e o corpo é preparado para enfrentar o dia seguinte.

Dormir inadequadamente pode provocar **sérios problemas de saúde**.

Quais os principais factores que interferem com a qualidade e quantidade do sono?



"Uma boa higiene do sono pode ser afectada por diferentes factores, dos quais se destacam":

1. Alterações da rotina diária, como viagens, acontecimentos emocionantes, mudanças de residência ou trabalho, etc.
2. Situações geradoras de stress, tais como problemas familiares, laborais ou económicos, ou morte de alguém próximo.
3. Trabalho intelectual ou exercício físico intenso imediatamente antes da hora de deitar.
4. Trabalho por turnos.
5. Condições físicas do quarto de dormir (ruído, temperatura, luz, etc.)

Quais os principais factores que interferem com a qualidade e quantidade do sono?



6. Ingestão de álcool ou bebidas contendo cafeína a partir do fim do dia.
7. Doenças que interfiram com o sono, como as que causam dor, ou problemas respiratórios e ainda a depressão.
8. Uso de medicamentos que tenham como efeito alterações do sono.
9. *Jet lag* (dessincronização do ritmo biológico que interfere com o sono e é causado por viagens aéreas para locais com uma variação horária grande em relação ao local de origem)"

REGRAS PARA UMA BOA HIGIENE DO SONO



Hábitos pessoais

- Tenha uma hora fixa para ir dormir e uma hora fixa para acordar.
- Evite dormir durante o dia. Cada hora que dormir durante o dia diminui uma hora à noite. Se não resistir, estando muito cansado e precisar mesmo dormir, durma um intervalo de 15, 30 ou 45 minutos no máximo (quanto mais curto melhor).
- Evite o consumo de álcool 4 a 6 horas antes de dormir. O álcool interfere no sono REM (responsável por descansar a mente e a musculatura).

REGRAS PARA UMA BOA HIGIENE DO SONO



Hábitos pessoais

- Evite cafeína 4 a 6 horas antes de dormir (café, chás, coca-cola, chocolate, etc)
- Evite fumar no mesmo intervalo. A nicotina tem efeitos estimulantes e dificulta o adormecer.
- Evite refeições pesadas, apimentadas ou muito doce no mesmo intervalo.
- Faça exercícios regularmente, mas NUNCA logo antes de dormir (2 horas antes). Os exercícios vão te deixar desperto e diminuir sua habilidade de adormecer.

REGRAS PARA UMA BOA HIGIENE DO SONO



Ambiente físico

- Use lençóis e cobertores/edredons confortáveis.
- Evite super-aquecer.
- Mantenha o quarto bem ventilado, com temperatura amena. Um quarto fresco ajuda a adormecer mais fácil.
- Tente bloquear ruídos e luzes que possam distraí-lo.

CAMA é para **DORMIR**. Não se estuda na cama, não se lê na cama, não se trabalha na cama. Condicione-se a que ao ver a cama, seu corpo saiba que é hora de dormir.

REGRAS PARA UMA BOA HIGIENE DO SONO



A hora de ir para a cama

- Coma um lanche leve antes de dormir. Leite morno ou uma banana podem ajudar a dormir.
- A prática de técnicas de relaxamento, como Yoga, respiração e meditação pode ajudar a reduzir a tensão muscular.

Não leve problemas para a cama

Algumas pessoas costumam ter uma "hora da preocupação", bem antes da hora de dormir, para discutir problemas com os parceiros ou para se preocupar com os assuntos do dia. Passada esta hora, esqueça-os e relaxe.

REGRAS PARA UMA BOA HIGIENE DO SONO



Estabeleça um ritual para adormecer

- Se todos os dias tomar um banho morno antes de dormir, condicionas o corpo a reconhecer estes rituais para começar a desligar sua mente.

Muito importante:

Se não conseguir adormecer nos primeiros 15-30 minutos, não adianta insistir.

Se não adormecer, levante-se, vá a outro quarto ou à sala, leia um livro monótono ou faça uma actividade monótona (NÃO trabalhe e NÃO estude) e volte para a cama quando o sono começar.

Mesmo que só volte à cama às 3 horas da manhã, depois de 3 dias a fazer este ritual (e não dormindo durante o dia), o corpo vai estar cansado e você vai ter uma bela noite de sono.

REGRAS PARA UMA BOA HIGIENE DO SONO



Mais importante do que medicação para a insónia, é tratar a sua causa.

- Há doenças físicas podem influenciar os padrões de sono.
- Doenças psiquiátricas e condições psicológicas como:



Para uma noite de sono tranquila



Não faça uma refeição pesada antes de se deitar.

Mantenha um **horário regular** para se deitar à noite.

Dê **passeios regulares a pé**.

Não se deite antes de se sentir cansaço.

Evite **fumar** e **tomar chá ou café** antes de se deitar.

Evite esforços físicos intensos antes de se deitar.

Para uma noite de sono tranquila

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



Não faça uma refeição pesada antes de se deitar.

Mantenha um **horário regular** para se deitar à noite.

Dê **passeios regulares a pé**.

Não se deite antes de se sentir cansaço.

Evite **fumar** e **tomar chá ou café** antes de se deitar.

Evite esforços físicos intensos antes de se deitar.

Para uma noite de sono tranquila

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



Não faça uma refeição pesada antes de se deitar.

Mantenha um **horário regular** para se deitar à noite.

Dê **passeios regulares a pé**.

Não se deite antes de se sentir cansaço.

Evite **fumar** e **tomar chá ou café** antes de se deitar.

Evite esforços físicos intensos antes de se deitar.

Para uma noite de sono tranquila



Evite tanto quanto possível, o **barulho** e certifique-se de que o ambiente não está demasiado quente nem demasiado frio.

Tente estabelecer uma **rotina** que o tranquilize e o faça adormecer: banho com água morna ou uma leitura leve.

IMPORTANTE Não entre em pânico quando não conseguir adormecer ou dormir mal – ainda ninguém morreu de insónia! Do sono indispensável cuida o próprio organismo.

BIBLIOGRAFIA



- BERKOW, Robert; BEERS, Marck; FLETCHER, Andrew – **Manual Merck**. 1ª Edição. Lisboa: Oceano. 1998.
- BLIWISSE D.L. – **Sleep in normal aging and dementia**. 1993
- COHEN, F.L.; MERRITT S.L. – **Sleep promotion**. Philadelphia. 1992.
- HARRISON [et al] – **Tratado de Medicina Interna**. 14ª Edição. Lisboa: Mc Graw Hill. 1999.
- HOCH C.; REYNOLDS C. – **Sleep disturbances and what to do about them**. Geriatr Nurs. 1986.
- PHIPPS, Wilma [et al] – **Enfermagem Médico-Cirúrgica – conceitos e prática clínica**. 5ª Edição. Lisboa: Lusodidacta. 1999.
- POTTER; PERRY – **Fundamentos de enfermagem**. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1999.
- KAPLAN; SADOCK – **Compêndio de Psiquiatria**. 5ª Edição. Artes médicas: Porto Alegre. 1990
- TREVOR A.J.; W.L. WAY – **Sedative-hypnotic drugs**. Appleton & Lange. 1995.
- UNDERWOOD, J.C.E. – **Patologia geral e especial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1995.



Anexo VII

Artigo Estágio Final

Literacia em Saúde Mental dos Enfermeiros de Cuidados Gerais

Literacy in Mental Health of the general nursing care

Emília de Jesus Guerra Gomes¹; Raul Alberto Carrilho Cordeiro²

RESUMO

O presente artigo consiste numa revisão integrativa da literatura sobre a literacia em saúde mental dos enfermeiros de cuidados gerais. **Objectivo:** Avaliar o nível de literacia em saúde mental de uma população de enfermeiros de cuidados gerais. **Métodos:** Para esta revisão integrativa foram feitas pesquisas em bases de dados electrónicas EBSCO, SCIENCE DIRECT; SPRINGER LINK; RCAAP e B-ON no intervalo de tempo de 2010-2017. **Resultados:** Perante questões colocadas na área de especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica a aliteracia é bastante evidente. **Conclusões:** Perante os resultados obtidos há a necessidade de se potenciar a literacia em saúde mental nos Enfermeiros de Cuidados Gerais.

Descritores: Literacia; Saúde Mental; Psiquiátrica; Enfermeiros

ABSTRACT

The present article consists in an integrative review of literature about the literacy in mental health of general nursing care. **Objective:** Evaluate the level of literacy in the mental health from a population of general nursing care. **Methods:** For this integrative review were made researches in electronic data bases: EBSCO, SCIENCE DIRECT; SPRINGER LINK; RCAAP e B-ON between 2010-2017. **Results:** Toward the placed in the specialization area of mental health and psychiatric, the alliteracy is quite obvious. **Conclusions:** Towards the obtained results, there is the need of empower the literacy in mental health of the general nursing care.

Descriptors: Literacy; Health; Psychiatric; Nurses

¹ Enfermeira; Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (milita_26_4@hotmail.com)

² Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica; Doutorado em Ciências e Tecnologias da Saúde – Desenvolvimento Humano e Social (raulcordeiro@essp.pt)

INTRODUÇÃO

Enfermeiros com maior nível de literacia em saúde mental e psiquiátrica agirão em conformidade com as situações que lhes surgirão, uma vez que se tornarão detentores de mais conhecimentos para tomar decisões. Segundo Nutbeam (2000), este termo consiste em muito mais do que capacitar o indivíduo para o correcto seguimento de prescrições, tabelas terapêuticas, folhetos informativos, bulas de medicamento. Engloba a capacidade para interagir e para exercer controlo em situações com o objectivo de manter ou melhorar a condição de saúde. O seu maior contributo será o poder que fornecerá ao indivíduo – *empowerment*, que segundo OMS (2014), o empoderamento da comunidade é mais do que a participação ou envolvimento das comunidades pois implica o domínio e acção da comunidade na mudança social e política. É um processo de renegociação, com o objectivo de alcançar maior controlo, considerando que se algumas pessoas tiverem poder, então outros irão adquirir esse poder, iniciando-se um processo de partilha (Baum 2008 cit. por OMS, 2014). O poder é um conceito central na fortificação da comunidade e promoção da saúde. É um processo contínuo, no qual indivíduos e/ou comunidades adquirem capacidades, fomentam parcerias e ganham voz ou seja, poder necessários para ganharem controlo sobre as próprias vidas. Logo, empoderar a pessoa pode ajudá-la a compreender as suas próprias situações e aumentar o controlo sobre os factores que afectam a sua vida (www.who.int/healthpromotion/conferences/).

A capacitação para a tomada de decisão e de escolha pela opção e/ou resposta adequada é adquirida mais facilmente com o uso de uma ferramenta bastante produtiva neste papel - a literacia em saúde – que será crucial no empoderamento do indivíduo. Para reforçar, OMS (2014), refere que a literacia é uma capacidade que determinará o alcance da compreensão e uso da informação no sentido da promoção e manutenção de um bom estado de saúde,

A doença mental surge quando uma ou diversas capacidades humanas fracassam de certa forma. Segundo Neeb (2000, p.178), as capacidades necessárias para a manutenção de saúde mental são a de ser flexível, ter sucesso, estabelecer relações próximas, julgar adequadamente, resolver problemas, lidar com *stress* do dia-a-dia e sentir o eu de forma positiva. Em enfermagem a doença mental segundo a autora é nomeada de “ameaças” e são as alterações ou dificuldades em gerir as capacidades acima referidas que nos tornam doentes mentais.

A Literacia no âmbito da saúde mental é fundamental para a sua prevenção, logo para a diminuição do número de pessoas com perturbações mentais. Segundo o PNPS, (2013-2017, p. 32),

“A literacia em saúde pode ser entendida como o conjunto das competências cognitivas e sociais e capacidades que permitem aos indivíduos aceder, compreender e usar informação relativa a questões de saúde. Ao longo da última década tem sido vista como uma dimensão fundamental para os programas

de promoção da saúde e prevenção das perturbações mentais”.

A literacia em saúde mental é segundo Jorm (2000), conhecimentos e crenças sobre distúrbios mentais, que suportam o seu reconhecimento, gestão e prevenção. Porém segundo Loureiro, (2011, p. 164), a literacia em saúde mental não se limita a esta definição, sendo que:

“ (...) faz um apelo inequívoco para o valor que a saúde e bem-estar assumem para os indivíduos, tendo consciência daquelas que são as implicações em termos pessoais e sociais das doenças mentais”.

Ainda Jorm et al, (1997 cit. por Loureiro, 2011, p. 162), a literacia em saúde mental inclui determinados componentes essenciais,

“a) the ability to recognise specific disorders or different types of psychological distress; b) Knowledge and beliefs about risk factors and causes; c) knowledge and beliefs about self-help interventions; d) knowledge and beliefs about professional help available; e) attitudes which facilitate recognition and appropriate self-seeking and f) knowledge of how to see mental health information”.

DESENVOLVIMENTO

MÉTODOS

O presente trabalho assenta numa revisão integrativa da literatura que segundo Fortin constitui um método de pesquisar, catalogar e efectuar um diagnóstico crítico a publicações citadas em estudos previamente realizados por outros autores.

Com base no objectivo deste estudo, preconizou-se a sistematização do conhecimento actualizado, baseado na evidência sobre a importância da literacia em saúde mental e psiquiátrica dos enfermeiros de cuidados gerais.

Esta revisão da literatura seguiu todas as etapas do processo metodológico, tendo como pergunta científica “Qual o nível de literacia em saúde mental e psiquiátrica dos enfermeiros de cuidados gerais?”.

Os estudos foram seleccionados segundo a metodologia sugerida pelo JBI e tendo presente os critérios de inclusão e exclusão. Foram lidos os títulos dos estudos resultantes da pesquisa, e seguidamente os artigos aprovados para leitura dos mesmos. Seguiu-se a leitura do texto completo dos artigos com a provação dos mesmos, tendo mais uma vez em conta os critérios de inclusão e exclusão.

Foi realizada uma pesquisa em bases de dados electrónicas EBSCO, SCIENCE DIRECT; SPRINGER LINK; RCAAP e B-ON no intervalo de tempo de 2010-2017.

RESULTADOS

Segundo a UNESCO, citada no portal da DGS, *“Literacia é a capacidade para identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e usar as novas tecnologias, de acordo com os diversos contextos. A Literacia envolve um processo contínuo de aprendizagem que capacita o indivíduo a alcançar os seus objectivos, a desenvolver os seus potenciais e o seu conhecimento, de modo a poder participar de forma completa na sociedade”*.

Segundo o modelo conceptual de literacia em Saúde, o processo dinâmico relacionado com a literacia engloba a relação indivíduo-sociedade dando ênfase ao conceito de competência. Segundo Mancuso (2008 cit. por Loureiro, 2011) podemos observar que os atributos da literacia são a compreensão, capacidade e comunicação.

Especificamente, a nível de saúde mental, quando se fala em literacia, é um requisito para a detecção das perturbações e intervenções de forma atempada com vista à promoção da saúde.

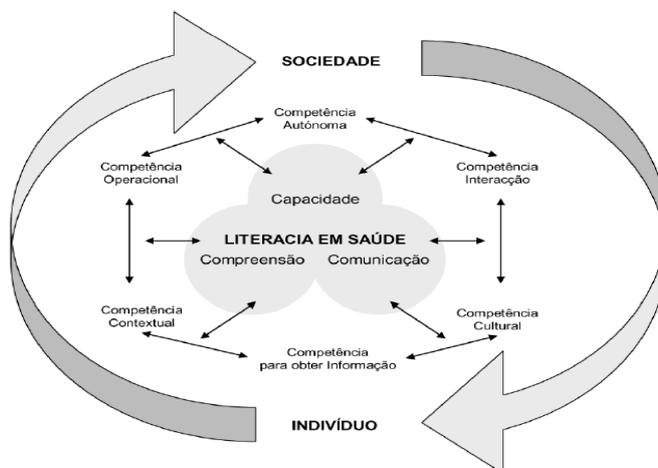


Figura 1 - Modelo conceptual da literacia em Saúde, (Mancuso, J. 2008 cit. por Loureiro, L. et al, 2011)

Segundo o Conselho Nacional de Saúde Mental, (2002, p. 5),

“há uma necessidade cada vez mais premente de dar a conhecer e de sensibilizar a população para os problemas da Saúde Mental. Há necessidade de promover uma campanha nesse sentido, porque as suas perturbações aumentam em flecha no nosso país, tal como nos países mais desenvolvidos”.

Esta urgência é demonstrada no mesmo documento, p. 5, pela apresentação de alguns números:

“Mais de 20% da população adulta sofre de algum problema de Saúde Mental em certa altura da sua vida; O número de suicídios nos países da comunidade europeia é igual ou superior ao número de mortos em acidentes de viação; A depressão ocupa o quarto lugar na lista das doenças com mais prejuízos económicos (DALYs. Na progressão actual ocupará o segundo, daqui por quinze anos (OMS); As doenças mentais acarretam um custo equivalente a 3-4 % do produto nacional bruto na Região Europeia (C. E.)”.

Considerando a prevalência de doenças mentais na população portuguesa, torna-se indispensável a promoção da literacia em saúde mental. Se esta não for promovida pode resultar num obstáculo para a população, na aceitação dos cuidados de saúde mental baseados na evidência e as pessoas portadoras de perturbação mental poderão ser menosprezadas e não ter acesso aos cuidados de saúde, nem apoio por parte da comunidade (Jorm, 2000).

Deve caminhar-se no sentido de tornar cada indivíduo competente, conhecedor e informado, oferecendo-lhe uma arma poderosa – maior literacia. A literacia em saúde é *“facilitadora para a participação efectiva nos cuidados de saúde. Porém existe ainda a necessidade de estudar a forma de a aumentar e fazer com que constitua uma verdadeira influência nos cuidados de saúde”* (Antunes, 2014, p. 125).

DISCUSSÃO

Através dos estudos analisados compreende-se que um baixo nível de literacia em saúde acarreta consequências negativas no sistema em geral e são vários os autores que as apresentam. Baseado em diferentes estudos (Nielsen-Bohlman, Panzer e Kindig, 2004; Weiss, 2005; Edmunds, 2005), Mancuso (2008 cit. por Loureiro, 2011, p. 162) enumera as seguintes consequências:

“(...) custos acrescidos nos cuidados de saúde; reduzido ou falso conhecimento sobre as doenças e tratamentos; menor competências de autogestão; menor capacidade para cuidar de pessoas em condições crónicas; erros de medicação; incapacidade

para lidar com sucesso com o sistema de cuidados de saúde.”

Segundo Loureiro (2011), a baixa literacia em saúde mental acarreta consequências e riscos para a sociedade, impedindo o reconhecimento atempado dos sintomas, tanto no próprio como nos outros, atrasando a procura de ajuda. Existe ainda a dificuldade em comunicar com os profissionais de saúde, não só porque desconhecem a disponibilidade dos serviços de saúde mas também porque desconhecem que estão doentes.

Para reforçar, Santos (2010) refere que, a baixa literacia em saúde se relaciona com a baixa compreensão de conceitos básicos, baixa auto-eficácia na prevenção e gestão de problemas de saúde, bem como comportamentos ineficazes de saúde: uso inadequado de medicamentos, uso excessivo dos serviços de saúde, ou ineficácia em lidar com situações de emergência. De acordo a Associação Médica Americana, (cit. por Monteiro, 2009, p. 24) a baixa literacia em saúde é *“um prognóstico mais forte da saúde individual do que a idade, rendimentos, estatuto profissional, nível académico ou raça”*.

Para Antunes (2014, p. 123), a baixa literacia em saúde relaciona-se com a *“dificuldade na prevenção e na gestão de problemas de saúde, bem como com comportamentos ineficazes de saúde”* ou seja, com o uso indevido de, medicamentos e serviços de saúde (nomeadamente serviços de urgência) e com a dificuldade em intervir em situações de emergência. As consequências da baixa literacia em saúde são, taxas de hospitalização mais altas e mais longas no tempo implicando mais custos, uma vez que implica mais exames de diagnóstico, mais terapêutica, e outras despesas associadas a um internamento, a fraca adesão à prescrição terapêutica, a diminuição da utilização de medidas preventivas e afecta ainda a comunicação médico-utente.

Como já definido anteriormente, a literacia é a capacidade do indivíduo em compreender e utilizar a informação no sentido da promoção e manutenção de um bom estado de saúde (OMS, 2014), porém essa informação convém ser transmitida de forma eficaz e de acordo com os traços da população a que se direcciona,

“A transmissão da informação sobre a saúde é mais eficaz quando os seus conteúdos são especificamente desenhados para uma pessoa ou para um grupo populacional e quando a mensagem é bem delimitada, realçando os benefícios (ganhos) e os custos (perdas) associados aos comportamentos e às tomadas de decisão” (Antunes M., 2014, p.123).

CONCLUSÃO

Para desenvolver a literacia os profissionais de saúde deverão tornar-se *“cada vez melhores comunicadores e melhores utilizadores das tecnologias de informação”*.



Para o mesmo autor, outra área que deverá ser desenvolvida, é a assertividade e *empowerment* dos utentes, sendo importante desenvolver acções destinadas a promover competências de comunicação. Nos serviços de saúde e na comunidade, estas acções poderão tornar o indivíduo mais pró-activo na procura de informação sobre saúde.

“Nos serviços de saúde trata-se de aumentar o seu nível de participação, ajudar a identificar as preocupações, incentivar a fazer, antes da consulta, exames ou tratamentos, uma lista do que querem falar ou perguntar, assegurar que consegue fazer as perguntas que quer fazer. Na comunidade trata-se de contribuir para o desenvolvimento da literacia de saúde, através de actividades nas escolas, locais de trabalho, grupos comunitários e, ainda, de aumentar o acesso à Internet, o que é essencial para aumentar a acessibilidade à informação de saúde, bem como o contacto com técnicos e serviços de saúde” (Teixeira, 2004, p. 619).

A promoção e educação para a saúde é outro componente que merece realce, uma vez que pode constituir-se como importante foco de intervenção principalmente no desenvolvimento da literacia em saúde mental. A promoção da saúde mental implica a criação de condições individuais, sociais e ambientais que visem o desenvolvimento optimizado, tanto físico como psicológico. Estas iniciativas envolvem o indivíduo neste processo de obtenção de uma saúde mental positiva, de qualidade de vida e diminuindo a diferença na esperança de vida entre países e grupos (WHO, 2004, p.16). A prevenção da doença mental pode ser considerada como uma estratégia de promoção, sendo que é definida, como um processo que almeja reduzir a incidência, prevalência, recidiva da doença mental, a duração dos sintomas ou das condições de risco, prevenindo e atrasando recorrências e ainda diminuindo o impacto da doença na pessoa afectada, na família e na sociedade. A diferença entre promoção e prevenção reside no alvo a que cada uma se destina. A promoção tenta alcançar uma positiva saúde mental aumentando o bem-estar, as competências da população e a resiliência, construindo ambiente e condições que o suportem. A prevenção por sua vez servirá para reduzir os sintomas e em última análise, os próprios distúrbios mentais. Uma saúde mental positiva é uma excelente arma e um poderoso factor de protecção contra a doença mental WHO (2004, p.17).

Os principais factores influenciadores da saúde mental são de natureza ambiental e socioeconómica tais como tais como a pobreza, a guerra e a desigualdade. Podemos verificar que os utilizados para este tipo de risco são o *empowerment*, integração das minorias étnicas, interacções interpessoais positivas, participação social, responsabilidade social e tolerância, serviços sociais e as redes de apoio social e comunitário. O primeiro muito ligado à literacia em saúde mental poderá ser a grande resposta para uma significativa melhoria das condições em que o indivíduo pensa, reflecte e age na sua saúde e pela



sua saúde. Ao longo da última década tem sido vista como uma dimensão fundamental para os programas de promoção da saúde e prevenção das perturbações mentais” (Plano nacional de prevenção do suicídio, 2013-2017, p.32).

Outros factores importantes definidos no documento são os individuais e familiares. Por exemplo, o abuso de crianças e doença mental dos pais durante a infância precoce, comportamentos de risco da mãe durante a gravidez, discórdia conjugal, podem anteceder problemas comportamentais em crianças, depressão e problemas relacionados com o álcool, nos adultos. WHO (2004, p. 23), demonstra várias estratégias que poderão diminuir ou até mesmo colmatar problemas desta natureza.

No desenvolvimento da promoção e prevenção da saúde surge o importante papel da enfermagem. A enfermagem de saúde mental e psiquiatria exerce o seu foco na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção contribuindo para a adequação das respostas do utente e sua família. Os enfermeiros especialistas em saúde mental assistem a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental e coordenam, implementam e desenvolvem projectos de promoção e protecção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos. Como exemplo, uma das competências do enfermeiro especialista é realizar e implementar um plano de cuidados individualizado, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados concebendo, entre outras, estratégias de empoderamento que permitam ao utente desenvolver conhecimentos, capacidades e factores de protecção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental. Ainda coordena, implementa e desenvolve projectos de promoção e protecção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos, através por exemplo, da implementação na comunidade de programas centrados na população que promovam o empoderamento, a saúde mental e previnam ou reduzam o risco de perturbações mentais, privilegiando estratégias de desenvolvimento comunitário participativo; Implementa programas de promoção da participação activa através da educação para a cidadania e empoderamento das pessoas com doença mental grave. A enfermagem de Saúde Mental tem ainda um papel crucial na promoção e reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais (Regulamento Competências Enfermagem em Saúde Mental, 2011).

A literacia em saúde mental e psiquiátrica como estratégia terapêutica revelou-se um importante mecanismo no aumento da saúde e bem-estar geral da população pois é através dele que a pessoa se torna mais eficiente, autónoma, colaborante e principalmente consciente dos seus deveres e direitos no seu projecto de saúde.

REFRÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, M., Tomey A. (2002). **Teóricas de Enfermagem e a sua obra**. Lusociência;
- Antunes M. (2014). **A literacia em Saúde: investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos**. XI jornadas APDIS, Lisboa;
- Apóstolo, J. (2013). **Envelhecimento, Saúde e Cidadania**. Revista Enfermagem Referência;
- Carta de Ottawa, (1986). **PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE**. Ottawa;
- Ceretta, B. et al, (2009). **A PSICOEDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO PARA PACIENTES COM TRANSTORNO DO HUMOR BIPOLAR**. 61º Congresso Brasileiro de enfermagem. Fortaleza, Brasil;
- Conselho Nacional da Saúde Mental (2002). **Recomendações do Conselho Nacional da Saúde Mental**. Lisboa;
- Declaração de Jacarta, (1997). **QUARTA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**. Jacarta, Indonésia;
- Direcção Geral de Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde, 2012 – 2016: **Objectivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida**;
- Direcção geral de saúde. **Programa nacional para a saúde mental - Plano nacional de prevenção do suicídio**. 2013-2017;
- Figueiredo, A. Et al, (2009). **O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar**. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. Vol. XI, nº 1, 15-24. Campinas;
- Fortin M-F. **O processo de Investigação, Da Concepção à realização**. Lisboa: Lusociência (1999);
- Gomes, M. et al (2000). **IV Congresso Português de Sociologia - Novas análises dos níveis de literacia em Portugal: comparações diacrónicas e internacionais**. Disponível em www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462de53172c7d_1.PDF;
- Jorm, A. F. (2000). **Mental health literacy**. British journal of psychiatry. Review article;
- Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997) – **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7ª Edição. Artmed, Porto Alegre;
- Kickbusch, I. (2001). **Health literacy: addressing the health and education divide**. Vol. 16. No.3. Health Promotion International – Oxford University Press;
- Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro - Lei de bases da Saúde;
- Lopes, M. (1999). **Concepções de enfermagem e desenvolvimento sociomoral: Alguns dados e implicações**. Gráfica 2000;

- Loureiro, L. et al (2011). **Literacia em Saúde mental de adolescentes jovens: conceitos e desafios.** Revista de Enfermagem de Referência, N.6 pp 157-166;
- Monteiro, M. (2009). **A Literacia em Saúde.** Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa;
- Morgado T., Botelho, M. (2014). **INTERVENÇÕES PROMOTORAS DA LITERACIA EM SAÚDE MENTAL DOS ADOLESCENTES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental;
- Neeb, K. (2000) – **Fundamentos de enfermagem de saúde mental.** Lusociência, Loures;
- Nutbeam, D. (2000). **Health literacy as a health public goal: a challenge for a contemporary health education and communication strategies into the 21st century.**Vol. 15, No3. Oxford University Press. Oxford;
- Pedro, C.et al (2014). **1º Relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental.** Faculdade de Ciências médicas, Universidade Nova de Lisboa. Lisboa;
- Santos, O. (2010). **O papel da literacia em saúde.** Vol 4, No. 3. Endocrinologia, Diabetes e Obesidade;
- Teixeira, J. (2004). **Comunicação em saúde Relação Técnicos de Saúde – Utentes.** Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.

Páginas de internet:

<http://www.humanrights.com/pt>

<http://felizmente.esenfc.pt/felizmente/?w=5&id=11413>

<http://www.dgidc.min-edu.pt/educacaocidadania/>

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/>

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129_2011_Co mpetenciasEspecifEnfSMental.pdf

