

Guia Orientador de Boas Práticas

de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação

TÍTULO

GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL DE LIGAÇÃO

Trabalho desenvolvido por iniciativa da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MCEESMP), mandato 2020-2023.

AUTORES

Hélder Abel Chaves Ferreira Lourenço (Coordenador)
Aramid José Fajardo Gomes
Joaquim Manuel da Silva Carvalho
José Carlos Pereira dos Santos
Maria Brito de Azevedo Vieira Gomes
Maria Elisa Carraça Gariso
Sandra Cristina Pereira Leodoro Faria
Susana Alexandra Fernandes Correia

[O grupo de autores foi aprovado em reunião do Conselho Diretivo, a 6 de janeiro de 2021, e nomeado pela Nota Interna NI-CD/2020/36]

REVISÃO TÉCNICA

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Mandato 2020-2023

Franco Miguel Correia Sampaio (Presidente da MCEESMP)
Andreia Cristina Jales do Espírito Santo (Secretária da MCEESMP)
Hélder Abel Chaves Ferreira Lourenço (Secretário da MCEESMP)

REVISTO PELOS PERITOS

Pedro Miguel Lopes da Silva
André Filipe Fidalgo Maravilha

EDITOR

Ordem dos Enfermeiros

EDIÇÃO

Papa-Letras (www.papa-lettras.pt)

CAPA

Gabinete de Comunicação e Imagem da Ordem dos Enfermeiros

GRAFISMO E PAGINAÇÃO

Gráfica Almondina (www.grafica-almondina.com)

ISBN:

978-989-8444-75-2

1.ª edição digital: Dezembro de 2023

© 2023, Ordem dos Enfermeiros

Todos os direitos reservados por: ORDEM DOS ENFERMEIROS



Sede
Avenida Almirante Gago Coutinho, nº 75
1700-028 Lisboa
T: 218455230
<http://www.ordemenfermeiros.pt/>

Mensagem da Digníssima Bastonária e da Presidente do Conselho de Enfermagem.....	5
Mensagem do Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade	6
Siglas, Abreviaturas e Acrónimos.....	7
Glossário.....	8
Sumário executivo.....	9
Como utilizar este documento.....	11
Sumário de recomendações	12
Introdução.....	13
1. Quadro Conceptual.....	15
1.1 Ontologia de Enfermagem e literacia em saúde	16
1.2 Ontologia de Enfermagem e Sistemas de Informação de Enfermagem	21
1.3 Ontologia de Enfermagem: Diagnósticos e intervenções	23
1.3.1 Ansiedade	26
1.3.2 Humor depressivo	27
1.3.3 Abuso de substâncias	28
1.3.4 Cognição comprometida e memória comprometida	30
1.3.5 Confusão	31
1.3.6 Autoconceito comprometido	32
1.3.7 Stress do prestador de cuidados.....	34
2. Norma de Orientação Clínica.....	36
2.1 Área de intervenção: Clínica.....	37
2.2 Área de intervenção: Consultadoria	39
2.3 Fases de desenvolvimento da norma de orientação clínica	41
2.3.1 Fase de desenvolvimento: Solicitação.....	41
2.3.2 Fase de desenvolvimento: Diagnóstico.....	44
2.3.3 Fase de desenvolvimento: Prescrição	44
2.3.4 Fase de desenvolvimento: Intervenção.....	44
2.3.5 Fase de desenvolvimento: Avaliação	45
2.3.6 Fase de desenvolvimento: Continuidade de cuidados.....	45
3. Recomendações e Organização da Consulta de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação	47
3.1 Consulta de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação.....	49
Conclusão.....	52
Referências bibliográficas	54

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Principais Recomendações do Guia Orientador de Boas Práticas	12
Tabela 2. Indicadores de Estrutura, Processo e Resultado	45

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma: Pedido de Apoio de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação na Área Clínica	38
Figura 2. Fluxograma: Tomada de Decisão Clínica.....	39
Figura 3. Fluxograma: Pedido de Apoio de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação na Área de Consultadoria.....	40
Figura 4. Solicitação de Consulta de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação	42
Figura 5. Modelo de Aplicabilidade de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação.....	51
Figura 6. Implementação da Consulta de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação.....	51

MENSAGEM DA DIGNÍSSIMA BASTONÁRIA E DA PRESIDENTE DO CONSELHO DE ENFERMAGEM

Este Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Mental de Ligação dirige-se, em particular, aos Enfermeiros Especialistas desta área, constituindo um importante documento com orientações de actuação e boas práticas profissionais, mas não só.

A Enfermagem de Ligação, na área da Saúde Mental e Psiquiátrica, consiste, precisamente, numa relação de cooperação entre o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e equipas de outras áreas de especialidade, tendo em conta a necessidade crescente de uma prática de cuidados integrados. Foi essa necessidade que levou à elaboração deste documento, um trabalho que agrega as experiências de vários Enfermeiros Especialistas numa área que constitui um desafio constante, sobretudo nos tempos actuais, onde são cada vez mais manifestas as carências na área em apreço e onde o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica se constitui como um eixo fundamental.

A doença é sempre limitativa, mas a doença mental é, além de limitativa, muitas vezes silenciosa, tornando-se essencial a relação de confiança entre o doente e o Enfermeiro Especialista.

Este Guia é um documento abrangente, que fornece ferramentas para a discussão em torno da prática clínica. Todas as experiências devem ser relevadas e todos os conhecimentos devem ser partilhados, colocando sempre a pessoa no centro das atenções. É imperioso incentivar a produção científica e valorizar o trabalho que tem sido feito ao longo dos anos, compartilhando-o com os restantes Enfermeiros. É este o caminho para a valorização e crescimento da Enfermagem.

Agradecemos todo o empenho, dedicação e profissionalismo dedicado a este projecto.

Ana Rita Cavaco,
Bastonária

Ana Fonseca
Presidente do Conselho
de Enfermagem

MENSAGEM DO PRESIDENTE DA MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE

Há já largos anos, nos contextos de saúde, encontra-se informalmente instituído o recurso a pedidos de colaboração entre enfermeiros de diferentes Serviços/Unidades. Tal ocorre, a título de exemplo, quando num Serviço de Obstetrícia uma puérpera apresenta sintomatologia aparentemente do foro psiquiátrico na qual o enfermeiro desse Serviço, não sendo especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, não se sente habilitado para avaliar e/ou intervir devidamente e, como tal, solicita informalmente colaboração por parte de um enfermeiro do Serviço de Psiquiatria.

Pese embora esta realidade já exista, ela assume um carácter ainda algo residual e, como agravante, a ausência de formalização destes processos de pedido de colaboração, que tendem a não ser requeridos em impresso próprio e/ou a não ser documentados nos Sistemas de Informação em Saúde, conduz a uma invisibilidade dos mesmos e à criação de uma (falsa) ideia de que todos os enfermeiros têm as mesmas competências independentemente da sua área de especialidade.

Cada vez mais, por exemplo em Serviços/Unidades médicas, cirúrgicas ou de cuidados paliativos, tendem a estar internados utentes que apresentam sintomatologia ansiosa, depressiva, ou até mesmo do espectro psicótico. É também sabido que a esmagadora maioria dos enfermeiros que exercem funções em Serviços/Unidades desta tipologia não são especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Por isso, em contextos de saúde cada vez mais marcados pela comorbidade e pela multimorbidade, é urgente a formalização dos processos através dos quais são realizados pedidos de colaboração a enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que visam o usufruto das suas competências específicas. Esta formalização constitui uma importante oportunidade para, por um lado, ultrapassar a ideia socialmente enraizada de que todos os enfermeiros têm as mesmas competências e, por outro lado, para enfatizar a relevância que os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pelos ganhos em saúde potencialmente decorrentes das suas competências específicas, podem assumir no Sistema Nacional de Saúde.

A identificação desta lacuna levou a que a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica do mandato 2020-2023 decidisse recuperar a ideia, proveniente do mandato anterior, de elaborar um Guia Orientador de Boas Práticas (GOBP) de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação. Essa intenção, agora concretizada, deve-se ao empenho de um grupo de trabalho nomeado para o efeito e ao qual todos, enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, devemos estar genuinamente gratos pelo contributo para a área de especialidade.

Francisco Sampaio

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

SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

- AGREE II** – Appraisal of Guidelines Research & Evaluation
- APA** – American Psychiatric Association
- CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- DGS** – Direção-Geral da Saúde
- EEESMP** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- ESML** – Enfermagem de Saúde Mental de Ligação
- GOBP** – Guia Orientador de Boas Práticas
- ICN** – International Council of Nurses
- NANDA-I** – NANDA International, Inc.
- NIC** – Nursing Interventions Classification
- NICE** – National Institute for Health and Care Excellence
- NOC** – Norma de Orientação Clínica
- OE** – Ordem dos Enfermeiros
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- RNAO** – Registered Nurses' Association of Ontario
- SICAD** – Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- SIE** – Sistemas de Informação de Enfermagem
- SIS** – Sistemas de Informação em Saúde

Dados: Unidades elementares de informação que os enfermeiros colhem tendo em vista a identificação de problemas reais ou potenciais, ou oportunidades de evolução do cliente.

Dados necessários/obrigatórios: Todas as manifestações que devem estar presentes tendo em vista a identificação dos diagnósticos.

Dados úteis/opcionais: Manifestações que podem ou não ser consideradas tendo em vista a identificação dos diagnósticos.

Enfermagem de Saúde Mental de Ligação: Área da Enfermagem que visa estabelecer a articulação e a criação de sinergias entre as diversas disciplinas do conhecimento, centrada nos clientes, famílias, cuidadores e/ou equipas no sentido de corresponder às necessidades clínicas ou de consultadoria dos serviços e/ou organizações não especializados em saúde mental no contexto hospitalar e comunitário.

Índice de clientes com avaliação diagnóstica da dimensão autónoma: Exprime a proporção de avaliação diagnóstica da dimensão autónoma da profissão de Enfermagem por cliente. Numerador: Contagem de atividades diagnósticas autónomas realizadas. Denominador: Contagem de clientes sob responsabilidade do enfermeiro.

Intervenção psicoterapêutica de Enfermagem: Intervenção psicoterapêutica de Enfermagem é entendida como um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida entre o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e o cliente, no qual o estabelecimento da relação de confiança e ajuda permite que todos os atores envolvidos cresçam e se desenvolvam de forma autónoma, construindo em parceria novas explicações e razões para os problemas identificados (Sampaio et al., 2016).

Intervenções multicomponentes: Intervenções em 10 domínios, implementadas em conjunto, para a prevenção da confusão aguda.

Modelo clínico de dados: Modelos de dados altamente relacionados e clinicamente significativos, que indicam como representar conceitos ou informação, que utilizam uma ontologia de Enfermagem, e que traduzem o conhecimento baseado na evidência e o conhecimento tácito adquirido pela prática e validado pela teoria de Enfermagem. É uma estrutura que relaciona determinados conceitos previamente definidos.

Ontologia de Enfermagem: Descrição dos conceitos centrais da disciplina de Enfermagem, bem como as suas relações, de acordo com a melhor evidência disponível.

Processos corporais: Série de funções ou ações para atingir um resultado orgânico (*International Council of Nurses* [ICN], 2019).

Processos de transição: Série de funções ou ações para atingir um resultado de mestria e habilidade na articulação dos processos corporais e psicológicos.

Processos psicológicos: Série de funções ou ações para atingir um resultado psíquico (ICN, 2019).

Sistema de Informação de Enfermagem: Os Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE) são a parte dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) direcionados para as necessidades de documentação dos enfermeiros, passíveis de ser usados como matéria-prima para a formalização de indicadores e do conhecimento de Enfermagem.

Taxa de diagnóstico / resultados da dimensão autónoma: Exprime a proporção de diagnósticos ou resultados na dimensão autónoma da profissão de Enfermagem por cliente. Numerador: Contagem de diagnósticos ou resultados da dimensão autónoma da Enfermagem. Denominador: Contagem de diagnósticos ou resultados totais identificados pelo enfermeiro.

Taxa de intervenções de Enfermagem realizadas: Exprime a proporção de intervenções executadas face ao planeamento total de intervenções de Enfermagem. Numerador: Contagem de intervenções de Enfermagem executadas. Denominador: Contagem de intervenções de Enfermagem planeadas.

SUMÁRIO EXECUTIVO

A crescente necessidade de uma prática de cuidados integrada levou à elaboração deste Guia Orientador de Boas Práticas (GOBP) de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação (ESML), na qual o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) se constitui como um eixo central e determinante.

A participação do EEESMP ocorre no diagnóstico, no planejamento, intervenção e avaliação, mas também na orientação de outros profissionais, quando abordam fatores biopsicossociais envolvidos na resposta à doença, na hospitalização, na relação com os familiares, com os técnicos, e mesmo com os outros clientes. Assim, a população-alvo da sua intervenção centra-se em clientes, famílias e/ou cuidadores e profissionais sempre que, concomitantemente, se identifiquem processos corporais, processos psicológicos e processos de transição em serviços não especializados em saúde mental.

No sentido de corresponder às diferentes necessidades dos serviços não especializados em saúde mental podem considerar-se duas áreas diferenciadas de intervenção da ESML: a área clínica (centrada no cliente, família e/ou cuidador) e a área da consultadoria (centrada no enfermeiro e equipa multidisciplinar, incluindo a formação e literacia em saúde). Consideram-se ainda seis fases de desenvolvimento: solicitação, diagnóstico, prescrição, intervenção, avaliação e continuidade de cuidados. A sua ação intencional é direcionada de acordo com as necessidades identificadas no cliente, família e/ou cuidador, profissionais de saúde e as instituições.

Foram identificados os diagnósticos de Enfermagem mais comuns, com foco no processo psicológico, entre os quais se contam a ansiedade, o humor depressivo, o abuso de substâncias, a cognição comprometida e memória comprometida, a confusão, o autoconceito comprometido e o *stress* do prestador de cuidados. As intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem compreendem diversas orientações conceptuais, destacando-se as cognitivo-comportamentais (em maior número) e as psicodinâmicas, podendo estas ser desenvolvidas em contexto grupal ou individual. A intervenção mais comum, na resposta aos processos psicológicos, é de âmbito psicofarmacológico, levando à necessidade de se considerar a intervenção psicoterapêutica integrada no processo global de cuidados.

A documentação e exercício da prática clínica da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica deverá assentar numa linguagem comum, que tenha por base conceptual a ontologia de Enfermagem, e as suas intervenções deverão regular-se pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, apresentando como resultados os indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem conforme disposto pelo regulamento das competências específicas do EEESMP.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) tem a missão de recomendar uma linguagem padronizada de Enfermagem para a construção de diagnósticos de Enfermagem, intervenções de Enfermagem e resultados de Enfermagem. A ontologia de Enfermagem, versão 2.2020,

através do recurso aos SIE, possibilita a representação dos dados usados permitindo o processamento de informação interoperável, através de modelo clínicos de dados exclusivamente assente numa taxonomia de Enfermagem e num modelo teórico de Enfermagem, o que representa uma melhor garantia de continuidade de cuidados dentro da profissão, assim como uma melhoria da qualidade e fiabilidade dos indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem, contribuindo para o exercício autónomo da profissão e desenvolvimento da mesma enquanto disciplina e ciência.

Este GOBP direciona-se para a construção de uma Norma de Orientação Clínica (NOC) na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. A mobilização dentro do sistema de saúde, prevista no exercício autónomo e interdependente do EEESMP, sugere a evidência de novos focos de atenção diagnóstica, necessários na informação clínica, cuja centralidade é o cliente, família e/ou cuidador no que aos processos corporais, processos psicológicos e de transição diz respeito, e onde cada organização de saúde deve criar a sua própria parametrização, mas dentro de um quadro de referência formal que permita a análise a partir de uma linguagem classificada comum a todos os contextos clínicos.

COMO UTILIZAR ESTE DOCUMENTO

Este GOBP é um documento abrangente que fornece recursos para práticas informadas em evidências. Este pretende fornecer ferramentas para a discussão em torno de uma prática clínica. Sugere-se, por isso, que seja lido, discutido/criticado e otimizado tendo em conta as necessidades da prática, dos contextos e dos clientes, famílias e/ou cuidadores. A NOC deve ser adaptada e aplicada de acordo com as necessidades das organizações ou ambientes da prática, bem como segundo as necessidades e preferências dos clientes, famílias e/ou cuidadores. Além disso, esta NOC fornece uma visão geral das estruturas e suportes adequados para melhorar a qualidade dos cuidados, baseando-se em evidências. Enfermeiros, outros prestadores de cuidados de saúde, e administradores que lideram e facilitam as mudanças das práticas encontrarão neste documento o desenvolvimento de políticas, procedimentos, protocolos, programas educacionais e avaliações, intervenções e ferramentas de documentação. Crê-se que enfermeiros e outros profissionais de saúde beneficiarão da adaptação das recomendações e das evidências que o sustentam. Recomenda-se particularmente que a translação das informações deste guia para a prática seja adaptada em formatos de fácil utilização. Se uma dada organização pretender adotar esta NOC, recomenda-se que siga as seguintes etapas: a) identificar as necessidades existentes; b) caracterizar as práticas de Enfermagem e os cuidados de saúde na área da ESML usando as recomendações desta NOC; c) selecionar as recomendações que irão atender às necessidades ou lacunas do cliente, família e/ou cuidador e da instituição; e d) desenvolver um plano para implementar as recomendações identificadas como prioritárias.

SUMÁRIO DE RECOMENDAÇÕES

Este GOBP fornece recomendações em quatro áreas principais:

- As recomendações para a prática, direcionadas principalmente a EEESMP e equipa multidisciplinar que cuida de crianças, jovens, adultos e idosos em todos os ambientes, essencialmente os de prática hospitalar;
- As recomendações de literacia em saúde são dirigidas às direções, chefias, administradores, equipas de melhoria da qualidade, decisores políticos, órgãos reguladores da Enfermagem, órgãos governamentais, e instituições de natureza académica;
- As recomendações para a organização da consulta de ESML;
- As recomendações para a avaliação e monitorização da primeira versão deste GOBP.

Para uma melhor eficácia das propostas apresentadas neste documento, as recomendações nessas quatro áreas devem ser implementadas em conjunto. Na Tabela 1 apresenta-se um sumário das principais recomendações.

Tabela 1 – Principais Recomendações do Guia Orientador de Boas Práticas

Áreas de recomendação	Recomendações
Recomendações para a prática clínica	Identificar as principais áreas de intervenção no âmbito da ESML.
	Construir um padrão de documentação para a ESML, com recurso às taxonomias de Enfermagem, no qual constem os focos/diagnósticos e as intervenções mais frequentes do contexto onde está inserido.
	Identificar o SIE no âmbito da ESML.
	Respeitar os princípios descritos no modelo de intervenção psicoterapêutica em Enfermagem no que concerne ao planeamento e implementação de intervenções psicoterapêuticas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.
	Integrar algoritmos de intervenção clínica e de consultadoria na prática assistencial.
	Definir indicadores de estrutura, processo e resultado.
Recomendações para a literacia em saúde	Identificar indicadores no âmbito da literacia funcional.
	Identificar indicadores no âmbito da literacia interativa.
	Identificar indicadores no âmbito da literacia crítica.
Recomendações para a organização da consulta de ESML	1) Caracterização da consulta; 2) Direção e gestão da consulta; 3) Organização da consulta; 4) Recursos humanos da consulta; 5) Ensino na consulta; 6) Investigação na consulta; 7) Recursos materiais da consulta; 8) Avaliação dos resultados e 9) Disposições finais.
Recomendações para a avaliação da NOC	Monitorizar a efetividade da NOC em cada contexto.
	Avaliar a NOC de acordo com os critérios definidos no <i>Appraisal of Guidelines Research & Evaluation</i> (AGREE II).

Fonte: Elaboração própria

INTRODUÇÃO

A necessidade que fundamenta a criação de um GOBP na área da ESML havia já sido identificada pela anterior Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Assim, vem esta Mesa, com este grupo de trabalho, dar resposta à necessidade encontrada.

O Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tem como competências, entre outras, a de “definir padrões de qualidade de cuidados de Enfermagem especializados e zelar pela sua observância no exercício profissional.” (OE, 2016, p. 2). É, neste âmbito, que a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica entende que a elaboração deste GOBP se pode constituir como instrumento de qualidade estruturante da prática clínica do EEESMP, ocupando por isso um lugar de relevo, determinante na formação dos enfermeiros e no desenvolvimento da especialidade.

A Enfermagem de Ligação, na área da Saúde Mental e Psiquiátrica, consiste numa relação cooperativa contínua que se estabelece entre o EEESMP e equipas de outras especialidades, efetivando-se como uma estratégia eficaz na obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem (Massano, 2012). Nesse sentido, o EEESMP pertencente à equipa de ligação será um elemento que presta um contributo particularmente importante, fundamental para o tratamento global do cliente, família e/ou cuidador, permitindo fazer a ponte entre a Psiquiatria e as restantes especialidades, para que a abordagem do(s) mesmo(s) se realize integrando as suas vertentes biopsicossociais (Mota, 2000).

Neste seguimento, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica manteve a priorização desta área e entendeu ser oportuno constituir um novo grupo de trabalho com EEESMP para dar resposta à necessidade previamente identificada. Entende-se que os utilizadores-alvo deste GOBP são todos os enfermeiros e grupos profissionais do sistema de saúde, com particular atenção aos EEESMP que exercem funções em serviços especializados de saúde mental e nos demais serviços que não os da sua área de especialização.

No sentido de corresponder às diferentes necessidades dos serviços não especializados em saúde mental, podem considerar-se duas áreas diferenciadas de intervenção da ESML: a área clínica (centrada no cliente, família e/ou cuidador) e da consultadoria (centrada no enfermeiro e equipa multidisciplinar, incluindo a formação e a literacia em saúde). Consideram-se ainda seis fases de desenvolvimento: solicitação, diagnóstico, prescrição, intervenção, avaliação, e continuidade de cuidados. A sua ação intencional é direcionada consoante as necessidades identificadas no cliente, família e/ou cuidador, profissionais de saúde e as instituições quando perspetivadas, como um só organismo, dentro da organização de saúde.

As etapas do processo de Enfermagem encontrar-se-ão estruturadas, ao longo deste GOBP, de acordo com esta edificação, permitindo uma melhor leitura aos utilizadores-alvo

que deverão, assim, ser capazes de encontrar facilmente as recomendações mais relevantes em resposta às principais questões clínicas abrangidas pela NOC que, sempre que possível, são apresentadas sob a forma de fluxogramas. Com o documento que aqui se introduz, pretende-se:


- Apresentar uma NOC adaptável aos diversos contextos da prática clínica.
- Promover a articulação entre as várias áreas de especialidade através da definição do modelo teórico a utilizar na ESML.

Na Enfermagem, a elaboração de GOBPs (OE, 2007a) reveste-se de grande atualidade, já que estes são considerados instrumentos de qualidade, pelo que os enfermeiros devem basear a sua intervenção profissional em práticas recomendadas, tornando a prestação de cuidados mais segura, visível e eficaz.

Este GOBP está de acordo com a mais atual versão da ontologia de Enfermagem. Neste sentido, é fundamental para a consistência da disciplina da Enfermagem que exista uniformização da linguagem entre os profissionais e uma prática informada na evidência.

O método utilizado para a realização deste documento foi a revisão integrativa da literatura que decorreu entre fevereiro e abril de 2021 e partindo das questões: Qual(ais) o(s) modelo(s) de ação em ESML? Quais os diagnósticos identificados na área da ESML? Quais as intervenções de Enfermagem identificadas na área da ESML?

Este documento divide-se, essencialmente, nas seguintes partes: um quadro conceitual, uma NOC, e recomendações para a organização da consulta de ESML.



1

**Quadro
Conceptual**

A Enfermagem de Ligação surge nos Estados Unidos, nos anos 1960, com base na necessidade de um envolvimento mais direto das equipas de outros serviços com clientes com comprometimento dos processos corporais, baseando-se em teorias de adaptação e stress nas quais há uma integração das perspetivas biológicas, psicológicas e sociológicas agregando as seguintes características: a) a orientação da equipa de saúde que cuida do cliente; b) o cuidado psicológico especializado direto para os clientes, suas famílias e/ou cuidadores; c) o conhecimento sobre respostas adaptativas e não adaptativas à doença no processo de adaptação; d) o conhecimento da teoria de sistemas; e e) a ligação entre as diferentes especialidades. A Enfermagem de Ligação tem o objetivo de executar suporte emocional quer para o cliente, família e/ou cuidador, quer para a equipa de Enfermagem e ou multidisciplinar, sendo o foco de interesse do enfermeiro os mecanismos de adaptação e stress (Scherer et al., 2002).

A introdução na Europa dá-se um pouco mais tarde, essencialmente através dos países anglo-saxónicos, sem que ainda estejam definidas as áreas de intervenção e desenvolvimento do EEESMP de ligação (Scherer et al., 2002), sendo que Portugal não é exceção (Cardoso et al., 1988; Caldas de Almeida et al., 1992; Mota, 2000).

Neste seguimento, a estratificação apresentada assume-se como o paradigma da ESML, isto é, que todas as intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tendam para este modelo conceptual de intervenção, considerando-se que o objetivo da ESML seja, acima de tudo, melhorar a qualidade dos cuidados em Enfermagem, em serviços de cuidados gerais, pela abordagem dos processos corporais em ligação com os processos psicológicos e os processos de transição.

1.1 Ontologia de Enfermagem e literacia em saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação de forma a promover e a manter o seu estado de saúde (Nutbeam & Kickbusch, 1998). Para estes autores a literacia é vista usualmente como sendo constituída por dois elementos fundamentais: as tarefas (*tasks*) e as competências (*skills*). A literacia baseada nas tarefas refere-se à forma como o indivíduo as consegue realizar. A literacia baseada em competências centra-se no nível de conhecimento e competências que as pessoas devem ter para realizar tais tarefas, identificando três níveis de literacia em saúde: 1) Funcional – capacidades básicas necessárias de leitura e escrita para permitir um funcionamento efetivo num contexto de saúde; 2) Interativa/comunicativa – capacidades sociais e de literacia mais avançadas que permitem uma participação ativa e autónoma nos cuidados de saúde de forma preventiva, em caso de doença ou condicionantes; 3) Crítica – capacidades para analisar de forma crítica a informação, para aumentar a consciência e enfrentar obstáculos num contexto de saúde (Nutbeam, 2000). Neste capítulo serão abordadas questões que promovem a passagem de um nível de literacia funcional,

para os níveis seguintes (literacia interativa e crítica), podendo esta ser entendida como uma estratégia para o empoderamento dos clientes, famílias e/ou cuidadores, profissionais e organizações.

Estudos realizados em Portugal identificaram que os portugueses têm um nível de literacia em saúde problemático ou inadequado, influenciando negativamente os resultados em saúde, a utilização dos serviços e os gastos em saúde (Saúde que Conta, 2012). Acrescentam ainda que tudo isto se reflete em: maior predisposição para adoção de comportamentos de risco e prejudiciais para a saúde, o que conduz inevitavelmente a piores condições de saúde, maior taxa de morbilidade face a certas doenças crónicas, menor utilização de cuidados preventivos e, paralelamente, maiores taxas de hospitalizações e maior recurso a urgências médicas (Saúde que Conta, 2012). Mais tarde, Pedro et al. (2016), através do *European Health Literacy Survey* (HLS-EU), identificaram que 61% da população inquirida apresentava um nível de literacia em saúde problemático ou inadequado, conforme a tendência percebida nos estudos anteriores. Por sua vez, Sousa Carneiro et al. (2017) mostraram que os níveis da literacia funcional eram apenas medianos e ao nível da literacia crítica claramente fracos. Contudo, os dados mais recentes no estudo da literacia em saúde em Portugal, com recurso à versão portuguesa do novo questionário de literacia em saúde – versão curta (HLS-Q12) (Arriaga et al., 2021), demonstraram que há um incremento: a) na literacia geral em saúde; b) nas dimensões da literacia em saúde (promoção da saúde, prevenção da doença, cuidados de saúde); c) nas competências específicas da literacia em saúde (aceder, compreender, avaliar e aplicar); e d) nos módulos adicionais (literacia digital em saúde, literacia em navegação no sistema de saúde, literacia em vacinação) face aos resultados previamente identificados em Portugal. Embora pareça ser mais fácil para as pessoas processarem informação relacionada com a promoção da saúde e mais difícil processar informação relacionada com o tratamento e sobre a prevenção de doenças, os mesmos autores consideram que a literacia em saúde pode também ser entendida como determinante mediador e moderador da saúde, constituindo-se como um dos indicadores de acessibilidade da população a cuidados de saúde de qualidade.

Nesta linha, o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 definiu como principais objetivos: a) Adotar estilos de vida saudáveis (contexto diário); b) Capacitar para a utilização adequada (sistema de saúde); c) Promover o bem-estar (na doença crónica); e d) Promover o conhecimento e a investigação (Arriaga et al., 2019). Os mesmos autores referem ainda que existe um elevado número de pessoas com baixos níveis de literacia, particularmente os idosos, com doenças crónicas, com baixos níveis de escolaridade e baixos rendimentos, bem como uma forte evidência de que a literacia em saúde contribui não só para promoção da saúde e prevenção da doença, mas também para a eficácia e eficiência dos serviços de saúde. Para Loureiro (2015) o investimento em literacia em saúde requer abordagens compreensivas (holísticas), incluindo a utilização de uma linguagem clara que torne acessíveis as mensagens a todos, que favoreça uma maior capacidade para lidar com a doença, para a utilização dos serviços de saúde de forma adequada e para melhor compreender e controlar as situações da vida. A literacia em saúde não tem em vista apenas o evitar a utilização inadequada dos serviços de saúde ou o aumento

do conhecimento e da capacidade de autogestão da saúde e da doença, mas refere-se também ao sentimento de competência e liberdade para participar em debates e tomar decisões a diferentes níveis (Loureiro, 2015).

Neste sentido, percebe-se que a conceção dos modelos organizacionais passa a ser orientada por critérios de funcionalidade e desenvolvimento, com o propósito de promover modalidades de gestão participativa e descentralizada e processos integrados de prestação de cuidados de saúde, melhorando os padrões do funcionamento dos serviços clínicos e da própria prática clínica, criando um ambiente favorável à excelência dos cuidados (Rodrigues & Felício, 2017). É neste contexto que aparece o conceito de governação clínica, traduzindo uma estratégia de modernização do sistema de saúde, que visa responsabilizar as organizações de saúde pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços (Campbell et al., 2002). A governação clínica surge como uma modalidade de gestão mais participativa e descentralizada, visando melhorar os padrões de funcionamento dos serviços e da prática clínica. Atendendo à crescente complexidade dos contextos da prática dos enfermeiros, a supervisão e a formação a estes profissionais obtêm o dinamismo necessário para o desenvolvimento de competências profissionais promovendo a reflexão e a diminuição dos níveis de ansiedade (Abreu, 2007). Assim, a supervisão clínica em Enfermagem emerge na literatura com um papel cada vez mais importante enquanto processo de promoção da qualidade, da segurança e de desenvolvimento pessoal e profissional, na medida em que se trata de um processo formal e estruturado de suporte profissional, fortemente ligada a métodos de gestão da qualidade das organizações de saúde, que visa o acompanhamento da prática profissional com o intuito de promover a tomada de decisão autónoma, sendo o fim último a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados (OE, 2010). Esta conduzirá a benefícios para os processos de transição para a prática profissional, assim como para a transição e socialização para um novo perfil de competências (Ke et al., 2017).

Por outro lado, no que à formação diz respeito, a sua exigência não se foca apenas no âmbito dos conceitos teóricos, mas também ao nível das competências individuais, capacitando os profissionais com ferramentas que promovam uma reflexão crítica. Esta contribui para as decisões de um sistema de saúde em permanente mudança, requer abertura para a aprendizagem ao longo da vida, motivação para a autoavaliação, e formulação de contributos para a ciência de Enfermagem (Kérouac et al., 2005; Serrano, 2008).

Foi este novo referencial e mudança de paradigma que destituiu o modelo organizacional tradicional de comando-controlo e de domínio burocrático, ao sugerir que com o estímulo à autonomia responsável dos profissionais integrados em equipas de saúde e o apoio dos decisores políticos no processo, a qualidade iria melhorar substancialmente (Fernandes, 2011). Com isto, é possível compreender que uma gestão de qualidade deve reconhecer as transformações sociais, políticas, económicas e tecnológicas que conduzem a alterações nas organizações (gestão de abertura ao mundo) (Ferreira et al., 2011).

Este desafio conduz à necessidade de os enfermeiros desenvolverem as habilidades e competências no domínio da gestão e da liderança, tendo em consideração os paradigmas em Enfermagem, no sentido de influenciarem ideias e ações de forma positiva e constru-

tiva (Kérouac et al., 2005). Pela garantia da qualidade, investigação, formação e segurança dos cuidados prestados emerge na ciência, disciplina e profissão de Enfermagem o perfil de competências do enfermeiro gestor, no qual se pode ler no artigo 3º alínea b):

“Enfermeiro Gestor é o enfermeiro que detém um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros.”

(Regulamento nº 101/2015, p. 5949).

Deste modo fica claro que gestores eficientes deverão procurar a humanização do trabalho, programas de enriquecimento pessoal dos seus colaboradores e olhar para os resultados como um trabalho coletivo. A formação dos enfermeiros gestores e a revisão dos modelos de gestão em Enfermagem caracterizam as exigências dos processos de gestão (Queirós, 2012).

Nesta mesma linha, Andrade et al. (2020) incluíram a temática da literacia em saúde no Plano de Enquadramento Estratégico de Enfermagem do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, criando o grupo institucional “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde de Enfermagem” com a intenção de articular com os Cuidados de Saúde Primários, dinamizar ações formativas aos cidadãos, melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde, e promover a adoção de comportamentos protetores da saúde e de prevenção da doença. Os mesmos autores consideram que a literacia em saúde contribui similarmente para a eficácia e eficiência dos serviços de saúde, sendo os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, um fator importante para a promoção da literacia em saúde junto da população.

Neste sentido, a dotação de EEESMP ajustada às necessidades identificadas em qualquer contexto contribui, entre outros enunciados descritivos dos padrões de qualidade, para a promoção da saúde mental e prevenção da doença mental (Regulamento nº 356/2015; Regulamento nº 515/2018; Xavier et al., 2017). A participação de EEESMP em contextos específicos, tais como nas unidades de dor, cuidados paliativos e oncologia, é uma mais-valia para a equipa multidisciplinar, quer em termos diretos destes profissionais na sua prática dos cuidados, quer na colaboração que é prestada à equipa na prestação dos cuidados (Mota, 2000). O mesmo autor acrescenta que o EEESMP pode contribuir para a formação dos enfermeiros dos vários contextos aos quais se encontra vinculado, de forma a promover a alteração de comportamentos e a saúde mental no local de trabalho, visando a melhoria de cuidados.

O EEESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente, assim como as implicações para o seu projeto de vida. Este compreende ainda o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais, estando por isso habilitado para intervir sempre que seja necessária a promoção da articulação entre os processos corporais, os processos psicológicos e os processos de transição.

Tendo em conta os dados epidemiológicos que apontam para uma prevalência elevada de doença mental, considerada uma das principais causas de incapacidade e de morbili-dade nas sociedades atuais (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008; Xavier et al., 2017), o Plano Nacional de Saúde Mental recomenda que se organize e disponibilize um conjunto mínimo de intervenções e programas, definidos de acordo com as boas práticas e informados na evidência, sublinhando a importância de um funcionamento em rede, com canais de referênciação e contra-referenciação simples e claros (Xavier et al., 2017). Apesar de se considerar que a prestação de cuidados de saúde mental deve ser “promovida prioritariamente a nível da comunidade” (Diário da República n.º 169/1998, Série I-A de 1998-07-24, 1998, p. 3544), “o tratamento de doentes mentais em regime de internamento passou a ocorrer, tendencialmente, em hospitais gerais” (Diário da República n.º 169/1998, Série I-A de 1998-07-24, 1998, p. 3544). Dados recentes apontam para que cerca de 20% dos clientes internados serão sinalizados com um diagnóstico médico psiquiátrico e que, pelo menos, 1% irá necessitar de cuidados imediatos por um especialista em saúde mental, verificando-se esta maioria particularmente em clientes com doença oncológica e em fase terminal, nos clientes portadores de algum tipo de doença crónica ou com dor, denotando-se uma particular prevalência da depressão e ansiedade (Reform Group Service Model for Consultation-Liaison Psychiatry in Victoria, 2016).

Sabe-se, similarmente, que o consumo de psicofármacos, nomeadamente de benzodiazepinas, apresenta níveis quase duplos em comparação com a média dos restantes países europeus, sendo uma opção terapêutica muito frequente o que eventualmente poderá ser motivado pela indisponibilidade de propostas terapêuticas alternativas. Acresce a este facto uma elevada heterogeneidade e assimetrias a nível nacional (Xavier et al., 2017).

Porém, existem muitos outros aspetos que concorrem para o estado de saúde mental dos clientes, como sejam: a) os sintomas físicos; b) a separação (ambiente familiar, escolar e/ou laboral); c) a imobilização ou limitação física; d) os tratamentos (sobretudo os dolorosos); e) o próprio contexto hospitalar; f) as dúvidas e os receios quanto ao futuro; g) o sofrimento e as suas naturais repercussões na qualidade de vida, na saúde mental, baixa adesão ao regime terapêutico culminando, algumas vezes, em risco acrescido de suicídio (Cordeiro, 2005; Reform Group Service Model for Consultation-Liaison Psychiatry in Victoria, 2016). Estes aspetos não têm sido considerados como facilitadores de eventuais perturbações psiquiátricas, assumindo-se como “subliminares” (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008, p. 5), o que permite perceber as “necessidades de intervenções” (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008, p. 5) em todos os contextos da prática clínica, numa visão sistémica e não somente nas questões orgânicas (Cordeiro, 2005). Portanto, clientes, organizações e profissionais beneficiam da capacidade que os EEESMP demonstram para a compreensão da inter-relação e da ligação entre as diversas disci-

plinas (Roberts, 1997, 2016) e numa visão global. A criação de equipas multidisciplinares que incorporem cuidados de saúde mental nos hospitais gerais parece contribuir para: a) a identificação precoce das perturbações psiquiátricas existentes nos mais diversos serviços; b) uma melhor organização do plano de intervenção terapêutica; c) uma referencição atempada aos profissionais de saúde mental; d) a prevenção da morbilidade psiquiátrica desencadeada pelo contacto com os serviços de saúde (Domingues, 2004; Cardoso, 2006).

1.2 Ontologia de Enfermagem e Sistemas de Informação de Enfermagem

A evidência sublinha que os SIE impactam em pelo menos seis aspetos da prática dos enfermeiros, incluindo: a) a documentação; b) a segurança do cliente; c) a qualidade do tratamento; d) a comunicação em saúde; e) a gestão do tratamento de Enfermagem; e f) a gestão de recursos hospitalares (Ferdousi et al., 2020; Nascimento et al., 2020). Os SIE podem assim contribuir para diferentes aspetos da ontologia de Enfermagem alavancando práticas altamente compreensivas, de melhoria contínua da qualidade e concordantes com o mandato social previsto nos padrões de qualidade dos cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento n° 356/2015). A utilização de uma linguagem comum, que tenha em linha de conta a interoperabilidade técnica e semântica (Sousa, 2012), é um requisito essencial para a construção de conhecimentos estruturados e formais, assentes em modelos clínicos de dados que permitem a produção de indicadores de Enfermagem e a conseqüente visibilidade do cuidado de Enfermagem (Pereira, 2009; Gonçalves et al., 2019a).

A construção diagnóstica, assim como a construção das intervenções de Enfermagem no âmbito da ESML, segue as orientações descritas no documento “Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais” (OE, 2007b), nas “Linhas de orientação para a elaboração de catálogos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Programa de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem” (OE, 2009), e nas linhas orientadoras apresentadas pela OE relativamente à ontologia de Enfermagem (OE, 2021). Os dados que constituem os diagnósticos de Enfermagem no âmbito da prática do EEESMP são, preferencialmente, os da ontologia de Enfermagem (OE, 2021), com recurso à terminologia da CIPE prevista pelo ICN (2019) e à taxonomia da NANDA International, Inc. (NANDA-I) (Johnson et al., 2013). A atividade diagnóstica centra-se nos processos corporais, nos processos psicológicos e nos processos de transições (Meleis et al., 2000).

As intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica utilizam a terminologia da CIPE prevista pelo ICN (2019) e, preferencialmente, devem seguir os pressupostos que se encontram descritos na ontologia de Enfermagem (OE, 2021). No domínio das intervenções autónomas, pode ler-se na literatura que as intervenções de Enfermagem no âmbito da saúde mental e psiquiátrica se baseiam, essencialmente, em: intervenções de domínio informativo; e intervenções no domínio da implementação (do tipo “executar”) (Gonçalves

et al., 2019a). Adicionalmente, ainda no domínio das intervenções autónomas, estas estão descritas na taxonomia da “Classificação das Intervenções de Enfermagem” (NIC) (Johnson et al., 2013) e estão dentro dos limites previstos no regulamento das competências específicas do EEESMP (Regulamento nº 515/2018). Recomenda-se que a atividade diagnóstica e as intervenções autónomas de Enfermagem estejam expressas num padrão de documentação construído pela ESML, com recurso às taxonomias de Enfermagem e no qual constem os focos/diagnósticos e as intervenções mais frequentes do contexto onde está inserida.

Por sua vez, o modelo de intervenção psicoterapêutica em Enfermagem (Sampaio et al., 2018) é um modelo estrutural no qual podem ser alocadas todas as intervenções psicoterapêuticas realizadas por EEESMP. Este assenta integralmente em taxonomias de Enfermagem, incluindo a terminologia da CIPE prevista pelo ICN (2019), a NANDA-I, a NIC e a “Classificação dos Resultados de Enfermagem” (NOC) (Johnson et al., 2013). Para Sampaio et al. (2018), a intervenção psicoterapêutica de Enfermagem consiste na aplicação informada e intencional de técnicas de psicoterapia e assenta nos seguintes princípios: a) é uma intervenção estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial; b) é realizada por um EEESMP ou outro com formação específica e competências certificadas pela OE; c) é uma intervenção baseada em um ou mais racionais teóricos de psicoterapia; d) é uma intervenção decorrente da identificação de um diagnóstico de Enfermagem no âmbito da saúde mental e psiquiátrica; e) é uma intervenção na qual o cliente apresenta um papel ativo e tem, necessariamente, alguma consciência de si; f) é uma intervenção com um número de sessões entre três e 12; g) é uma intervenção que tem, na sua base, a relação terapêutica e a comunicação interpessoal entre o enfermeiro e o cliente; h) é uma intervenção cujo objetivo é a mudança ou a redução de um estado percebido como negativo pelo cliente, através da definição prévia de metas mútuas entre o enfermeiro e o cliente (Sampaio et al., 2014). De forma sumária, a intervenção psicoterapêutica de Enfermagem distingue-se da psicoterapia pelo facto de ser mais limitada no tempo, ter como ponto de partida um diagnóstico de Enfermagem, poder decorrer noutros contextos que não, exclusivamente, o de gabinete/consultório, e por se circunscrever à utilização de técnicas de psicoterapia sob a forma de intervenções integradas na NIC (Sampaio et al., 2014).

Neste sentido, conforme já foi exposto no início deste capítulo, os SIE possibilitam a representação dos dados usados permitindo o processamento de informação interoperável através de modelos clínicos de dados exclusivamente assentes num modelo teórico de Enfermagem, o que representa uma melhor garantia de continuidade de cuidados dentro da profissão, assim como uma melhoria da qualidade e fiabilidade dos indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem, contribuindo para o exercício autónomo da profissão e desenvolvimento da mesma enquanto disciplina e ciência.

A necessidade de determinação de indicadores de Enfermagem permite avaliar os ganhos em saúde em que a efetividade (Irvine et al., 2002; Amaral, 2014) e a qualidade dos cuidados de saúde prestados são validados através da sua quantificação (Donabedian, 1980, cit. por Amaral, 2014). A quantificação da efetividade dos cuidados de Enfermagem nos seus domínios de ação independente, dependente e interdependente, com resultados

sensíveis aos cuidados de Enfermagem, é descrito pelo Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem (*Nursing Role Effectiveness Model*), proposto por Irvine et al. (2002) e esquematizado por Amaral (2014).

Para operacionalizar esta mensuração dos cuidados de Enfermagem, referentes a um conjunto de diagnósticos de Enfermagem, intervenções de Enfermagem e resultados, a OE definiu um resumo mínimo de dados (OE, 2007c), que consiste no conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da Enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vão ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde (Werley et al., 1991, p. 421). Foram enumerados três tipos de indicadores que traduzem esses ganhos, sendo que a sua utilização permite a expressão do contributo dos cuidados de Enfermagem enquanto promotores de ganhos em saúde na população, nomeadamente: indicadores de estrutura; indicadores de processo; e indicadores de resultados. Os indicadores de estrutura têm em conta características inerentes ao cliente, familiar e/ou cuidador, a formação e experiência do enfermeiro, e as condições intrínsecas ao contexto em que os cuidados são prestados. Os indicadores de processo dizem respeito à atividade diagnóstica e às intervenções autónomas de Enfermagem prestadas ao cliente, familiar e/ou cuidador (área da conceção de cuidados). Os indicadores de resultados traduzem o produto final dos cuidados prestados, revelando as alterações observadas nas condições de saúde dos clientes (Amaral, 2014).

Prevê-se, neste GOBP, a utilização de uma NOC que permita a monitorização e avaliação da qualidade dos cuidados de Enfermagem e os seus resultados no cliente, familiar e/ou cuidador através da aplicação de um conjunto de indicadores.

1.3 Ontologia de Enfermagem: Diagnósticos e intervenções

Ao longo do ciclo vital as pessoas vão vivenciando mudanças que levam a alterações do seu estado de saúde, impondo a mobilização de recursos pessoais para fazer face aos mesmos. Estas são condicionadas pela fase de vida em que o cliente se encontra, pela gravidade da alteração da condição de vida, e ainda pelos recursos pessoais que o cliente possui, quer sejam internos, quer sejam na relação com os outros e o meio. Uma situação de doença constitui uma importante mudança no equilíbrio da vida do cliente, levando-o a um estado de fragilidade (Mendes & Eufrásio, 2013).

Segundo Cardoso et al. (1988), referindo-se aos processos psicológicos em concomitância com os processos corporais em serviços de cuidados gerais, destaca-se, em contexto hospitalar, que:

- a morbilidade psiquiátrica nestes doentes é superior à encontrada na comunidade;
- a frequência da morbilidade psiquiátrica é de 30% a 60% na população hospitalar;
- a depressão e a ansiedade revelam-se como os processos psicológicos mais frequentes.

De facto, o aumento crescente de situações patológicas orgânicas (processos corporais) com implicações no domínio mental dos indivíduos reflete-se, por exemplo, nas síndromes depressivas, perturbações afetivas, ansiedade, quadros de perturbação ligada ao uso de álcool, isolamento social e ainda o avolumar de situações gerontopsiquiátricas nos serviços de um hospital geral. Para além disso, os quadros clínicos decorrentes de acidentes e doenças crónicas, com um consequente aumento da incapacidade e até mesmo invalidez permanente, contribuem para o aparecimento de situações de grande stress, com enfoque nos processos psicológicos, muitas vezes logo nos serviços de urgência (Ramos, 1999).

Pode ler-se na literatura que nas pessoas internadas ou acompanhadas em hospitais gerais, a prevalência de perturbações psiquiátricas e perturbações afetivas surge geralmente associada a situações somáticas mais graves, como sendo o caso dos processos corporais existentes em contextos de serviços como cardiologia, neurologia e oncologia, aumentando, neste último caso, com a gravidade da doença (Cardoso, 2005). Os fatores psicossociais e biológicos no cliente com doença física podem contribuir para desencadear processos psicológicos normalmente associados: a) à frustração na realização de desejos e necessidades; b) ao agravamento de conflitos intrapsíquicos; c) à inadequação dos mecanismos de defesa; d) à diminuição da autoestima; e) à alteração da imagem corporal; f) à rutura do ciclo sono-vigília; g) ao uso de medicamentos e de procedimentos que afetam o sistema nervoso central; e h) ao isolamento social, enquadrando-se num quadro referencial mal adaptativo de transições (Botega et al., 2000; Botega, 2012).

A introdução da ESML pode contribuir para a melhoria do acesso de clientes de outras especialidades a cuidados especializados em saúde mental e psiquiátrica, para além de contribuir para uma parceria especializada na prestação de cuidados (Sharrock et al., 2006).

Parece evidente a relação diagnóstica entre a doença orgânica, a idade e o estado de saúde mental, em que os diagnósticos médicos de distúrbios de humor e de ansiedade são mais comuns especialmente em clientes com neoplasias, doenças terminais, doenças crónicas e dor; os diagnósticos médicos de *delirium* e/ou demência surgem comumente associados a um terço dos clientes com mais de 65 anos e o diagnóstico médico de perturbação afetiva bipolar, esquizofrenia, anorexia nervosa, bem como as perturbações da personalidade, são mais presentes em concomitância com serviços de saúde mais precários ao nível de recursos humanos e materiais, em eventos acidentais ou de lesão intencional (Reform Group Service Model for Consultation-Liaison Psychiatry in Victoria, 2016). Assim, os motivos mais comuns para referência aos serviços de Psiquiatria de Ligação são: distúrbios do espectro da depressão; perturbações de ansiedade e relacionadas a trauma/stress; distúrbios neurocognitivos; somatização e distúrbios de sintomas somáticos; hostilidade; outros distúrbios psicossociais clinicamente significativos, como o sofrimento; distúrbios e disfunções sexuais; comportamentos suicidários; distúrbios comportamentais; psicoses, bem como a necessidade de aconselhamento sobre medicamentos psicotrópicos (Aguilera-Martin et al., 2020; Bloch & Kissane, 2000; Caruso & Breitbart, 2020; Galletly et al., 2016; O'Donnell et al., 2018). No contexto pediátrico, considera-se que

se os efeitos reativos da criança face à hospitalização não forem devidamente considerados, estes podem complicar a evolução da doença, destacando-se neste contexto a sintomatologia ligada a distúrbios alimentares, sintomas psicossomáticos, ansiedade e humor depressivo (Cordeiro, 2005; Reform Group Service Model for Consultation-Liaison Psychiatry in Victoria, 2016).

Outras áreas, como sejam os serviços de obstetrícia, medicina interna e cirurgia, têm merecido atenção em estudos sobre a Psiquiatria de Ligação. Na área da obstetrícia sensibiliza-se para a necessidade do acompanhamento da gravidez, principalmente das primíparas, nas gravidezes de risco obstétrico, nos partos distócicos e nas situações de separação precoce, como por exemplo os recém-nascidos de baixo peso, na medida em que tal condiciona a relação precoce mãe-filho e todo o desenvolvimento futuro da criança. Quanto aos serviços de medicina interna e especialidades cirúrgicas, a ansiedade e a depressão destacam-se como as reações vivenciais frequentemente mais encontradas (Cordeiro, 2005).

Os diagnósticos de Enfermagem, no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, assentam em quatro áreas principais: a) Diagnósticos de Enfermagem que se referem a problemas comportamentais (comportamento agressivo; abuso de álcool; comportamento alimentar; entre outros); b) Diagnósticos de Enfermagem que se referem a problemas emocionais ou emoções negativas (ansiedade; sofrimento; solidão; entre outros); c) Diagnósticos de Enfermagem que se referem a processos psicológicos (delírio; cognição comprometida; *coping* comprometido, entre outros) (Gonçalves et al., 2019b); e d) Diagnósticos que se referem aos processos de transição.

De uma forma geral, quer nos diagnósticos médicos, quer nos diagnósticos de Enfermagem, a ansiedade parece ser o diagnóstico mais vezes referido, sem qualquer outra especificação, podendo ser classificada em alguns contextos antes e após alguma intervenção ou associada a um diagnóstico ou período de transição específico (Sampaio et al., 2020).

De uma forma geral, os estudos apontam para benefícios em diversas intervenções avaliadas, quando comparadas com grupo de controlo submetido às intervenções habituais (Aguilera-Martín et al., 2020). Assim, ao nível das intervenções, destacam-se como mais comuns (Aguilera-Martín et al., 2020; Block & Kissane, 2000; Caruso & Breitbart, 2020; Gonçalves et al., 2019a; O'Donnell et al., 2018):

- Aconselhamento, psicoeducação, desenvolvimento de estratégias de *coping*;
- Reabilitação psicossocial;
- Treino do autocontrolo da raiva;
- Técnicas centradas no controlo da ansiedade;
- Grupos de apoio;
- Intervenção psicoterapêutica centrada nos significados;
- Técnicas centradas na autoimagem;

- Intervenções baseadas na música;
- Intervenções educacionais;
- Técnicas de relaxamento (por exemplo, imaginação guiada, técnicas de respiração, e relaxamento muscular);
- Intervenções espirituais/religiosas (por exemplo, oração privada);
- Exercício físico, cuidados de suporte ou intervenções de suporte;
- Presença intencional (por exemplo, dar a mão).

Podemos ainda constatar que a intervenção mais comum continua a ser de âmbito psicofarmacológico, perfazendo cerca de 84% do total das respostas, sendo 41,9% sob a forma de antidepressivos, 36,3% de antipsicóticos, 15,3% de estabilizadores do humor, e 4,8% de benzodiazepinas (Harmon et al., 2000), levando a que se tenha especial atenção a uma intervenção psicofarmacológica integrada.

1.3.1 Ansiedade

Apesar de os clientes mais vezes referenciados para Psiquiatria de Ligação serem mais jovens, terem história psiquiátrica, viverem em zonas urbanas ou terem episódio de psicose (Cheng et al., 2016), de uma forma geral, quer nos diagnósticos médicos, quer nos diagnósticos de Enfermagem, a ansiedade parece ser o diagnóstico mais vezes referido, sem qualquer outra especificação, podendo ser classificada em alguns contextos antes e após alguma intervenção ou associada a um diagnóstico ou período de transição específico (Marchi et al., 2021; Otani et al., 2019; Sampaio et al., 2020). A elevada prevalência de ansiedade pode ser explicada como uma emoção de cariz existencial, dado que o cliente se depara como uma ameaça incerta, abstrata, simbólica e vaga (Mendes & Eufrásio, 2013).

Embora se possa elencar uma série de dados clínicos relacionados com a ansiedade de índole predominantemente cognitiva, como por exemplo estar preocupado, sentir-se assustado, sentir-se perto do pânico, ter dificuldade para relaxar, sentir medo ou sentir-se nervoso, outros dados clínicos surgem associados à ansiedade e coadunam-se com processos de somatização, como sentir-se tenso, perceber dificuldade para respirar, sentir tremores nas mãos, estar inquieto, apresentar xerostomia, apresentar sensação de aumento da frequência cardíaca e/ou perda do batimento cardíaco (Sampaio et al., 2020), justificando assim a emergente necessidade de um olhar global para o cliente tendo em conta não só os fatores psicossociais mas, igualmente, considerando a idade como um dos fatores mais determinantes, bem como o tipo de procedimento ou procedimentos a realizar e a perceção do tipo e dimensão do impacto que a situação de transição vivenciada traz ao cliente e família alvo de cuidados.

As intervenções de Enfermagem compreendem diversas orientações conceptuais, destacando-se as cognitivo-comportamentais (em maior número) e as psicodinâmicas (Aguilera-Martín et al., 2020; O'Donnell et al., 2018; Sampaio et al., 2020).

1.3.2 Humor depressivo

A depressão, enquanto entidade nosológica, apresenta sintomatologia que quando considerada isoladamente não configura este diagnóstico (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Estes sintomas podem surgir nos diversos tipos de transição ao longo do ciclo vital, podendo a hospitalização intensificar o risco de desenvolvimento de distúrbios psicológicos. Por exemplo, nas doenças crônicas observa-se uma sobrevalorização das limitações imputadas pela doença, fazendo com que o cliente tenha uma percepção irreal dos sintomas físicos e interferindo na gestão das consequências reais e funcionais dos quadros orgânicos (Toniolo et al., 2007, cit. por Regis et al., 2010).

O cliente pode interpretar o ambiente hospitalar como impessoal, ameaçador e invasivo, percebendo que o seu ritmo de vida foi interrompido, imerso em sentimentos de medo e expectativas. Decorrente desta interpretação, a experiência da hospitalização pode apresentar reações emocionais adversas e uma gestão inadequada das mesmas, levando por vezes à não adesão ao tratamento médico indicado (Boizonave & Barros, 2003).

Para Botega (2012), durante a hospitalização podem ser observadas as mesmas fases de um processo de luto. Após o impacto da doença e da hospitalização é expectável que o cliente vá retomando a esperança e o comando da sua vida. Contudo, esta situação não configura uma regra; os sintomas depressivos podem ocorrer posteriormente à hospitalização, passada a fase do impacto ou da ansiedade diante de um diagnóstico. Salieta-se ainda a importância de se investigar a interpretação que o cliente faz da doença e do seu tratamento, quer a nível das implicações concretas, quer subjetivas.

Adicionalmente, a ansiedade e a depressão são das reações mais observadas durante a hospitalização de clientes em serviços médicos, havendo o reconhecimento de que as alterações psíquicas interferem nos quadros clínicos. A vivência de uma situação de grande dependência, dor, sentimento de perda de controlo sobre a própria vida, e até mesmo a empatia com o sofrimento alheio, levam o cliente a vivenciar sintomas depressivos como a insónia, perda ou aumento do apetite, dificuldade de concentração, sentimentos de tristeza e desesperança (Sinisgalli, 1997, cit. por Boizonave & Barros, 2003). Mendes e Eufrásio (2013) reiteram que face a uma situação de hospitalização a ansiedade surge como uma emoção de cariz existencial, uma vez que o cliente se depara com uma ameaça incerta, abstrata, simbólica e vaga. No mesmo contexto a depressão surge face às emoções de desesperança e desinvestimento em si e no futuro. Estas duas emoções são consideradas das principais manifestações de sofrimento emocional face à doença e estão fortemente relacionadas com o prognóstico e a recuperação. Desta forma, a correta identificação dos clientes em sofrimento emocional com ansiedade e/ou depressão constitui o primeiro passo para uma intervenção adequada. Num estudo com clientes de pré-transplante cardíaco, em que se desenvolveram intervenções de apoio emocional diariamente ou quando necessário, salientou-se que o desenvolvimento da relação terapêutica e de ajuda, a psicoeducação sobre a interação entre pensamento, emoções e ativação fisiológica, a identificação e reestruturação dos pensamentos disfuncionais, o reconhecimento do autocon-

trolo, bem como dos êxitos alcançados, e a promoção da esperança foram intervenções de relevo para a recuperação dos clientes que integraram o estudo (Mendes & Eufrásio, 2013).

Para a promoção de um ajustamento adequado ao momento de transição que está a ser vivenciado pelo cliente é de salientar as intervenções orientadas para o apoio emocional, bem como a compreensão da complexidade do mesmo. A intervenção visando a identificação de pensamentos negativos, de distorções cognitivas, a identificação das estratégias de *coping* ineficazes e a aquisição de novas habilidades para gerir as dificuldades leva a um processo de reestruturação cognitiva e de capacitação do cliente (Mendes & Eufrásio, 2013).

Compreende-se, face ao exposto, que as intervenções do âmbito da saúde mental realizadas em contextos hospitalares são importantes na melhoria da saúde global do cliente, possibilitando a aquisição de maior capacidade de adaptação por parte do mesmo (Oliveira, 2002, cit. por Boizonave & Barros, 2003).

1.3.3 Abuso de substâncias

O uso de substâncias psicoativas (álcool, opiáceos, *cannabis*, cocaína, alucinogénios, estimulantes, tabaco, solventes voláteis, sedativos e hipnóticos) pode estar associado a perturbações mentais e comportamentais, sendo que estas surgem por uso, abuso e/ou dependência. Tal como definido pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), a dependência de substâncias inclui seis critérios; uma pessoa que apresente pelo menos três desses critérios é diagnosticada como “dependente”. Os critérios utilizados pela APA são semelhantes. O diagnóstico de dependência geralmente acarreta danos na saúde física e mental do consumidor (Organização Mundial Saúde [OMS], 2004).

Estima-se atualmente que 43% da população mundial, correspondente a mais de dois mil milhões de pessoas, sejam consumidoras regulares de substâncias licitas (álcool). Por outro lado, calcula-se que, mundialmente, cerca de 275 milhões de pessoas tenham recorrido ao consumo de substâncias ilícitas no decorrer do último ano (*United Nations Office on Drugs and Crime*, 2021). Também em Psiquiatria de Ligação o consumo de substâncias, especialmente álcool, é um dos principais motivos para referenciação, depois da ansiedade, depressão e processos de ajustamento, sendo um dos que traduzem maior concordância quanto ao diagnóstico (Marchi et al., 2021).

Em Portugal, a principal substância psicoativa consumida é o álcool. O consumo de bebidas alcoólicas nos últimos anos tem estabilizado no consumo regular e diminuído no consumo esporádico excessivo (*binge drinking*) (Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2019).

O Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020 (SICAD, 2013) veio ampliar a abordagem e as respostas no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências, como as substâncias licitas (álcool, tabaco e medi-

camentos) e o jogo, indo muito para além da abordagem exclusiva das substâncias ilícitas. Tanto o abuso de drogas como de tabaco ou do álcool, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (APA, 2014), fazem parte dos distúrbios relacionados com substâncias e distúrbios aditivos. De acordo com o plano descrito, estes tipos de distúrbio podem ser alvo de intervenção em diversos níveis, como a prevenção, a dissuasão, a redução de riscos e a minimização de danos, o tratamento e/ou a reinserção, estando preconizados objetivos específicos para cada um destes níveis e de acordo com as etapas do ciclo de vida (SICAD, 2013).

Teixeira (2001) acrescenta ainda que clientes toxicodependentes se diferenciam tanto no plano emocional como no plano psicofisiológico. O mesmo autor refere que, no plano emocional, os toxicodependentes apresentam uma ativação com maior intensidade de emoções como a angústia, tristeza, vergonha e culpa, variações estas estatisticamente significativas quando comparadas com clientes não toxicodependentes. Nos toxicodependentes, Teixeira (2001) identifica também que, no plano psicofisiológico, as emoções da esfera da autoculpabilização conduzem a uma hipoativação do sistema inibidor do comportamento.

O Modelo Transteórico de Motivação de Mudança Intencional de Comportamento (MTT), criado por James Prochaska e Carlo DiClemente, na década de 1970, é um dos que abarcam a problemática da dependência. Este pressupõe que a mudança duradoura de comportamentos disfuncionais se dê por meio de uma série de estádios, vivenciados ao longo do processo de mudança, designados por: pré-contemplanção, contemplanção, preparação, ação e manutenção (Norcross et al., 2011).

- A “pré-contemplanção” é o estádio no qual a pessoa não percebe o próprio comportamento como problemático, por isso não considera a possibilidade de modificá-lo.
- A “contemplanção” caracteriza-se pela consideração da mudança como uma possibilidade e pela avaliação das opções para a sua efetivação.
- A “preparação” é evidenciada pela especificidade de prontidão para a mudança e compromisso em efetivá-la.
- A “ação” consiste no quarto estádio, no qual a pessoa cria condições externas para a mudança.
- A “manutenção” ocorre a consolidação das mudanças, dos ganhos obtidos, e a sua integração ao novo estilo de vida.

A correta identificação do estádio em que o indivíduo se encontra no processo de mudança pode reduzir a resistência, muitas vezes caracterizada pelas dificuldades de aceitação, adesão e continuidade das estratégias de *coping* face ao tratamento, e na prevenção de recaídas, sendo esta vista como natural no processo de mudança (Junior & Calheiros, 2017). Assim sendo, para uma correta identificação do estádio em que o cliente se encontra, utiliza-se a escala *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES). Esta não identifica os estádios de mudança em si, mas avalia a motiva-

ção para a mudança através de três fatores independentes subjacentes aos estádios de mudança, nomeados como: ação, reconhecimento do problema, e ambivalência (Janeiro & Faisca, 2015).

Adicionalmente, a *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO, 2015), no seu guia de boas práticas sobre o uso de substâncias, recomenda: a) avaliar todas as pessoas para determinar se usam substâncias; b) para as pessoas que usam substâncias, utilizar um instrumento de triagem apropriado para determinar o nível de suporte necessário; c) conduzir uma avaliação abrangente com todas as pessoas que usam substâncias, com base no conhecimento, experiência, tempo, ambiente envolvente e recursos disponíveis. A OMS sugere alguns instrumentos de avaliação e monitorização que auxiliem os profissionais na avaliação da gravidade dos consumos. Neste seguimento, o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) e o *Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) (SICAD, s.d.) são dois instrumentos que permitem detetar e estratificar a gravidade dos consumos. A norma de orientação clínica da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2014) recomenda que, na deteção precoce e intervenção breve no consumo excessivo de álcool, seja aplicado o AUDIT.

Por sua vez, no que diz respeito às intervenções com evidência na abordagem da problemática aditiva (DGS, 2014; Gomes, 2004; Jorge et al., 2017; RNAO, 2015; Valentim et al., 2019) emergiram da literatura: a) Intervenções psicossociais e farmacológicas coadjuvadas/intervenções breves; b) Entrevista motivacional, sendo que esta pode ser utilizada igualmente para abordar outros contextos relacionados com hábitos e estilos de vida, tais como a adesão à medicação, a alimentação e a inatividade física; c) Intervenções psicoterapêuticas baseadas na família/terapia familiar; d) O aconselhamento (cuja base é a terapia cognitiva); e) Os grupos de autoajuda; e f) A abordagem psicoeducativa.

1.3.4 Cognição comprometida e memória comprometida

Nos diagnósticos de Enfermagem do processo psicológico relativos à cognição verifica-se que a aplicação de programas de intervenção cognitiva, em pessoas com demência em estágio ligeiro ou moderado, proporciona benefícios na capacidade cognitiva. Acrescenta-se também que estes programas promovem uma melhoria na qualidade de vida e bem-estar dos clientes (Woods et al., 2012).

Um programa de estimulação da cognição consiste num conjunto de estratégias e exercícios que visam potenciar determinadas áreas da cognição, podendo ser implementados individualmente ou em grupo, sendo habitualmente realizados num determinado período de tempo, procurando cumprir determinados objetivos específicos (Sousa & Sequeira, 2012). Estas são intervenções fundamentais, com boa relação custo-efetividade, que potenciam a cognição, melhoram a autonomia e minimizam o impacto dos défices (Costa & Sequeira, 2013) em pessoas com défice cognitivo ligeiro, ou sem défice cognitivo, sendo necessária evidência na efetividade desta intervenção no âmbito dos défices cognitivos moderados (Kane et al., 2017).

As intervenções de Enfermagem identificadas para os diagnósticos de Enfermagem “Cognição comprometida” e “Memória comprometida” (Abraha et al., 2017) são:

- Intervenções de estimulação sensorial: acupressão, aromaterapia, massagem/tactoterapia, fototerapia e jardinagem sensorial.
- Intervenções cognitivas/orientadas para a emoção: estimulação cognitiva, música, dançaterapia, *snoezelen*, estimulação nervosa elétrica transcutânea, terapia pela reminiscência, terapia de validação, terapia de presença simulada.
- Técnicas de controlo comportamental: terapia comportamental ou cognitivo-comportamental, análise funcional de comportamento específico individualizado, estratégias de reforço comportamental, treino de competências comunicacionais, treino de atividades básicas de vida diária, treino de atividades instrumentais de vida diária e relaxamento muscular progressivo.
- Intervenções multicomponentes: devem ter em consideração a abordagem em 10 domínios: cognitivo, desidratação e/ou obstipação, hipóxia, prevenção de infeção, mobilização precoce, controlo da dor, regime terapêutico, desnutrição, défice sensorial e higiene do sono.
- Outras intervenções: atividade física, intervenção assistida por animais.

Técnicas de controlo comportamental domiciliárias, intervenções baseadas no cuidador ou treino de habilidades de comunicação com supervisão durante a sua implementação foram consideradas eficazes para agitação sintomática e grave. A musicoterapia também surge como fator importante na redução da agitação e da ansiedade (Abraha et al., 2017).

1.3.5 Confusão

No âmbito dos distúrbios neurocognitivos importa fazer uma abordagem às questões relacionadas com as alterações orgânicas e que resultam em *delirium*. Os termos delírio, *delirium tremens* e *delirium* consistem em estados por vezes confundidos entre si, pelo que se torna relevante a distinção entre eles. Delírio é um sintoma identificado primordialmente na esquizofrenia e que corresponde a uma alteração do conteúdo do pensamento, sem alteração na memória ou na atenção. Este pode ocorrer no *delirium* mas não constitui critério de diagnóstico por si só (Morandi et al., 2012). *Delirium tremens* é um tipo de *delirium* específico, com origem na síndrome de abstinência e relacionado com a privação aguda do consumo crónico de álcool. Por sua vez, o *delirium* trata-se de uma entidade nosológica que surge em quadros orgânicos e que se caracteriza por uma perturbação da consciência, diminuição da capacidade de atenção e pensamento desorganizado (Morandi et al., 2012). Este pode ser subdividido em três grandes subtipos: o *delirium* hiperativo, caracterizado por um aumento da vigília associado à hiperatividade psicomotora e autonómica, manifestando-se por agitação, tremores e alucinações; o *delirium* hipoativo, caracterizado por uma retração, sonolência e diminuição da excitação; e o *delirium* misto que engloba os dois anteriores (Francis et al., 2014; *National Institute for Health and Care Excellence* [NICE], 2014; O’Mahony et al., 2011). Existe ainda o designado *delirium* sindrômico, cuja preva-

lência é de 22-70%, e que se define pela presença de alguns sintomas de *delirium*, não cumprindo, no entanto, o quadro de critérios para o diagnóstico (Serafim et al., 2017; Zuliani et al., 2013). A prevalência do *delirium* situa-se em 30% nos internamentos de medicina interna e 50% nos internamentos cirúrgicos (NICE, 2014) desconhecendo-se, contudo, a sua prevalência em Portugal. São vários os estudos (Inouye et al., 2014; Jackson & Khan, 2015; Vasilevskis et al., 2018) que identificam uma maior incidência de *delirium* em unidades de medicina intensiva (19-82%) e unidades de cuidados paliativos (47%), ao qual se associa um aumento, de duas a quatro vezes, do risco de mortalidade, morbidade, tempo de internamento, custos em saúde e tempo de ventilação mecânica. Sabe-se também que quanto maior a duração do *delirium* pior será a cognição a longo prazo (Pandharipande et al., 2013; Shehabi, et al., 2010).

Quando nos reportamos à definição de confusão aguda, esta surge na literatura e na prática clínica designada como síndrome cerebral aguda, síndrome confusional aguda ou, na terminologia latina, *delirium*. Contudo, o *delirium* tem uma apresentação sintomática mais detalhada e precisa do que a confusão aguda (Herdman & Kamitsuru, 2018). Na NANDA-I, o conceito de confusão é designado como um início súbito de perturbações reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que surgem durante um breve período (Herdman & Kamitsuru, 2018). No ICN, (2019), a confusão aguda é designada como “filho” da confusão, estando em consonância com a designação da NANDA-I.

Neste sentido, o diagnóstico de Enfermagem “Confusão” é um termo utilizado para descrever um estado confusional agudo, identificado como causa *major* de morbidade e mortalidade, apesar de habitualmente não ser diagnosticado (NICE, 2014).

As intervenções de Enfermagem na prevenção da confusão aguda (NICE, 2010) seguem as seguintes linhas orientadoras:

- Assegurar que os clientes sejam cuidados por equipas de profissionais de saúde com literacia em saúde, treinados e habilitados para a prevenção da confusão aguda;
- Intervenções multicomponentes tendo em consideração a abordagem dos 10 domínios já referidos anteriormente.

1.3.6 Autoconceito comprometido

Vaz Serra (1988, p. 109) define o autoconceito como:

“(...) a percepção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que, devido a isso, forma de si. É um constructo que ajuda a compreender aspetos importantes do comportamento humano, como a uniformidade, a consciência e a coerência da conduta observável, a noção de identidade e a manutenção de certos estereótipos de ação na continuidade do tempo”.

A autoimagem e a autoestima são dois pilares estruturantes do autoconceito. A autoimagem é o resultado das observações em que o indivíduo se constitui como objeto da sua própria percepção. Um cliente pode ter várias autoimagens dependendo do número

de papéis que desempenha na sua vida, encontradas organizadas hierarquicamente e atribuída uma valorização pelo próprio. A autoestima é definida como o resultado dos julgamentos que o cliente faz de si próprio, ou seja, a avaliação que faz das suas qualidades e dos seus desempenhos, virtudes e valores morais relevantes da sua identidade. Face ao exposto, a autoestima é de grande relevância clínica, uma vez que se encontra intimamente associada aos fenómenos de compensação ou de descompensação emocional do cliente (Vaz Serra, 1988).

Reforçando a importância dos papéis, Rocha e Silva (2009), no seu estudo com clientes portadores de insuficiência cardíaca, avaliaram a falha do papel em consequência da mudança do estilo de vida, tendo sido identificadas várias intervenções de Enfermagem, nomeadamente:

- Incentivar o cliente a identificar os vários papéis na vida;
- Incentivar o cliente a identificar o seu papel usual na família;
- Incentivar o cliente a identificar o comprometimento do papel;
- Incentivar o cliente a identificar as mudanças necessárias ao papel, devido à doença ou à incapacidade;
- Ensinar o cliente a identificar estratégias adaptativas para gerir as mudanças de papel;
- Promover a discussão de adaptações de papel pela família, de forma a compensar as mudanças de papel do cliente;
- Ensinar novos comportamentos necessários ao cliente de modo a satisfazer o papel;
- Ensinar o cliente a identificar estratégias adaptativas para gerir as limitações e promover mudanças necessárias no estilo de vida e no desempenho de papéis;
- Avaliar o real nível de conhecimento do cliente no processo de doença específico;
- Ensinar acerca do processo da doença;
- Ensinar mudanças nos estilos de vida que podem ser imprescindíveis para prevenir complicações futuras e controlar a evolução da doença;
- Ensinar as razões que fundamentam as recomendações sobre o tratamento.

Outro pilar significativo do autoconceito é a identidade. Os clientes que se encontram hospitalizados para o tratamento de uma determinada doença estão muitas vezes sujeitos a processos de despersonalização (Boizonave & Barros, 2003). Também Rocha e Silva (2009, p. 491) referem que “(...) no eu pessoal, integrante do modo de autoconceito, houve alteração no componente eu consistência, ou seja, a forma como o eu é visto na relação com o desempenho atual ou em resposta à situação”.

Clientes com doenças agudas, especialmente se implicarem risco de morte, experienciam com frequência sentimentos de medo e impotência. Por vezes, se um comporta-

mento ou estilo de vida se ligam à doença, o cliente sente culpa e vergonha, e muitas vezes os cuidados assistenciais prestados são percebidos como uma humilhação. A falta de informação adequada sobre a sua condição e impossibilidade de ter com quem possa expressar as suas dificuldades e emoções determinam o aumento do estado de ansiedade, sensação de impotência e desamparo (Boizonave & Barros, 2003).

Para o cliente, o fator desencadeador deste sentimento de impotência é a doença; contudo, esta não pode ser eliminada. As intervenções identificadas por Rocha e Silva (2009) com o objetivo de promover a adaptação do cliente, tendo como foco o autoconceito, são:

- Encorajar o cliente a identificar e debater os seus pensamentos e sentimentos;
- Encorajar o cliente a identificar os valores que contribuem para o autoconceito;
- Encorajar o cliente a identificar situações usuais sobre si mesmo;
- Encorajar o cliente a reconhecer o impacto da doença no autoconceito;
- Ensinar o cliente a aceitar a dependência dos outros;
- Ensinar o cliente a identificar características positivas de si mesmo.

Proporcionar momentos que permitam ao cliente expressar os seus temores e sentimentos, bem como o que significa e quais as implicações do seu adoecer, é de extrema importância. Segundo Botega (2012), disponibilizar tempo para o cliente, respeitando as suas ideias e sentimentos, adotando uma postura que procura conhecer sem ajuizar, é designado por escuta ativa.

Compreender a doença não suprime a dor, nem física nem emocional, mas faz com que o cliente esteja mais ativo e se comprometa com o tratamento (Boizonave & Barros, 2003).

1.3.7 Stress do prestador de cuidados

Ao capacitar o prestador de cuidados, o profissional de saúde colabora para o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos que facilitam o desempenho do papel e promovem um cuidado planeado, estruturado e sistematizado que permite reduzir a perceção de sobrecarga (Sousa et al., 2016; Sousa, et al., 2017).

Existe moderada evidência de que o *stress* do prestador de cuidados é um fator independente que contribui para a mortalidade, particularmente nos cuidadores cônjuges. Os cuidadores têm, pois, maior risco de depressão, de doenças cardiovasculares, respiratórias e hipertensão (DGS, 2011; Moore et al., 2017), pelo que importa avaliar as necessidades do cuidador enquanto prestador de cuidados sendo ele próprio alvo de cuidados. Segundo a DGS (2011), esta avaliação deve também incluir os seguintes elementos: a) conhecimentos, habilidades e expectativas face ao tratamento, e dos serviços e necessidades do cuidador; b) suporte social; c) sinais de *distress* (queixas de *stress*, aumento de consumo de tabaco e álcool, aumento ou perda de peso e perturbações do sono); d) ansiedade e depressão; e) sobrecarga; e f) qualidade da relação cliente-cuidador e conflitos familiares.

A avaliação da sobrecarga no prestador de cuidados é importante, não apenas para conhecer o seu estado global, mas também para determinar as áreas específicas nas quais é necessário promover a assistência (Martín-Carrasco et al., 2013). A avaliação das necessidades do prestador de cuidados ao nível do plano de cuidados deve ser realizada em dois níveis: como prestador de cuidados de uma pessoa com demência e, ele próprio, enquanto cliente (DGS, 2011).

A avaliação da sobrecarga pode ser efetuada com recurso à escala de sobrecarga do cuidador, por exemplo a partir da *Zarit Burden Interview Scale* (Sequeira, 2010), que permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva. De entre os efeitos negativos para a saúde relacionados com a sobrecarga e associados ao cuidador, estão o aumento dos níveis de depressão, ansiedade e perceção de fraca saúde (Sousa et al., 2016; Sousa et al., 2017). Estudos sobre a utilização das terapias cognitivo-comportamentais em prestadores de cuidados da pessoa com demência permitem concluir a sua efetividade relativamente à sobrecarga e sofrimento experimentados pelos cuidadores de pessoa com demência, bem como efeitos na redução dos níveis de ansiedade e depressão (Kaddour et al., 2018).



2

**Norma de Orientação Clínica
(NOC)**

Esta NOC, dirigida aos EEESMP, seguiu uma abordagem informada em evidências e recomendações no âmbito da ESML, e tem como objetivo recomendar e orientar atividades no contexto da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, bem como promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Esta primeira versão tem em conta os pressupostos do instrumento AGREE II (Brouwers et al., 2012; *Canadian Institute of Health Research*, 2009), cujo objetivo é avaliar a qualidade, transparência e rigor de uma NOC, orientando a sua construção e desenvolvimento segundo uma estratégia metodológica, e contém elementos que traduzem avanços na prática clínica que podem induzir à produção de novas normas de orientação. Adicionalmente, esta NOC vai ao encontro das orientações emanadas pela OE (2007a), nas quais consta que a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional inclui a produção de guias orientadores de boas práticas de cuidados de Enfermagem baseados na evidência empírica disponível “(...) proveniente da consulta de fontes de reconhecido mérito, de estudos sistemáticos e representativos no domínio em causa e da opinião de especialistas” (OE, 2007a, p. 5). A OE menciona, igualmente, que as vantagens da sua utilização são evidentes para:

“ (...) os profissionais (melhoria da qualidade da dimensão da prática clínica, substanciando opções técnicas e diminuindo a sua variação; acesso a orientações eficazes e contextualizadas; identificação de áreas necessitadas de investigação clínica), para os clientes (acesso a informação, a cuidados consistentes e coerentes e a práticas mais seguras e eficazes, com a conseqüente redução da variação dos cuidados recebidos) e para as organizações (melhoria da eficiência dos serviços; otimização dos recursos; base de referência para programas de qualidade em saúde)”.

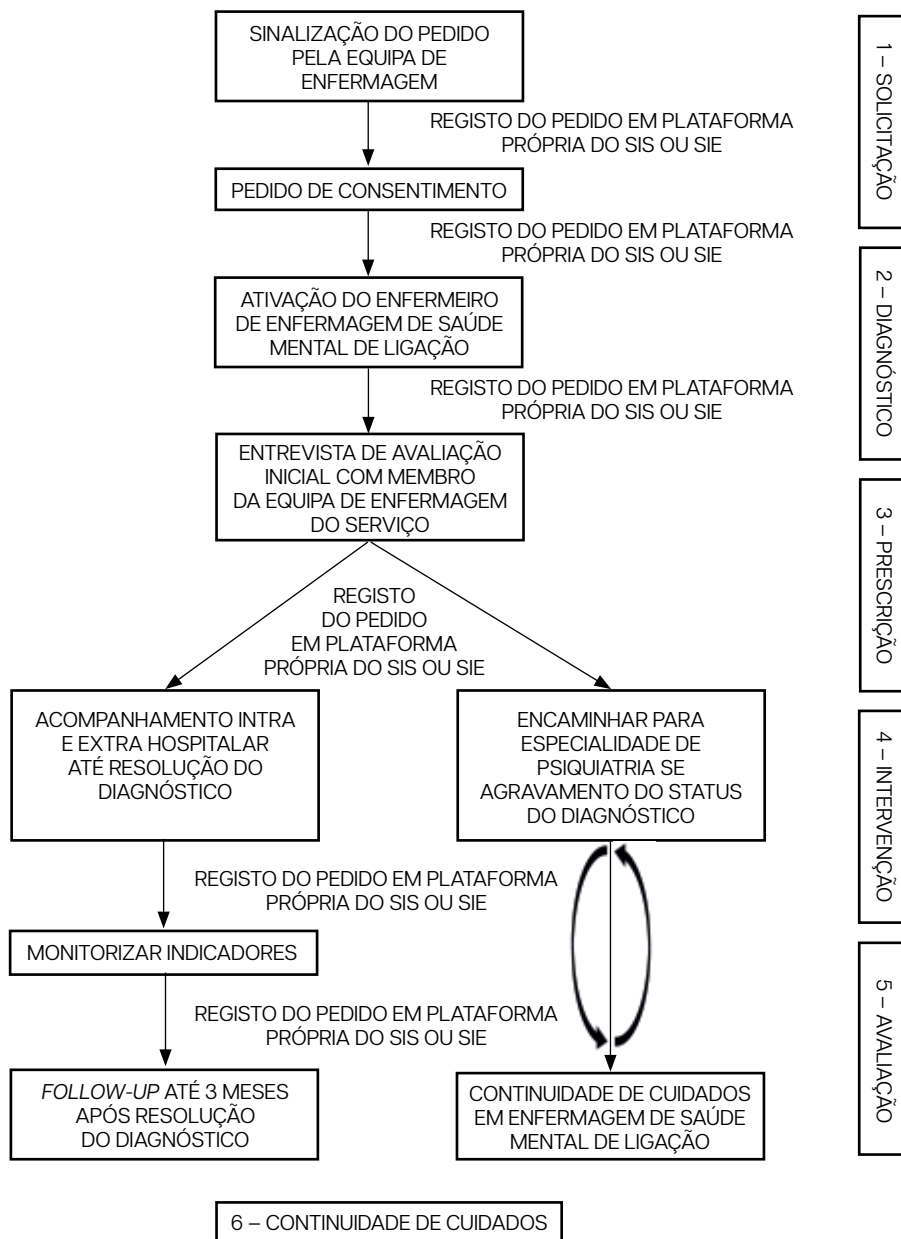
(OE, 2007a, p. 9).

Face ao exposto, esta NOC contempla a organização proposta pelos autores que a elaboraram, será alvo de avaliação de acordo com os critérios definidos no AGREE II, e é classificada de acordo com o seu grau de recomendação.

2.1 Área de intervenção: Clínica

A área de intervenção clínica específica da ESML visa a resolução dos problemas identificados no cliente, família e/ou cuidador, de acordo com os diagnósticos de Enfermagem e desenvolvendo planos de cuidados, com base não só nos problemas detetados, mas também na prevenção de problemas futuros. Na Figura 1, é possível consultar o fluxograma de pedido de apoio de ESML na área clínica.

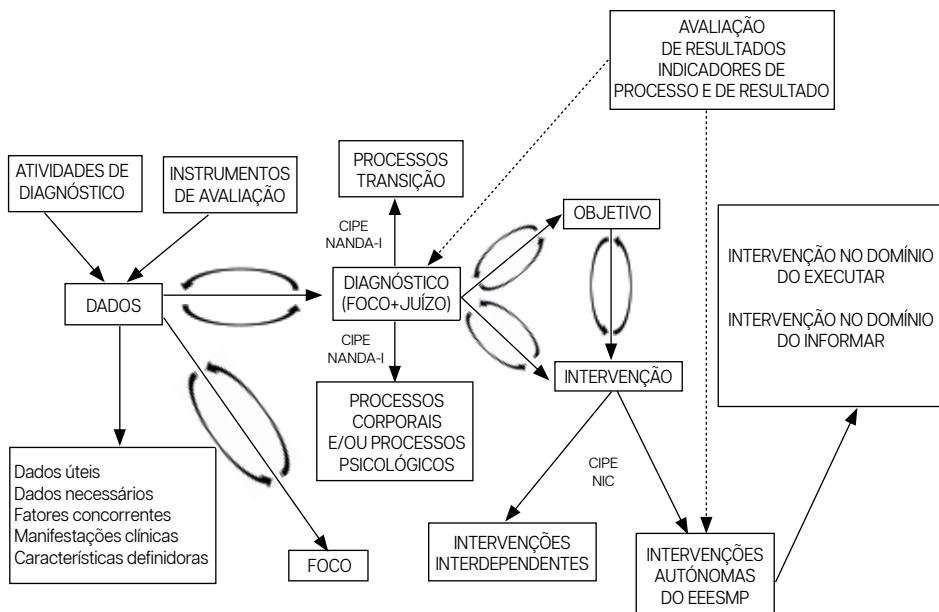
Figura 1 – Fluxograma: Pedido de Apoio de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação na Área Clínica



Fonte: Elaboração própria

O processo de tomada de decisão clínica dos EEESMP, conforme desenvolvido na Figura 2, segue as etapas do processo de Enfermagem, avaliação inicial com respetiva recolha e apreciação de dados, formulação diagnóstica, planeamento de intervenções, implementação das intervenções, avaliação dos resultados, e reformulação de intervenções e diagnósticos. Ao longo deste processo é imperativo respeitar a integridade referencial entre os dados que decorrem da avaliação e os diagnósticos de Enfermagem, bem como entre estes e as intervenções de Enfermagem, estabelecendo desta forma um modelo clínico de dados com recurso às taxonomias de Enfermagem já referidas no capítulo acerca da documentação.

Figura 2 – Fluxograma: Tomada de Decisão Clínica



1 – NOC "Classificação dos Resultados de Enfermagem" (Johnson et al., 2013)

Fonte: Elaboração própria

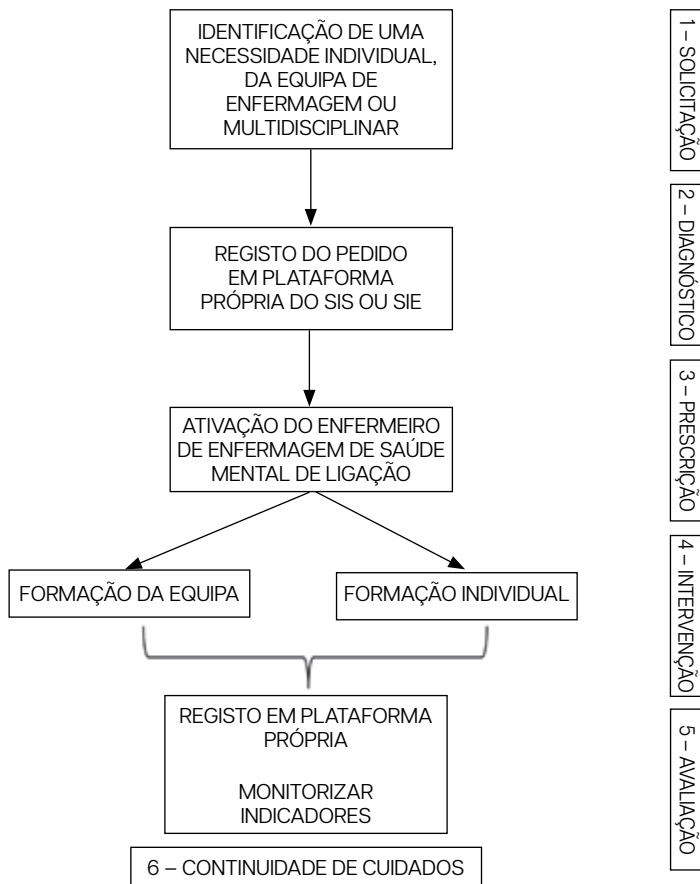
2.2 Área de intervenção: Consultadoria

Na área de intervenção de consultadoria, o foco é a equipa de Enfermagem, multidisciplinar, ou a organização. Os diagnósticos e as intervenções referem-se à equipa no caso de a necessidade ser formativa, e/ou à organização caso a necessidade identificada se prenda com circuitos/procedimentos para o rastreio, diagnóstico, acessibilidade aos cuidados e intervenção, podendo incluir questões ligadas à literacia em saúde através da formação e da supervisão clínica. A formação, enquanto estratégia de consultadoria, capacita

para a compreensão das necessidades da pessoa, comunidade e das organizações em relação à saúde, em sinergia com outras disciplinas, conferindo particular relevo ao desenvolvimento da autonomia individual e profissional (Kérouac et al. 2005). Esta apresenta ferramentas que promovem uma reflexão crítica acerca da atividade profissional, permitindo dessa forma assumir diferentes papéis e contribuir para as decisões de um sistema de saúde em permanente mudança.

O objetivo final é a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem através de uma equipa mais competente no rastreio, identificação de necessidades e prestação de cuidados, favorecendo a acessibilidade aos cuidados especializados. Na Figura 3 é possível consultar o fluxograma de pedido de apoio de ESML na área de consultadoria.

Figura 3 – Fluxograma: Pedido de Apoio de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação na Área de Consultadoria



Fonte: Elaboração própria

2.3 Fases de desenvolvimento da norma de orientação clínica

A ESML é uma prática do EEESMP que fornece um suporte de conhecimentos especializados em duas áreas de intervenção: a clínica e a consultadoria. As fases de desenvolvimento desta NOC derivam de uma solução de consenso dos autores deste documento com base nos trabalhos desenvolvidos por Scherer et al. (2002) e assente na metodologia científica de Enfermagem (Regulamento n.º 161/1996; Scherer et al., 2002). Neste sentido, as fases designadas para o desenvolvimento desta NOC são: solicitação, diagnóstico, prescrição, intervenção, avaliação e continuidade de cuidados.

2.3.1 Fase de desenvolvimento: solicitação

A solicitação é realizada sobre a forma de um pedido interno e segue as seguintes condições (Thomas et al., 2007): no caso de ser uma solicitação na área de intervenção clínica, recomenda-se que o cliente, familiar e/ou cuidador seja previamente informado por qualquer elemento prestador de cuidados em interrelação com o plano de cuidados do mesmo, dando o seu consentimento livre e esclarecido; a própria solicitação em si pressupõe a incorporação das fases subseqüentes do processo (diagnóstico, prescrição, intervenção, avaliação, e continuidade de cuidados). No caso de a solicitação ser no âmbito da área de intervenção de consultadoria, os diagnósticos e as intervenções referem-se à equipa. Se a necessidade for formativa, esta poderá resultar em recomendações para a organização tais como: circuitos/procedimentos para o rastreio, diagnóstico, acessibilidade aos cuidados e intervenção.

Na Figura 4 é possível consultar a proposta de formalização do pedido de solicitação da consulta de ESML.

Figura 4 – *Solicitação de Consulta de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação*

INSTITUIÇÃO DE SAÚDE (constar o nome)

FORMULÁRIO DE REFERENCIAÇÃO – ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL DE LIGAÇÃO

Data ____/____/____

Pedido: Cliente Formação à Equipa de Saúde
 Família/Cuidador Especificar: _____
 Equipa de Saúde _____

Profissional de Saúde requerente: _____

Serviço Requerente: Obstétrica Urgência: Pediátrica Adultos
 Pediatria Unidade _____
 Especialidade Cirúrgica _____
 Especialidade Médica _____
 Outro _____

Nome do Cliente: _____

N. Proc. _____ Enfermaria Cama Dias de internamento

Género (F/M) Outro: _____ Idade Etnia: _____

Religiosidade e ou Espiritualidade: _____ Estado Civil: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Cuidador (S/N) Se sim especificar: _____

Motivo de admissão: _____

Antecedentes Psiquiátricos: Não Sim Qual _____

Psicofármacos: Não Sim Qual _____

Sinais e Sintomas (Assinalar e Sublinhar):

Ansiedade

Comportamento: Desorganizado/ Agressividade Física e ou Psicológica/ Não adesão e ou recusa dos cuidados
Negligência no autocuidado / Não aceitação do estado de saúde/ Regressão

Outros: _____

Comportamento Alimentar: Recusa Alimentar/ Excessos/ Não Cumprimento/ Baixo Peso / Náusea / Vômito

Outros: _____

Comportamentos Suicidários: Tentativa de Suicídio **Comportamentos Autolesivos**

Comunicação: Afasia / Disartria/ Recusa/ Agressividade Verbal/ Passividade / Irritabilidade

Outros: _____

Humor: tristeza persistente / falta de esperança/ Pessimismo/ Autodesvalorização/ Apatia/ Choro/ Desespero / Euforia / Irritabilidade/ Sofrimento/ Stress

Outros: _____

Imagem Corporal: Queimaduras/ Amputação/ Presença de Dispositivos/ Estomas/ Feridas

Outros: _____

Medos: Hospital/ Procedimentos Invasivos/ Exames/ Abandono/ Imobilização/ tratamentos/ Dor/ Cirurgia/ Morte

Outros: _____

Memória: Desorientação (espaço / tempo/ pessoas) / incapacidade para reter ou compreender informação

Outros: _____

Pensamento: Desorganizado/ Pensamentos obsessivos/ Pensamento com base em algo falso ou sem base na realidade
Intenção de fazer mal a si próprio

Outros: _____

Percepção: alucinação (visual / auditiva / olfactiva/ gustativa/ táctil)

Outros: _____

Sensorial: Diminuição ou ausência (Visão/ Audição) / Parésia / Paralisia / Dor / Disfunção sexual

Outros: _____

Sono: Insónia / Sonolência

Uso de Substâncias: Álcool/ Estupefacientes/ Opióides

Observações Complementares:

Fonte: Elaboração própria

2.3.2 Fase de desenvolvimento: Diagnóstico

A elaboração dos diagnósticos deverá ter em conta o motivo da solicitação e diversificar as fontes, nomeadamente: profissionais de saúde, processo clínico, cliente, família e/ou cuidador. Na definição dos diagnósticos, o EEESMP mobiliza conhecimentos, competências e recursos no âmbito dos processos corporais, psicológicos e de transição em diálogo com as diversas disciplinas do conhecimento. Nesta fase, além do diagnóstico, o EEESMP identifica as necessidades, quer sejam da área de intervenção clínica, quer sejam da área de intervenção de consultadoria. Os diagnósticos em ESML podem ser todos os referidos na ontologia de Enfermagem (OE, 2021); de igual modo, as intervenções deverão obedecer aos princípios definidos na mesma ontologia.

2.3.3 Fase de desenvolvimento: Prescrição

O EEESMP, no âmbito da ESML e apelando às suas competências, prescreve cuidados de Enfermagem identificando os focos / diagnósticos, os objetivos, e as intervenções e critérios de avaliação. Prescreve tendo em conta: a) as necessidades e os diagnósticos identificados previamente; b) os recursos humanos e materiais existentes; c) a especificidade de cada cliente, familiar e/ou cuidador; d) os processos corporais, processos psicológicos e processos de transição; e e) o tempo de internamento.

Na área de intervenção clínica, tendo como foco o cliente, familiar e/ou cuidador, a prescrição pode ser direcionada para o cliente, familiar e/ou cuidador, para a equipa multidisciplinar, EEESMP e enfermeiros de cuidados gerais, tendo em conta o âmbito das suas competências.

Na área de intervenção de consultadoria, a prescrição pode ser para a equipa de Enfermagem, para a equipa multidisciplinar, ou sob forma de recomendações para a organização.

2.3.4 Fase de desenvolvimento: Intervenção

Na área de intervenção clínica, a prestação de cuidados está sobretudo centrada nas intervenções autónomas, podendo algumas ser do âmbito interdependente. As intervenções devem ter em conta os recursos materiais e humanos, nomeadamente a existência de EEESMP, podendo haver intervenções específicas do EEESMP, outras que poderão ser implementadas por enfermeiros de cuidados gerais, e ainda intervenções de equipa.

Na área de intervenção de consultadoria, a intervenção é essencialmente formativa, podendo ter um cariz individual ou coletivo, consoante as necessidades identificadas e as estratégias definidas.

Todas as intervenções devem ser planeadas, estruturadas, sistematizadas e implementadas num período de tempo previamente definido, findo o qual passar-se-á à avaliação.

2.3.5 Fase de desenvolvimento: Avaliação

Enquanto fase de desenvolvimento, a avaliação contempla indicadores de estrutura, processo e de resultados. Na área de intervenção de consultadoria os indicadores são essencialmente de estrutura. Os indicadores apresentados na Tabela 2 resultam de uma solução de consenso entre os autores desta NOC e derivam do resumo mínimo de dados proposto pela OE (2007c) e da proposta apresentada pela DGS (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017).

Tabela 2 – Indicadores de Estrutura, Processo e Resultado

INDICADORES	
ESTRUTURA	Satisfação do cliente/família e prestador de cuidados.
	Satisfação dos enfermeiros e/ou equipa multidisciplinar.
	Número de solicitações efetuadas: área de intervenção clínica/consultadoria.
	Tempo de resposta à solicitação.
	Número de formações realizadas.
PROCESSO	Índice de clientes com avaliação diagnóstica da dimensão autónoma.
	Taxa de diagnósticos / resultados da dimensão autónoma.
	Taxa de intervenções de Enfermagem realizadas.
RESULTADO	Taxa de efetividade na prevenção de complicações.
	Modificações positivas no estado dos diagnósticos de Enfermagem (reais) com intervenções de Enfermagem implementadas.
	Número de iniciativas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais.
	Número de ações desenvolvidas no âmbito dos grupos vulneráveis, contexto laboral e reabilitação psicossocial.

Fonte: Elaboração própria

2.3.6 Fase de desenvolvimento: Continuidade de cuidados

A continuidade dos cuidados é uma preocupação da profissão de Enfermagem descrita no artigo 83º do Código Deontológico (OE, 2015). Quando se fala em continuidade de cuidados, o mais comum é referir um conjunto de intervenções que são executadas quando o cliente tem alta ou já está no seu domicílio. Contudo, este conceito é muito mais abrangente, pois essas intervenções devem iniciar-se logo no momento de admissão, sempre que necessário, independentemente de onde o cliente esteja, e isso poderá ser em qualquer serviço hospitalar, desde que haja uma quebra no seu *continuum* de saúde.

Massano (2012) acrescenta que o conceito de continuidade de cuidados apresenta diferentes conotações consoante o seu contexto. Este tem sido utilizado para descrever

uma diversidade de relações entre os clientes e os serviços de saúde, nomeadamente: a) a partilha de informação entre os diferentes profissionais; b) a constância desses mesmos profissionais na assistência; c) o tipo de acompanhamento clínico após a alta; e d) o nível de acessibilidade aos serviços de saúde.

A continuidade de cuidados deve basear-se: a) na partilha sistemática de informação; b) na complementaridade; c) na união de esforços; d) na utilização de linguagem e instrumentos de respostas comuns; e) na avaliação através de normas objetivas; f) na implementação de redes de comunicação; e g) na centralização de toda a sua intervenção na vontade e nos padrões de vida do doente (Massano, 2012).

Tendo em conta o referido anteriormente, entre os vários contextos de cuidados de saúde deverá estar garantido um modelo que assegure a partilha recíproca e confidencial da informação de Enfermagem, em tempo real, através dos SIE com interoperabilidade semântica e técnica (Sousa, 2012; Sousa-Pinto, 2013).

Tendo em conta os aspetos referidos, os dados mais relevantes para a continuidade de cuidados incluem os diagnósticos anteriores, as intervenções e a avaliação efetuada, bem como os atuais diagnósticos, as intervenções planeadas / necessárias, e os contextos de cuidados após a alta clínica.

3

Recomendações e Organização da Consulta de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação

Tal como foi apontado no quadro conceitual, cerca de 20% dos clientes internados são sinalizados com um diagnóstico médico psiquiátrico e, pelo menos, 1% necessita de cuidados imediatos por parte de um especialista em saúde mental, verificando-se esta necessidade particularmente em clientes com doença oncológica e em fase terminal, nos clientes portadores de algum tipo de doença crónica ou com dor, e denotando-se uma particular prevalência da depressão e ansiedade (Reform Group Service Model for Consultation-Liaison Psychiatry in Victoria, 2016). A importância da consulta de ESML na melhoria das condições de saúde dos clientes tem recebido alguma atenção na literatura de Enfermagem, nomeadamente em relação a indicadores que refletem os resultados das intervenções psicossociais nos clientes e suas famílias (Yakimo, 2006), tais como:

- Incremento da qualidade dos cuidados, operacionalizados em menos dias de internamento e por isso maior rentabilização de recursos existentes;
- Obtenção de melhores cuidados durante o período de internamento;
- Aumento da satisfação dos clientes, com conseqüente diminuição das recaídas, reinternamentos, e possíveis complicações clínicas associadas a comorbilidade psiquiátrica;
- Diminuição do *burnout* dos enfermeiros.

A operacionalização de uma consulta de ESML implica decisões estratégicas e coerentes, e determina o ativo envolvimento de todos os atores abrangidos no processo (clientes, profissionais e organização), sendo a sua potencialidade diretamente dependente do nível de implicação dos intervenientes e do empenho dos mesmos na prossecução dos objetivos delineados. Estas condições reforçam a importância e a necessidade de uma prática assente em investigação, alicerçada à componente do conhecimento pessoal, estético e moral que permitam, em conjunto, construir práticas altamente compreensivas, concordantes com a exigência social e ético-deontológica da profissão (Carper, 1978).

A consulta de ESML deverá ter como referência a natureza normativa do modelo previsto pela OE, expresso nos enunciados descritivos previstos nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento n.º 356/2015), que permita o desenvolvimento de competências congruentes com uma prática especializada que deverá integrar quatro domínios fundamentais: o domínio da prestação de cuidados, o domínio da formação, o domínio da gestão e o domínio da investigação, promovendo o desenvolvimento da Enfermagem à semelhança do que tem acontecido noutras áreas do conhecimento (Kérouac et al., 2005). Nesta linha de pensamento, recomenda-se que a constituição da consulta de ESML integre a evidência apresentada no capítulo da literacia em saúde, dos SIE, dos diagnósticos e intervenções, e se apresente com base na proposta de Langley et al. (2009), assente no acrónimo PDSA (*Plan, Do, Study, Act*), que passa por: a) Planeamento (âmbito da consulta); b) Execução do plano de atividades; c) Descrição e estudo de resultados obtidos; d) Propostas de medidas a implementar face aos resultados obtidos; e e) Partilha e divulgação dos resultados. Estas etapas estarão organizadas em nove capítulos, de maneira que em investigações futuras possa ser alvo de comparação

com outras propostas para constituição de uma consulta de ESML que tenham em consideração os mesmos constructos teóricos de abordagem e que possam contribuir para um ciclo contínuo de melhoria de qualidade assistencial das organizações e para a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem especializados (Massano, 2012).

Jesus (2006) salienta ainda que a prática clínica de Enfermagem é sem dúvida o aspeto mais central da profissão; porém, alerta que existem igualmente outras áreas importantes a serem consideradas, tais como a investigação, a gestão, a educação / formação, e a assessoria técnica aos diferentes níveis administrativos e políticos.

3.1 Consulta de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação

O planeamento da consulta de ESML deve apresentar-se de acordo com o modelo de aplicabilidade proposto na Figura 5, definindo um preâmbulo / âmbito de intervenção, e tendo em consideração nove capítulos: 1) Caracterização da consulta; 2) Direção e gestão da consulta; 3) Organização da consulta; 4) Recursos humanos da consulta; 5) Ensino na consulta; 6) Investigação na consulta; 7) Recursos materiais da consulta; 8) Avaliação e divulgação de resultados; e 9) Disposições finais.

Cada um destes capítulos deverá ser constituído pelas dimensões que se apresentam:

Capítulo I – Caracterização da consulta

- Definição;
- Missão e objetivos;
- Valores;
- Localização.

Capítulo II – Direção e gestão da consulta

- Gestor de Enfermagem;
- Áreas de intervenção (ligação e consultadoria);
- Órgãos consultivos.

Capítulo III – Organização da consulta

- Organização funcional.

Capítulo IV – Recursos humanos da consulta

- Equipa da consulta;
- Outros recursos humanos identificados como necessários.

Capítulo V – Ensino na consulta

- Ensino no contexto da prática (a consulta constitui um local de ensino pré e pós-graduado, bem como de formação contínua e multiprofissional, nos termos do acordado com a Direção da consulta e, no caso de relações interinstitucionais, aprovado pelo Conselho de Administração).

Capítulo VI – Investigação

- Investigação nos contextos clínicos (a consulta assume a importância do investimento na investigação como prioridade estratégica, nos termos do acordado com a Direção e com o Departamento, aprovado pelo Conselho de Administração e dotado de recursos humanos necessários).

Capítulo VII – Recursos materiais da consulta

- Instalações;
- Equipamentos.

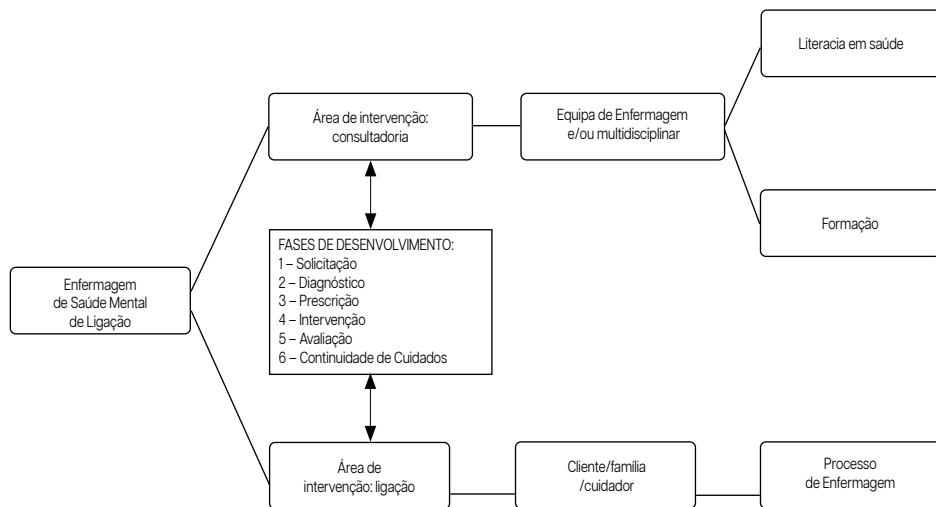
Capítulo VIII – Avaliação e divulgação de resultados

- Sistemas de informação e apoio à decisão clínica;
- Melhoria contínua da qualidade.

Capítulo IX – Disposições finais

- Regulamentação específica tendo em conta as características de cada serviço e/ou instituição;
- Resolução de dúvidas;
- Entrada em vigor e revisão.

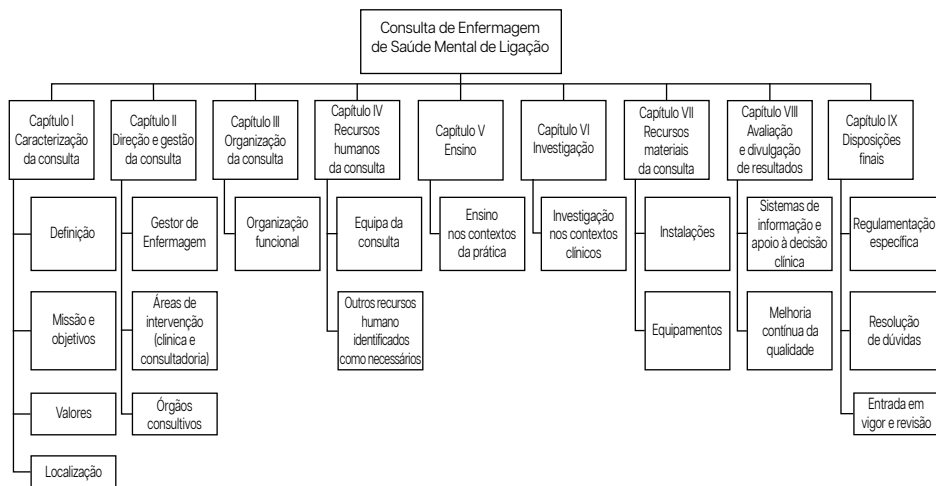
Figura 5 – Modelo de Aplicabilidade de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação



Fonte: Elaboração própria

Na Figura 6 é possível consultar a proposta apresentada neste GOBP para a implementação da consulta de ESML.

Figura 6 – Implementação da Consulta de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação



Fonte: Elaboração própria

CONCLUSÃO

Este GOBP resulta da pesquisa realizada, informada na evidência, da experiência dos autores, e da discussão efetuada tendo em conta as diferentes realidades académicas, clínicas e contextuais.

Ao longo do seu desenvolvimento as evidências demonstraram, de uma forma generalizada, a aparente desvalorização dos processos psicológicos resultantes dos processos corporais. Por outro lado, foi possível identificar as vantagens da ESML nos indicadores analisados. Os diagnósticos mais comuns e as intervenções mais vezes realizadas foram estruturantes para a fundamentação e elaboração da NOC.

A NOC resultante deste processo, informado na evidência, traduz uma abordagem possível ao cliente, família, cuidador e/ou equipa. Identifica áreas de intervenção (clínica e de consultadoria) e fases de implementação (solicitação, diagnóstico, prescrição, intervenção, avaliação e continuidade de cuidados), com um cuidado de aplicabilidade prática e reflexos na intervenção clínica com o apoio de diversos fluxogramas orientadores. Por isso, também fazem parte deste GOBP algumas recomendações para a organização da consulta de ESML. Crê-se, por isso, que este GOBP possa contribuir para a melhoria da prática clínica no âmbito da ESML através dos EEESMP.

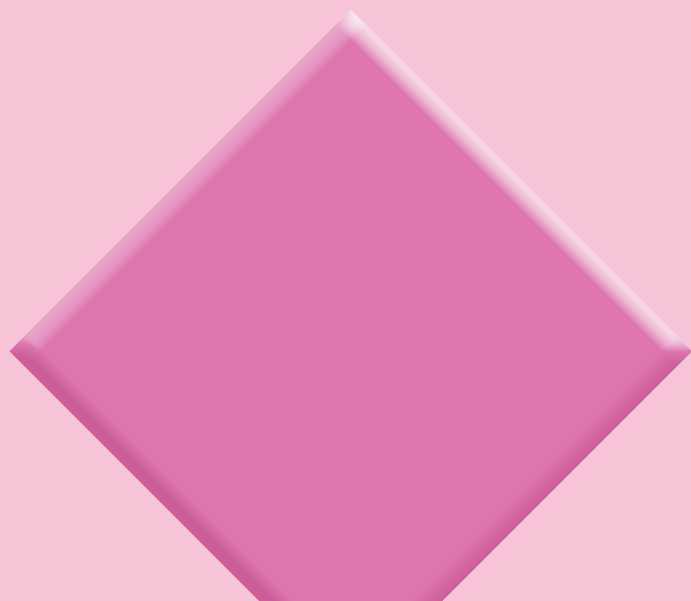
Todavia, no processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados recomenda-se a monitorização de indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem através da avaliação em cada contexto e, num olhar mais global, através de um desenho de investigação multicêntrico que permita avaliar a qualidade e efetividade de cuidados, focos de intervenção, intervenções eficazes e modelos de organização liderados pelo EEESMP no âmbito da ESML.

Todas estas propostas necessitam de ter eco nos SIE, permitindo a sua visibilidade, caracterização e avaliação, pelo que se recomenda a inclusão da área de consultadoria nos SIE utilizados em cada contexto e a nível global.

Este GOBP também tem uma função histórica de marcar uma etapa importante no desenvolvimento da ESML em Portugal, que ainda é escassa e exclusiva de algumas instituições, não tendo um uso generalizado. Decorrente deste aspeto, uma das limitações deste GOBP reside nas escassas publicações empíricas existentes em Portugal que permitam ter uma caracterização pormenorizada da realidade nacional.

Depois de lido, analisado e discutido, recomenda-se uma implementação adaptada a cada contexto tendo em conta as necessidades dos clientes, os recursos disponíveis e o modelo organizativo institucional.

O desafio final é, em torno deste GOBP, favorecer o aprofundamento da ESML no seio dos EEESMP, através da criação de sinergias para que, no futuro, seja possível rever, atualizar e melhorar este instrumento de trabalho.



Referências bibliográficas

- Abraha, L., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., Gudmundsson, A., Soiza, R., O'Mahony, D., Guaita, A., & Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*, 7(3), 1-30. <http://doi:10.1136/bmjopen-2016-012759>
- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em Contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra, Formasau.
- Aguilera-Martín, Á., Blanco-Ruiz, M., Gálvez-Lara, M., & García-Torres, F. (2020). Psychological, educational, and alternative interventions for reducing fear of childbirth in pregnant women: A systematic review. *J Clin Psychol*, 1-31. <https://doi.org/10.1002/jclp.23071>
- Amaral, A. F. (2014). *Resultado dos Cuidados de Enfermagem Qualidade e Efetividade*. [Doctoral Dissertation, Universidade de Coimbra].Repositório científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/28468>
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4th ed.). Climepsi Editores.
- Andrade, A., Augusto, B., Fernandes, C., Santos, C., Rodrigues, C., Vaz de Almeida, C., Brito, D.V., Lopes, G., Andrade, M., Martins, P., Gonçalves, S., Abrunheiro, S., Ramos, S., Morgado, T. & Almeida, Z. (2020). *Literacia em Saúde, um desafio emergente: Contributos para a mudança de comportamento*. Coletânea de Comunicações (1st ed.). Gabinete de Comunicação, Informação e Relações Públicas do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. https://www.chuc.min-saude.pt/media/Literacia_Saude/Literacia_em_Saude_-_Coletanea_de_Comunicacoes.pdf
- Arriaga, M., Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N. & Freitas, G. (2019). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde. 2019-2021. Health Literacy Action Plan Portugal*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Arriaga, M., Santos, B., Costa, A. S., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, J., Silva, C.R., Mata, F., Chaves, N., Lopatina, M., Sorensen, K., Dietsche, C., & Freitas, G. (2021). Níveis de literacia em saúde levels of health literacy. *Health literacy survey 2019 (hls19)* . Direção-Geral da Saúde. http://www.hotelariaesaude.pt/userfiles/files/blog/DGS_Literacia%20em%20Sa%C3%BAde%202019-2021.pdf
- Block, S. & Kissane, D. (2000). Psychotherapies in psycho-oncology. An exciting new challenge. *British Journal of Psychiatry*, 177. 112-116. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.112>
- Boizonave, L. F., & Martins de Barros, T. (2003). Ansiedade e Depressão: reações psicológicas em pacientes hospitalizados. *Aletheia*, (17-18), 135-143. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115013455013>
- Botega, N., Guilhermano, L., Michel, R., Juni-ro, C. G., Machado, F., Crestana, F., Balestrin, J. & Frantz, L. (2000). Consultoria psiquiátrica em hospital geral: inviável ou promissora?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 130-132. <https://www.scielo.br/j/rbp/a/SthP4XJW4Gxx7WQcCsVdYn/?lang=pt>
- Botega, N. J. (2012). Reação à doença e à hospitalização. In *Prática psiquiátrica no hospital geral interconsulta e emergência*. Botega (Ed.). 46-61. Porto Alegre. (3th ed.). Artmed.
- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers B., Graham, I. D., Grimshaw, J., Hanna, S. E., Littlejohns, P., Makarski J., Zitzelsberger, L., & AGREE Next Steps Consortium. (2012). The Global Rating Scale complements the AGREE II in advancing the quality of practice guidelines. *Journal of clinical epidemiology*, 65(5), 526-534. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.10.008>
- Caldas de Almeida, J., Xavier, M., Nabias, F., Santos, F., & Morais, J. (1992). Morbilidade psiquiátrica nos doentes internados no hospital geral. *Acta Médica Portuguesa*, 5, 575-579. <http://hdl.handle.net/10362/23853>
- Campbell, S. M., Sheaff, R., Sibbald, B., Marshall, M. N., Pickard, S., Gask, L., Halliwell, S., A Rogers, A., & Roland, M. O. (2002). Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts: reconciling quality improvement and quality assurance. *BMJ Quality & Safety*, 11(1), 9-14. <http://dx.doi.org/10.1136/qhc.11.1.9>
- Canadian Institutes of Health Research. (2009). *Instrumento de avaliação de normas de orientação clínica – AGREE II*. https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Portuguese.pdf
- Cardoso, G., Barvosa, A., & França de Sousa, J. (1988). Psiquiatria de Ligação num Hospital Geral: novas perspectivas. *Acta Médica Portuguesa*, 4/5/6, 296-303. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/3576/2847>
- Cardoso, G. (2005). Perturbações Psiquiátricas no Hospital Geral. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1(2), 48-55. <http://hdl.handle.net/10400.10/251>

- Cardoso, G. (2006). Psiquiatria de Ligação: Desenvolvimento Internacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 405-412. <https://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/21>
- Carper, B. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. In CODY, W.: *Philosophical and Theoretical Perspectives for Advanced Nursing Practice*. 4th Ed. Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers. http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705_CH03_V1xx.pdf
- Caruso, R., & Breitbart, W. (2020). Contemporary perspective on the psychosocial burden of cancer and evidence-based interventions. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, 1- 4. https://www.researchgate.net/publication/338481702_Mental_health_care_in_oncology_Contemporary_perspective_on_the_psychosocial_burden_of_cancer_and_evidence-based_interventions
- Cheng, K.; Evans, R. & Larkins, S. (2016). Why are hospital doctors not referring to Consultation-Liaison Psychiatry? – a systemic review. *BMC Psychiatry*, 16, 390. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1100-6>
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo* (1st ed.). Coordenação Nacional para a Saúde Mental. <https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>
- Cordeiro, J. D. (2005). *Manual de Psiquiatria Clínica* (3th Ed.). Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Costa, A. R., & Sequeira, C. (2013). Efectividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (9), 14-20. <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n9/n9a03.pdf>
- Diário da República n.º 169/1998, Série I-A de 1998-07-24, Lei n.º 36/98 (Assembleia da República 24 de Julho de 1998). <https://dre.pt/application/file/a/424810>
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas*. Norma n.º 053/2011 de 27/12/2011: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0532011-de-27122011.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2014). *Deteção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool*. Norma n.º 30/2012. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/detecao-precoce-alcool-no-adulto-2014.pdf>
- Domingues, B. (2004). A pessoa e a Vida Saudável a Promover. in S. Pacheco, M. d. Patrão Neves, & G. d. Coimbra (Eds), *Para uma Ética de Enfermagem – Desafios*, 187-202. Centro de Estudos de Bioética – Pólo Açores.
- Ferdousi, R., Arab-Zozani, M., Tahamtan, I., Rezaei-Hachesu, P., & Dehghani, M. (2020). Attitudes of nurses towards clinical information systems: a systematic review and meta-analysis. *International Nursing Review*, 59-66. <https://doi.org/10.1111/inr.12603>
- Fernandes, O. (2011). Percurso para o reconhecimento da idoneidade dos contextos de prática clínica – Supervisão Clínica e Prática Tutelada- Estratégia Profissional para a Governação Clínica. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 38, 64-67. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/1756/1/roe38_net_VF.pdf
- Ferreira, J. M., Neves, J., Caetano, A., & Passos, A. M. (2011). *Manual de psicossociologia das organizações* (6ª ed.). Lisboa. Escolar Editora.
- Francis, J., Aminoff, M. J., Schmader, K. E., & Wilterdink, J. L. (2014). Delirium and acute confusional states: Prevention, treatment, and prognosis. *Uptodate. Waltham*. <http://www.uptodate.com.ezproxy.hioa.no/contents/delirium-and-acuteconfusional-states-prevention-treatment-andprognosis>.
- Galletly, C., Castle, D., Dark, F., Humberstone, V., Jablensky, A., Killackey, E., Kulkarni, J., McGorry, P., Nielssen, O., & Tran, N. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 50(5). 410-72. <https://doi.org/10.1177/0004867416641195>.
- Gomes, C. M. P. R. (2004). Papel do médico de família na detecção e intervenção nos problemas ligados ao álcool. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 20(1), 101-18. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v20i1.10013>
- Gonçalves, P. D., Sequeira, C. A., & Paiva e Silva, M. A. (2019a). Nursing interventions in mental health and psychiatry: Content analysis of records from the nursing information systems in use in Portugal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26, 199-211. <https://doi.org/10.1111/jpm.12536>
- Gonçalves, P. D., Sequeira, C.A. & Paiva e Silva, M. A. (2019b). Content analysis of nursing diagnoses in mental health records in Portugal. *International Nursing Review*, 66, 199-208. <https://doi.org/10.1111/inr.12493>

- Harmon, K; Carr, V; & Lewin, T (2000). Comparison of integrated and consultation-liaison models for providing mental health care in general practice in New South Wales, Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1459-66. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01616.x>
- Inouye, S., Westendorp, R., & Saczynski, J. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383, 911-922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)
- Irvine, D., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 29-39. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02143.x>
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP@ BROWSER*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Jackson, P., & Khan, A. (2015). Delirium in Critically Ill Patients. *Critical Care Clinics*, 31(3), 589-603. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2015.03.011>
- Janeiro, L. B., & Faisca, L. M. (2015). *Guia de Aplicação e Interpretação da Socrates 8D*. Universidade do Algarve:Departamento de Psicologia e Ciências da Educação. https://www.researchgate.net/profile/Luis-Janeiro/publication/335620862_Guia_de_Aplicacao_e_Interpretacao_da_SOCRATES_8D/links/5d70f5e74585151ee49e6d99/Guia-de-Aplicacao-e-Interpretacao-da-SOCRATES-8D.pdf
- Jesus, E. H. (2006). *Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem*. (1st ed.). Coimbra. Formasau.
- Johnson, M., Bulechek, G., Swanson, E., Butcher, H. K., Moorhead, S., & Maas, M. L. (2013). *Ligações NANDA NOC-NIC – Condições Clínicas – Suporte ao Raciocínio e Assistência de Qualidade*. (Tradução da 3ª ed.). Rio de Janeiro. Elsevier.
- Jorge, F. M., Moreira, M. T., Pereira, M. O., & de Andrade, T. M. M. D. (2017). Intervenções breves na redução do consumo de álcool em utentes de uma unidade de saúde familiar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 79-87. <https://doi.org/10.12707/ RIV17037>
- Kaddour, L., Kishita, N., & Schaller, A. (2018). A meta-analysis of low-intensity cognitive behavioral therapy-based interventions for dementia caregivers, *International Psychogeriatrics*, 31(7), 961-976. <https://doi.org/10.1017/S1041610218001436>
- Kane, R., Butler, M., Fink, H., Brasure, M., Davila, H., Desai, P., Jutkowitz, E., McCreedy, E., Nelson, V. A., McCarten, J. R., Calver, C., Ratner, R., Hemmy, L. S., & Barclay, T. (2017). *Interventions To Prevent Age-Related Cognitive Decline, Mild Cognitive Impairment, and Clinical Alzheimer's-Type Dementia*. Minnesota Evidence-based Practice Center. Minneapolis: Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442425/pdf/Bookshelf_NBK442425.pdf
- Ke, Y. T., Kuo, C. C., & Hung, C. H. (2017). The Effects of Nursing Preceptorship on New Nurses' Competence, Professional Socialization, Job Satisfaction, and Retention: A Systematic Review. *Journal of Advanced Nursing*, 3(10). <https://doi.org/10.1111/jan.13317>
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (2005). *El pensamiento enfermero* (4th ed.). Barcelona. Masson, S. A.
- Langley, Gerald J.; Moen, Ronald D.; Nolan, Kevin M.; Nolan, Thomas W.; Norman, Clifford L.; Provost, Lloyd P. (2009). *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance*. (2nd ed.). San Francisco. Jossey-Bass Publishers.
- Loureiro, I. (2015). A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão. *Revista portuguesa de saúde pública*, 33(1), 1-1. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.05.001>
- Marchi, M., Magarini, F.M., Mattei, G., Pingani, L., Moscara, M., Galeazzi, G.M. & Ferrari, S. (2021) Diagnostic Agreement between Physicians and a Consultation–Liaison Psychiatry Team at a General Hospital: An Exploratory Study across 20 Years of Referrals. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 749. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020749>
- Martín-Carrasco, M., Domínguez-Panchón, A. I., Muñoz-Hermoso, P., González-Fraile, E., & Ballesteros-Rodríguez, J. (2013). Instrumentos para medir la sobrecarga en el cuidador informal del paciente con demencia Assessment tools to measure burden in the informal caregiver of patients with dementia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(6), 276-284. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.06.002>
- Massano, M. T. (2012). *Consulta de Enfermagem de Ligação no Hospital Distrital de Santarém*. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Santarém]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. <http://hdl.handle.net/10400.15/1238>

- Meleis, A. L., Sawyer, L. M., Hilfinger, M. D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, 23, 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mendes, A. M., & Eufrásio, M. L. (2013). Análise compreensiva de uma intervenção na ansiedade e depressão em doentes hospitalizados com insuficiência cardíaca. *Revista de Enfermagem Referência*. 3(11), 29-35. <https://doi.org/10.12707/R111305>
- Moore, K., Davis, S., Gola, A., Harrington, J., Kupeli, N., Vickerstaff, V., King, M., Leavey, J., Nazareth, I., Jones, L., & Sampson, E. (2017). Experiences of end of life amongst family carers of people with advanced dementia: longitudinal cohort study with mixed methods. *BMC Geriatrics*, 17(135). <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0523-3>
- Morandi, A., Pandharipande, P., Jackson, J., Bellelli, G., Trabucchi, M., & Ely, E. (2012). Understanding terminology of delirium and long-term cognitive impairment in critically ill patients. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 26(3), 267-276. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2012.08.001>
- Mota, A. (2000). Psiquiatria de Ligação. *Medicina Interna*, 7(4), 239-245. https://www.spmi.pt/revista/vol07/ch7_v7n4a2000.pdf
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2020). Scielo – Scientific Electronic Library Online. *Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura*, 505-510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence. (2010). *Delirium: prevention, diagnosis and management – Clinical guideline [CG103]*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Delirium in adults – Quality standard [QS63]*. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs63>
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 143-154. <https://doi.org/10.1002/jclp.20758>
- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349–364. <http://www.jstor.org/stable/45152457>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- O'Donnell, M, Metcalf, O., Watson, L., Phelps, A., & Varker, T. (2018) A Systematic Review of Psychological and Pharmacological treatments for Adjustment Disorders in adults. *Journal of Traumatic Stress*, 31. 321-331. <https://doi.org/10.1002/jts.22295>
- O'Mahony, R., Murthy, L., Akunne, A., & Young, J. (2011). Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline for Prevention of Delirium. *Annals of Internal Medicine*. 154(11),746-751. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-154-11-201106070-00006>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007a). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Comissão de Formação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPPraticas.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2007b). *Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2007c). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE® «Guidelines for ICNP@ Catalogue Development»*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Caderno temático: Modelo de desenvolvimento profissional. Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Conselho de Enfermagem. <https://docplayer.com.br/6185913-Caderno-tematico-modelo-de-desenvolvimento-profissional.html>

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Concelho Jurisdicional (Mandato 2012-2015). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livro_cj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Regimento do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2016/Regimento_CEESMP.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Sessão Solene: Apresentação da Ontologia de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/sess%C3%A3o-solene-apresenta%C3%A7%C3%A3o-da-ontologia-de-enfermagem/>
- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas-RESUMO*. https://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf
- Otani, V., Otani, T., Freirias, A., Calfat, E., Aoki, P., Cross, S., Sumskis, S., Kanaan, R., Cordeiro, Q., & Uchida, R. (2019,). Predictors of Disagreement Between Diagnoses from Consult Requesters and Consultation-Liaison Psychiatry. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 207. 1019–1024. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001018>
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista portuguesa de saúde pública*, 34(3), 259-275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Pereira, F. M. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros-Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. [Doctoral Dissertation, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório científico da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7182/3/Anexos.pdf>
- Programa Nacional para a Saúde Mental. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Direção-Geral da Saúde. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf
- Queirós, P. (2012). *Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos-Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (1st ed). Unidade de investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://pt.scribd.com/document/225506617/Enfermagem-de-Nightingale-aos-dias-de-hoje-100-anos-pdf>
- Ramos, A. (1999). Que suporte para a Enfermagem de Consultadoria e Ligação num Hospital Geral. *Pensar Enfermagem*. Lisboa. 3(2), 33-37.
- Reform Group Service Model for Consultation-Liaison Psychiatry in Victoria. (2016). *Service Model for Consultation-Liaison Psychiatry in Victoria – working with the community – improving quality and patient flow* (1st ed.). The Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists. <https://www.ranzcp.org/files/resources/reports/10-20-1-service-model-for-consultation-liaison-wor.aspx>
- Regis, C. E., Aranha, V. C., & Laham, C. F. (2010). Percepção da doença cardiovascular e depressão em idosos na enfermaria de um hospital universitário de São Paulo. *Psicologia Hospitalar* 8(2), 46-69. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092010000200004
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2015). *Clinical best practice guideline: Engaging Clients Who Use Substances*. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Engaging_Clients_Who_Use_Substances_13_WEB.pdf
- Regulamento n.º 161/96 (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) *Diário da República* n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04 https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Regulamento n.º 101/2015. (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário da República* n.º 48/2015, Série II de 2015-03-10, 5948 – 5952. <https://dre.pt/application/file/a/66699732>
- Regulamento n.º 356/2015 (Ordem dos Enfermeiros, 25 de Junho de 2015). *Diário da República* n.º 122/2015, Série II de 2015-06-25. <https://dre.pt/home/-/dre/67590900/details/maximized>
- Regulamento n.º 515/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 7 de Agosto de 2018). *Diário da República* n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07. <https://dre.pt/home/-/dre/115932570/details/maximized>
- Roberts, D. (1997). Liaison mental health nursing: origins, definition and prospects. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 101-108. https://www.researchgate.net/publication/227907490_Liaison_mental_health_nursing_Origins_definition_and_prospects/link/59d622c6458515140ee7b3de/download
- Roberts, D. (2016). Editorial: Should mental health have a separate registration? *Journal of Clinic Nursing*, 25, 2391-2392. <https://doi.org/10.1111/jocn.13379>

- Rocha, L. A., & Silva, L. F. (2009). Adaptação psicossocial de pessoas portadoras de insuficiência cardíaca: diagnósticos e intervenções de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet], 11(3), 484-93. <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a04.htm>.
- Rodrigues, A., & Felício, M. (2017). Governação clínica e de saúde nos cuidados de saúde primários: Perguntas e respostas essenciais. *SNS, Grupo Técnico Nacional da Governação Clínica e de Saúde Cuidados de Saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Governacao%20Clinica%20e%20de%20Saude.pdf>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 1), 103-108. <http://hdl.handle.net/2445/144883>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2016). Intervenções psicoterapêuticas de enfermagem NIC na prática clínica em Portugal: Um estudo descritivo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 16 (16), 11–18. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0152>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (19), 77-84. <https://doi:10.19131/rpesm.0205>
- Sampaio, F., Gonçalves, P., Sequeira, C., & Canut, T. L. (2020). Nursing Process Addressing the Focus “Anxiety”: A Scoping Review. *Clinical Nursing Research*, 30(7), 1-11. <https://doi:10.1177/10544773820979576>
- Saúde que Conta (2012). *Think Tank literacia em saúde*. <https://www.saudequeconta.org/investigacao/1a-fase-literacia-em-saude/>
- Scherer, Z. A., Scherer, E. A., & Labate, R. C. (2002). Interconsulta em Enfermagem Psiquiátrica: qual a compreensão do enfermeiro sobre esta atividade?. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(1), 7-14. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/3kQg7pjp58j9KKsXLGYDgLG/?lang=pt&format=pdf>
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, 2(12), 9-16. <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>
- Serafim, R., Soares, M., Bozza, F., Lapa e Silva, J., Dal-Pizzol, F., Paulino, M., Povoia, P. & Salluh, J. (2017). Outcomes of subsyndromal delirium in ICU: a systematic review and meta-analysis. *Critical Care*, 21(179). <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1765-3>
- Serrano, M. T. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. [Master’s thesis, Universidade de Aveiro]. Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1479/1/2010000045.pdf>
- Sharrock, J., Grigg, M., Happell, B., Keeble-Devlin, B., & Jennings, S. (2006). The mental health nurse: A valuable addition to the consultation-liaison team. *International Journal of mental Health Nursing*, (15), 35-43. <https://doi:10.1111/j.1447-0349.2006.00393.x>
- Shehabi, Y., Riker, R., Bokesch, P., Wisemandle, W., Shintani, A., & Ely, E. (2010). Delirium duration and mortality in lightly sedated, mechanically ventilated intensive care patients. *Critical Care Medicine*, 38(12), 2311-2318. <https://doi:10.1097/CCM.0b013e3181f85759>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (S.d.). Rede de Referência/Articulação. https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/SitePages/detalhe.aspx?itemId=3&lista=SICAD_INSTRUMENTOS&bkUrl=/BK/Intervencao/RedeReferenciacao/
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. http://www.sicad.pt/BK/Documents/PNRCAD_2013_2020.pdf
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2019). *Sumário Executivo Relatórios Anuais 2019: A Situação do País em matéria de Drogas e Toxicodependências; A Situação do País em matéria de Álcool; Descritivo de Respostas e Intervenções das Ações do Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências, Horizonte 2020*. https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/169/SumarioExecutivo_RelatoriosAnuaisSPMDT_19_.pdf
- Sousa Carneiro, V. A., Silva, I., & Jóluskin, G. (2017). Literacia em saúde: um retrato da população adulta portuguesa. *Revista de Estudos e Investigación en Psicología y Educación*, (14), 133-137. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.14.2559>

- Sousa, L., Sequeira, C., Carmé, F.-G., Neves, P. & Lleixà-Fortuno, M. (2016). Características de um programa de capacitação para familiares cuidadores de pessoas com demência a residir no domicílio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, especial 3, 33-38. <http://hdl.handle.net/10400.26/34870>
- Sousa, L., & Sequeira, C. (2012). Conceção de um programa de intervenção à memória para idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 8, 7-15. https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602012000200002?script=sci_arttext&pid=S1647-21602012000200002
- Sousa, L., Sequeira, C., & Ferré-Grau, C. (2017). *Manual do Cuidador Familiar: Programa: (Es)Tar com a Demência | Programa da capacitação para cuidadores familiares de pessoas com demência a residir no domicílio*. Escola Superior de Enfermagem do Porto; Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; Universitat Rovira i Virgili. <https://www.researchgate.net/publication/323497260>
- Sousa, P. (2012). Sistemas de Informação em Enfermagem: novos desafios, novas oportunidades. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(5). <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000500001>
- Sousa-Pinto, B., Gomes, A. R., Oliveira, A., Ivo C., Costa, G., Ramos, J., Silva, J., Carneiro, M. C., Domingues, M. J., Cunha, M. J., Costa-Pereira, A., & Freitas, A. (2013). Reinternamentos Hospitalares em Portugal na Última Década. *Acta Médica Portuguesa*, (26) 6, 711-720. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/2178/3813>
- Teixeira, J. M. (2001). *Drogas e emoções*. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/5549/2/83361.pdf>
- Thomas, J., Santos, L. B., Wetzal, C., & Barbisan, R. (2007). Implantação da consultoria de enfermagem psiquiátrica em um hospital geral. *Revista HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 27(2), 32-34. <http://hdl.handle.net/10183/28905>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). World Drug Report 2021. <https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/wdr2021.html>
- Valentim, O., Laranjeira, C., & Querido, A. (2019). *Evidências em saúde mental: Da concepção à ação*. Instituto Politécnico de Leiria. <https://doi.org/10.25766/yx3k-wj15>
- Vasilevskis, E., Chandrasekhar, R., Holtze, C., Graves, J., Speroff, T., Girard, T., Patel, M. B., Hughes, C. G. Cao, A., Pandharipande P.P., & Ely, E. W. (2018). The Cost of ICU Delirium and Coma in the Intensive Care Unit Patient. *Medical Care*, 56(10), 890-897. <https://doi:10.1097/MLR.0000000000000975>
- Vaz Serra, A. (1988). O auto-conceito, *Análise Psicológica*, 2(6), 101-110. <https://core.ac.uk/download/pdf/70651471.pdf>
- Werley, H., Devine, E., Zorn, C., Ryan, P., & Westra, B. (1991). The Nursing Minimum Data Set: Abstraction Tool for Standardized, Comparable, Essential Data. *American Journal of Public Health*, 81(4), 421-426. <https://doi:10.2105/ajph.81.4.421>
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005562.pub2>
- Xavier, M., Paixão, I., Mateus, P., Goldschmidt, T., Pires, P., Narigão, M., Carvalho, A. & Leuschner, A. (2017). *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão para 2020*. Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental (1ª ed.). Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>
- Yakimo, R. (2006). Perspectives on Psychiatric Consultation Liaison Nursing – Outcomes in Psychiatric Consultation-Liaison Nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, (42)1. 59-62. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2006.00050.x>
- Zuliani, G., Bonetti, F., Magon, S., Prandini, S., Sioulis, F., D'Amato, M., Zampi, E., Gasperini, B. & Cherubini, A. (2013). Subsyndromal delirium and its determinants in elderly patients hospitalized for acute medical illness. *The Journals of Gerontology – A Biological Sciences a Medical Sciences*. 68(10), 1296-1302. <https://doi:10.1093/gerona/gjt021>

Guia Orientador de Boas Práticas
**de Enfermagem
de Saúde Mental
de Ligação**