

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiátrica**

Relatório de Estágio

**Promoção do *Insight* na Pessoa com Doença Mental
Grave: Intervenção de Enfermagem**

Rafaela da Silva Martins

**Lisboa
2021**

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiátrica**

Relatório de Estágio

**Promoção do *Insight* na Pessoa com Doença Mental
Grave: Intervenção de Enfermagem**

Rafaela da Silva Martins

Orientador: Professora Maria Isabel da Costa e Silva

**Lisboa
2021**

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens,
mas em ter novos olhos”.

Marcel Proust

AGRADECIMENTOS

À professora Isabel Costa e Silva por todo o apoio, disponibilidade e conselhos durante este percurso que promoveu o crescimento pessoal e profissional.

À restante equipa docente da ESEL pela oportunidade de todas as aprendizagens.

Aos professores José Falé, Cristina Baixinho e Edmundo Sousa por me terem encorajado a ingressar neste desafio do mestrado.

Às equipas dos locais de estágio pela aceitação do projeto e, em especial, às enfermeiras orientadoras pela partilha e transmissão de conhecimentos e experiências.

A todos os clientes de quem cuidei que permitiram esta concretização pessoal.

A todas as pessoas que se cruzaram comigo neste percurso, que possibilitaram o desenvolvimento das minhas competências.

Aos colegas mestrandos, pelos momentos de partilha e de entreajuda.

Aos meus colegas de trabalho pela compreensão, paciência ao promoverem a facilitação dos turnos.

Aos meus amigos pela diminuição dos momentos de lazer na minha presença e muitas saídas recusadas.

À minha família, aos meus pais e especialmente ao meu irmão por muitos almoços e jantares recusados.

Um bem haja a todos!

LISTA DE ABREVIATURAS

DALY	Anos de vida ajustados pela incapacidade
DGS	Direção Geral de Saúde
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EESMP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
ICN	International Council of Nurses
MMSE	Mini Mental State Examination
OMS	Organização Mundial de Saúde
YLD	Anos de vida perdidos por incapacidade
YLL	Anos de vida perdidos por morte prematura

RESUMO

Um evento frequente em pessoas com doença mental grave é a ausência de *insight*. O *insight* é um fenômeno complexo e multidimensional, que se conceptualiza como uma subcategoria da consciencialização ou uma habilidade metacognitiva da capacidade de as pessoas tomarem uma decisão sobre si mesmo, aceitar a sua doença e estar ciente da situação e dos resultados sobre o tratamento.

A importância do *insight* e como este interage com a adesão terapêutica é um fator preditivo na resposta das pessoas ao tratamento. Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica têm as competências para promover o *insight* pelo aumento da consciencialização, aumentando a adesão à terapêutica, de modo a diminuir o isolamento social, a promover projetos sociais para prover as suas capacidades e garantir que se envolvem nas atividades e nos seus cuidados, prevenindo as recaídas.

A relação e a aliança terapêutica são um fator chave nos cuidados, por essa razão, as intervenções foram sustentadas pela Teoria das Relações Interpessoais, de Hildegard Peplau. Desse modo, os objetivos de estágio rumaram na promoção dos princípios da relação terapêutica na prestação de cuidados, na demonstração da tomada de consciência de mim e na realização de intervenções de âmbito psicoeducacionais e psicoterapêuticas.

Quanto à metodologia, no contexto de internamento, destaco a aplicação da escala do *insight*, como instrumento de diagnóstico e um plano de sessões num grupo fechado com intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas. Na comunidade destaco a apreciação das narrativas dos clientes durante as consultas de Enfermagem para as intervenções de psicoeducação sobre a doença, sintomatologia, tratamento e reabilitação, alicerçando alguns dos princípios da entrevista motivacional.

Os resultados evidenciam que um baixo *insight* é menos propício à adesão terapêutica. Contudo na prática, constato que a adesão terapêutica pode ser influenciada pela relação e a aliança terapêutica com a equipa multidisciplinar, como a motivação e o apoio das pessoas significativas.

Palavras-Chave: *insight*; esquizofrenia; doença mental; enfermagem psiquiátrica; adesão terapêutica

ABSTRACT

A frequent event in people with severe mental illness is absence of insight. Insight is a complex and multidimensional phenomenon, conceptualized as a subcategory of awareness or a metacognitive ability of people's capacity to make a decision about themselves, accept their illness and be aware of the situation and treatment outcomes.

The importance of insight and how it interacts with therapeutic adherence is a predictive factor on how people respond to treatment. The Specialist Nurses in Mental and Psychiatric Health have the skills to promote insight by raising awareness on the topic, which increases adherence to therapy, in order to reduce social isolation as well as to promote social projects which provide improvement in their capabilities and ensure that they get involved in activities and their own care, preventing the relapses.

The relationship and the therapeutic alliance are a key factor in care, for this reason, the interventions were supported by Hildegard Peplau's Theory of Interpersonal Relations. This way, the internship goals were aimed at promoting the the therapeutic relationship's principles in the provision of care, demonstrating my awareness and carrying out psychoeducational and psychotherapeutic interventions.

As for the methodology, in the inpatient context, I highlight the application of the insight scale, as a diagnostic tool and a session plan in a closed group with psychotherapeutic and psychoeducational interventions. In the community, I highlight the evaluation of clients' narratives during nursing consultations for psychoeducation interventions about the disease, symptoms, treatment and rehabilitation, supporting with some of the principles of motivational interviewing.

The results show that low insight is less conducive to therapeutic adherence. However, in practice, I verify that therapeutic adherence can be influenced by the relationship and a therapeutic alliance with the multidisciplinary team, as the motivation and support from significant people.

Keywords: *insight*; schizophrenia; mental disease; psychiatric nursing; therapeutic adherence

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. METODOLOGIA DE PESQUISA	13
2. QUADRO DE REFERÊNCIA.....	14
2.1 A pessoa com doença mental grave	14
2.2 O <i>insight</i> e a adesão terapêutica.....	18
2.3 Ancoragem Teórica ao Modelo de Enfermagem de Peplau.....	22
3. INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS EM ESTÁGIO	26
3.1 Análise das atividades desenvolvidas em Contexto de Internamento.....	26
3.1.1. Caracterização do Serviço de Internamento	27
3.1.2. Descrição das atividades realizadas.....	27
3.2 Análise das atividades desenvolvidas em Contexto Comunitário	42
3.2.1. Caracterização da Equipe Comunitária	42
3.2.2. Descrição das atividades realizadas.....	43
4. ANÁLISE DA AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COMO EESMP	54
5. CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

ANEXOS

ANEXO I - Instrumento de diagnóstico: Escala de *Insight* de Marková e Berrios

ANEXO II - Instrumento de diagnóstico: *Mini Mental State Examination*

ANEXO III - Escala de avaliação do grau de conhecimento da terapêutica medicamentosa

APÊNDICES

APÊNDICE I: Declaração de Consentimento Informado

ÍNDICE DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1 – Síntese das Intervenções	25
Quadro 2 - Caraterização das participantes	30
Gráfico 1 - Distribuição da pontuação, da 1ª e 2ª avaliação, da Escala de <i>Insight</i> ..	36

INTRODUÇÃO

A importância do *insight* e como este interage com a adesão terapêutica é um fator preditivo na resposta das pessoas ao tratamento (Kalkan & Budak, 2019). Deste modo, senti a necessidade de ampliar e aprofundar o conhecimento e as habilidades na área da promoção do *insight* e adesão à terapêutica da pessoa com doença mental. Neste sentido, estes conhecimentos poderão ser aplicados no meu contexto de exercício profissional num serviço de Especialidades Médicas e Cirúrgicas. Assim, a problematização da temática centrou-se na “Promoção do *insight* como intervenção de enfermagem na pessoa com doença mental grave”.

O *insight* é um fenómeno complexo e multidimensional, que se conceptualiza como uma subcategoria da consciencialização, em que a pessoa se apercebe de como é afetado pela doença, mas também de como esta modifica as suas interações com o mundo (Vanelli *et al.*, 2010). Assim sendo, a promoção do *insight* é benéfica para a adesão à terapêutica e prevenção das recaídas nas pessoas com experiência de doença mental grave.

A não adesão à terapêutica emerge de várias práticas, tais como, não tomar os medicamentos prescritos ou o seu uso irregular, faltar às consultas, muitas vezes associado a fatores como a estigmatização, os efeitos colaterais da terapêutica e dos sintomas da doença na pessoa (Kalkan & Budak, 2019). Estima-se que 50-80% das pessoas com esquizofrenia têm reduzido *insight*, o que afeta negativamente o tratamento (Dewedar *et al.*, 2018), uma vez que as taxas de não adesão à medicação indicam que seja aproximadamente de 50% (Kim *et al.*, 2019; Tessier *et al.*, 2017) e cerca de 80% das pessoas que não toma a medicação regularmente (Kalkan & Budak, 2019), revelam maiores taxas de recaída e de hospitalizações bem como a diminuição do prognóstico clínico, cognitivo e funcional (Tessier *et al.*, 2017).

A esquizofrenia é uma das doenças mentais graves identificada com maior incidência em todas as partes do mundo, classes sociais e etnias, com uma etiologia multifatorial (Queirós, Coelho, Linhares e Telles-Correia, 2019). Geralmente, quanto maior a gravidade da doença psiquiátrica, maior a probabilidade de o *insight* estar alterado (Trzepacz & Baker, 2001).

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) podem promover o *insight* pelo aumento da consciencialização das pessoas com esquizofrenia e, consequentemente aumentar a adesão à terapêutica, de modo a diminuir o isolamento social, a promover projetos

sociais para prover as suas capacidades e garantir que as pessoas se envolvem nas atividades e nos seus cuidados (Kalkan & Budak, 2019). Neste sentido, é essencial a intervenção do EESMP nos diversos serviços e contextos de saúde que prestam cuidados a pessoas com doença mental, uma vez que, estará mais apto, pelo seu conhecimento e competências adquiridas, para intervir na recusa de terapêutica ou de tratamento.

Assim, a questão de partida foi: “Quais as intervenções do EESMP para a promoção do *insight* na pessoa com esquizofrenia?”.

Como objetivos gerais de estágio delineou-se: demonstrar a tomada de consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira, através da partilha de experiências com os orientadores; a promoção dos princípios da relação terapêutica na prestação de cuidados e a realização de intervenções de âmbito psicoterapêuticas e psicoeducacionais à pessoa com esquizofrenia e *insight* diminuído.

A teórica escolhida para sustentar o projeto foi Hildegard Peplau, uma vez que a sua teoria é passível de ser articulada com a importância das intervenções de enfermagem para a promoção do *insight* e, também, pela importância que dá à dimensão relacional e ao autoconhecimento.

A finalidade deste processo de aprendizagem e do projeto de estágio foram a aquisição das competências do EESMP, nomeadamente, na promoção do *insight* na pessoa com doença mental. Segundo o Modelo Dreyfus de Aquisição de competências aplicado à Enfermagem no meu contexto de trabalho considero-me a nível de perito, ou seja, já não me apoio num quadro analítico porque pela experiência obtida compreendo de maneira intuitiva as situações e apreendo os problemas sem me perder num leque de soluções e de diagnósticos, isto é, já ajo pela experiência de compreensão profunda da situação global (Benner, 2001). Contudo, apesar da escassa experiência na área de saúde mental e psiquiatria, encontro-me atualmente, num nível de iniciada avançada, isto é, o comportamento já é aceitável face às situações reais por mim vivenciadas, mas é preciso experiência para reconhecer aspetos significativos em situação real (Benner, 2001).

Relativamente à estrutura, o Relatório de Estágio é composto por três capítulos: no primeiro apresenta-se o Quadro de Referência, onde se descreve os conceitos essenciais como a esquizofrenia e o *insight*; no segundo as Intervenções Desenvolvidas e Competências Mobilizadas em Estágio, onde se descreve os locais de estágio e as intervenções realizadas, mais especificamente numa Instituição

Particular de Solidariedade Social e numa Equipa Comunitária de Psiquiatria, ambas na área da Grande Lisboa; o terceiro capítulo aborda a Aquisição das Competências como EESMP e, por último, a conclusão em que é feita a avaliação do percurso, com base, nos aspetos que ficaram por analisar ou aprofundar e a contribuição para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Deste modo, este relatório pretende contribuir para o processo de aprendizagem desenvolvido ao longo do ensino clínico através das intervenções realizadas, particularmente pelo plano de sessões estruturado e o conhecimento adquirido com as narrativas da pessoa com esquizofrenia, obtendo uma análise reflexiva para a promoção do *insight*.

1. METODOLOGIA DE PESQUISA

Foram efetuadas diversas pesquisas para identificar a evidência científica sobre a temática nas bases de dados, nomeadamente nas plataformas B-on e EBSCO - MEDLINE/CINAHL, utilizando como critérios de inclusão o intervalo de tempo de cinco anos, idioma português e inglês, texto integral, artigos científicos de investigação qualitativos e quantitativos, bem como, revisões sistemáticas da literatura. Outros critérios de inclusão foram a evidência científica relacionada com a pessoa com doença mental, o *insight* e a esquizofrenia ou a psicose. Como critérios de exclusão foram considerados os títulos e resumos divergentes dos critérios acima referidos. Como palavras-chave ou termos de indexação na pesquisa usei “insight”, “psychiatric nursing”, “mental health”, “schizophrenia” e “psychosis”, com articulação através dos operadores booleanos “AND” e “OR”. Inicialmente a pesquisa foi centrada na questão “Quais as intervenções de enfermagem na promoção do *insight* da pessoa com esquizofrenia?”.

Na primeira fase de pesquisa, encontrou-se 313 artigos na CINALH e 1284 artigos na MEDLINE, mas com a aplicação dos critérios supracitados foram selecionados, respetivamente, 6 e 21 artigos, já sem as repetições para leitura e análise recentes. No decorrer do ano 2020 foi realizada nova pesquisa, com a introdução do conceito da “adherence to therapy/medication” e selecionou-se 11 novos artigos, anteriormente, não contemplados. Contudo, para colmatar lacunas possíveis houve pesquisa na literatura cinzenta e, também, nas bases de dados de livre acesso, como o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), para ter uma visão da investigação já realizada através das dissertações de mestrado e doutoramento.

2. QUADRO DE REFERÊNCIA

Este capítulo apresenta os conceitos principais como Saúde e Doença mental, *Insight* e Esquizofrenia. Posteriormente, são abordadas as intervenções de Enfermagem com a perspectiva da Teoria das Relações Interpessoais de H. Peplau.

2.1 A pessoa com doença mental grave

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde mental é “o estado de bem-estar no qual o indivíduo tem consciência das suas capacidades, pode lidar com o *stress* habitual do dia-a-dia, trabalhar de forma produtiva e frutífera, e é capaz de contribuir para a comunidade em que se insere” (OMS, 2004). A Direção Geral de Saúde, no seu portal, clarifica a saúde mental como a capacidade de adaptação a novas circunstâncias de vida/mudanças, estabelecer relações satisfatórias com outros membros da comunidade e ter projetos de vida, como descobrir um sentido para a vida.

A doença mental grave é um conceito amplo e entende-se por “doença psiquiátrica, que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afecta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa” (Decreto-Lei n.º 22/2011, p.718). Nesta incluem-se a depressão, a doença bipolar, a doença obsessivo-compulsiva, as psicoses, a esquizofrenia, entre outras. Segundo o DSM-V (2014), a esquizofrenia inclui-se nas *perturbações do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas*, considerando-as heterogéneas em que a gravidade dos sintomas pode prognosticar aspetos importantes da doença, tal como o grau de défice cognitivo.

A esquizofrenia é uma patologia heterogénea que se manifesta de distintas formas, e por isso considerar-se um dos maiores enigmas de estudo da área da psiquiatria (Sadock, Sadock & Ruiz, 2010). O termo “esquizofrenia” foi concebido pelo psiquiatra Eugen Bleuler em 1908, que estimulou toda a investigação e conhecimentos relativos à patologia (Favrod & Maine, 2012), no entanto já havia descrição das condições desta patologia em 1896 pelo psiquiatra Emil Kraepelin, que a designava de demência precoce.

Esta patologia consiste numa perturbação do tratamento e da integração da informação, em que a pessoa pode apresentar sintomas de distorção da realidade através de ideias delirantes e alucinações, assim como, pela diminuição das capacidades de expressão, dificuldade em executar as atividades da vida diária e

isolamento social, sendo estes os sintomas geralmente mais estáveis e persistentes. Em suma, revela-se uma desorganização na forma de se expressar, sob as formas verbal e comportamental (Favrod & Maire, 2012).

Esta caracteriza-se por anomalia de um ou mais dos cinco domínios: presença de delírios, alucinações, pensamento e/ou discurso desorganizado, comportamento motor anormal ou desorganizado e sintomas negativos (DSM-V, 2014), ou seja, uma combinação de sintomas positivos, negativos, cognitivos, afetivos e de desorganização. A severidade dos sintomas varia de pessoa para pessoa e pela evolução da doença (Favrod & Maire, 2012). Assim, os sintomas negativos, responsáveis pela morbilidade associada, caracterizam-se pela diminuição da expressão emocional ou embotamento e rigidez afetiva (Silva, 2014), isto é, a incapacidade de expressar as emoções facialmente, movimentos das mãos, cabeça, face ou a entoação do discurso. Mas, também, pela avolição, ou seja, a diminuição das atividades e motivação do próprio; a alogia, a diminuição do débito do discurso; a anedonia, a diminuição da capacidade de sentir prazer ou de recordar os mesmos e o isolamento social, pela falta de interesse nas interações sociais (DSM-V, 2014).

Os sintomas positivos são os mais exuberantes e consistem em: alucinações vívidas e sem controlo voluntário, em que as mais frequentes são as auditivas; o pensamento desorganizado, demonstrado pelo afrouxamento das ideias, ou seja, mudança de um assunto para outro e as respostas podem não estar relacionadas com as questões (tangencialidade); os delírios são crenças fixas, que podem incluir diversos temas (persecutórios, de grandeza, de ciúmes, somáticos, místicos), sendo os persecutórios e de referência os mais comum, mas também se observa, os de grandiosidade, erotomaníacos, niilistas e os somáticos; o comportamento desorganizado ou mesmo catatónico, ou seja, diminuição marcada da reatividade ao ambiente pela resistência a instruções (negativismo), postura rígida, imprópria ou bizarro até à completa ausência de resposta motora ou verbal - mutismo e estupor e, também, pode incluir a agitação psicomotora ou catatónica, sem objetivo e sem causa aparente (DSM-V, 2014). Por último, com a degradação também pode apresentar negligência no seu autocuidado (Silva, 2014).

É uma doença crónica com início na idade jovem. Os sintomas surgem geralmente no final da adolescência, princípio da idade adulta, embora se constate por vezes surgimento em meados ou fim da idade adulta (APA, 2014). Tem uma duração, pelo menos, de 6 meses e inclui pelo menos um mês de sintomas em fase ativa (DSM-V, 2014). A maioria das pessoas permanece com exacerbações e

remissões dos sintomas ativos, mas também podem ter uma deterioração progressiva (Gouveia, Ascensão, Fiorentino, Pascoal, Costa & Borges, 2018). Segundo vários estudos, no período de 5 a 10 anos após o primeiro internamento apenas 10-20% mostraram ter um bom prognóstico e mais de 50% apresentam mau prognóstico com internamentos repetidos, exacerbações dos sintomas e tentativas de suicídio (Queirós, Coelho, Linhares & Telles-Correia, 2019). De salientar que a causa primária de morte prematura é o suicídio (Townsend, 2011; Fravrod & Maire, 2012). Estima-se que apenas 20 a 30% das pessoas com esquizofrenia consigam viver uma vida normal (Queirós *et al.*, 2019).

A esquizofrenia é uma das doenças mentais graves com elevada taxa de incidência e identificada em todas as partes do mundo, classes sociais e etnias (Queirós *et al.*, 2019). Considera-se, atualmente, que a etiologia da esquizofrenia é multifatorial, com a contribuição de fatores psicossociais, biológicos, hereditários, ambientais (Queirós *et al.*, 2019) ou resulta de uma associação variável de fatores como a predisposição genética, fatores psicológicos, de pressão psicossocial e de alterações bioquímicas (Townsend, 2011).

Em 2008, a incidência global foi estimada em 15,2 em 100 mil pessoas (Gouveia *et al.*, 2018), mas as taxas de incidência diferem entre 7,7 e 43 por 100 mil habitantes (Queirós *et al.*, 2019 cit Castillejos, Matin-Peréz & Moreno-Kustner, 2018). Esta tem grande impacto significativo na vida humana, tais como “o trabalho, educação, relações interpessoais, capacidade para viver de forma independente e prestar autocuidados” (Gouveia *et al.*, 2018, p.2) mas, também, pelos anos vividos com incapacidade, que se apresentou como a 11ª causa em 2015 e pela mortalidade acrescida comparativamente à população em geral (Gouveia *et al.*, 2018). De realçar, igualmente, o consumo de recursos de saúde associada a custos diretos tais como, o internamento hospitalar e ambulatório, as urgências sem internamento, as consultas externas de psiquiatria como as de saúde mental na comunidade pela medicina geral e familiar, a terapêutica farmacológica e transportes; e os custos indiretos, como a perda de produtividade laboral, significativos para a sociedade (Gouveia *et al.*, 2018). Em Portugal as perturbações psicóticas são as entidades nosológicas psiquiátricas tradicionalmente com maior recurso ao internamento, sendo que a esquizofrenia surge como a terceira causa de internamento nos serviços de saúde mental (DGS, 2017).

A evolução clássica é pautada por repetidas exacerbações da doença, geralmente pelos sintomas positivos, com remissões e recaídas com vários

internamentos (Queirós *et al.*, 2019), sendo que a visão clínica e social tradicional é de uma doença deteriorante e debilitante com mau prognóstico. Não existem exames complementares ao diagnóstico pelo que impera a importância na observação do quadro clínico sintomático apresentado e na narrativa da própria pessoa. Não existe tratamento único, mas uma associação entre farmacoterapia e outras intervenções (Townsend, 2011), tais como, a psicoeducação familiar e individual que reduz as taxas de recaída, a terapia cognitiva e comportamental que diminui os sintomas psicóticos, o treino de habilidades sociais que melhora a evolução e o acompanhamento intensivo na comunidade que reduz as hospitalizações (Favrod & Maire, 2012).

O tratamento farmacológico é com antipsicóticos e geralmente respondem favoravelmente, mas 80% das pessoas recaem nos primeiros cinco anos após o episódio inaugural, explicado parcialmente pela descontinuação da terapêutica. Cada recaída representa uma deterioração ao nível funcional prévio da pessoa porque os sintomas positivos tendem a ser menos intensos com o tempo e há o predomínio da sintomatologia negativa e depressiva, o que causa impacto na vida pessoal, social e laboral (Queirós *et al.*, 2019).

Mundialmente, há 25 milhões de pessoas com esquizofrenia (Kalkan & Budak, 2019), e em Portugal Continental estima-se que haja 48.042 pessoas com diagnóstico clínico de esquizofrenia (Gouveia *et al.*, 2018). Segundo Gouveia *et al.* (2018), o total de óbitos em 2015 atribuíveis à esquizofrenia foi de 223 nos homens e 180 nas mulheres, correspondendo a um total de 0.39% da mortalidade geral. Em Portugal Continental perderam-se 4.041 anos por morte prematura (YLL), correspondendo a 0.81% do total de YLL por mortalidade geral e 24.547 anos perdidos por incapacidade (YLD) por esquizofrenia, sendo que a maioria se concentra no grupo etário entre os 15 e os 34 anos. Assim, com os dados agregados dos YLL e YLD resultam numa carga total de 28.588 de anos de vida ajustados pela incapacidade (DALY) pela esquizofrenia. Relativamente aos custos globais devido à esquizofrenia no ano de 2015, em Portugal Continental, estimam em 436.349.229€, ou seja, 0,24% do Produto Interno Bruto, sendo que 96.075.590€ de custos diretos e os indiretos pelas pessoas e os seus cuidadores totalizaram 340.273.639€, isto é, 2,7% da despesa em saúde (Gouveia *et al.*, 2018).

Como consequência há um elevado impacto socioeconómico, sendo que do ponto de vista dos cuidados de saúde, as hospitalizações representam o custo direto mais substancial da esquizofrenia (Queirós *et al.*, 2019). Neste âmbito surge um

desafio aos profissionais de saúde, particularmente para os EESMP, na promoção do *insight* e da adesão à terapêutica, podendo diminuir as hospitalizações recorrentes e melhorar a qualidade de vida das pessoas e dos seus familiares.

2.2 O *insight* e a adesão terapêutica

Um fenómeno frequente em pessoas com experiência de doença mental com perturbações psicóticas é a ausência de *insight* (Vanelli *et al.*, 2010). Geralmente, quanto maior a gravidade da doença psiquiátrica, maior a probabilidade de o *insight* estar alterado (Trzepacz & Baker, 2001).

O termo “*insight*” é oriundo da família de línguas germânicas, nórdicas e ocidentais e, por essa razão, as línguas latinas como a portuguesa não possuem um termo correspondente (Vanelli *et al.*, 2010).

O *insight* é uma tarefa cognitiva complexa que precisa da utilização e integração de várias funções mentais distintas. Os seus pré-requisitos incluem a capacidade de abstração, a capacidade de comunicação incluindo o discurso e a linguagem, funções cognitivas intactas, ausência de perturbação do pensamento, humor eutímico e estabilidade emocional. Assim, o *insight* consiste na capacidade de estar ciente do próprio, ou seja, consciente dos próprios sentimentos, ideias e motivações subjacentes sobre uma temática, mas implica, igualmente, pensar acerca das consequências das decisões e ações passadas ou futuras como os efeitos provocados nas outras pessoas, logo precisa de alguma capacidade de empatia (Trzepacz & Baker, 2001).

O *insight* tem sido definido como um fenómeno complexo e multidimensional, sendo importante salientar que, segundo Marková e Berrios (1992), há falta de definições consistentes. Vanelli *et al.* (2010), introduziram uma maior complexidade quando conceptualizaram o *insight* como uma subcategoria da consciencialização, em que a pessoa se apercebe de como é afetado pela doença, mas também de como esta modifica as suas interações com o mundo, ou seja, a consciência da doença como uma subcategoria de autoconhecimento ao invés de uma característica independente das perturbações psicóticas (Cardoso, 2008). Em síntese, o *insight* é uma habilidade metacognitiva da capacidade de as pessoas tomarem uma decisão sobre si mesmas, aceitar a sua doença e estar ciente da situação e dos resultados sobre o tratamento (Kalkan & Budak, 2019).

Desde já é necessário salientar a distinção entre *insight* e juízo crítico, uma vez que estão inter-relacionados, ou seja, o *insight* antecede a formação de opinião

ou juízo crítico. De acordo com Trzepacz & Baker (2001, p.196), “a capacidade de fazer um juízo correto ou tomar a decisão certa pressupõe um nível adequado de *insight*”. O juízo crítico é um processo que precede a tomada de decisão ou uma ação e é afetado pelo nível de *insight*, capacidades cognitivas, inteligência, processos do pensamento, humor, personalidade e circunstâncias de vida do indivíduo, mas, também, por fatores culturais e sociais (Trzepacz & Baker, 2001).

No entanto, ao reunir informação sobre o juízo crítico com a pessoa, através da discussão dos comportamentos, decisões e ações passadas e comparando com o entendimento da própria pessoa dos juízos que precederam, é possível ajudá-la a ganhar *insight* sobre o como e o porquê da formação de tais juízos, decisões e comportamentos futuros (Trzepacz & Baker, 2001). Contudo, apesar da pessoa possuir um *insight* adequado e um bom juízo crítico, não determina se pode ou não ser considerada, geralmente, responsável pelas suas ações e decisões, pelas suas condições (Trzepacz & Baker, 2001).

O *insight* inicia-se com o reconhecimento e compreensão dos sentimentos, do pensamento e a reação em relação às outras pessoas e às situações. Após esta autorreflexão, requer a comparação entre o que o próprio sente ou pensa relativamente a um tema e o que as outras pessoas sentem ou pensam, para permitir ter uma consciência da conformidade do próprio com as normas sociais (Trzepacz & Baker, 2001). Deste modo, segundo Ertem & Duman (2019), o *insight* abrange três dimensões: a consciência da doença; a capacidade para estabelecer as experiências psicóticas como anormais e a conformidade com o tratamento

Num estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde, não foi encontrado *insight* na maioria das pessoas com esquizofrenia (Kalkan & Budak, 2019). As pessoas com compromisso do *insight* minimizam ou negam a necessidade de tratamento, adquirem atitudes negativas em relação à medicação e preferem descontinuar a toma dos seus medicamentos (Kim *et al*, 2019). Portanto, o baixo nível de *insight* está associado a uma maior duração de psicose não tratada, escassa ou ausente adesão terapêutica, mais disfunção profissional e redução das capacidades sociais (Vanelli *et al.*, 2010). A ausência de *insight* nas pessoas com esquizofrenia provoca uma deterioração na avaliação da realidade e no conteúdo do pensamento, diminuindo a adesão à terapêutica (Kalkan & Budak, 2019). Estima-se que 50-80% das pessoas com esquizofrenia têm reduzido *insight*, o que afeta negativamente o tratamento (Dewedar *et al.*, 2018), uma vez que as taxas de não adesão à medicação estimam-se que seja aproximadamente de 50% (Kim *et al*,

2019; Tessier *et al*, 2017) e cerca de 80% das pessoas não toma a medicação regularmente (Kalkan & Budak, 2019), levando a maiores taxas de recaída e de hospitalizações bem como a diminuição do prognóstico clínico, cognitivo e funcional (Tessier *et al*, 2017), mas também a maiores custos (Kim *et al*, 2019).

Por esta razão é essencial a existência de intervenções que melhorem diretamente o *insight* ou perceber as consequências de um fraco *insight*, tais como, a não adesão terapêutica e o isolamento social (Cardoso, 2008). A importância do *insight* e como este interage com a adesão terapêutica é um fator preditivo importante que pode afetar o desfecho clínico (Cardoso, 2008). Ou seja, a resposta das pessoas ao tratamento depende da presença de *insight* (Kalkan & Budak, 2019).

A adesão ao regime terapêutico consiste no seu cumprimento, na toma da medicação tal como prescrita, na mudança de comportamento para melhor, na interiorização do valor de um comportamento saudável, obedecendo às instruções relativas ao tratamento (Barroso, 2020; ICN 2017), ou seja, segue as recomendações do profissional de saúde (Kalkan & Budak, 2019). A não adesão à terapêutica surge de várias formas, tal como não tomar os medicamentos prescritos ou o seu uso irregular, perder compromissos ou não comparecer às consultas (Kalkan & Budak, 2019). O abandono da medicação, ou não tomar as medicações prescritas, é um problema comum, complexo e caro que contribui para resultados indesejáveis no tratamento (Singh & Varshney, 2019).

Este abandono da medicação, ou seja, a não adesão à medicação pode ser intencional, em que o cliente decide ativamente desviar-se do regime de tratamento e recusar os medicamentos prescritos, ou não intencional, em que o cliente se esquece (Singh & Varshney, 2019) ou descuida-se em aderir ao regime possivelmente, por falta de literacia/educação em saúde (Basit, Mathews & Kunik, 2020). Para Kalkan & Budak (2019), a não adesão está associada a alguns fatores como a estigmatização, os efeitos secundários dos medicamentos e a sintomatologia da doença

A não adesão é um problema comum nas pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia e é o preditor mais importante nas recaídas e as suas consequências são profundas, tal como, a dor e trauma psicológico da sintomatologia da esquizofrenia, o potencial para a hospitalização e a interrupção da vida familiar, social e profissional (Brown & Gray, 2015, p.193). No geral, este é um ciclo particularmente vicioso em que a não adesão piora a doença e, por sua vez, a doença proporciona a não adesão (Basit, Mathews & Kunik, 2020). Deste modo, a

não adesão à terapêutica é um problema social e, também, um desafio que precisa de ser abordado para melhorar a qualidade e reduzir os custos em saúde (Singh & Varshney, 2019).

Esta combinação de baixo *insight* e a não adesão à terapêutica pode contribuir para um desenvolvimento de comportamentos agressivos nas pessoas com doença mental (Waldheter, Jones, Johnson, Penn, 2005; Swartz *et al.*, 1998), mas a redução das capacidades sociais também é um dos fatores adicionais de risco (Waldheter, Jones, Johnson & Penn, 2005 cit guite, 1994). Outro fator associado à falta de *insight* pode ser a severidade dos sintomas positivos (Ortega, Mosquera, Echeburúa & González-Pinto, 2010).

Neste sentido, se forem aplicadas estratégias terapêuticas para aumentar o *insight* estas podem diminuir, indiretamente, o grau de hostilidade e proporcionar um melhor controlo dos impulsos (Calatuyud, Sebastián, García-Iturrospe, Piqueras, Arias & Cercós, 2012). Contudo, até ao momento, não existe consenso nos estudos em relação à associação entre *insight* e comportamentos agressivos (Ortega *et al.*, 2010).

Assim, torna-se imprescindível melhorar o *insight* para promover uma adesão ao tratamento e prevenir recaídas. Um *insight* adequado geralmente é essencial para a aceitação da terapêutica, com o seu devido consentimento informado porque requer um “certo nível de conhecimento e *insight* em relação à natureza da intervenção (...) e possíveis consequências de negar essa intervenção” (Trzepacz & Baker, 2001, p.199).

Neste sentido é fundamental a avaliação do *insight* que numa perspetiva prática se foca

na capacidade de as pessoas reconhecerem que estão doentes, compreenderem que os seus problemas são desvios do normal, compreenderem que os seus comportamentos podem afetar terceiros e reconhecerem que a terapêutica pode ser útil para o alívio dos sintomas (Trzepacz & Baker, 2001, p.198).

A avaliação do *insight* é útil para se perceber as dificuldades das pessoas com esquizofrenia em reconhecer a sua doença e as respetivas consequências (Calatuyud, Sebastián, García-Iturrospe, Piqueras, Arias & Cercós, 2012). Este não reconhecimento persistente e grave da doença transtorna a relação da pessoa com esquizofrenia com as pessoas significativas, família e amigos, com os profissionais de saúde mental, mas também, com as oportunidades de terem vidas satisfatórias e produtivas e, conseqüentemente com o processo de recuperação.

Há vários instrumentos para avaliação do *insight*, porém foi selecionada a escala de Markova e Berrios (1992). Esta foi traduzida e adaptada para a população portuguesa em 2010 por Vanelli, Chendo, Levy, Figueira, Góis, Santos e Markova. Demonstram ser uma escala, com 100% de aplicabilidade, facilmente compreendida pelo outro, de fácil e rápida administração e com uma fiabilidade de consistência interna de 0,80 e a fiabilidade com um intervalo de dois dias é satisfatória ($r = 0.78$; $p < 0,05$), com estabilidade da resposta neste período (Vanelli *et al.*, 2010).

É uma escala de autopreenchimento constituída por 30 questões com resposta dicotómica, que apresenta aspetos de relevância da sua patologia, a perceção do ambiente envolvente e o desejo de compreender a situação atual. A cotação final estará entre 0 e 30, em que não existe um valor a partir do qual se considere a presença de *insight*, ou seja, a avaliação caracteriza-se por quanto maior a pontuação, maior é o nível de *insight*. Segundo Vanelli *et al.* (2010) referem que se a resposta for positiva nos itens 1, 3-6, 8-11, 13-19, 21-22, 24-27, 30 e negativa nos itens 2, 7, 12, 20, 23, 28-29, o *insight* está presente (Vanelli *et al.*, 2010).

2.3 Ancoragem Teórica ao Modelo de Enfermagem de Peplau

O projeto de estágio foi suportado na Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau (1952). Oriundo da enfermagem psicodinâmica, proporcionou uma mudança paradigmática na natureza da relação entre a enfermeira e a pessoa cuidada, permitindo a exploração dos eventos, sentimentos e comportamentos com as pessoas e ensiná-las a como lidarem com os mesmos. Peplau (1990) descreve a Enfermagem como “um processo significativo, terapêutico e interpessoal” (p.14), sendo um processo educativo que tenta promover o progresso para uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária.

Há quatro fases da relação “enfermeira-doente”, independentes, mas que se sobrepõem e ocorrem durante o tempo da relação. A primeira fase, de orientação, a enfermeira ajuda a pessoa a reconhecer e compreender o seu problema e a determinar a sua necessidade de ajuda; posteriormente, segue-se a identificação com a exploração e reorientação dos sentimentos e fornecer satisfação; depois na fase de exploração, a pessoa retira as aprendizagens disponíveis pela relação e a enfermeira pode sugerir novos objetivos a atingir; por último, na fase de resolução a pessoa atinge os objetivos e pode propor novos e, também, há o processo de libertação da identificação com a enfermeira. Estas foram essenciais para a estruturação do plano das sessões em estágio. Para Peplau (1990) podem surgir

alguns dos seguintes seis papéis da enfermeira nas diversas fases da relação: *Estranha, Pessoa de recurso, Professora, Líder, Substituta e Conselheira* (Tomey & Alligood, 2002).

Desde modo, pela importância da relação terapêutica optei pelo Modelo das Relações Interpessoais de Peplau para orientar as intervenções que desenvolvi no estágio, tanto em contexto de internamento como em comunidade, reconhecendo o processo educativo e relacional como primordial na promoção do *insight*, mas também para corresponder às competências específicas do EESMP.

De salientar que a aliança terapêutica é um fator chave nos cuidados às pessoas com experiência de doença mental, que está associado a uma melhor adesão à terapêutica (Tessier *et al*, 2017). Segundo Tessier *et al*. (2017), a pouca adesão à terapêutica está associada a baixo *insight*, mas também, à pouca aliança terapêutica, essencial na moderação do papel dos sintomas psicóticos. Em Inglaterra, segundo o Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE) foram produzidas diretrizes para melhorar a adesão ao tratamento a longo prazo, de forma a apoiar, envolver e orientar os clientes na tomada de decisão sobre o tratamento (Brown & Gray, 2015). A relação terapêutica é essencial para a promoção e adesão, sendo que os profissionais de saúde devem concentrar-se nas crenças e preferências do cliente sobre o tratamento e considerarem as barreiras práticas, isto é, a complexidade do regime de tratamento para a adesão (Brown & Gray, 2015).

Para Gerretsen *et al*. (2014), existem modelos explicativos sobre o *insight* diminuído na pessoa com esquizofrenia, podendo ser (1) psicológico; (2) cognitivo, (3) clínico / psicopatológico; (4) neuroanatômico e (5) a falta de informação/educação. Baseado neste último modelo explicativo de falta de informação/educação, os EESMP podem aumentar o *insight* das pessoas com esquizofrenia através da educação sobre a doença, sintomas, tratamento e processo, e realizando algumas práticas não-medicamentosas, como exercícios de relaxamento e consciencialização das práticas. De salientar que também são importantes o apoio social e a educação aos cuidadores/famílias (Kalkan & Budak, 2019). De acordo com Ertem & Duman (2019), a evidência científica as intervenções para melhorar o *insight* são ancorados na terapia comportamental cognitiva, psicoeducação, intervenções familiares e entrevistas motivacionais.

De acordo com o Regulamento n.º 515/2018 as intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas são competências do EESMP, ao afirmar que:

para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21427).

As intervenções para a promoção do *insight* são de âmbito psicoeducativo, em que o aspeto relacional é uma característica importante a considerar, para ser contemplado por uma abordagem aberta, participativa e igualitária e ter um acordo quanto aos objetivos a atingir pela identificação de áreas de entendimento mútuo (Favrod & Maire, 2012). Neste âmbito está compreendida a educação terapêutica que, segundo Lacroix & Assal (2003) se estrutura em quatro eixos: deve permitir-lhe adquirir e conservar as capacidades e competências que o ajudem a viver com a sua doença o melhor possível; ser um processo permanente, integrado nos cuidados; ser centrada na pessoa com a patologia, o que implica intervenções de sensibilização, de informação, de suporte psicológico, de aprendizagem e autogestão relativa à doença, tratamento, aos cuidados, ao contexto hospitalar, organização e aos comportamentos de saúde/doença e, por último, ajudar as pessoas e as suas famílias a compreender a doença e o tratamento para viver, assim, de modo mais saudável e com qualidade de vida (Favrod & Maire, 2012).

A psicoeducação não é um tratamento, mas uma forma específica de educação, para ser incluída num plano global de tratamento. Esta tem como intuito ajudar as pessoas com doença mental no desenvolvimento da compreensão da doença e aprender estratégias para lidar com a mesma e os seus efeitos, de forma clara e concisa, para promover a elaboração dos próprios planos de prevenção de recaídas e de estratégias de gestão da doença (OE, 2018). Por outro lado, segundo Sampaio (2014), as intervenções psicoterapêuticas são as intervenções informais e intencionais, através de métodos clínicos e interpessoais, com a finalidade de ajudar as pessoas a modificar, numa direção desejável para eles, os comportamentos, cognições, emoções e / ou outras características pessoais (Sampaio, 2014 cit Norcross; Zeig & Munion, 1990).

Os EESMP podem promover o *insight* pelo aumento da consciencialização das pessoas com esquizofrenia e, conseqüentemente aumentar a adesão à terapêutica, de modo a diminuir o isolamento social, a promover projetos sociais para prover as suas capacidades e garantir que as pessoas se envolvem nas atividades e nos seus cuidados (Kalkan & Budak, 2019). Ao incentivar o

envolvimento nos cuidados, através da tomada de decisão compartilhada, e a incorporar as perspectivas das pessoas - segundo recomendações de diretrizes internacionais (Hasan *et al.*, 2013), há uma maior adesão à terapêutica, uma autogestão mais eficaz e maior satisfação da própria pessoa (Tessier *et al.*, 2017). A entrevista motivacional é uma forma de foco no cliente e aconselhamento para estimular uma mudança comportamental, de modo a descobrir e resolver ambivalências. Esta aumenta a percepção, pelos efeitos positivos e a adesão ao tratamento (Ertem & Duman, 2019).

Intervenção	Autores
Psicoeducação / Educação sobre a doença, sintomas, tratamento	Kalkan & Mudak (2019); Ertem & Duman (2019); Favrod & Maire (2012); Regulamento n 515/2018
Entrevistas Motivacionais	Ertem & Duman (2019)
Intervenção na Família / Educação aos cuidadores	Kalkan & Mudak (2019); Ertem & Duman (2019)
Terapia Comportamental Cognitiva	Ertem & Duman (2019)
Práticas não medicamentosas / Psicoterapêuticas	Kalkan & Mudak (2019); Regulamento n 515/2018

Quadro 1 – Síntese das Intervenções

O efeito positivo do *insight* e a adesão à terapêutica é de grande importância para a enfermagem de saúde mental e psiquiatria (Kalkan & Budak, 2019). Logo, as intervenções especializadas contribuem para a adequação das respostas da pessoa face a problemas específicos relacionados com a doença mental, tal como o *insight* e a adesão à terapêutica, para evitar um mau prognóstico e consequentemente o agravamento da situação e a desinserção social, promovendo a recuperação e qualidade de vida de toda a família (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

Em suma, as intervenções desenvolvidas irão centrar-se na psicoeducação sobre a compreensão da doença e os seus sintomas e, também, sobre a importância da terapêutica e das atividades sociais para a prevenção de recaídas, mas acompanhando a expressão dos sentimentos e expectativas dos clientes.

3. INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS EM ESTÁGIO

Neste capítulo são apresentadas as intervenções e atividades desenvolvidas nos dois locais de estágio realizados em consonância com as competências específicas do EESMP mobilizadas. Deste modo foram delineados os seguintes objetivos de estágio:

- Demonstrar autoconhecimento e desenvolvimento pessoal no processo relacional, enquanto pessoa e enfermeira;
- Realizar intervenções de enfermagem para dar resposta às necessidades e problemas da pessoa, mobilizando os seus recursos;
- Desenvolver intervenções especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria do âmbito da promoção do *insight* no cliente.

O estágio decorreu em dois contextos distintos pertencentes à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. O primeiro, em contexto de internamento, decorreu de 23 de setembro de a 22 de novembro de 2019, numa Instituição Particular de Solidariedade Social. O segundo, em contexto comunitário, desenvolveu-se numa Equipa Comunitária de uma Unidade de Psiquiatria da Grande Lisboa, desde 25 de novembro de 2019 a 7 de fevereiro de 2020.

As aprendizagens com os diversos profissionais nestes contextos de estágio foram de extrema importância para adquirir conhecimentos e desenvolver competências específicas como EESMP. Apesar da diferente dinâmica e diferentes intervenções desenvolvidas, ambas as enfermeiras orientadoras promoveram aprendizagens passíveis de aplicar não só em serviços de saúde mental, mas também na minha prática de cuidados de enfermagem num serviço de especialidades médicas e cirúrgicas.

3.1 Análise das atividades desenvolvidas em Contexto de Internamento

Neste capítulo irá proceder-se a uma breve caracterização do serviço, à descrição e análise das atividades desenvolvidas neste contexto em consonância com as aprendizagens concretizadas.

3.1.1. Caracterização do Serviço de Internamento

O serviço de internamento, onde realizei o estágio, pertence a uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) da Grande Lisboa. É um serviço de cuidados de longa duração, com uma totalidade de 29 clientes. Divide-se em duas unidades, conforme a avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diárias.

Relativamente aos diagnósticos clínicos predominam as perturbações esquizoafetivas, perturbações da personalidade, depressão e também deficiência intelectual (duplos diagnósticos). A equipa é constituída por 10 enfermeiros, sendo que apenas um é EESMP. Nesta unidade o método de trabalho é o do enfermeiro de referência, responsável pelos cuidados através da realização e reavaliações mensais do plano individual e validação de terapêutica, o preenchimento das escalas para avaliação multidimensional da pessoa, a vigilância na participação nos *ateliers*, a socialização com os outros, o auxílio na gestão de algumas das atividades da vida diária (ida ao cabeleireiro, depilação, visitas ao domicílio, passeios, idas ao médico, entre outros), permitindo um histórico do desenvolvimento da pessoa e a promoção na humanização dos cuidados. Também têm projetos de intervenção de psicoeducação e psicoterapêuticas para promoverem a literacia em saúde e o *empowerment* dos clientes.

3.1.2. Descrição das atividades realizadas

Nas primeiras duas semanas, procurei integrar-me no serviço e estar consciente das suas dinâmicas e nas práticas da equipa transdisciplinar, tendo sido estabelecido gradualmente uma relação de colaboração e parceria. Neste mesmo período procurei conhecer os clientes, as suas atividades ao longo do dia e também desenvolver uma relação terapêutica, de modo a reconhecerem em mim as capacidades e competências para ser uma das enfermeiras de referência, pertencente a esta equipa, no seu quotidiano.

Durante a fase de construção do projeto de estágio foi identificado, em conjunto com a orientadora clínica, o *insight*¹ como problema dos clientes desta unidade. Deste modo, após pesquisa bibliográfica elaborou-se um plano terapêutico.

¹ **Unidade de Competência F3.1.** Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade. **Critérios de Avaliação F3.1.1.** Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental.

Esta área suscitou-me interesse pela transversalidade, em certos aspetos, à prática de cuidados no meu local de trabalho.

Para a elaboração de um plano terapêutico há intervenções que devem ser consideradas, tais como: as de farmacologia, as de organização e assistência à pessoa e família para diminuir a frequência, a gravidade e as consequências dos episódios psicóticos; mas também ter uma vertente de psicoeducação, ao fornecer informação sobre a doença, os sintomas, a etiologia e o tratamento, procurando melhorar o *insight* da pessoa e a adesão à terapêutica (Cardoso, 2008).

Desta forma, na elaboração e operacionalização deste plano terapêutico² esteve subjacente o Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem de Sampaio, Sequeira e Lluch Canut (2018). Este plano, abrangeu os temas sobre o reconhecimento da doença, a compreensão da terapêutica e, consequentemente, a promoção do *insight*. Realizei ao longo do estágio sete sessões em grupo, com a duração de 40 a 60 minutos, consoante a sua temática, ocorrendo uma vez por semana, para não ser intrusivo no quotidiano das clientes e do serviço. Apesar do plano estruturado, ao longo do percurso foram necessárias ligeiras adaptações do material de trabalho para as intervenções psicoterapêuticas, perante as necessidades e algumas limitações identificadas após cada sessão. Algumas clientes realizaram 8 ou 9 sessões, isto porque, uma das sessões contemplava o treino de preparação da terapêutica para aquelas que ainda não o faziam de forma autónoma.

De salientar, que este plano também foi orientado segundo as quatro fases da relação enfermeiro-cliente, identificados por H. Peplau: *fase de orientação* correspondente às sessões 0 e 1 pelo trabalho em conjunto na identificação e definição do problema; a *fase de identificação* baseada na participação e na oferta da ajuda que necessitam e a *fase de exploração* em todas as atividades realizadas da sessão 2 à 6, em que houve desenvolvimento das clientes e, por último, a *fase de*

² **Unidade de Competência F4.1.** Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental. **Crítérios de Avaliação F4.1.2.** Promove a adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental, com particular preocupação na doença mental grave ou de evolução prolongada. **F4.1.3.** Implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais.

Unidade de Competência F4.2. Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação. **Crítérios de Avaliação F4.2.2.** Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que aumentam o “insight” do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema.

resolução, nas sessões 7 e 8, na assunção da independência com novas interpretações e comportamentos.

Em harmonização com o objetivo do estágio e do projeto, o plano terapêutico teve como título “**Criar Laços**”, incitando a desenvolver ligações/relações entre os elementos do grupo. Esta formação do grupo revelou-se numa dificuldade, que não previa, por clientes da unidade recusarem a sua participação. Por essa razão optou-se por um grupo fechado. Assim, como critérios de inclusão, inicialmente, baseavam-se no diagnóstico clínico de esquizofrenia; saber ler e escrever, uma vez que a escala de *insight* é de autopreenchimento e o aceitar participar. De salientar, que o critério sobre o diagnóstico clínico foi ajustado pelo interesse de uma cliente que se considerou beneficiar com a participação neste plano terapêutico. Como critérios de exclusão: ter atividade psicótica ativa, outros diagnósticos e não saber ler e escrever.

Após a formação do grupo, com seis clientes do género feminino, estas preencheram o consentimento informado (apêndice I). Ressalvar que os aspetos éticos foram assegurados através da confidencialidade, sigilo e proteção dos dados às participantes, de modo a preservar a sua privacidade.

A sessão 0 intitulada de “**Criar Laços**”, de carácter individual, teve como intuito a explicação do projeto, a validação do interesse em participar no grupo e o preenchimento de ambas as escalas, para uma análise diagnóstica. A escala de *Insight* de Marková e Berrios, adaptado por Vanelli *et al.* (2010) (anexo I), é pública e dois autores da escala autorizaram verbalmente a sua utilização para este trabalho. Foi também aplicado o MMSE (anexo II), para identificar o nível cognitivo das participantes e ser possível orientar as atividades e prever dificuldades no decorrer das sessões.

O MMSE foi desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh em 1975 e traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro em 1994 (Pereira, 2016). É um teste cognitivo de rastreio breve de défice cognitivo e pode ser usado isoladamente ou combinado com outros instrumentos. É de aplicação fácil e rápida, constituída por 30 questões (pontuadas com valor 0 quando não respondem ou é uma resposta incorreta; ou valor 1 quando dá uma resposta correta) em seis domínios: orientação (temporal e espacial), retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. A pontuação máxima é de 30 pontos, sendo que foi proposto universalmente que uma pontuação inferior a 23/24 já se pode considerar deterioração cognitiva (Simões & Santana *et al.*, 2015).

Relativamente à caracterização das participantes, tal como se pode observar no **Quadro 1**, apresentam idades compreendidas entre os 43 e 63 anos de idade, com diferentes graus de escolaridade (entre o 9º ano e a pós-licenciatura), com diagnósticos de perturbações esquizoafetivas (5) e a perturbação do humor (1), com os respetivos scores da escala de *insight* e do MMSE.

	Idade	Escolaridade	Diagnóstico Clínico	<i>Insight</i>	MMSE
Cliente A	59 anos	12º ano	Esquizofrenia Paranóide	13/30	25/30
Cliente B	43 anos	12º ano	Perturbação da personalidade e perturbação esquizoafectiva	17/30	28/30
Cliente C	63 anos	Licenciatura	Esquizofrenia	6/30	28/30
Cliente D	61 anos	Pós-graduação	Perturbação Esquizoafectiva	13/30	27/30
Cliente E	53 anos	12º ano	Esquizofrenia	14/30	27/30
Cliente F	53 anos	9º ano	Perturbação Bipolar 1	6/30	22/30

Quadro 2 - Caracterização das participantes

Relativamente aos dados observados no Quadro 1, sobre o score da escala do *insight* em que a sua avaliação é com base em, quanto maior a pontuação, maior é o nível de *insight*, constata-se duas pontuações elevadas - Clientes B e E; duas pontuações moderadas - Cliente A e D; e duas pontuações baixas - Cliente C e F. Sobre o MMSE, salienta-se apenas o score da Cliente F, ligeiramente inferior ao valor universal já referido, contudo também é a que apresenta menos escolaridade.

A análise das intervenções realizadas será descritiva, mas também uma abordagem quantitativa porque serão analisados dados obtidos através da aplicação escala de *Insight* de Marková e Berrios, adaptado por Vanelli *et al.* (2010), no entanto sem uma análise estatística. Em seguida, realçamos os principais dados de cada uma das participantes relativamente ao preenchimento da escala de *insight* (se a resposta for positiva nos itens 1, 3-6, 8-11, 13-19, 21-22, 24-27, 30 e negativa nos itens 2, 7, 12, 20, 23, 28-29, o *insight* está presente):

- Cliente A, inicialmente renitente na participação, mas que ao explicar o projeto aceitou participar, apresenta um score de *insight* moderado (13/30). Da escala preenchida, esta identifica os itens positivos o 3 ao 5, 13, 15 ao 18, 23, 25, 26

e 30 e os itens negativos o 23. Contudo, nem sempre é concordante, tal como: «3. estou doente» e também «20. Não estou doente, mas estou cansado»; «7. A mente não se pode tornar doente, só o corpo», «12. Tudo à minha volta parece diferente», «15. Algo de estranho me está a acontecer», «16. Quero saber porque me sinto assim», «26. Tudo parece diferente à minha volta» e «30. Acho que preciso de algum tipo de ajuda»;

- Cliente B aceitou, com entusiasmo, participar no projeto. Apresenta *insight* moderado (17/30). Identifica como positivos o 1, 3, 10, 11, 14 ao 19, 21, 22, 25 e 30 e os negativos o 2, 12, 20, 23, 28 e 29. Assinala «3. Estou doente», «7. A mente não se pode tornar doente, só o corpo», «11. Sofro de problemas dos nervos», «15. Algo de estranho me está a acontecer», «16. Quero saber porque me sinto assim», «22. Estou a perder o contacto com aquilo que a rodeia», «21. Sinto que a mente me está a fugir», «25. Sei que os meus pensamentos são estranhos mas não posso fazer nada» e reconhece que «30. Acho que preciso de algum tipo de ajuda»;

- Cliente C, inicialmente com um comportamento de clivagem e muito renitente a aceitar conversar comigo, mas por fim aceitou. Apresenta baixo *insight* (6/30) e, assinalou os itens 5, 16, 18, 30 para positivo e o 12 e 28 como negativos. Assim, refere que «7. A mente não se pode tornar doente, só o corpo», «16. Quero saber porque me sinto assim», «20. Não estou doente, mas estou cansado»; «28. O meu problema principal é a minha saúde física» e «30. Acho que preciso de algum tipo de ajuda»;

- Cliente D, aceitou prontamente ingressar neste projeto com demonstração de interesse. Apresenta *insight* moderado (12/30) e identificou os itens positivos 1, 4, 5, 8, 11, 14, 16 ao 18, 24, 25 e 30 e os negativos 2. Referir alguns itens: «5. Não me sinto parte de nada», «8. Os meus sentimentos em relação aos outros parecem estar diferentes», «11. Sofro de problemas dos nervos», «20. Não estou doente, mas estou cansado», «25. Sei que os meus pensamentos são estranhos mas não posso fazer nada», «29. Sinto que o meu estado atual foi causado deliberadamente por qualquer coisa» e «30. Acho que preciso de algum tipo de ajuda»;

- Cliente E pediu para integrar o grupo, com entusiasmo. Apresenta um *insight* moderado (20/30). Seleciona os itens 1, 3, 6, 8, 11, 14, 16, 18, 24, 25, 27 e 30 os positivos e o 2 e 7 como os negativos. Saliento o «1. Sinto-me diferente do que sou normalmente», «3. Estou doente», «6. Tudo parece desorganizado», «7. A mente não se pode tornar doente, só o corpo», «11. Sofro de problemas dos nervos», «28. O meu problema principal é a minha saúde física», «29. Sinto que o meu estado

atual foi causado deliberadamente por qualquer coisa» e «30. Acho que preciso de algum tipo de ajuda»;

- Cliente F pediu para participar e apresenta baixo *insight* (6/30). Elegeu os itens 4, 9, 11, 16, 18, 24 e 30 como positivos e o 7, 12 e 29 como negativos. Refere que «4. As pessoas à volta parecem diferentes», «20. Não estou doente, mas estou cansado», «28. O meu problema principal é a minha saúde física», «29. Sinto que o meu estado atual foi causado deliberadamente por qualquer coisa» e «30. Acho que preciso de algum tipo de ajuda»;

Evidencia-se que todas as clientes identificaram os itens em que a resposta convém ser positiva «18. As doenças mentais podem acontecer em qualquer pessoa na população» e «30. Acho que preciso de algum tipo de ajuda». Nos itens em que a resposta deve ser negativa, as 6 clientes não têm nenhuma resposta concordante. Ao identificarem o item 30 é um bom preditor para o plano de intervenção. Contudo, esta análise diagnóstica permitiu nortear algumas das atividades e o modo de como abordá-las.

A minha intervenção foi de dinamizadora do plano de intervenção através de mediadores expressivos, com a supervisão da enfermeira orientadora com o objetivo de avaliar subjetivamente o meu desempenho e dar sugestões para o futuro. As sessões foram todas desenvolvidas na sala de atividades do serviço, em que todas as participantes se dispunham em círculo. Foi possível manter um ambiente confortável, com privacidade e confidencial, com poucas interrupções.

Relativamente à primeira sessão “**Estou a sentir-me...**” tinha como objetivo a identificação dos sentimentos e emoções de quando adoeceram e atualmente no internamento, como a exploração das expectativas quanto ao seu plano terapêutico. Esta foi realizada através de umas caras em cartolina, em que o grupo com as 6 clientes aderiu com entusiasmo, sendo que as emoções transversais à escolha foi a de tristeza, em que duas evidenciaram tristeza mais profunda (com choro) nas fases anteriores da vida e que atualmente já se apresentavam com a face da felicidade. A partilha foi através de cartões no fim da sessão em que evidenciaram: “senti-me feliz revivendo o meu passado e ter visto que estava errada” (cliente F), “serviu para desabafar e para ouvir pessoas com outros tipos de doença e experiências” (Cliente E) e “senti-me aliviada porque vi que há pessoas muito piores do que eu” (Cliente B). Como dinamizadora nesta primeira sessão senti-me receosa perante o grupo e foi difícil a gestão do tempo e da participação ordenada das clientes. Contudo, foi sempre fornecido tempo e incentivo para a participação de todos os elementos.

A segunda sessão intitulada “**Quando tomo os comprimidos...**” teve como finalidade a reflexão conjunta sobre as vantagens da adesão à terapêutica e as consequências da não adesão à terapêutica. Estava previsto um quadro de autopreenchimento sobre “como me sinto quando tomo os comprimidos / quando me esqueço de tomar os comprimidos”. Contudo, foi adaptado e utilizou-se vinhetas com várias questões dobradas e colocadas dentro de um saco, de modo a abordar as vantagens, consequências e os cuidados sobre a toma da terapêutica oral. Nesta sessão já me sentia mais confiante e segura nas respostas sobre a temática. Foi atingido o limite do tempo, mas a maioria das questões foi respondida. No final, em resumo, referiram que “Foi muito importante saber que devemos tomar os comprimidos, sempre a horas certas” (Cliente E) e “ficamos mais elucidadas acerca da caixa e as vantagens de saber levar a medicação para sítios quentes e como agir com ela” (cliente F).

A terceira sessão “**Agora sou eu que preparo...**” teve como intuito introduzir as clientes A, C e D no projeto da preparação autónoma da terapêutica, já desenvolvida pelo serviço. Desta forma, num horário combinado foi realizado o treino da preparação da terapêutica na caixa semanal. Foram realizados ensinamentos sobre a terapêutica, dosagem, a indicação e os efeitos secundários. As 3 clientes com muita renitência inicialmente na participação para a execução da sua caixa terapêutica e com algumas limitações na informação fornecida, mas com este treino e orientação nas semanas seguintes, mantiveram-se e mantém-se ainda neste percurso. Nesta sessão individual houve momentos de cansaço da minha parte pela repetição de informação e a necessidade de incentivo constante, mas foram ultrapassados com a demonstração de interesse em vários momentos em que pediam para validar os ensinamentos da terapêutica, principalmente às refeições porque coincidia com o horário da administração.

Para a quarta sessão o título escolhido “**Sinto-me diferente?**” pretendeu indiretamente um pensamento de inclusão e a promoção do *insight* nas diferentes patologias presentes do grupo terapêutico. Esta foi executada através de um Jogo da roleta em cartolina, com o lançamento de dados, com os seguintes tópicos: Saúde Mental; Doença Mental; Depressão; P. Bipolar; Esquizofrenia; Sintomas; Tratamento e Recuperação. Esta sessão foi muito interessante evidente conhecimento sobre as patologias que desenvolver o diálogo entre todas as participantes na partilha de conhecimentos e experiências. Nesta sessão, como dinamizadora, tive um papel mais passivo e apenas intervi para clarificar algumas

das informações em linguagem que todas compreendessem e nos ensinamentos sobre as estratégias de reabilitação. Posteriormente, foi pedido uma síntese oral entre as participantes, para ressaltar os aspectos de maior importância, em que se centraram nos sintomas das patologias. Para esta sessão teria apenas juntado os tópicos em cada divisão da cartolina e colocava Saúde e Doença Mental; Depressão; P. Bipolar, Esquizofrenia; Tratamento e Reabilitação.

Por necessidade do serviço foi integrada a quinta sessão intitulada “**As minhas expectativas...**” pelas licenças de ensaio e o surgimento da ansiedade, expectativas irreais e frustração nas idas a casa com a família, segundo a análise subjetiva da equipa de Enfermagem. Deste modo, para uma reflexão e exploração dos sentimentos e dificuldades (gestão da ansiedade e frustração) quando vão a casa e no seu regresso à instituição foi desenvolvido um jogo de tabuleiro em que determinadas “casas” tinham questões «Como me sinto quando vou a casa?», «Quais as minhas dificuldades?», «Como fica a minha saúde?», «Consigo gerir as diferenças nas rotinas?», «Quando regresso como me sinto?» e «As saídas vão de encontro às expectativas?». Apenas a Cliente D referiu que não tinha família nem pessoas significativas para essas licenças de ensaio, mas que poderia falar da experiência anterior quando usufruía dessas licenças. Nesta atividade o meu papel foi apenas de escuta ativa e esta estratégia em modo de jogo revelou-se eficaz porque as participantes aderiram, houve ajuda mútua, cooperação entre o grupo e permitiu o uso da cognição, compreensão e da motricidade.

Para promover a atividade em grupo, diminuir o isolamento social e refletir sobre os comportamentos impulsivos, a sexta sessão “**Juntos somos fortes**” recorreu-se ao mediador expressivo da pintura. Assim, pretendia-se desenhar em grupo um painel sobre o lugar seguro de cada uma das suas participantes. Como intercorrência e apesar de haver cartões com a marcação do horário houve ausência de dois elementos por outras atividades inesperadas e, por essa razão, foi combinado para outro dia em que pudessem estar presentes as 6 clientes. Quando realizada, esta atividade propiciou a comunicação, a socialização e a interação entre as participantes e suscitou uma reminiscência das suas infâncias devido aos desenhos, à pintura, aos bonecos, promovendo a partilha das suas experiências e trajetórias de vida. O meu papel nesta sessão prendeu-se com a gestão do tempo para a pintura e o fornecimento do material, como na reflexão final sobre como se sentiram. Apesar do contratempo, foi gratificante assistir à compreensão delas por

um novo horário e pela compreensão da participação e integração de todos os elementos nas atividades.

Por fim, a sétima sessão **“Perspetivar a caminhada”** tinha como objetivo a despedida do grupo terapêutico e abordar o contributo das sessões do projeto “Criar Laços” através de provérbios portugueses. Nesta sessão, as participantes tinham que agrupar os provérbios que tinham sobre a mesa (que se encontravam divididos ao meio). Todas completaram corretamente o seu provérbio e tentaram transmitir a sua aprendizagem: *“A esperança é a última a morrer”* (Cliente E), referindo que este projeto lhe deu esperança no seu futuro pelos temas abordados; *“Águas passadas não movem moinhos”* (Cliente D) porque apesar de algumas experiências menos boas é saudável partilhá-las e sentir-se “menos pesada” (sic) entre outros; *“Longe da vista, longe do coração”* (Cliente A) nem sempre é uma boa abordagem porque há temas que se tem que falar e esclarecer para não ter ideias erradas; *“Para bom entendedor, meia palavra basta”* (Cliente C) para informar que compreendeu a mensagem trabalhada neste plano terapêutico; *“Quem vai à guerra dá e leva”* (Cliente B) que precisou da ajuda do grupo para esclarecer a sua interpretação - a importância da resiliência e enfrentar os obstáculos do quotidiano e por último *“Quem ri por último, ri melhor”* (Cliente F) para salientar que apesar da aprendizagem acabaram por ser sessões divertidas e conhecer as colegas da unidade. Em resumo, as palavras-chave baseiam-se na motivação, na esperança, na compreensão, na partilha e no otimismo.

Para término da avaliação do plano terapêutico foi incorporada a oitava sessão **“Adeus e obrigada”**, de carácter individual, de forma a ter uma avaliação qualitativa das clientes sobre a atividade preferida: três participantes referiram a sessão 5, uma participante a sessão 6 e duas participantes a sessão 1. Também teve como objetivo o novo preenchimento da escala do *insight* para reavaliação e análise das intervenções realizadas, de forma a demonstrar os seguintes resultados:

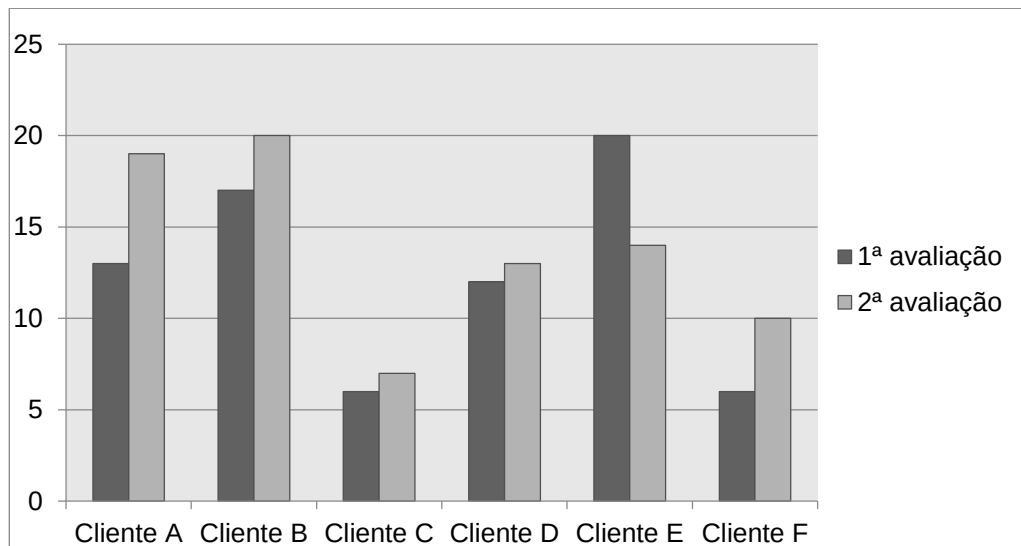


Gráfico 1 - Distribuição da pontuação, da 1ª e 2ª avaliação, da Escala de *Insight*

O **Gráfico 1** mostra a distribuição dos scores da escala de *Insight* de Marková e Berrios (2010), prévia e posteriormente à implementação do plano “Criar Laços”. Apesar do grupo ser heterogéneo evidencia-se o aumento de score em cinco dos seis clientes e o decréscimo de score numa cliente.

A Cliente A subiu 6 valores. Mudou os itens positivos «1. Sinto-me diferente do que sou normalmente», «6. Tudo parece desorganizado», «10. Tenho dificuldade em pensar», «14. É difícil sentir-me à vontade com as pessoas que conheço», «19. Parece que não tenho assim tanto controlo sobre os meus pensamentos», «21. Sinto que a mente me está a fugir», «22. Estou a perder o contacto com aquilo que me rodeia», mantém o «26. Tudo parece diferente à minha volta», selecciona o «27. As coisas já não fazem sentido» e selecciona os negativos «2. Não há nada de errado comigo», como «28. O meu problema principal é a minha saúde física» e «29. Sinto que o meu estado actual foi causado deliberadamente por qualquer coisa».

A Cliente B aumentou 3 valores. Identifica como negativos o «2. Não há nada de errado comigo», «12. Tudo à minha volta está diferente», «23. Tudo me parece agora mais claro que nunca» e positivo o «4. As pessoas à minha volta aparecem diferentes», «8. Os meus sentimentos em relação aos outros parecem estar diferentes», «21. Sinto que a mente me está a fugir».

A Cliente C elevou um valor. Refere o «10. Tenho dificuldades em pensar». Mantém o «12. Tudo à minha volta está diferente», «16. Quero saber porque me sinto assim», o «18. As doenças mentais podem acontecer em qualquer pessoa na população» e o «30. Acho que preciso de algum tipo de ajuda». Muda os negativos

«2. Não há nada de errado comigo» e o «29. Sinto que o meu estado actual foi causado deliberadamente por qualquer coisa».

A Cliente D subiu um valor. Mantém o «11. Sofro de problemas de nervos», «24. Sinto que coisas estranhas estão a acontecer em torno de mim», «25. Sei que os meus pensamentos são estranhos mas não posso fazer nada» e «30. Acho que preciso de algum tipo de ajuda». Reconhece como negativo o «12. Tudo à minha volta está diferente» e o «28. O meu problema principal é a minha saúde física».

A Cliente E diminuiu 6 valores. Mantém o item «1. Sinto-me diferente do que sou normalmente», «2. Não há nada de errado comigo» e «3. Estou doente», «6. Tudo parece desorganizado», «11. Sofro de problemas dos nervos», «16. Quero saber porque me sinto assim» e «18. As doenças mentais podem acontecer em qualquer pessoa na população». Identifica, como novo, «9. Sinto-me pouco à vontade», «12. Tudo à minha volta está diferente», «13. Estou a perder o contacto comigo mesmo», «17. Não pareço ser capaz de funcionar normalmente», «19. Parece que não tenho assim tanto controlo sobre os meus pensamentos», «21. Sinto que a mente me está a fugir» e «22. Estou a perder o contacto com aquilo que me rodeia». Ainda não reconhece como negativos o «28. O meu problema principal é a minha saúde física» e «29. Sinto que o meu estado actual foi causado deliberadamente por qualquer coisa».

Por último, a Cliente F subiu 4 valores. Mantém «4. As pessoas à minha volta parecem diferentes», «7. A mente não se pode tornar doente, só o corpo», «12. Tudo à minha volta está diferente», «18. As doenças mentais podem acontecer em qualquer pessoa na população» e «30. Acho que preciso de algum tipo de ajuda». Opta, como novo, «9. Sinto-me pouco à vontade», «11. Sofro de problemas de nervos», «16. Quero saber porque me sinto assim», «24. Sinto que coisas estranhas estão a acontecer em torno de mim» e como item negativo «29. Sinto que o meu estado actual foi causado deliberadamente por qualquer coisa».

Relativamente ao decréscimo do score da cliente E, considero que o primeiro resultado é um falso resultado pela não congruência com o seu conhecimento demonstrado nas sessões do grupo terapêutico. Deste modo, provavelmente o resultado na 2ª avaliação se demonstrar mais realista e coerente apesar do trabalho desenvolvido no plano terapêutico.

Durante as sessões foram realizadas notas de campo sobre as narrativas, construindo uma grelha de observação com os itens da participação, atenção e comunicação para avaliar a participação das clientes em cada sessão.

Concomitantemente, o processo de autorreflexão desta vivência durante a prática de cuidados e nas sessões do plano de intervenção foram surgindo, com necessidade de partilha com o enfermeiro orientador. Este exercício complexo promoveu em mim a consciencialização dos aspetos positivos e quais a melhorar. Foram definidas estratégias para adaptar as sessões e a linguagem consoante as participantes, permitindo uma maior confiança na dinamização das sessões e, assim, melhorar os resultados obtidos. Provavelmente, agora, não iniciaria o plano por uma sessão sobre os sentimentos/emoções, pela intimidade e sensibilidade da temática contudo, no momento, a estratégia utilizada captou a atenção das participantes e a curiosidade de como seria a sessão seguinte.

As sessões foram decorrendo, gradualmente, de forma mais fluída, com desenvolvimento da capacidade de observação, comunicação e gestão do tempo, permitindo atingir os objetivos propostos. Em geral houve alguns atrasos para as sessões e, apesar de ser marcada a sessão seguinte no dia e hora escolhido pelas participantes, a maioria esquecia-se. Por esta razão, foi realizado um cartão, a pedido delas, para se lembrarem. As sessões tiveram a participação de todos os elementos do grupo, apesar de alguns atrasos e interrupções inevitáveis para a satisfação das suas necessidades humanas fundamentais.

No início houve alguma inibição porque apesar de se encontrarem na mesma unidade, algumas não se conheciam e não se relacionavam. Contudo, considerou-se como vantajoso para promover a partilha entre as participantes, partindo todas do mesmo patamar. Nas primeiras sessões, houve dificuldade na gestão do tempo para a partilha das participantes, contudo esse aspeto foi melhorando.

Inicialmente, tendo em conta o tempo de estágio, de apenas nove semanas, não considerei que se pudesse comprovar evoluções, apesar do plano de intervenção traçado. Este pensamento não se devia a não acreditar no meu projeto ou intervenções, mas por ser difícil, neste curto período de tempo, a mudança, ou seja, a alterações de comportamento ou da própria motivação.

A mudança “é um fenómeno que ocorre em etapas progressivas e cada etapa possui características próprias” (Barroso, 2020, p. 97), como nos indica o Modelo Transteórico, com as intervenções específicas e diferenciadas, adequadas a cada estágio. Em qualquer processo de mudança, a pessoa gira nos estádios várias vezes até alcançar uma mudança estável, sendo a motivação imprescindível.

Neste sentido, é possível enfatizar o potencial da intervenção psicoterapêutica na promoção do *insight* nas pessoas com experiência de doença mental.

Seguramente, a longo prazo este trabalho desenvolvido evidenciará ganhos do *insight* destes clientes.

Durante o estágio também foi realizado um estudo de caso³, concretizado com a Cliente C, também inserida no projeto de intervenção de promoção do *insight*, permitindo aprofundar a relação terapêutica e desenvolver o treino da preparação autónoma da terapêutica. Esta escolha baseou-se na reduzida pontuação na escala de Marková e Berrios, adaptado por Vanelli *et al* (2010) com a presença de inconsistências nas suas respostas, tal como, seleciona o item «2. Não há nada de errado comigo» e «20. Não estou doente, mas estou cansado», mas depois seleciona o não para o item «28. O meu problema principal é a minha saúde física». Contudo, também refere «5. Não me sinto parte de nada». «16. Quero saber porque me sinto assim» e «30. Acho que preciso de algum tipo de ajuda». Menciona que «7. A mente não se pode tornar doente, só o corpo» mas afirma que «18. As doenças mentais podem acontecer em qualquer pessoa na população», suscitando-me curiosidade pela sua interpretação; também se deveu ao seu desinteresse na terapêutica e à sua passividade à sua autonomização na preparação da terapêutica principalmente porque usufrui de algumas licenças de ensaio com os seus filhos. No retorno, observa-se algum excesso de terapêutica e, por isso, a importância da sua autorresponsabilização. Deste modo, este comportamento e atitude alertaram-me para o problema da associação entre o *insight* diminuído e a não adesão à terapêutica. Também, me consciencializou para certos obstáculos que poderia sentir durante as sessões do plano de intervenção por parte das outras participantes, no âmbito da promoção do conhecimento e da autonomia.

Após momentos de partilha, várias entrevistas e sessões de acompanhamento para o treino da preparação da terapêutica, foi constatado apenas um aumento de um valor de pontuação na escala do *insight*. Contudo observou-se um ligeiro desenvolvimento na autonomia da preparação autónoma da terapêutica, ou seja, demonstrou interesse no nome e indicação terapêutica dos comprimidos como maior destreza da realização da caixa terapêutica. Com a continuação das sessões de treino da terapêutica e a respetiva psicoeducação por parte da equipa de enfermagem da unidade, com recurso à escala utilizada no serviço que avalia o conhecimento da terapêutica (baseada em STAPE, 1979 e MIASSO, 2002) (anexo

³ **Unidade de Avaliação F2.2.** Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família. **Crítérios de Avaliação F2.2.2.** Executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental. **F2.2.3.** Avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia.

III), mantém-se a promoção do *insight* e possivelmente, se se aplicar novamente a escala adaptada de Marková e Berrios (2010), já poderá apresentar uma pontuação mais favorável.

Esta intervenção mais próxima da Cliente C⁴ e o seu desenvolvimento, com as barreiras já apontadas, senti a necessidade de realizar uma reflexão escrita de modo a refletir sobre a minha comunicação (verbal e não-verbal), os sentimentos de contratransferência e a relacionar o percurso de vida da Cliente C, com o seu comportamento baseado na sintomatologia negativa da sua doença mental e diagnóstico clínico (esquizofrenia), como a falta de *insight* e juízo crítico para este reconhecimento, uma vez que identifica a depressão como a sua doença há vários anos. A realização do estudo de caso foi concomitante com o desenvolvimento do projeto terapêutico e, desta forma, permitiu antever possíveis dificuldades pelas barreiras que podem surgir por parte dos clientes (como a assiduidade, o empenho, o interesse e a participação) e perspetivar o desenvolver da relação terapêutica, com os seus avanços e recuos.

Durante todo este período de estágio também foi possível assistir às passagens de turno, às reuniões comunitárias desenvolvidas no serviço muito desejadas pelas clientes, às sessões de um projeto sobre as emoções desenvolvido por uma Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária e também a algumas consultas clínicas, reuniões de equipa e formações dadas pela Instituição. Esta primeira etapa do estágio, com todas estas atividades e experiências enriquecedoras permitiu constatar, também, algumas diferenças em mim, de compreensão para com o outro, de atitude, de intervenção e deixa-me alguma tristeza por não acompanhar o percurso das clientes do grupo terapêutico, e uma satisfação por ter permitido ajudar nesta mudança da autonomia, com o apoio da equipa, e por me darem essa liberdade e responsabilidade.

⁴ **Unidade de Competência F3.4.** Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados. **Critérios de avaliação F3.4.1.** Concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental. **F3.4.2.** Monitoriza a segurança do cliente e faz avaliação contínua para detetar precocemente mudanças no estado de saúde mental, intervindo em situações de urgência psiquiátrica. **F3.4.4.** Gere o regime medicamentoso baseado em indicadores clínicos para colmatar sintomas das doenças psiquiátricas e melhorar a funcionalidade. **F3.4.5.** Elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: Aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade;

Neste percurso foram essenciais os momentos de reflexão⁵ através dos registos escritos, e do diálogo com a professora e a enfermeira orientadora, sempre que necessário. Uma das muitas reflexões foi sobre a importância da demonstração da disponibilidade ao outro através da presença e comunicação não-verbal, num momento de ansiedade e limitação física. Este também permitiu uma análise e reflexão exaustiva sobre a comunicação verbal (o que disse era o mais adequado? O que poderia ter dito? O que não devia ser dito) e a congruência com a comunicação não-verbal - a minha postura, o olhar e o silêncio. Todos os ensinamentos prévios foram colocados em prática, como o olhar, o toque e acenos com a cabeça, o cuidado com as questões para não ser intrusiva, uma vez que colocar questões é arte e uma estratégia complexa (Phaneuf, 2005), o respeito pelos momentos de silêncio, evitar o uso das frases pela negativa e gerir as interrupções de outros clientes. O melhor reconhecimento foi o seu agradecimento, com um *“obrigada por há bocado Enfermeira”*, no final do turno. Esta cliente da faixa etária dos 60 anos, com o diagnóstico clínico de esquizofrenia, com défice cognitivo ligeiro, que apresentava manifestações de ansiedade porque se esquecia onde colocava os seus pertences e culpava todos os outros clientes e profissionais.

A outra reflexão centrou-se sobre uma cliente da faixa etária dos 60 anos, com um diagnóstico clínico de esquizofrenia com a manifestação de sofrimento emocional pelos sonhos e expectativas que tinha para a sua vida, até aos internamentos sucessivos que a privaram de continuar a estudar. Num destes momentos de sofrimento emocional da cliente, com a partilha das suas preocupações, constatei um fenómeno de contratransferência por me identificar com ela acerca dos planos pessoais e no campo profissional, consoante as nossas etapas de vida. A cliente sentia-se triste por não ter alcançado os seus objetivos devido ao desenrolar da sua doença. Este confronto de que os clientes são pessoas e que todos nós temos um passado, com sonhos e objetivos, e que pela degradação cognitiva devido à doença mental grave, neste caso a esquizofrenia, ao não serem passíveis de concretização, essa consciência é, por vezes, motivo de angústia e de

⁵ **Unidade de Avaliação F1.1.** Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. **Crítérios de Avaliação F1.1.1.** Identifica no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar. **F1.1.2.** Gere os fenómenos de transferência e contra — transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica. **F1.1.3.** Mantém o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico. **F1.1.4.** Monitoriza as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica.

ansiedade. E nestes momentos, quais as nossas intervenções? Mais uma vez é evidenciada a necessidade e importância da relação terapêutica, da disponibilidade e da escuta. De salientar que houve tentativas de a incluir previamente no plano terapêutico desenvolvido, mas sempre recusou apesar das diversas tentativas. Contudo, tentou estar a par indiretamente sobre as temáticas e posteriormente partilhava os seus conhecimentos.

Esta primeira etapa de estágio foi fundamental para ultrapassar as dificuldades iniciais em estabelecer uma relação terapêutica e as inseguranças de não conseguir ou saber intervir adequadamente, com base nas competências do EESMP. Contudo, ao longo do percurso, através da promoção do autoconhecimento, foi possível reconhecer as minhas habilidades e potencialidades na intervenção individual e em grupo, nas atividades psicoterapêuticas, avaliando as estratégias para ultrapassar as dificuldades, o que gerou confiança na minha prática de cuidados. A relação terapêutica é um caminho de construção, com avanços e retrocessos, mas sempre com a possibilidade de reparação pelo diálogo e a distinção de intervenção do EESMP é o seu motivo terapêutico.

3.2 Análise das atividades desenvolvidas em Contexto Comunitário

Neste capítulo irá proceder-se a uma breve caracterização do serviço, a descrição e análise das atividades desenvolvidas neste contexto em consonância com as aprendizagens concretizadas.

3.2.1. Caracterização da Equipa Comunitária

A Equipa Comunitária é composta por dois Psiquiatras, um Psicólogo, uma Assistente Social e dois EESMP. O objetivo da equipa de enfermagem consiste em responder eficientemente às necessidades de cuidados de saúde mental da população, através da realização de consultas de enfermagem e visitas domiciliárias. Neste contexto, o método de trabalho utilizado é o enfermeiro “gestor de caso”⁶, ou

⁶ **Unidade de Competência F3.5.** Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde. **Critério de Avaliação F3.5.5.** Audita a toma de medicamentos no internamento, no domicílio ou no Centro de Saúde, sempre que tal se revele necessário, em especial nas situações de doença mental severa. **F3.5.6.** Orienta o cliente no acesso aos recursos comunitários mais apropriados, tendo em conta o seu problema de saúde mental.

seja, o enfermeiro está integrado na equipa multidisciplinar e é o ponto de referência da pessoa com o sistema. Deste modo, ensina a pessoa/cuidador a identificar

os sinais de alerta da descompensação das suas doenças, a cumprir a medicação e a ter comportamentos saudáveis. Tem ainda um papel determinante na monitorização dos doentes no domicílio, orientando atempadamente o doente para um nível de cuidados que necessita a cada momento. Esta equipa avalia o doente e a família no seu todo, nomeadamente as necessidades de saúde, socioeconómicas e, em conjunto com o doente e a família, estabelece um plano individual de cuidados (Ministério da Saúde, 2018, s.p.).

Este método de trabalho tem como resultados a redução da descompensação dos clientes, a diminuição das idas ao Serviço de Urgência, a redução dos internamentos hospitalares e até mesmo de consultas (Ministério da Saúde, 2018).

Algumas das intervenções de enfermagem nesta equipa são a promoção da adesão à terapêutica dos clientes, através da marcação de consultas mensais ou quinzenais para administração de terapêutica *dépôt* e a medicação *per os* das pessoas com risco de abandono da mesma (supervisão), ou auxiliar na preparação da caixa da terapêutica dos que apresentam dificuldades cognitivas e/ou literárias. Por vezes, é necessário contactar telefonicamente ou efetuar visitas domiciliárias para recuperar clientes com abandono indevido da consulta e respetiva terapêutica. Mais uma vez, a intervenção baseia-se maioritariamente na psicoeducação individual, contudo, por vezes, realizam intervenções psicoterapêuticas para a pessoa e a sua família ou pessoas significativas com um grupo previamente selecionado.

A telesaúde mais comum usada nos cuidados às pessoas com esquizofrenia são as práticas baseadas no telefone, isto é, contatos telefónicos e entrevistas periódicas fornecem uma alternativa económica para encorajar a participação terapêutica (Uslu, Buldukoglu & Beebe, 2019). O contacto telefónico com as pessoas e as suas famílias têm-se demonstrado vantajosas para a adesão terapêutica e a sua monitorização (Basit, Mathews & Kunik, 2020). A utilização das tecnologias surge como uma oportunidade e facilita o acesso aos serviços de saúde, o apoio social fornecido aos clientes, os custos reduzidos e a qualidade do atendimento aumenta (Uslu, Buldukoglu & Beebe, 2019).

3.2.2. Descrição das atividades realizadas

Ao longo do estágio, acompanhei os clientes que se encontravam à responsabilidade da enfermeira orientadora, prestando cuidados nas consultas de enfermagem ou nos domicílios. As consultas realizadas ocorriam no período entre

as 9h e 16h, de 2ª à 6ª feira, exceto à 4ª feira, dia de reunião no serviço de internamento de agudos de psiquiatria da respetiva área, onde era debatido a evolução dos clientes da equipa que estavam internados, os seus planos para a alta e a transição para domicílio/comunidade.

A mudança para outro contexto de estágio deixou-me apreensiva. A estratégia encontrada prendeu-se nas primeiras 3 semanas, no estabelecimento da relação de colaboração e parceria com a equipa multidisciplinar. Gradualmente fui participando nas consultas com a supervisão da enfermeira orientadora, o que permitiu ultrapassar os meus medos, limitações e, posteriormente proporcionar momentos de reflexão conjunta sobre as situações vivenciadas. Estes foram importantes para salientar os pontos-chave da minha intervenção como enfermeira especialista. Deste modo, fui aperfeiçoando a minha intervenção durante as consultas, a realizar uma apreciação global e a avaliar as necessidades de vários clientes e respetivas famílias, com uma descrição clara dos seus antecedentes e história familiar, permitindo estabelecer planos de cuidados com diagnósticos de enfermagem e os resultados esperados⁷.

Durante este tempo, foi um momento de reflexão e de transição para sair da “zona de conforto” e aprender certas especificidades da prática de cuidados aos clientes em contexto comunitário. Isto é, as consultas de Enfermagem basearem-se maioritariamente na mobilização do “eu” como instrumento terapêutico sem outros recursos nas intervenções, uma vez que, no gabinete apenas se encontra a EESMP e o cliente e pela frequência dos clientes à consulta de enfermagem (15 em 15 dias ou de 3 em 3 semanas). Por esta razão, o intervalo de tempo das consultas, senti necessidade de readaptação do projeto ao local. Assim, neste contexto privilegiou-se o desenvolvimento da relação terapêutica e as intervenções psicoeducativas individuais direcionadas para a adesão à terapêutica.

O plano de cuidados foi delineado a partir das narrativas e das entrevistas semiestruturadas, baseadas em alguns itens da escala do *Insight* de Marková e Berrios (2010) para a identificação das necessidades e incluindo os princípios da entrevista motivacional, pressupondo intervenções psicoeducativas, de modo a promover o *insight* e a adesão à terapêutica. Os princípios da entrevista motivacional consistem em expressar empatia; desenvolver discrepâncias entre o comportamento e os seus valores e objetivos pessoais; lidar com a resistência no acompanhamento

⁷ **Unidade de Competência F3.1.** Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade. **CrITÉrios de Avaliação F3.1.1** Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental.

do cliente evitando a argumentação, reconhecendo que o cliente é autónomo e capaz nas soluções; e, por último, reforçar a autoeficácia, sendo o elemento central na motivação para a mudança (Barroso, 2020). A entrevista motivacional (EM) constitui um método comunicacional de colaboração e centrado na pessoa, sendo um método facilitador de mudança, que pode ser aplicado em diversos contextos na prática de enfermagem (Barroso, 2020).

No fim de cada consulta houve necessidade de obter notas de campo, fora do campo de visão dos clientes para não se sentirem “invadidos”, mas com o seu conhecimento e autorização prévios de modo a respeitar os aspetos éticos. Neste percurso constata-se que muitos clientes não admitem a sua doença mental (nome e aspetos da patologia) mas reconhecem a importância do tratamento no seu quotidiano, e, por isso, aderem à terapêutica. A adesão, de acordo com o International Council of Nurses (2017), “consiste numa ação autoiniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos” (Gonçalves, 2020, p155). Neste âmbito, o enfermeiro deve avaliar a potencialidade do cliente para a sua aquisição, sendo determinada por alguns fatores como a consciencialização, o envolvimento, a volição, o significado atribuído à mudança e a crença de autoeficácia (Gonçalves, 2020). Por esta razão, neste contexto, o trabalho centra-se nestes fatores através das narrativas dos clientes.

No decorrer das consultas de enfermagem, realizou-se psicoeducação sobre o diagnóstico e a doença mental, os sinais e sintomas da descompensação e a importância da terapêutica, de acordo com as necessidades dos clientes promovendo o *insight*. Das narrativas dos clientes salientam-se três temáticas: o conhecimento da patologia, o estigma associado à doença mental e a importância sobre a adesão à terapêutica (oral ou intramuscular) e possíveis efeitos secundários. Deste modo, transcrevo algumas expressões utilizadas pelos clientes durante as intervenções de psicoeducação nas consultas de forma a avaliar, subjetivamente, a presença ou ausência de *insight*. Analisando as narrativas com base na problemática do *insight* e refletindo sobre a minha aprendizagem individual:

A **Cliente 1**, de 44 anos de idade, com o diagnóstico clínico de Esquizofrenia referiu em duas consultas: “*A minha sobrinha disse que eu era esquizofrénica desde nascença... É verdade, já nasci assim?*” e “*As pessoas discriminam...*”. Nesta situação, houve reforço da psicoeducação sobre a patologia e estratégias sobre o estigma, nomeadamente, no trabalho. Assim, constata-se que há presença de

insight para a doença e sintomatologia, com adesão à terapêutica. Nesta situação, ao abordar a temática, compreendi o impacto e o sofrimento sentido pelo estigma, essencialmente no seu local de trabalho.

A **Cliente 2**, com 63 anos de idade, diagnosticada com uma Perturbação da personalidade afirmou *“Eu tenho que perceber que preciso do injetável para me manter bem”*. Isto surge após uma negociação anterior com a equipa multidisciplinar, a pedido da cliente, sobre o manter-se estável com recurso apenas à terapêutica oral. Contudo, algum tempo depois ela reconheceu que “não chegava” e foi reintroduzido o injetável. Deste modo, constata-se que apresenta *insight* para a sua doença e sintomatologia, com adesão à terapêutica, apesar da negociação. A aprendizagem nesta situação incide sobre a necessidade de parceria e aliança terapêutica, em que a pessoa é parte integrante do seu plano de cuidados.

O **Cliente 3**, de 32 anos de idade, com o diagnóstico de Perturbação Esquizoafetiva relata os efeitos secundários da terapêutica: *“Assim, nos 400 de clozapina dou-me bem”* e *“Uso fralda para proteger porque adormeço totalmente”*. Este é um jovem com múltiplos internamentos por abandonar a terapêutica pelos efeitos secundários. Foi negociada a dosagem da terapêutica que ele aceita e cumpre devido aos efeitos da incontinência urinária. Neste caso, o D. apresenta *insight* para a sua doença e sintomatologia, mas com difícil adesão terapêutica. Esta situação permitiu refletir qual o impacto dos efeitos secundários da terapêutica no quotidiano e saber quais as estratégias possíveis a adotar.

O **Cliente 4** tem 68 anos de idade e o diagnóstico de Esquizofrenia. As consultas eram semanais devido à periodicidade do seu tratamento e em todas as consultas refletia sobre o seu comportamento durante a semana, sendo que nas primeiras consultas que realizei, afirmou *“Nesta semana senti mais tremores nas pernas e tive mais risos imotivados”*. Uma vivência aparentemente já adaptada, com uma boa reinserção social, sendo o responsável de condomínio do prédio. Apresenta *insight* para a doença e sintomatologia, com boa adesão à terapêutica e com consciência da importância das atividades de rotinas em ambiente exterior, como as caminhadas. A constatação desta tomada de consciência e a clareza na exposição dos sinais e sintomas, fez-me refletir sobre os meus preconceitos sobre a pessoa com doença mental.

A **Cliente 5**, com cerca 48 anos de idade e o diagnóstico de Depressão Major verbalizou *“Eu já sou seguida há alguns anos. Eu costumo dizer que casei com a doença”*. A expressão usada “casei com a doença” é reveladora de que reconhece

que a doença faz parte da sua vida, mas que ela não é a doença! Apresenta *insight* para a doença e sintomatologia e com boa adesão à terapêutica. Esta situação permitiu um novo olhar sobre a integração da doença nas pessoas com doenças crônicas e saber viver com a doença sem ter um “rótulo”.

O **Cliente 6** foi-me difícil o seu contacto inicial devido à sua falta de *insight* em todos os parâmetros: na patologia, sintomatologia e a adesão à terapêutica e sem nenhum objetivo na vida com recusa constante em frequentar um curso/atividades lúdicas na instituição de reabilitação. Ele tinha cerca de 30 anos de idade, com o diagnóstico de Esquizofrenia e que apesar de já fazer terapêutica intramuscular mensal, optou-se por introduzir uma injeção trimestral. Esta alteração terapêutica, aparentemente “cativou-o” pela distância da administração. Numa consulta de Enfermagem para avaliação marcada entre este período de três meses, ele diz “*Com esta vacina, sinto-me bem*” e ponderou iniciar um projeto de desenho, por ser um gosto pessoal. O trabalho com este cliente foi um desafio, porém o presenciar esta adaptação da terapêutica e este aceitar ser administrada nos membros superior e verbalizá-lo como “vacina”, lembrou-me da importância dos cuidados personalizados e como uma simples palavra de “vacina” pode alterar o seu significado, reduzindo o valor/impacto da injeção.

A **Cliente 7**, de 41 anos de idade, diagnosticada com Perturbação da personalidade, apesar de ter mudado de casa para outra região não abrangida pela Equipa Comunitária, mantém o seguimento a seu pedido. Tem terapêutica de resgate com indicação para tomar 4 vezes ao dia. Contudo tem recorrido a outras estratégias e reduziu a toma para 3 vezes ao dia sem aumentar o consumo de tabaco. Observar a sua luta constante, referindo “*Tenho gerido a ansiedade e só tomo 3 SOS (alprazolam) por dia*” é deveras um ganho, uma conquista a valorizar. A cliente não apresenta *insight* para a doença ou sintomatologia, mas tem uma boa adesão à terapêutica. A sua decisão em reduzir a terapêutica de resgate revela a tentativa de “controlo” da sua vida.

A **Cliente 8**, com os seus 62 anos de idade e com o diagnóstico de uma Perturbação bipolar II, desde a sua adolescência verbalizou “*Sempre me disseram que era bipolar, mas acho que não concordo. Tenho é depressão*”. Ela põe em causa o seu diagnóstico, mas com o decurso da partilha da sua vida, está recetiva à psicoeducação sobre a patologia. Deste modo, apresenta *insight* para a doença e sintomatologia e com boa adesão à terapêutica. Apesar de não se rever no

diagnóstico, reconhece a importância de manter as rotinas e da administração da terapêutica.

O **Cliente 9**, tem 45 anos de idade e o diagnóstico de Atividade delirante residual crónica. É emigrante e quando chegou a Portugal teve um surto com necessidade de internamento. Posteriormente, iniciou seguimento pela equipa comunitária e com introdução da terapêutica *depôt*, conseguiu ser funcional no seu quotidiano e reconhece-o como “*A injeção foi um milagre*”. Aparentemente, apresenta *insight* para a doença e sintomatologia e com boa adesão à terapêutica. A expressão utilizada transmite a importância do equilíbrio na sua vida e o seu agradecimento e satisfação com todos os profissionais de saúde por atualmente se encontrar estável.

Por último, o **Cliente 10** de 39 anos de idade, com o diagnóstico de Esquizofrenia. Sempre adequado e colaborante em todas as consultas semanais para administração da terapêutica. Contudo na última consulta coincidiu com o início de uma descompensação pela mudança de morada (realojado noutra bairro social). Apesar de presente a atividade delirante afirma “*Com a injeção sinto-me mais calmo, controlado e liberta os meus pensamentos*”. Neste âmbito concluiu-se que embora não apresente *insight* para a doença nem sintomatologia, identifica e reconhece a importância da terapêutica, mantendo a adesão.

Destas narrativas realço as diferentes perspetivas de cada cliente, a clareza no discurso relativamente ao reconhecimento dos sinais e sintomas da doença, os sinais de alerta de uma possível recaída e a importância da terapêutica. O acompanhamento em ambiente comunitário de modo personalizado permite, assim, prevenir as recaídas e, o mais importante, terem um local de apoio nas suas decisões, isento de críticas, o que permite delinear objetivos, que simbolizam as suas conquistas diárias. Em muitos momentos, também foram realizados reforços de ensinamentos sobre as estratégias de *coping* na relação com os seus familiares e colegas de trabalho, assim como dos sinais e sintomas de alerta de uma possível descompensação.

Foi realizado um registo de interação com o A., que tem 40 anos de idade, ex-recluso e uma grande deterioração da sua doença mental. Apresenta pensamento desorganizado, com elação do humor, com risos descontextualizados, discurso com neologismos e taquipsiquismo e tem um delírio persecutório com a mãe e, geralmente, um contacto distónico. Num dia, à hora de almoço encontrava-me no gabinete de enfermagem a organizar uns documentos e o A. bate à porta e pergunta

se pode entrar, ou seja, não era uma consulta planeada, e as minhas inseguranças ergueram-se. Inicialmente, foi difícil comunicar e relacionar-me com o A. e sentia-me bloqueada até decidir levantar-me da secretária e aproximar-me dele que se encontrava em pé, na ponta do gabinete próximo à bancada de trabalho. Com esta atitude, o meu receio dissipou-se e permitiu o início de uma conversa com recurso às técnicas de comunicação e apesar das suas limitações no discurso consegui compreendê-lo. Naquele momento apenas queria partilhar o conflito pelo qual tinha passado e reconheceu que não poderia ter mais situações semelhantes, pelos seus antecedentes. Este episódio foi marcante porque foi o primeiro em que intervim sozinha, por condições momentâneas e consegui criar uma relação empática, com motivo terapêutico, pelas diversas situações de agradecimento direto e indireto. Pelo desenvolvimento da relação, e o seu impacto em mim, também me foi necessário realizar uma reflexão final sobre o desfecho desta relação terapêutica⁸.

Para Peplau (1990) a Enfermagem é a relação entre um indivíduo doente ou que necessita de serviços de saúde e o enfermeiro formado para reconhecer e responder às necessidades de ajuda. Considero assim que a satisfação das necessidades do A. prendem-se em proporcionar conforto e bem-estar, como apoio emocional, um lugar seguro para a partilha das suas preocupações e atritos do seu dia-a-dia, mas sem um olhar ou comportamento de crítica.

Refletindo sobre esta relação terapêutica, com base em Peplau (1990), o enfermeiro pode vivenciar diferentes papéis devido ao conjunto de valores e comportamentos específicos. A relação com o A., iniciou-se com o papel de “pessoa estranha”, mas com o evoluir da mesma, com respeito e reconhecendo-o como uma pessoa emocionalmente capaz e através da promoção de conforto, surgem os papéis de “pessoa de recurso” pela ajuda ao entender os seus problemas; o de “conselheiro” pela disponibilidade em ouvir as suas preocupações sempre que necessário e facilitar a consciencialização das decisões a tomar para a diminuição dos comportamentos de risco do A.; e a de “especialista técnico” ao providenciar os cuidados físicos à ferida, que mostrou numa consulta, após um confronto físico.

⁸ **Unidade de Avaliação F1.1.** Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. **Critérios de Avaliação F1.1.1.** Identifica no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar. **F1.1.2.** Gere os fenómenos de transferência e contratransferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica. **F1.1.3.** Mantém o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico. **F1.1.4.** Monitoriza as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica.

A aprendizagem destes papéis só foi possível pelo desenvolvimento das quatro fases da relação enfermeiro-cliente de Peplau (1990). A fase de orientação insere-se no primeiro encontro para administração do injetável, que permitiu determinar a necessidade de ajuda, ou seja, manter-se estável, com adesão à terapêutica e diminuição dos comportamentos de risco. O encontro inesperado, alvo do registo de interação permitiu a exploração e a reorientação dos sentimentos, isto é, o A. sentiu que eu poderia ser também uma pessoa de referência para potenciar o seu bem-estar e conforto, com a sua participação, iniciando uma parceria de cuidados e fornecendo assim a sua satisfação - fase da identificação. Todas as consultas de enfermagem seguintes inseriram-se na fase da exploração, uma vez que o A. aproveita os serviços que lhe são oferecidos, na sua autenticidade. Nestas consultas exploram-se a importância da adesão à terapêutica e a necessidade de diminuição do abuso de substâncias. Por último há a fase da resolução, mas que neste caso não é atingindo porque o cliente mantém o seguimento na instituição.

O fim da relação terapêutica acontece quando os objetivos mutuamente definidos foram alcançados, ou seja, em que ambos reconhecem o que viveram pela partilha com o tempo necessário (Chalifour, 2008; Townsend, 2011). Este momento também foi trabalhado, de forma a ser uma despedida gradual. A construção desta relação terapêutica clarificou o poder da relação, por si só, como competência e intervenção, quando o A., no fim deste contacto agradeceu-me diretamente a presença e a disponibilidade para o escutar. Este agradecimento foi muito gratificante e proporcionou confiança em mim, aprendendo a relativizar a exigência e o perfeccionismo comigo mesma.

Outra das atividades realizadas foi o estudo de caso⁹, que não se centra diretamente sobre a temática do projeto em si, mas permite refletir sobre o *insight*. Ele incide sobre a Cliente 8 porque se constatou as consequências da ausência da toma de terapêutica quando surgiu uma ferida/lesão no pé, que provocou alterações na rotina do sono e da lide doméstica, desencadeando conflitos no casal. Esta

⁹ **Unidade de Competência F3.4.** Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados. **Crítérios de Avaliação F3.4.1.** Concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental. **F3.4.2.** Monitoriza a segurança do cliente e faz avaliação contínua para detetar precocemente mudanças no estado de saúde mental, intervindo em situações de urgência psiquiátrica. **F3.4.4.** Gere o regime medicamentoso baseado em indicadores clínicos para colmatar sintomas das doenças psiquiátricas e melhorar a funcionalidade. **F3.4.5.** Elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: Aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; Manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; Promover e reforçar as capacidades das famílias.

cliente tem 64 anos de idade, com escolaridade até ao 3º ciclo, é doméstica e reformada por invalidez. É a mais velha de cinco irmãos. É casada, e refere que o marido é uma pessoa com “*um feitio complicado*” (sic) e tem um passado de hábitos alcoólicos. Conta que ele a chama de ingénua devido a situações de conflitos familiares com as suas irmãs, sentindo-se triste e afastada da sua família. Têm uma filha, de 31 anos de idade, já casada com um jovem inglês e vivem no Dubai. Aparentemente a filha é presente, com visitas regulares.

Nesta situação, as aprendizagens centraram-se na gestão de conflitos do casal e a desenvolver outra estratégia, a de intervenção com a família. Por esta razão, optou-se por utilizar o Modelo dos Sistemas da Betty Neuman pela abordagem das variáveis e dos *stressores* que afetam a pessoa, como um sistema aberto. Os *stressores* identificados incidiram-se na dificuldade nos cuidados de higiene (pela presença de um penso no pé direito), na interrupção do ciclo do sono pela antibioterapia realizada e em maior ansiedade pela incompreensão do marido face à dificuldade na realização das tarefas domésticas, gerando maior conflito entre eles.

O reconhecimento inicial da ansiedade na Cliente 8 foi possível devido aos seus comportamentos, isto é, maior distração na realização da caixa terapêutica semanal, a procura da equipa comunitária telefonicamente e, por último, a ida ao Serviço de Urgência. Somente compreendi o impacto na vida familiar quando o marido se dirigiu ao gabinete da equipa comunitária a pedir ajuda pela suspeita da “descompensação” (sic) da mulher por não estar a tomar corretamente a medicação. Este pedido de ajuda evidencia o reconhecimento do apoio da equipa comunitária como um recurso e da aliança terapêutica já desenvolvida neste seguimento de, pelo menos, uma década. Neste contexto é necessário realçar a importância do trabalho comunitário na promoção do bem-estar das pessoas e famílias, a psicoeducação relativamente a sinais e sintomas de alerta para a descompensação, mas também, a possível redução dos internamentos hospitalares.

A família tem impacto significativo sobre a saúde e o bem-estar dos seus membros e influência sobre a doença, sendo que o enfermeiro deve centrar o cuidado na família como parte integrante da prática de cuidados de Enfermagem (Wright & Leahey, 2009). A intervenção na família tem como prioridades promover uma aliança e cooperação entre os familiares e os profissionais, reduzir o *stress* e a sobrecarga, promover a capacidade de resolução entre eles, diminuir os sentimentos de culpa e raiva, manter expectativas plausíveis sobre os comportamentos do familiar

com doença mental, encorajar os familiares a estabelecer limites adequados mas, mantendo a autonomia e a promover mudanças desejáveis nas crenças e comportamentos dos familiares (Townsend, 2011).

Assim, durante este período, as consultas foram realizadas individualmente com a cliente e, posteriormente, conjuntamente com o marido, de forma a promover um momento de escuta entre eles. Inicialmente tive dificuldade em gerir a entrevista, com os dois, por não conseguir priorizar as informações e pela comunicação de estilo maioritariamente agressiva do marido, sem crítica perante a inflexibilidade na postura e compreensão do foco da descompensação da Sr^a O. Contudo com a explicação da doença, dos sintomas e da evolução da Sr^a O., consegui promover um ambiente mais calmo e tranquilo, que permitiu abordar as preocupações de ambos e fornecer-lhes algumas estratégias de resolução de problemas na tentativa de dar mais autonomia e confiança entre eles, incentivando-os a esta adesão. A psicoeducação tem como objetivo demonstrar o processo de doença e mudar comportamentos ao lidar com a doença e os problemas do quotidiano, permitindo auxiliar na resolução de problemas, diminuir o *stress* familiar e providenciar suporte social e encorajamento (Pinho & Pereira, 2015).

Também houve a oportunidade de visitar uma instituição, parceira da equipa comunitária, que promove a reabilitação psicossocial, reinserção social e treino de competências com recurso a alguns *ateliers*. Esta mesma instituição tem uma residência protegida, a qual visitei para conhecer a sua dinâmica e as atividades desenvolvidas.

Em suma, ao refletir sobre as aprendizagens neste contexto, as atividades permitiram o meu desenvolvimento como pessoa e profissional, nomeadamente, na essência da relação com o outro com um objetivo definido e na própria desconstrução do estigma e da vulnerabilidade sentida pelos clientes, como também, na identificação das contratransferências. A consciencialização dos meus próprios preconceitos ou dos fenómenos de contratransferência promoveram o meu autoconhecimento. O momento descrito no registo de interação, inicialmente, poderia ter impedido a construção da relação terapêutica, mas tal não aconteceu. Procurei identificar e compreender as especificidades de cada cliente nas consultas de enfermagem e nas visitas domiciliárias. Contudo penso que, provavelmente, a relação com o A., sobre quem fiz o registo de interação, foi a que teve mais progresso e ganhos pessoais. Isto porque gerou mudanças em mim, em que as minhas inseguranças se desvaneceram e consegui compreender a importância e o

impacto da mobilização de mim mesma como instrumento terapêutico, como preconiza o Regulamento n.º 515/2018, do EESMP. A oportunidade de intervenção com uma família foi benéfica na minha aprendizagem pela forma diferente de atuação, pela compreensão de ambos os lados e isenção de preferência e pelas estratégias para a gestão de conflitos deste casal.

Para o sucesso do trabalho em contexto comunitário é fulcral estabelecer uma relação de confiança com a pessoa, conhecê-la em todas as suas dimensões para promover a aliança terapêutica.

Segundo a evidência científica sobre a associação do *insight* e da adesão à terapêutica, esta diz-nos que um baixo *insight* é menos propício à adesão terapêutica, em cerca de 50% a 80%, pela ausência de perceção que causa deterioração na avaliação da realidade, pensamento e conteúdo (Kalkan & Budak, 2019). Contudo, na prática observei que pode haver um *insight* diminuído, mas haver a adesão à terapêutica determinada por outros fatores, tais como, a motivação e o apoio do cuidador/família (Singh & Varshney, 2019), mas também a relação e a aliança terapêutica com a equipa multidisciplinar.

4. ANÁLISE DA AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COMO EESMP

O desenvolvimento das competências em Enfermagem através da mobilização de conhecimentos é uma preocupação permanente da vida profissional do enfermeiro com o propósito de alcançar uma prática de excelência.

O regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, publicado em 2019, clarifica os domínios de responsabilidade profissional, ética e legal no decorrer das intervenções, na melhoria contínua da qualidade, na promoção de estratégias institucionais, na gestão dos cuidados em possíveis redes e parcerias e, por último, no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, como o autoconhecimento e assertividade (Cantante, Fernandes, Teixeira, Frota, Rolim & Albuquerque, 2019). Neste âmbito, foi desenvolvido o primeiro domínio na medida em que foram salvaguardados os princípios éticos e legais dos clientes, tendo em conta a responsabilidade da profissão nas intervenções em ambos os contextos. Relativamente ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais coincide com a primeira competência do EESMP. Na especificidade da prática clínica em Enfermagem de Saúde Mental ainda possui um conjunto de competências de autoconhecimento e mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico que permitem mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, de modo a estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução. São estas competências que permitem desenvolver uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade (Regulamento n.º 515/2018).

Como referido, anteriormente, ambos os contextos contribuíram para o aprofundamento do conhecimento e desenvolvimento de competências, de modo a promover um crescimento profissional e pessoal. Considero que este processo permitiu-me alcançar talvez um nível de proficiente porque me capacitou para compreender as diferentes partes da situação como um todo, na tomada de decisão numa compreensão holística, mas também, o esperado para este nível na aprendizagem com a experiência, sem a intuição ainda (Nunes, 2010).

Relativamente à primeira competência **“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”** (Regulamento n.º 515/2018, p. 21428) é um trabalho que merece continuidade em

todo o nosso percurso de vida e não deve intervir negativamente na prática de cuidados. Neste âmbito destaca-se as várias reflexões e registos de interação realizados, assim como, as reuniões informais com as enfermeiras orientadoras e professora orientadora. Este trabalho profundo de reflexão e consciencialização do meu “eu” apresentou-se como uma etapa árdua pelo desconforto e ansiedade sentida, porque nos coloca várias questões da nossa esfera pessoal e profissional, tal como, os nossos medos, os nossos comportamentos face a valores e ideias anteriormente adquiridos, os preconceitos ou resistências existentes e os nossos próprios limites. Alcançar o autoconhecimento é complexo e árduo mas está sempre em processo e os meios são ilimitados (Phaneuf, 2005).

A segunda competência **“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”** (Regulamento n.º 515/2018, p. 21428) foi alcançado através dos momentos de observação dos clientes nas sessões terapêuticas e nas suas rotinas no contexto de internamento. No contexto comunitário a observação foi durante as consultas de enfermagem e nas visitas domiciliárias para a identificação das necessidades. Foram mobilizados diferentes instrumentos de apreciação clínica, adaptados para a população portuguesa, nas dimensões cognitivas e grau de *insight*.

Também foi conseguido através da realização das entrevistas formais e informais, apesar da insegurança na fase inicial que assumo como inexperiência. Estas permitiram a concretização de dois estudos-casos, segundo o Modelo de Betty Neuman, em que aperfeiçoei a avaliação do estado mental, a descrição da história de saúde e simultaneamente técnicas de entrevista. De referir a importância da avaliação do estado mental, em que a sua sistematização é imprescindível para elaborar um plano de cuidados individualizado, com o intuito de adequar os cuidados de enfermagem prestados e obter melhores resultados.

Em todas as entrevistas surgem certos “entraves” porque saber colocar questões é uma estratégia complexa e uma arte que possibilita confirmar as perceções e conseguir ir procurar informações pertinentes para compreender a situação da pessoa, planificar cuidados adequados e personalizados ou provocar certas tomadas de decisão (Phaneuf, 2005). Relativamente à comunicação durante as entrevistas, algumas das minhas dificuldades prendem-se com as características pessoais e por isso identifica-se uma certa impulsividade na resposta e tendência a centrar-se na solução, não gerir os silêncios e a utilização de frases comuns. Atualmente, reconheço o quão imprescindíveis são os silêncios na prática de

cuidados e são essenciais para compreender o que o outro percebe, pensa ou sente, tal como, transmitir o medo/sofrimento que impede a palavra ou uma alegria intensa que não dá para exprimir por palavras. Ao aperfeiçoar a comunicação, com respeito aos silêncios e à sua gestão, permite desenvolver a relação terapêutica, recorrendo a técnicas de comunicação. A relação terapêutica é influenciada pelos comportamentos e atitudes do enfermeiro, contudo apesar das diferentes dinâmicas utilizadas nos dois contextos, penso que foram estabelecidas relações significativas que marcaram pela sua naturalidade.

Para alcançar a terceira competência de **“Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”** (Regulamento n.º 515/2018, p. 21428-29) foi imprescindível, em contexto de internamento, a participação nas reuniões comunitárias e multidisciplinares para os momentos de reflexão e partilha de conhecimentos em equipa, de modo a identificar as necessidades e os problemas específicos do cliente, assim como as passagens de turno. No contexto comunitário, as reuniões de serviço entre a equipa hospitalar e a equipa comunitária permitem uma transição segura após a alta do cliente para a comunidade e a manutenção desta vigilância. Esta parceria da equipa multidisciplinar, fundamental na área da Saúde Mental, permitiu partilhar informação fundamental, discutir os projetos terapêuticos e definir as melhores estratégias de tratamento adaptadas a cada cliente para alcançar os cuidados de excelência. Por último, é importante orientar o cliente no acesso aos recursos comunitários apropriados e, por esta razão, foi possível a visita à instituição parceira na reabilitação.

Na prestação de cuidados de Enfermagem foi possível através da identificação das necessidades do cliente de modo a estabelecer diagnósticos de Enfermagem e elaborar planos de cuidados personalizados em parceria com o cliente, favorecendo um ambiente terapêutico de confiança, para a promoção do *insight* e adesão à terapêutica, incentivando o *empowerment*.

A possibilidade da intervenção com a família, tanto nas consultas como nas visitas domiciliares, permitiu construir alianças e cooperação entre os familiares e os profissionais, mas também, a gestão de conflitos, o *empowerment* do cliente, a redução do *stress*, a promoção e capacitação dos familiares para anteverem problemas e soluções, diminuição dos sentimentos de raiva e culpa, manter

expectativas plausíveis e encorajar os familiares a estabelecerem limites e alguma autonomia (Pinho, 2020).

Por último, relativamente à quarta competência **“Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”** (Regulamento n.º 515/2018, p.21430) foram desenvolvidas várias intervenções de âmbito psicoeducativo e estruturado um plano de intervenção psicoterapêutico, ajustando e adaptando às necessidades do cliente, de modo a promover o *insight*, a adesão à terapêutica, o *empowerment* e consequentemente a reabilitação psicossocial.

Em todo este percurso de aprendizagem e de prática de cuidados é fulcral não perder de vista o objetivo terapêutico da nossa intervenção, como também ter a consciência do contacto quando se está em relação porque “incita a prosseguir no crescimento pessoal e na busca de soluções, devido ao seu alto nível de empenhamento” (Lazure, 1994, p.14). Sinto-me grata e satisfeita do meu percurso de aprendizagem porque promoveu o meu desenvolvimento, maturidade e um funcionamento mais adequado para o futuro, tal como incita Rogers (1989).

Assim, as aprendizagens adquiridas ao longo deste percurso académico e de aprendizagens pessoais e profissionais permitiram desenvolver as quatro competências específicas do EESMP. Considero que pela profissão que temos é inerente o nosso papel educativo na prática de cuidados e deve ser uma intervenção contínua. Do ponto de vista do EESMP, há uma certa especificidade na educação para a saúde sobre as patologias e a terapêutica e os efeitos secundários, mas também sobre os problemas, desafios diários e o impacto nas suas vidas e famílias. Isto deve-se à comunicação e relação estabelecida originando uma certa sensibilidade e habilidade para captar a atenção do cliente e torná-lo parceiro nos cuidados.

5. CONCLUSÃO

O presente relatório é o reflexo do caminho trilhado durante os estágios que contribuíram para meu desenvolvimento pessoal e profissional e que contribuíram para o processo de desenvolvimento das competências específicas do EESMP, que me irão acompanhar no continuar do percurso profissional.

As intervenções desenvolvidas estiveram cimentadas na Teoria das Relações Interpessoais, de H. Peplau, orientando a reflexão e análise neste percurso de prestação de cuidados terapêuticos às pessoas e capacitá-las nos seus desafios de saúde. Também permitiram a aquisição e o desenvolvimento de competências no âmbito da promoção do *insight* na pessoa com experiência de doença mental através da dinamização de um plano psicoterapêutico, com recurso a técnicas expressivas e psicoeducação. Este permitiu a aprendizagem de estratégias para lidar com a doença e os seus efeitos, de forma clara e concisa, para promover a elaboração dos próprios planos de prevenção de recaídas e de estratégias de gestão da doença (OE, 2011), alcançando os objetivos delineados. A realização de todas estas sessões foram extremamente exigentes e acarretando um grande esforço na sua preparação, contudo foram compensadoras e gratificantes através das diversas formas de agradecimento das participantes.

Relativamente à exploração das narrativas como meio para a intervenção de enfermagem foi benéfico para o desenvolvimento da relação terapêutica e, também, para compreender as suas perspetivas, expectativas e aprendizagens durante o trajeto de vida e da doença. Neste contexto, foi essencial o desenvolvimento da estratégia do “eu” como instrumento terapêutico fundamental no ambiente das consultas de Enfermagem. Deste modo, este aspeto relacional permite contemplar uma abordagem aberta, participativa e igualitária e ter um acordo quanto aos objetivos a atingir pela identificação de áreas de entendimento mútuo (Favrod & Maire, 2012).

No âmbito profissional, com o desenvolvimento das competências do EESMP, transversal aos diversos serviços da prática de cuidados, fortaleceu em mim a importância da relação terapêutica, o reconhecimento dos fenómenos de transferência e contratransferência, a compreensão de atitudes e reações do outro na aceitação da transição de saúde-doença como cimentou a minha forma de intervenção, uma prática baseada na evidência e com um objetivo terapêutico. Neste ciclo de aprendizagens, muitas foram as que consegui transpor para o meu

quotidiano no serviço de Especialidades Médico-Cirúrgicas, em diversas situações de maior vulnerabilidade.

Este percurso acadêmico também contribuiu para o desenvolvimento pessoal, com alguns períodos de conflito interior e, conseqüentemente, de reflexão favorecendo o autoconhecimento e os modos de estabelecimento da relação terapêutica e conseguir ajudar o outro com objetividade. Deste modo, este percurso levou-me para um nível de competente, segundo o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, em que já compreendo as intervenções desenvolvidas a médio e longo prazo, com uma análise consciente das situações com que me deparo (Benner, 2001), mas ainda sem a flexibilidade ou a velocidade de decisão que certas situações exigem apesar de não me encontrar no serviço há dois ou três anos, na perspectiva de Nunes (2010).

Apesar do meu interesse pessoal pela temática dos comportamentos impulsivos e agressivos e, como descrito anteriormente, que a combinação entre o baixo *insight* e a não adesão à terapêutica podem contribuir para o seu desenvolvimento, é de referir que estes não surgiram de forma tão evidente, com necessidade de intervenção para incluir neste projeto.

Relativamente a sugestões sobre este projeto, poderia ter-se explorado uma abordagem estatística relativamente ao plano psicoterapêutico desenvolvido, de modo, a ampliar os eventuais ganhos em saúde desta intervenção como uma evidência. Sobre novas perspectivas de abordagem, poderia ter-se investido também na técnica da entrevista motivacional e ter incluído intervenções familiares, como sugerem Ertem e Duman (2019). Deste modo, com maior estudo e investimento nesta problemática do *insight*, individualizando se necessário por patologias, poderia produzir-se diretrizes para melhorar a adesão ao tratamento a longo prazo e conseguir-se incluir nas práticas elaboradas pelos EESMP durante os atendimentos de Enfermagem para orientar os clientes e a sua família na tomada de decisão sobre o tratamento.

O EESMP ao intervir na promoção do *insight*, alicerça-se nos pilares da promoção da saúde mental, prevenção da doença, no tratamento e na reabilitação psicossocial pela adesão à terapêutica conseguida e por diminuir o estigma associado às doenças mentais, de modo a melhorar a qualidade de vida das pessoas. Assim, consegue-se desenvolver um serviço de saúde mental próximo das pessoas e comunidades, como preconiza o Programa Nacional para a Saúde Mental (DGS, 2017).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais - DSM-V* (5ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barroso, T. (2020). Entrevista Motivacional. In C. Sequeira & F. Sampaio (coord.). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (p.97-101). Lisboa: Lidel.
- Basit, S.; Mathews, N. & Kunik, M. (2020). Telemedicine interventions for medication adherence in mental illness: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 62, p.28-36. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.11.004>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora
- Brown, E. & Gray, R. (2015). *Tackling medication non-adherence in severe mental illness: where are we going wrong?* *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, p.192-198. DOI: [10.1111/jpm.12186](https://doi.org/10.1111/jpm.12186)
- Calatayud GL; Sebastián NH; García-Iturrospe EA; Piqueras JCG; Arias JS; Cercós CL. (2012). Relación entre insight, violencia y diagnóstico en pacientes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), p.43-47. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2011.10.003>
- Cantante, A.; Fernandes, H.; Teixeira, M.; Frota, M.; Rolim, K. & Albuquerque, F: (2019). Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), p. 261-272. DOI: [10.1590/1413-81232020251.27682019](https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019)
- Cardoso, A. M. (2008). O Insight em Psiquiatria. *Revista de Psicologia*, v.20, nº2, p.347-356. DOI: [http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922008000200003](https://doi.org/10.1590/S1984-02922008000200003).
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (volume 1). Loures: Lusodidacta.

Decreto-Lei n.º 22/2011 (2011). Clarificação dos termos da responsabilidade civil das unidades, equipas e pessoal da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental. Diário da República, 1.ª série — N.º 29. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/280268>

Direção-Geral da Saúde (2014). *Portugal: Saúde Mental em números – 2014. Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2017). *Depressão E Outras Perturbações Mentais Comuns Enquadramento Global E Nacional E Referência De Recurso Em Casos Emergentes*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>

Ertem, M. & Duman, Z. (2019). The effect of motivational interviews on treatment adherence and insight levels of patients with schizophrenia: A randomized controlled study. *Perspectives in Psychiatric Care*, n55, p.75–86. DOI: <https://10.1111/ppc.12301>

Favrod, J. & Maire, A. (2012). *Recuperar a esquizofrenia - Guia prático para profissionais*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-989-748-005-8

Gerretsen, P.; Plitman, E.; Rajji, T. & Graff-Guerrero, A. (2014). The effects of aging on insight into illness in schizophrenia: a review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, n29, p.1145-1161. DOI: <https://10.1002/gps.4154>

Gonçalves, P. (2020). Autogestão do Regime Terapêutico. In C. Sequeira & F. Sampaio (coord.). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (p.155-158). Lisboa: Lidel.

González-Ortega I; Mosquera F; Echeburúa E; González-Pinto A (2010). Insight, psychosis and aggressive behaviour in mania. *European Journal Psychiatry*, volume 24(2), p.70-77. DOI: <https://10.4321/S0213-61632010000200002>

Gouveia, M.; Ascensão, R.; Fiorentino, F.; Pascoal, J.; Costa, J. & Borges, M. (2018). O custo e a carga da esquizofrenia em Portugal em 2015. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*, 4(Suppl.3):S13, p.1-11. DOI: [https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2017.4\(Suppl.3\).S13](https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2017.4(Suppl.3).S13)

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2017). International Classification for Nursing Practice (ICNP®) - browser versão 2017. Disponível em: <http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html>

Kalkan, E. & Budak, F. (2019). The effect of insights on medication adherence in patients with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care*, p.1-7. DOI: <https://10.1111/ppc.12414>

Kim, J.; Ozzoude, M.; Schinichiro, N.; Shah, P.; Caravaggio, F.; Iwata, Y.; Luca, V.; Graff-Guerrero, A. & Gerretsen, P. (2019). Insight and medication adherence in schizophrenia: Na analysis of the CATIE trial. *Neuropharmacology*, p.1-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2019.05.011>

Lacroix, A. & Assal, J. P. (2003). *L'éducation thérapeutique des patients*. Paris: Éditions Vigot.

Lazour, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.

Nunes *et al.* (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapa. *Revista Percursos*. ISSN: 1646-5067

Nunes, L. (2010). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem. *Revista Percursos*, nº17, p.3-9

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

Peplau, H. (1992). *Relaciones Interpersonales en Enfermería*. Barcelona: Salvat Editores. ISBN: 84-458-0146-5

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Pinho, L. & Pereira, A. (2015). Intervenção familiar na esquizofrenia: Redução da sobrecarga e emoção expressa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (14), 15-23.

Pinho, L. (2020). Intervenção Familiar na Doença Mental Grave. In C. Sequeira & F. Sampaio (coord.). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (p.216-219). Lisboa: Lidel.

Queirós, T.; Coelho, F.; Linhares, L. & Telles-Correia, D. (2019). Esquizofrenia: O que o médico não psiquiatra precisa de saber. *Revista Acta Médica Portuguesa*, 32(1), p.70-77. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.10768>

Regulamento n.º 515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Assembleia da República, Diário da República, 2.ª série — N.º 151. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115932570>

Rogers, C. (2010). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.

Sadock, B.; Sadock, V. & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de Psiquiatria* (11ª ed). Porto Alegre: Artmed Editora. ISBN: 9781609139711

- 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.
- 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. DOI: [10.19131/rpesm.0205](https://doi.org/10.19131/rpesm.0205)
- Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Revista Servir*, 1 e 2, p.11-20
- Simões, M.; Santana, I. et al. (2015). *Escalas e Testes na Demência*. Portugal: Novartis.
- Singh, N. & Varshney, U. (2019). Medication adherence: A method for designing context-aware reminders. *International Journal of Medical Informatics*, 132, p.1-19. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.103980>
- Tessier, A.; Boyer, L.; Husky, M.; Baylé, F. Lorca, P. & Misdrahi, D. (2017). Medication adherence in schizophrenia: The role of insight, therapeutic alliance and perceived trauma associated with psychiatric care. *Psychiatry Research* 257, p.315–321. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.063>
- Tomey, A. & Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª edição). Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6
- Trepacz, P. & Baker, R. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-84
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. (6ª edição). Loures: Lusociência.

Uslu, E.; Buldukoglu, K. & Beebe, L. (2019). Journal of Psuchiatric Nursing, 10(2), p. 131-136. DOI: [10.14744/phd.2019.75768](https://doi.org/10.14744/phd.2019.75768)

Vanelli, I.; Chendo, I.; Levy, P.; Figueira, M.; Góis, C.; Santos, J. & Markova, I. (2010). Adaptação para português da escala de insight Marková e Berrios. *Revista Acta Médica Portuguesa*, nº23(6), p.1011-1016

Waldheter EJ; Jones NT; Johnson ER & Penn DL (2005). Utility of social cognition and insight in the prediction of inpatient violence among individuals with a severe mental illness. *he Journal of nervous and mental disease*, 193(9), p. 609-18. DOI: [https://10.1097/01.nmd.0000177788.25357.de](https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000177788.25357.de)

Wright, L. & Leahey, M. (2009). *Enfermeiros e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família* (4ªed). São Paulo: Roca Editora. ISBN 9788572417747.

Yin, R. (2014). *Estudo de Caso - Planejamento e Métodos* (5ªed). Porto Alegre: Bookman. ISBN: 978-85-8260-231-7

ANEXOS

ANEXO I -
Instrumento de diagnóstico: Escala de *Insight* de Marková e Berrios

ESCALA DE *INSIGHT* MARKOVÁ E BERRIOS

(adaptado de Vanelli *et al* 2010)

Leia cada uma das afirmações abaixo enunciadas e responda SIM ou NÃO.

Lembre-se que esta é a sua opinião e que não existem respostas certas ou erradas.

	SIM	NÃO
1. Sinto-me diferente do que sou normalmente		
2. Não há nada de errado comigo		
3. Estou doente		
4. As pessoas à minha volta parecem diferentes		
5. Não me sinto parte de nada		
6. Tudo parece desorganizado		
7. A mente não se pode tornar doente, só o corpo		
8. Os meus sentimentos em relação aos outros parecem estar diferentes		
9. Sinto-me pouco à vontade		
10. Tenho dificuldade em pensar		
11. Sofro de problemas dos nervos		
12. Tudo à minha volta está diferente		
13. Estou a perder o contacto comigo mesmo		
14. É difícil sentir-me à vontade com as pessoas que conheço		
15. Algo de estranho me está a acontecer		
16. Quero saber porque me sinto assim		
17. Não pareço ser capaz de funcionar normalmente		
18. As doenças mentais podem acontecer em qualquer pessoa na população		
19. Parece que não tenho assim tanto controlo sobre os meus pensamentos		
20. Não estou doente, mas estou cansado		
21. Sinto que a mente me está a fugir		
22. Estou a perder o contacto com aquilo que me rodeia		
23. Tudo me parece agora mais claro do que nunca		
24. Sinto que coisas estranhas estão a acontecer em torno de mim		
25. Sei que os meus pensamentos são estranhos mas não posso fazer nada		
26. Tudo parece diferente à minha volta		
27. As coisas já não fazem sentido		
28. O meu problema principal é a minha saúde física		
29. Sinto que o meu estado actual foi causado deliberadamente por qualquer coisa		
30. Acho que preciso de algum tipo de ajuda		

ANEXO II -
Instrumento de diagnóstico: *Mini Mental State Examination*

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita_____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve_____

Nota:_____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos_____

Nota:_____

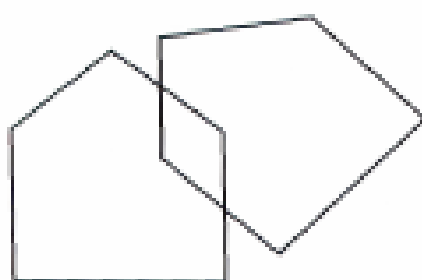
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota:_____

8. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota:_____

TOTAL(Máximo 30 pontos):_____

Considera-se com defeito cognitivo: * analfabetos ≤ 15 pontos

* 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22

* com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

ANEXO III -
Escala de avaliação do grau de conhecimento da terapêutica
medicamentosa

Escala de Avaliação do grau de conhecimento em relação à terapêutica medicamentosa (baseado em STAPE, 1979 e MIASSO, 2002)

Nome: _____ Data: ____/____/____

Cópia da prescrição médica referente ao dia da avaliação inicial		
Nome	Dose/dia	Frequência

Medicamentos mencionados pelo paciente (intermédia e final)		
Nome	Dose/dia	Frequência

Cada item da terapêutica medicamentosa avaliado é categorizado de 0 a 100% conforme o rácio de respostas correctas versus respostas totais e é classificado em 5 intervalos divididos pelas seguintes classes:

- 0% - sem conhecimento;
- 0% a 25% - muito pouco conhecimento;
- 25% a 50% - pouco conhecimento;
- 50% a 75% - conhecimento regular;
- 75% a 100% - bom conhecimento.

PREPARAÇÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO

Nome: _____ Enf.º Ref.º: _____

Avaliação Inicial		Data: __/__/__
Número de medicamentos prescritos identificados (corretos – Escala Shape e Mianzo)		
Associação entre sintomas e medicação prescrita (especificar, mesmo que incorreto)		
Número de efeitos secundários identificados (especificar, mesmo que incorreto)		
Reconhece a necessidade de tomar a medicação	Sim ☐ Não ☐	

Intervenção Psicoeducativa	Data: __/__/__
Diagnóstico ☐	Efeitos secundários ☐
Insight/Juizo Crítico ☐	Sintomas ☐
Esquema terapêutico ☐	Treino de preparação ☐
Observações:	

Avaliação Intercalar (2º quadrimestre)		Data: __/__/__
Número de medicamentos prescritos identificados (corretos – Escala Stape e Masse)		
Associação entre sintomas e medicação prescrita (especificar, mesmo que incorreto)		
Número de efeitos secundários identificados (especificar, mesmo que incorreto)		
Reconhece a necessidade de tomar a medicação	Sim ☐ Não ☐	

Avaliação Final (3º quadrimestre)		Data: __/__/__
Número de medicamentos prescritos identificados (corretos – Escala Stape e Masse)		
Associação entre sintomas e medicação prescrita (especificar, mesmo que incorreto)		
Número de efeitos secundários identificados (especificar, mesmo que incorreto)		
Reconhece a necessidade de tomar a medicação	Sim ☐ Não ☐	

APÊNDICES

APÊNDICE I:
Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ aceito de minha livre vontade, participar neste estudo intitulado “Promoção do *Insight* na Pessoa com doença mental grave: Intervenções de Enfermagem” realizado pela Enfermeira Rafaela da Silva Martins, sob a orientação da Professora Isabel Costa e Silva, Professora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no âmbito do Projeto de Estágio integrado no 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Para a realização deste estudo, é necessário recolher dados através da ESCALA DE INSIGHT MARKOVÁ E BERRIOS” (2010), para permitir uma melhor compreensão sobre esta temática.

O questionário é anónimo e todos os dados aqui recolhidos são totalmente confidenciais. Os resultados não serão analisados individualmente, mas em termos gerais, conjuntamente com a resposta dos outros participantes.

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que estou a participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e a de recusar a participação sem que daí resulte qualquer prejuízo para o meu tratamento.

Assinaturas,

Participante: _____

Enfermeira _____

Lisboa, ____, de _____ de 2019

Agradecida pela sua colaboração.