



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

**A pessoa com experiência de alucinação: crise e
reabilitação psicossocial**

Patrícia Sá Sacramento Nantes



**Lisboa
2023**

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

**A pessoa com experiência de alucinação: crise e
reabilitação psicossocial**

Patrícia Sá Sacramento Nantes

Orientador: Joaquim Manuel de Oliveira Lopes

**Lisboa
2023**

“O sucesso não é definitivo; o fracasso não é fatal: é a coragem de continuar que conta”

Winston S. Churchill

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste percurso existiram pessoas que me acompanharam e apoiaram e as
quais agradeço com todo o meu coração.

À minha família, que apesar de longe esteve sempre comigo.

Aos meus amigos que se mantiveram ao meu lado apesar da minha ausência
física e psicológica.

Aos meus colegas de trabalho, pelo apoio e por toda a ajuda para que
conseguisse cumprir horários de aulas e estágio.

As minhas orientadoras, Tânia e Sara, um especial agradecimento pelo
acompanhamento e contributo para o meu desenvolvimento ao longo desta
caminhada.

A todos os profissionais do Departamento de Saúde Mental onde realizei o
estágio, um muito obrigada por me terem recebido tão bem, foi um gosto enorme.

Ao Professor Joaquim Lopes, pelo apoio e motivação, que apesar de todos os
meus altos e baixos me motivou a continuar a caminhada.

A todos os utente e familiares que se cruzaram comigo neste percurso e que
permitiram o meu desenvolvimento como pessoa e profissional

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIVD- Atividades instrumentais de vida diária

APA- American Psychology Association

ARSLVT- Administração regional de saúde de Lisboa e Vale do Tejo

AVD- Atividades de vida diária

CIPE- Classificação internacional para a prática de enfermagem

COVID/COVID-19- Doença Infeciosa causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-cov2)

EEESMP- Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EESMP- Enfermeiro/a Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HDP- Hospital de Dia Psiquiátrico

IC- Internamento Compulsivo

NAP- Neuroléptico de ação prolongada

NIC- Classificação de Intervenções de Enfermagem

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial da Saúde

PII- Plano de Intervenção Individual

PNSM- Plano Nacional de Saúde Mental

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RCEEEESMP- Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

SARS-cov2- Coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2

SMP- Saúde Mental de Psiquiátrica

TMC- Programa de Treino Metacognitivo

WHO- World Health Organization

RESUMO

O presente relatório visa documentar o meu percurso e evolução pessoal e profissional ao longo do estágio. Neste percurso prestei cuidados ao adulto com experiência de doença mental, no internamento de agudos e Hospital de Dia Psiquiátrico

Tem como objetivo documentar o planeamento previamente feito no projeto de estágio, tendo implícita a temática da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na intervenção com a pessoa com experiência de alucinação em crise e reabilitação psicossocial. Pretende-se também explicitar o percurso realizado com vista a adquirir as competências necessárias como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, relatando assim as intervenções e atividades desenvolvidas em ambos os contextos de estágio.

O conteúdo deste relatório visa evidenciar a importância do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na intervenção com o utente com alucinações. Apesar da descoberta, benéfica, dos antipsicóticos nem todos os utentes apresentam alívio da sintomatologia apenas com o tratamento farmacológico o que nos leva a evidenciar ainda mais a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no controlo e alívio da sintomatologia positiva. Em paralelo com a psicofarmacologia é necessária a realização de outras intervenções de forma a diminuir o impacto das alucinações na vida diária dos utentes.

Esta intervenção deve ser adequada a fase de doença em que cada utente se encontra, numa fase de crise, com baixos níveis de *insight*, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica mobiliza-se a ele próprio como meio terapêutico. Enquanto, numa fase mais avançada, com níveis de *insight* superiores é possível capacitar o utente para que este se torne o mais autónomo e empoderado possível a gerir a sua situação de saúde-doença. Enquanto, numa fase mais avançada, com níveis de insight superiores é possível capacitar o utente para que este se torne o mais autónomo e empoderado possível a gerir a sua situação de saúde-doença. As intervenções desenvolvidas em estágio pretenderam a redução da sintomatologia mas também do seu impacto na vida diária do utente. Dada a severidade da patologia, algumas dessas alterações continuarão e evoluir para além do período do estágio.

Palavras-chave: doença mental, alucinações, enfermagem psiquiátrica

ABSTRACT

This report aims to document my personal and professional path and evolution throughout the internship. In this journey I provided care to adults with experience of mental illness, in acute hospitalization and Psychiatric Day Hospital.

It aims to document the planning previously made in the internship project, having implicitly the theme of the intervention of the Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing in the intervention with the person with experience of hallucination in crisis and psychosocial rehabilitation. It is also intended to explain the path taken in order to acquire the necessary skills as a Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing, thus reporting the interventions and activities developed in both internship contexts.

The content of this report aims to highlight the importance of the role of the Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing in the intervention with patients with hallucinations. Despite the beneficial discovery of antipsychotics, not all users present relief of symptoms with pharmacological treatment alone, which leads us to further highlight the intervention of the Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing in the control and relief of positive symptoms. In parallel with psychopharmacology, it is necessary to carry out other interventions in order to reduce the impact of hallucinations on the daily life of users.

This intervention must be appropriate to the phase of illness in which each patient is, in a crisis phase, with low levels of insight, the Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing mobilizes himself as a therapeutic means. While, at a more advanced stage, with higher levels of insight, it is possible to empower the user to become as autonomous and empowered as possible to manage their health-disease situation. However, no matter how advanced it is, it has higher levels of insight and it is possible to have the capacity to do so or to be independent and capable of dealing with your health situation. As the actions carried out during the internship aim to reduce symptoms, they also impact your daily life. Given the severity of the pathology, some of the changes continue to evolve over time.

Keywords: mental illness, hallucinations, psychiatric nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
PARTE 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO	13
1. PROBLEMÁTICA	13
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
2.1. A pessoa com experiência de doença mental	15
2.2. As alterações da perceção	16
2.3. A alucinação como foco de atenção de enfermagem.....	18
2.4. Intervenção especializada com o utente sem insight.....	21
2.5. Intervenção especializada com o utente com insight.....	23
3. ESTÁGIOS REALIZADOS	25
3.1. Internamento de crise de psiquiatria	25
3.1.1. Atividades desenvolvidas.....	26
3.2. Hospital de Dia de Psiquiatria	29
3.2.1. Atividades desenvolvidas.....	31
4. QUESTÕES ÉTICAS.....	37
PARTE 2 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	38
5. DE ENFERMEIRA DE CUIDADOS GERAIS A ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	38
5.1. Desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista	38
5.2. Desenvolvimento das competências específicas do EESMP	41
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
ANEXOS E APÊNDICES	50
Anexo 1: Mini Mental Examination (Folstein et al., 1975; adaptação de Guerreiro e colaboradores, 1994)	52
Anexo 2- Escala de Insight Marková e Berrios (Adaptação para português por Vanelli et al, 2010)	55
Apêndice 1- Intervenção psicoterapêutica: Jogo Emocional (mente), realizado no internamento	58
Apêndice 2- Intervenção psicoeducativa sobre “Hábitos de vida saudável”	62
Apêndice 3- Terapias expressivas “Hábitos de vida saudável”	65

Apêndice 4- Intervenção psicoeducativa sobre “A Percepção”	68
Apêndice 5- Intervenção psicoterapêutica: Jogo Emocional (mente), realizado no HDP	71
Apêndice 6- Cinematerapia “Birdman”	75
Apêndice 7- Cinematerapia “Divertida (mente)”	78
Apêndice 8- Intervenção psicoterapêutica: Jogo a “História das Emoções”	81
Apêndice 9- Intervenção psicoterapêutica: Jogo “A minha Percepção”	85
Apêndice 10- Relaxamento progressivo de Jacobson	88
Apêndice 11-Poster “Ter ou não ter insight: intervenção na alucinação.....	91

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Módulos de TMC (Gonzalez & Nunes, 2022)

Quadro 2- Plano de atividades do HDP

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular: Estágio com Relatório, integrada no 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A realização deste trabalho permite apresentar os resultados obtidos pela implementação do projeto de estágio predefinido e evidenciar a progressiva aquisição e desenvolvimento das competências comuns de especialista e específicas enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) ao longo das 18 semanas de estágio. A problemática desenvolvida é a intervenção do enfermeiro especialista com o utente com experiência de alucinação em duas fases distintas, numa fase inicial, em crise, e numa fase de maior estabilização, ou de reabilitação.

Aquando da realização do projeto de estágio defini objetivos que pretendia atingir ao longo deste meu processo formativo, tais como, aprofundar e atualizar conhecimentos com base na evidência científica disponível sobre a pessoa com doença mental e experiência de alucinação, selecionar com base na evidência encontrada, as intervenções especializadas a desenvolver com estes utentes, desenvolver as minhas competências como EESMP.

O facto de lidar no meu âmbito profissional com utentes com experiência de doença mental em fase residual com a evidência da manutenção de atividade alucinatória com impacto na sua vida de tal forma a impossibilitar a sua desinstitucionalização, tornou esta temática de elevado interesse pessoal e profissional. Desde sempre que a minha maior dificuldade foi lidar com o utente numa fase aguda da doença, pela sua instabilidade e por desconhecimento de como intervir com uma fase tão inicial da doença, essencialmente num primeiro surto psicótico. Com o decorrer deste meu percurso académico deparei-me com a necessidade de conhecer o utente, mas primeiramente o meu autoconhecimento, decidi então voltar o meu foco para uma área de interesse e curiosidade.

Este documento encontra-se organizado em duas partes principais. Na primeira parte desenvolvo a problemática em estudo e respetiva fundamentação teórica, bem como das intervenções realizadas nos contextos de estágio. Na fundamentação será abordada a temática do utente com experiência de doença mental, as alterações da

percepção dando principal atenção as ocorrentes na psicose uma vez que estas foram o meu foco de atenção ao longo do desenvolver deste trabalho e dos estágios, a alucinação como foco de atenção da enfermagem, as intervenções especializadas com o utente com e sem *insight*. Posteriormente irei caracterizar os meus locais de estágio e as atividades desenvolvidas de forma a cumprir todos os objetivos propostos no meu projeto de estágio e no meu desenvolvimento como EEESMP, finalizo esta primeira parte com as questões éticas.

Na segunda parte descrevo o meu percurso e intervenções realizadas com o objetivo de desenvolver as competências comuns de enfermeiro especialista e das competências específicas de EESMP. O trabalho finaliza com as considerações finais e referências bibliográficas, redigidas segundo as normas American Psychology Association 7ª edição. Finalmente apresentam-se anexos e apêndices.

PARTE 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

1. PROBLEMÁTICA

Com base nos dados epidemiológicos de entre as doenças crónicas, as doenças do foro mental constituem a principal motivo de morbilidade em Portugal, colocando o nosso país em segundo lugar de entre os países europeus com uma prevalência de 22,9% de doenças psiquiátricas, e apenas 40% desses utentes consegue aceder a cuidados de saúde mental. Uma vez que a doença mental tem uma taxa de mortalidade baixa, as pessoas com experiência de doença mental não perdem anos de vida, mas vivem sem qualidade, uma vez que a taxa de pessoas com acessos a cuidados de saúde mental é reduzida (PNSM,2017). Ao longo dos últimos anos tem sido visível um aumento da preocupação na compreensão e tratamento da doença mental uma vez que quando estes utentes não têm acesso aos corretos cuidados de saúde apresentam perdas a nível social, afetivo, familiar, profissional e financeiro (Cardoso, 2008). Este aumento da sensibilização para esta temática deveu-se também ao aparecimento de algumas figuras públicas nacionais e internacional a relatar problemas do foro mental, muito relacionadas com a situação pandémica que vivemos.

As perturbações psicóticas, são as de maior impacto, apresentam uma prevalência a rondar os 3-4%, podemos incluir nestas perturbações a esquizofrenia, perturbação afetiva bipolar e perturbações depressivas graves com sintomas psicóticos associados (Coentre & Levy, 2020). Vários estudos revelam melhor prognóstico e diminuição das comorbilidades associadas quando é iniciado o tratamento adequado o mais precoce possível. Alguns estudos revelam ainda que a atuação em grupos de risco para o desenvolvimento de psicose pode até evitar a ocorrência de um primeiro surto psicótico, para tal é necessário preparar os profissionais e ensinar a população em geral de forma a identificar fatores de risco e sinais prodrómicos da psicose (Coentre & Levy, 2014).

As alucinações apresentam-se como o sintoma positivo mais frequente nos utentes com diagnóstico de Esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos, sendo as alucinações auditivas as mais prevalentes (Ashry, Daymen & Ramadan, 2021).

Apesar da descoberta dos antipsicóticos existem ainda utentes com manutenção da sintomatologia após início do tratamento farmacológico (Cerejeira, Lagarto & Renca, 2015) o que nos conduz à necessidade de implementação de intervenções não farmacológicas complementares para alívio da sintomatologia.

As taxas de nova hospitalização são elevadas e podem ser diminuídas ou mesmo evitadas, é importante que no plano de tratamento após a alta haja uma especial atenção na prevenção de recaída e conseqüente diminuição de novas hospitalizações (Cardoso, 2008b).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. A pessoa com experiência de doença mental

A história da psiquiatria acompanhou a evolução humana ao longo dos tempos, não apresentou uma evolução exponencial, sofreu avanços e recuos. Inicialmente, nas primeiras civilizações, a doença mental era vista como resultante de causas sobrenaturais, como possessões demoníacas ou penalizações de Deus passaram a ser vistos como loucos, para na Idade Média ser novamente colocada a hipótese de causas sobrenaturais. No Renascimento, os doentes mentais eram vistos como bruxas e feiticeiros o que levou a perseguição e morte de alguns doentes, maioritariamente mulheres este período de cerca de 150 anos, desde o final da Idade Média ao Renascentismo fez perto de 200 mil mortos (Saraiva, Polido & Bastos, 2015).

A definição de saúde mental e doença mental foi sempre difícil de encontrar uma vez que os fatores culturais influenciam esse conceito não o podendo tornar numa definição universal (Townsend, 2011). A doença mental surge muitas vezes como algo totalmente separado da doença física o que levou a OMS a alertar a existência de doença mental leva a que não exista um pleno estado de saúde (PNSM, 2017). A OMS definiu assim em 1946 saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, reforçando assim esta influência mútua.

Esta preocupação da influência mútua da doença física e a doença mental começou a surgir nas primeiras civilizações, o Talmude reforça essa influência ao não separar a mente e o corpo, por outro lado Platão era defensor de uma teoria dualista na qual mente e corpo são coisas totalmente distintas (Saraiva, 2015). A proximidade entre a doença mental e doença física tem sido investigada uma vez que são diversas as ocorrências de elas surgirem em consequência mútua, bem como uma maior utilização dos serviços de saúde em consequência as morbilidades da doença mental (Almeida, 2018 citando OMS 2005). A doença mental é muitas vezes desvalorizada, mesmo pelo próprio utente uma vez que é comum os utentes não reconhecerem que têm uma doença mental ao contrário da doença física, nos casos da psicose este fator está agravado uma vez que a falta de *insight* é uma característica da patologia (Cardoso, 2008).

A doença mental é considerada das principais causas de morbidade no nosso país, a taxa de mortalidade de doença mental é baixa e diz respeito quase em exclusivo a morte por suicídio (PNSM, 2017). Ao não apresentar taxas de mortalidade elevadas as pessoas com experiência de doença mental tendem a viver mais anos com incapacidade (PNSM, 2017). Os transtornos psicóticos não se apresentam como sendo os mais prevalentes entre as diferentes doenças mentais, mas destacam-se por serem particularmente incapacitantes (Charlson et al, 2018).

2.2. As alterações da percepção

Apesar de vulgarmente as alucinações serem vistas quase como as únicas alterações da percepção existem outras alterações (Valente, 2015). A percepção é vista na CIPE versão 2 como um foco de atenção do enfermeiro e pode ser definida como um “processo do Sistema Nervoso: Registo Mental consciente de estímulos sensoriais; ter noção de objectos ou outros dados através dos sentidos” (pp.67), as alucinações são uma alteração a este registo sensorial, sendo o diagnóstico de enfermagem associado definido como percepção comprometida.

Para que ocorra uma percepção correta é necessária a existência de três fases, a ocorrência de um evento sensorial, a captação desse evento através dos órgãos dos sentidos e a interpretação com significado do evento percecionado. As alterações da percepção podem ser distorções, quando existe um evento sensorial real, falsas percepção, com presença de evento sensorial real (ilusão) ou sem a presença do mesmo (alucinação ou pseudoalucinação). As alucinações carecem de mais foco por parte dos profissionais de saúde uma vez que as pseudoalucinações não apresentam objetividade sensorial e o utente acaba por apresentar *insight* para o que está a percecionar (Correia, Guerreiro & Barbosa, 2014).

Apesar de este sintoma se encontrar predominantemente associado aos transtornos psicóticos, algumas alucinações estão estudadas como sendo do “âmbito das experiências normais” (p.88) estas podem ser alucinações hipnagógicas (ao adormecer), hipnopômicas (ao acordar) (APA;2014), devido a perturbações neurológicas ou oculares ou podem mesmo ocorrer em indivíduos saudáveis, com uma prevalência de cerca de 5,2% (Gonçalves, Sampaio, Sequeira & Silva, 2021 citando McGrath et al., 2015).

Neste trabalho irei dar enfoque as alucinações de causa não orgânica, uma vez que as de causa orgânica têm potencial de ficar solucionadas tratando da causa orgânica que lhes deu origem.

Segundo a *American Psychiatric Association* (2014), as alucinações apresentam-se como um dos sintomas para diagnóstico dos transtornos psicóticos. As perturbações do “espectro da Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos” podem ser definidos quando existe: delírios, alucinações, pensamento desorganizado, comportamento desorganizado e a presença de sintomas negativos. Segundo a mesma fonte as alucinações “são experiências semelhantes à percepção que ocorrem sem um estímulo externo. São vividas e claras, com toda a força e o impacto das percepções normais, não estando sob controle voluntário” (p. 87).

“As alucinações são um dos principais sintomas positivos e uma característica dos pacientes com esquizofrenia” (p.141), as alucinações mais frequentes, com 70% de prevalência, são as alucinações auditivas, e mesmo com a introdução de terapêutica antipsicótica 35% dos utentes persiste com este sintoma. Cerca de 30% do total de utentes que experimentam alucinações auditivas têm um conteúdo imperativo, as vulgarmente conhecidas como “vozes de comando” (Ashry et al, 2021).

Os utentes com alucinações auditivas de conteúdo imperativo, se não apresentarem capacidade de autogestão tendem a obedecer as ordens, estas ordens podem ser um perigo para a segurança do próprio e dos restantes (Trygstad, Buffum, Lyttle & Dowling , 2010) bem como contribuir para o isolamento social (England, 2008).

A origem da psicose, ou dos sintomas psicóticos tem várias hipóteses, uma hipótese refere a intensidade emocional como a sua causa sendo que o tratamento passaria pela diminuição e controlo emocional. Esta hipótese foi testada através do projeto Soteria que consiste na diminuição da ingestão farmacológica e um ambiente com proteção e suporte emocional e 56% dos utentes apresentam resultados semelhantes ou melhores que os utentes a realizar tratamento com antipsicóticos. Kapur em 2003 propõe a hipótese dopaminérgica, na qual a psicose seria consequência de uma excessiva atividade de dopamina (Ribeiro, 2012).

2.3. A alucinação como foco de atenção de enfermagem

O tratamento da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos assenta em três princípios, a psicofarmacologia, a educação e as intervenções psicossociais e a reabilitação. A American Psychiatric Association (APA, 2014) sugere algumas intervenções essenciais neste processo terapêutico, tais como, “estabelecimento e manutenção de uma aliança terapêutica; monitorização do estado psiquiátrico do paciente; transmissão de educação com relação à doença e ao seu tratamento; determinação da necessidade de tratamento farmacológico e de terapias específicas; desenvolvimento de um plano geral de tratamento; adesão ao plano proposto; aumento do entendimento e adaptação aos efeitos psicossociais da doença; identificação e início precoce do tratamento de novos episódios; abordagem dos factores que precipitam e/ou perpetuam os episódios; abordagem familiar tanto para aliviar o sofrimento como “melhorar o funcionamento familiar; facilitação do acesso a serviços e a recurso de saúde mental e outros sistemas relacionados” (p.5) (Cardoso, 2008)

England (2008) citando Lindenmayer (2000) refere que a maioria das pessoas com diagnóstico do espectro da esquizofrenia apresenta alucinações auditivas e estas podem permanecer mesmo com adesão correta de terapêutica antipsicótica. O conteúdo da alucinação pode originar alterações comportamentais e num caso extremo levar ao suicídio (England, 2008 citando Hardy et al, 2005, Trower et al, 2004), essencialmente quando o conteúdo destas é pejorativo e/ou imperativo (Trygstad et al, 2010)

Apesar da introdução de antipsicóticos 40% dos utentes apresenta um reinternamento em espaço de 2 anos (England, 2008 citando Van Meijel, Van Der Gaag, Sylvain, & Grypdonck, 2004) o que torna imperativo uma intervenção de enfermagem de forma a melhorar a gestão das alucinações e diminuir o impacto destas na qualidade de vida dos utentes com experiência das alucinações.

Segundo a CIPE versão 2 alucinação é “Percepção comprometida: aparente registo de estímulos sensoriais que realmente não estão presentes; classificam-se, segundo os sentidos, em alucinações auditivas, visuais, olfativas, gustativas ou tácteis”. (p. 38). A alucinação pode ser vista como um foco de atenção da enfermagem, sendo a percepção

alterada (definida também como comprometida) o diagnóstico de enfermagem associado.

Segundo a taxonomia NANDA-I, no domínio da percepção/cognição, a percepção sensorial perturbada é uma “Mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos, acompanhada por resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos” (p.187), deve-se especificar o órgão do sentido afetado (visão, audição, tato, olfato, paladar).

Segundo Gonçalves et al, 2021 citando Lim et al, 2016, 80% dos utentes, num total de 750, com diagnóstico de espectro da esquizofrenia tem uma experiência de alucinação, apesar desta elevada prevalência são ainda poucos os estudos nesta área.

Se pensarmos em intervenções de enfermagem com o utente com experiência de doença mental, neste caso específico a psicose com a presença de alucinações, um dos nossos objetivos a longo prazo será que o utente apresente qualidade de vida, de forma a adquirir o seu melhor estado de saúde mental possível. Para que tal ocorra é necessário garantir uma correta adesão ao plano terapêutico (não apenas ao plano medicamentoso), a ausência de *insight* na doença mental constitui um fator de elevada relevância no curso da doença pois baixos níveis de *insight* estão relacionados com maiores taxas de abandono terapêuticos (Vanelli et al, 2010). A presença de alucinações auditivas coloca o utente “em risco de marginalização, isolamento social” (p.40) (England, 2008).

O termo *insight* surgiu pela primeira vez em 1836 e dizia respeito à capacidade de o utente com experiência de doença mental reconhecer o próprio delírio. Em 1934 o *insight* passa a ser definido como “ a atitude correta perante as alterações patológicas em si mesmo e a capacidade de se aperceber que a doença é mental” (p.1012) (Vanelli et al, 2010).

O tratamento dos utentes com experiência de alucinação sofreu uma considerável evolução com a descoberta dos antipsicóticos, a clorpromazina foi o primeiro antipsicótico a ser utilizado, descoberto em 1950 pelo psiquiatra Francês Henri Laborit. A clorpromazina, considerada um antipsicótico típico ou de primeira geração. Na década de 70 do século XX surgem os antipsicóticos de segunda geração ou atípicos (Cerejeira et al, 2015) estes segundos surgem pela necessidade de diminuir alguns dos efeitos colaterais dos neuroléticos sendo os efeitos extrapiramidais os mais frequentes e conhecidos. Apesar da introdução de terapêutica antipsicótica, 40% dos utentes

apresentam uma recaída nos dois primeiros anos após início do tratamento apesar de manterem adesão ao mesmo (England, 2008).

Como forma de afirmar a Enfermagem enquanto disciplina na área da saúde é indispensável uma prática de acordo com um referencial teórico. A teoria dos Sistemas de Betty Neuman, um modelo holístico, com foco no bem-estar do utente como um sistema, sistema esse com influência de stressores de diversas origens.

Este modelo foca essencialmente o sistema, o ambiente e o efeito deste no bem-estar do sistema o que permite a aplicação deste modelo de prática clínica em diversos contextos. O modelo valoriza o trabalho do enfermeiro através da qualidade dos cuidados holísticos prestados uma vez que este é o profissional mais bem posicionado no que diz respeito à observação e identificação dos stressores e consequente implementação de diversas intervenções de enfermagem, nomeadamente medidas preventivas (Cardoso, 2008b). Segundo o RCEEEESMP (p.21427) “As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam.”

O tratamento da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos apresenta três pilares fundamentais, a psicofarmacologia, a educação e intervenção psicossocial e a reabilitação. Torna-se assim fundamental uma abordagem que vise capacitar o utente a aderir ao seu plano terapêutico, promover a sua autonomia e qualidade de vida e aquisição de novos comportamentos (Cardoso, 2008).

“O verdadeiro desafio na prestação de cuidados às pessoas que sofrem de esquizofrenia está na necessidade de organizar serviços que garantam uma ação contínua, desde a identificação precoce até ao tratamento regular e à reabilitação” (p. 5)(Cardoso, 2008).

O percurso ideal neste tipo de transtornos seria a identificação precoce, tratamento da sintomatologia, empoderar o utente e família, evitar recaídas e reintegrar na comunidade (Cardoso, 2008b).

2.4. Intervenção especializada com o utente sem insight

Estudos revelam que a falta de *insight* na esquizofrenia e outros transtornos psicóticos é bastante prevalente, 57% dos utentes não reconhece, mesmo em situações moderadas a graves a existência da doença (Cardoso, 2008). Algumas teorias defendem que a intervenção ao utente com experiência de alucinação sem *insight* baseia-se na gestão do sintoma e prevenção de complicações associadas, evidenciando a importância da psicofarmacologia, sabe-se ainda que apesar da introdução dos psicofármacos alguns utentes mantêm a sintomatologia, o que motivou investigar que outras intervenções podem ser realizadas com o utente numa fase de crise, sem *insight* ou com níveis baixos do mesmo. Apesar da escassez de intervenções com o utente sem *insight* recorri a taxonomia NANDA-I de forma a encontrar intervenções a realizar em paralelo com a psicofarmacologia. Segundo a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) o controle das alucinações tem como objetivo a “Promoção da segurança, do conforto e orientação para a realidade do paciente com alucinações” (p. 130), para cumprir o objetivo são sugeridas diversas intervenções apesar de não existir qualquer referência ou divisão à fase da doença que o utente vivência de forma a adequar as intervenções aplicadas.

Existem intervenções transversais a fase de doença nomeadamente o estabelecer uma relação terapêutica, promover uma comunicação terapêutica, criar oportunidade para o utente discutir as alucinações, encorajar a expressão de sentimentos e emoções, orientar familiares/cuidadores para formar de lidar com as alucinações do utente e envolver o utente em atividades de distração da alucinação, estas podem ser em grupo ou individuais dependendo da condição do utente.

Existem, no entanto, intervenções de enfermagem mais adequadas a uma fase inicial da crise, momento em que o utente ainda apresenta níveis reduzidos de *insight*, sendo que nesta fase o nosso objetivo “tratar sintomas, conferir aptidões às pessoas doentes e aos seus familiares” (Cardoso, 2008), nesta fase o enfermeiro mobiliza-se a si próprio “como instrumento terapêutico” conforme o descrito no RCEESMP (p. 21427).

Em diversas intervenções sugeridas é dada importância a gestão do ambiente, segundo o modelo de Betty Neuman o utente é um sistema aberto que sofre com fatores de *stress* de ordem interpessoais, extrapessoais ou intrapessoais, na qual o utente utiliza os seus recursos de forma a evitar o impacto destes fatores. Quando os recursos não

permitem restaurar o equilíbrio as nossas intervenções visam potenciar os recursos do sistema de forma a manter a homeostasia ou reduzir os fatores geradores de *stress* (Freese, 2002). A gestão terapêutica do ambiente em unidades de internamento de psiquiatria é crucial para promover um seguro, acolhedor e propício a recuperação, segundo Townsend (2011) os enfermeiros são os elementos com maior responsabilidade em garantir a gestão terapêutica do ambiente. Os ambientes terapêuticos das unidades de internamento providenciam cuidados de acordo com as necessidades individuais do utente de forma a este retomar a sua vida o mais precocemente possível, sendo que o internamento tende a variar entre as duas e quatro semanas (Cardoso, 2008b).

Existe uma forte relação entre os sintomas afetivos/emocionais e os sintomas psicóticos. Um estudo realizado por investigadores da Universidade de Maastricht demonstra que os utentes com sintomatologia psicótica vulgarmente com embotamento afetivo apresentam uma “reatividade emocional preservada ou mesmo aumentada, ainda que a sua expressão esteja diminuída” (Ribeiro, 2012 citando Germeys, 2011), daí a importância de incentivar a expressão de sentimentos e emoções nestes utentes. “As alterações da sensopercepção devem ser exploradas com uma atitude de curiosidade e respeito pelas experiências do doente, já que este pode reçar ser ridicularizado se as verbalizar” (p.67) (Cerejeira & Nogueira, 2015). É de elevada importância que a equipa de enfermagem permita que o utente exprima as suas alucinações e simultaneamente avalie o risco de suicídio (Buffum et al, 2009), numa fase de crise, na presença de alucinações de conteúdo imperativo os utentes tendem a agir o que pode resultar em danos graves para o mesmo ou para terceiros (England, 2008).

2.5. Intervenção especializada com o utente com insight

Apesar da elevada taxa de utentes com falta de *insight*, parcial ou total, nos transtornos psicóticos, após estabilização da crise inicial parece haver benefícios em termos de *insight* (Cardoso, 2008). Cerca de 80% das recaídas são evitáveis, nesse sentido as intervenções numa fase de reabilitação têm como objetivo diminuir o risco de hospitalização (Cardoso, 2008 citando Amenson, 1998) e reintegrar o utente na comunidade. O *empowerment* deve ser promovido o mais precocemente possível, se possível ainda durante o internamento, de forma a promover a autonomia do utente. Este conceito diz respeito ao “conjunto de estratégias de fortalecimento do poder, da autonomia e da auto-organização” (Cardoso, 2008b citando Health Promotion Glossary, Génève: WHO, 1998), este processo permitirá ao utente um maior controlo sobre a sua tomada de decisão.

O processo de empoderamento do utente, nesta fase permite reduzir o estigma, aumentar o conhecimento da sua situação de doença e por consequência aumentar o seu compromisso e responsabilidade no plano terapêutico. Este comprometimento com o plano irá melhorar o seu prognóstico, nenhum plano terapêutico é verdadeiramente eficaz se não houver um comprometimento sincero do utente e trabalho conjunto com os profissionais de saúde (Cardoso, 2008).

As terapias cognitivo-comportamentais, bem como outras psicoterapias, são descritas como eficazes na diminuição de sintomatologia psicótica, nomeadamente das alucinações, em Portugal a formação em terapias cognitivo-comportamentais pode ser realizada por intermédio de algumas associações profissionais.

No local onde realizei o estágio de internamento estava implementado um Programa de Treino Metacognitivo sendo por isso uma intervenção na qual irei dar mais enfoque.

O Treino Metacognitivo (TMC) é uma intervenção psicoeducativa e psicoterapêutica, indicada em utentes com experiência de psicose em processo de reabilitação psicossocial, tem como objetivo desenvolver consciência sobre os próprios processos cognitivos e consequente reflexão e adaptação aos sintomas psicóticos. Existe em Portugal a versão 6.3 do programa do TMC para a psicose desde 2017, este programa inicialmente foi desenvolvido na Alemanha por Moritz & Woodard, em 2007. A

metacognição define-se “como a capacidade de aprender a pensar sobre o nosso próprio pensamento, a pessoa aprende a gerir a informação de maneira a responder de forma mais adaptativa e apropriada” (p.4). (Gonçalves & Nunes, 2022)

O TMC baseia-se num programa de 8 módulos, em grupos de 3 a 10 pessoas, preferencialmente devem ser realizadas sessões duas vezes por semana com uma duração de 45-60 min. O TMC deve ser realizada por profissionais com experiência na área da psicose, nomeadamente psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais e enfermeiros. Este programa tem eficácia na redução de atividade delirante e alucinatória e aumento dos níveis de insight. Um estudo realizado por Pinho et al (2020) após três meses de intervenção, realizada por um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, os utentes apresentavam “melhoras significativas na atividade delirante, sintomatologia psicótica, performance pessoal e social” (p.9)

Módulo I	Atribuição
Módulo II	Saltar para conclusões
Módulo III	Mudar crenças
Módulo IV	Empatizar
Módulo V	Memória
Módulo VI	Empatizar
Módulo VII	Saltar para conclusões
Módulo VIII	Autoestima e humor

Quadro 1- Módulos de TMC (Gonçalves & Nunes, 2022)

A Psicoeducação é uma abordagem psicossocial (Cardoso, 2008b) que visa a capacitação dos utentes para gerir a sua situação de doença. O alvo desta intervenção psicossocial pode ser o utente e sua família ou cuidador, pretende-se que a população-alvo adquira informações sobre a sintomatologia da doença, possíveis etiologias, tratamento e prognóstico, promovendo uma correta e ativa adesão e participação no plano terapêutico e melhorando os níveis de *insight* (Cardoso, 2008).

3. ESTÁGIOS REALIZADOS

No projeto de estágio delineei o percurso a realizar ao longo deste estágio, durante o estágio de observação foi possível conhecer ambos os contextos de estágio uma vez que iria realizar ambos no mesmo departamento. Os estágios decorreram assim no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria de um Hospital Geral da ARSLVT, o primeiro contexto diz respeito ao internamento e o segundo ao hospital de dia psiquiátrico. O departamento tem diversas formas de apoio e acompanhamento aos seus utentes, tem a vertente do internamento de crise, da vertente ambulatória fazem parte as consultas externas de psiquiatria (médicas, de enfermagem e de psicologia) e o hospital de dia de psiquiatria (HDP).

A equipa de enfermagem é composta por onze enfermeiros afetos ao serviço de internamento sendo cinco deles EEESMP, sendo a enfermeira coordenadora especialista, um enfermeiro na consulta externa de psiquiatria e um EEESMP o principal coordenador do HDP. A equipa médica é constituída por um médico de Medicina Interna e cinco Psiquiatras, sendo um deles o Diretor Clínico do departamento. O departamento conta ainda com a colaboração de um assistente social, um terapeuta ocupacional e um psicólogo que não trabalham em exclusivo com os utentes do departamento.

3.1. Internamento de crise de psiquiatria

O estágio no internamento de crise de psiquiatria decorreu entre os dias 26 de Setembro de 2022 e o dia 16 de Dezembro de 2023.

Os utentes admitidos são provenientes da urgência geral do mesmo hospital ou da urgência psiquiátrica de um outro hospital da ARSLVT, os utentes podem ainda ser admitidos diretamente pela consulta externa e pelo hospital de dia do departamento. Os utentes podem estar em regime de internamento voluntário ou internamento compulsivo ao abrigo da Lei de Saúde Mental (Lei n. º36/98, de 24 de Julho).

Fisicamente, o internamento conta com 11 quartos, com 18 camas, um refeitório, uma sala multiusos (com livros e jogos), um jardim, um gabinete de consulta, um gabinete destinado a enfermeira coordenadora, uma sala de trabalhos utilizada essencialmente pelos enfermeiros, uma sala de tratamentos, uma sala de limpos, uma sala de sujos e um espaço destinado a realização de banho assistido.

Conta com assistência dos médicos psiquiatras em dias úteis das 8 às 20h, após esse horário alguma situação de urgência será tratada com os médicos da urgência geral. Durante o meu estágio foi havendo um alívio das medidas de restrição de visitas devido a situação pandémica que vivemos, inicialmente cada utente tinha apenas direito a uma visita por dia e com necessidade de marcação, no final já era possível realizar visitas sem marcação, com horário mais alargado, mas ainda com restrição de duas visitas por utente.

No serviço existe já definida a realização de Treino Metacognitivo, uma intervenção conjunta de enfermagem e psicologia, realizada nos dias úteis, exceto à quarta-feira, das 11h30 às 12h30. Os utentes que se encontram no momento no serviço são avaliados e definidos aqueles que deverão participar no programa de Treino Metacognitivo. De forma a avaliação a aquisição de conhecimentos os utentes realizam o preenchimento da Escala de *Insight* de Marková e Berrios, que se encontra adaptada para português desde 2010, antes de iniciarem o programa e após participarem no programa, esta escala encontra-se disponível no Anexo 2 deste relatório.

A população-alvo deste serviço são adultos, mais de 18 anos, com experiência de doença mental cujo estado clínico exige uma supervisão a tempo inteiro e necessitam de um ambiente mais contendor. Para admissão no serviço era necessária a realização de análises e outros meios complementares de diagnóstico para despiste causa orgânica da sintomatologia psiquiátrica.

3.1.1. Atividades desenvolvidas

Ao longo do estágio no serviço de internamento tive como principal foco a avaliação individual de utentes, através de entrevistas informais e não estruturadas de forma a elaborar diagnósticos de enfermagem, planos de cuidados e avaliação das intervenções implementadas, optei sempre que possível com utentes com alucinações de forma a implementar as intervenções resultantes da evidência encontrada.

Com todas as intervenções individuais realizadas aperfeiçoei a avaliação do estado mental que inicialmente não era intuitiva e demonstrava dificuldade na sua avaliação, mas com o avançar do estágio foi ficando progressivamente mais fácil de avaliar e mais intuitiva o que também permitiu melhorar a linguagem utilizada para me exprimir quer com os restantes enfermeiros como com a restante equipa multidisciplinar.

Realizei uma intervenção psicoterapêutica em grupo, na qual juntei três utentes com experiência de alucinações, com os quais tinha realizado as entrevistas individuais. Intitulei a atividade como “Emocional (mente)”, com o objetivo principal de promover a expressão de sentimentos e emoções. O jogo consiste num tabuleiro onde estão representadas as emoções básicas (alegria, tristeza, medo, nojo, raiva e surpresa), ao lançarem o dado cada utente desloca o “monstrinho” ao longo das emoções e terá de relatar uma situação da sua história de vida na qual sentiu aquela emoção e quais os sentimentos envolvidos. No jogo existe ainda uma peça, a menina, que representa uma pessoa significativa (familiar, profissional, amigo) a qual os utentes podem recorrer sempre que precisem de ajuda na sua gestão emocional. No final os utentes exprimiram agrado na participação, todos conseguiram identificar emoções e sentimentos e houve partilha de estratégias de *coping* para determinadas situações relatadas. O plano de sessão desta intervenção encontra-se no Apêndice 1 deste relatório.

Em termos de intervenções em grupo pude ainda participar no Programa de Treino Metacognitivo já existente no serviço, as sessões eram realizadas juntamente com a psicóloga do departamento.

Foi no decorrer do estágio no serviço de internamento que realizei o estudo de caso, a utente alvo tinha 38 anos, apresentava à entrada no serviço, perceção comprometida (alucinações auditivas de conteúdo imperativo e pejorativo), pensamento comprometido (delírios persecutórios dirigidos aos vizinhos), aceitação do estado de saúde comprometido. Uma vez que me apresentava em estágio aquando da sua admissão foi possível todo o processo de enfermagem, identificação dos problemas e necessidades, elaboração de diagnósticos de enfermagem, identificação e implementação de intervenções e avaliação das mesmas.

Foi-me possibilitada a participação nas reuniões informais da equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar uma vez que as reuniões formais (realizadas semanalmente) participei em uma apenas (por uma questão de organização interna) aquando do estágio no HDP. Aquando destas reuniões informais foi-me permitido expor as necessidades dos utentes que acompanhava de forma a fundamentar as intervenções realizadas.

Antes da implementação do jogo terapêutico criado (“Emocional (mente)”), pude realizar junto da equipa de enfermagem uma formação informal sobre a importância da

expressão de sentimentos e emoções no utente com experiência de alucinação bem como as restantes intervenções encontradas na evidência científica com impacto positivo nestes utentes, focando situações de utentes do próprio serviço com os quais intervim e verifiquei a eficácia das mesmas.

3.2. Hospital de Dia de Psiquiatria

O estágio no HDP decorreu entre o dia 3 de Janeiro e o dia 10 de Fevereiro de 2023.

O HDP tem como finalidade um acompanhamento mais próximo em regime de ambulatório parcial, em regime voluntário ou compulsivo. Tem como objetivo o tratamento a utentes que ainda não se apresentam estáveis e/ou com potencial de reabilitação, perspetiva-se a retoma a uma vida ativa o mais rapidamente possível através do cumprimento de um plano individual de intervenção.

Em termos físicos o HDP conta com uma sala multifuncional e uma casa de banho com balneário, na sala multifuncional são realizadas as intervenções em grupo e as refeições. Existe no departamento uma sala de reuniões que também é utilizada para a realização das intervenções individuais de forma a garantir mais privacidade.

O HDP apresenta uma lotação máxima de 10 utentes, estando neste momento reduzida a 8 devido às restrições impostas para evitar a transmissão por *COVID-19*. As admissões no serviço são provenientes da referenciação do serviço de internamento ou da consulta externa de psiquiatria. Os utentes referenciados são avaliados semanalmente, à quarta-feira, pela equipa multidisciplinar. Nesse mesmo dia são avaliados os utentes do HDP, definidos os planos individuais de intervenção, reavaliados os planos e discutidos possíveis ganhos em saúde e a necessidade de manutenção neste regime de acompanhamento.

As intervenções em grupo são planeadas pela equipa multidisciplinar, sendo o EEESMP o principal dinamizador, apesar da participação da psicologia e da terapia ocupacional. A temática muda semanalmente, de acordo com o grupo de utentes integrados no serviço, e toda as intervenções realizadas na semana seguem essa temática. No Quadro 1 ilustro o planeamento semanal padrão.

	Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Enfermagem	8:30- 9:30	Pequeno-Almoço (toma assistida da medicação)				
	9:30- 11:00	Café da manhã Adesão Terapêutica	Programa Viva+ Terapias Expressivas	Cinematoterapia	Ludoterapia	SOS Cuidados Básicos de Saúde Tema Livre
	11:00- 11:30	Meio da Manhã (Intervalo)				

Terapeuta ocupacional	11:30-13:00	Treino de AVD's	Treino de AIVD's	Cinematerapia (debate)	Treino de competências	Movimento
Enfermagem	13:00-14:00	Almoço (toma assistida da medicação)				
Enfermagem Psicologia	14:00-15:00	Psicoeducação	Estimulação Cognitiva	Treino de Competências	Tarde livre	Relaxamento
Enfermagem	15:00-17:00	Intervenções Individuais Planificação das atividades				

Quadro 2- Plano de Atividades do HDP

A semana inicia-se com o Café da manhã, intervenção conjunta entre o EESMP e o médico psiquiatra, tem como principal objetivo o relato das atividades desenvolvidas por cada utente ao longo do fim de semana de forma a identificar dificuldades e promover competências individuais para colmatar essas dificuldades. Finda esta intervenção segue-se a intervenção de Adesão Terapêutica, intervenção supervisionada e promovida pelo EESMP com finalidade de capacitar os utentes na preparação da terapêutica semanal e gestão dos *stock* e receituário. Após o almoço, a Psicoeducação conta com a intervenção do EESMP e psicóloga, apresentada através de projeção multimédia com o objetivo de capacitar os utentes sobre a sua situação de doença ou outra necessidade identificada de acordo com o grupo de utentes a frequentar o HDP no momento, é nesta sessão que os utentes descobrem a temática que será abordada ao longo da semana.

A terça-feira inicia-se com o Programa Viva+, da responsabilidade do EESMP que consiste na avaliação e monitorização dos sinais vitais e peso corporal dos utentes. Durante a tarde decorre a sessão de Estimulação Cognitiva, realizada entre o EESMP e a psicóloga com a finalidade de reabilitar determinadas áreas do funcionamento cognitivo. Segue-se a sessão de Terapias Expressivas onde de forma expressiva é promovido a expressão de sentimentos e emoções dos mais diversos meios artísticos.

A quarta-feira inicia-se com a sessão de Cinematerapia, implica o visionamento e reflexão de um filme, tendo como objetivo desenvolver a atenção, concentração, memória, raciocínio, compreensão e síntese, a reflexão e análise tem por base a temática da semana e visa promover uma consciencialização de sentimentos e emoções em torno da temática e facilitar a identificação de estratégias de *coping* eficazes. Para finalizar a quarta-feira, o Treino de Competências realizado em conjunto entre a EESMP e psicóloga visa a mudança social dos utentes de forma a adequar ou ajustar as interações sociais dos mesmos em contexto extra-hospitalar.

A Ludoterapia dá início às atividades de quinta-feira, conta com a participação do médico psiquiatra, tem como objetivo desenvolver a compreensão, atenção e concentração, raciocínio e interação social, existe a tentativa de que este esteja enquadrado na temática da semana, mas nem sempre existe essa possibilidade.

A sexta-feira inicia-se com a intervenção intitulada “SOS Cuidados de Saúde”, na qual é realizada uma sessão de educação para a saúde de forma a capacitar os utentes para cuidados básicos da sua saúde, esta sessão da responsabilidade do EESMP visa a promoção da saúde e prevenção da doença. A semana termina com uma sessão de relaxamento realizada pela EESMP e a psicóloga que normalmente segue o método do relaxamento progressivo de Jacobson com objetivo da redução do *stress*.

3.2.1. Atividades desenvolvidas

De acordo com o Plano de Atividades do HDP foi possível eu realizar todas as atividades de enfermagem, desenvolvendo intervenções especializadas. De forma implementar a pesquisa realizada no âmbito deste relatório, dinamizei toda a semana com a temática da “Perceção”, na qual todas as atividades desenvolvidas tinham a perceção como tema central.

Como referido anteriormente, participei numa reunião formal da equipa multidisciplinar onde juntamente com a orientadora foi realizado o ponto de situação dos utentes a frequentar o HDP naquele momento, atualização dos respetivos planos de cuidados, na qual resultou uma alta. Nesse mesmo dia foi realizada uma avaliação inicial de um utente referenciado pela consulta externa do departamento para uma posterior admissão no serviço.

Psicoeducação sobre “Hábitos de vida saudável ”

Esta intervenção foi realizada na semana onde a temática era “Envelhecer Saudável”, a intervenção foi realizada juntamente com a psicóloga, com auxílio de uma apresentação em *PowerPoint*. Esta temática tornou-se importante de abordar uma vez que se verificaram hábitos alimentares pouco saudáveis em alguns utentes bem como alterações ponderais. Inicialmente foi promovida a partilha dos conhecimentos sobre a temática que cada utente já possuía, tendo constatado um nível de conhecimento moderado sobre hábitos de vida saudáveis, sendo este conhecimento mais reduzido na área alimentar como já se tinha verificado.

Ao longo da intervenção foram abordados temas como a alimentação saudável, variada e equilibrada, exercício físico regular, ocupações de lazer e uma correta higiene do sono. Os utentes foram participando com questões bastante práticas ao longo da sessão o que tornou possível a identificação de algumas situações onde o seu conhecimento era mais baixo, nomeadamente a seleção dos alimentos e verificação de rótulos.

No final da intervenção os utentes solicitaram mais informação práticas sobre a seleção de alimentos saudáveis. Todos deram um *feedback* bastante positivo sobre os conteúdos abordados. O plano de sessão desta intervenção encontra-se no Apêndice 2 deste relatório.

Terapias Expressivas “hábitos de vida saudável”

Ao longo da sessão de Psicoeducação foi identificada alguma dificuldade, transversal a todos os utentes, na identificação da composição dos alimentos (leitura de rótulos). Nesta atividade foram disponibilizados alimentos (saudáveis e não saudáveis) na qual os utentes com auxílio de uma balança tinham de colocar o peso de açúcar que achavam que cada alimento tinha, havia alimentos de todas as secções da roda dos alimentos bem como alimentos processados.

Esta intervenção estimulou o raciocínio e o trabalho em equipa uma vez que os seis utentes presentes no dia tinham de trabalhar em conjunto. No final os utentes tinham de voltar o papel em baixo de cada alimento para perceber a real quantidade de açúcar presente, no geral a quantidade que eles pensavam era inferior nos alimentos não

saudáveis e nos alimentos saudáveis estes colocaram mais açúcar do que existe na realidade nos alimentos. O plano de sessão desta intervenção encontra-se no Apêndice 3 deste relatório.

Psicoeducação sobre “A percepção ”

Esta intervenção surgiu no âmbito da semana com a temática da percepção, como forma de dinamizar todas as atividades da semana em torno da temática a tratar no meu relatório. Esta intervenção psicoeducativa teve como objetivo a capacitação dos utentes sobre as diversas alterações da percepção, sinais e sintomas e estratégias para lidar, bem como a importância de cumprimento do plano terapêutico (farmacológico e não farmacológico).

A intervenção foi realizada na presença da psicóloga, mas foi-me permitido ser a principal dinamizadora, iniciamos a intervenção com a partilha do conhecimento que cada utente tinha sobre a temática, na qual pude verificar um baixo nível de conhecimento, os utentes desconheciam outras alterações da percepção para além das alucinações e mesmo sobre estas últimas os conhecimentos eram escassos apesar de alguns utentes já terem tido experienciado estas alterações. Ao longo da intervenção foi possível a partilha das experiências de cada um, aquando do momento da partilha de estratégias de como lidar com as alucinações foi promovida a identificação de estratégias de *coping* eficazes e pensamento crítico sobre as estratégias não eficazes relatadas por alguns. Terminamos a intervenção com a partilha de experiências pessoais e esclarecimentos de dúvidas. O plano de sessão desta intervenção encontra-se no Apêndice 4 deste relatório.

“Emocional (mente)”

Tal como no contexto de internamento foi realizada esta intervenção como forma de promover a partilha de experiências pessoais entre os utentes a frequentar o HDP.

Como forma de introduzir a intervenção foi esclarecida a importância da expressão de sentimentos e emoções relacionadas com as alucinações. Foi explicado o jogo e todos aceitaram participar. Ao longo da intervenção houve necessidade de

direcionar a intervenção para nos mantermos no objetivo de exprimir sentimentos e emoções relacionados com situações de experiência de alucinação, os utentes mantiveram-se participativos e revelaram agrado aquando da realização do mesmo.

Comparativamente ao serviço de internamento uma vez que os utentes alvo da intervenção apresentam níveis de *insight* superiores foi possível abordar estratégias de coping não eficazes e fazer ensinamentos sobre estratégias a adotar em determinadas situações, muitas das estratégias surgiram dos próprios utentes. O plano de sessão desta intervenção encontra-se no Apêndice 5 deste relatório.

Cinematerapia “Birdman”

O filme escolhido, de forma a ilustrar a temática da sessão de Psicoeducação da semana, retrata as alucinações auditivas da personagem principal e a forma como estas alterações têm impacto nas suas atividades de vida diária. No filme a linha entre o conteúdo das alucinações e a realidade é ténue o que nos leva a imergir nas próprias alucinações do protagonista. No final do filme juntamente, com a terapeuta ocupacional, foi realizado o resumo e debate do filme, foi também abordada a questão dos consumos e o impacto destes no agravamento da sintomatologia. O plano de sessão desta intervenção encontra-se no Apêndice 6 deste relatório.

Cinematerapia “Divertida (mente)”

A visualização deste filme surgiu após o debate do filme “Birdman” uma vez que todos os utentes falaram na dificuldade em exprimir sentimentos e emoções não só em situações de alucinações, mas também noutras situações stressantes da vida de cada um.

Ao longo do filme fui pausando o mesmo de forma a irmos debatendo algumas cenas e refletindo sobre elas, no final do filme os utentes revelaram agrado e houve o relato e debate de algumas situações de cada um semelhante a cenas do filme. Foi promovida a interação entre os utentes e a entreadajuda, pois as estratégias de *coping* foram dadas pelos próprios utentes. O plano de sessão desta intervenção encontra-se no Apêndice 7 deste relatório.

“História das emoções”

Intervenção lúdico-terapêutica, realizada na semana da “Percepção”, o objetivo era o reconhecimento emocional de determinadas situações relacionadas com a uma situação de alucinações. Um utente iniciou a história e o seguinte teria de dar continuidade e retratar uma nova emoção ou sentimento e estratégias de *coping* eficazes para lidar com as adversidades que iam surgindo.

Inicialmente foi pedido aos utentes para falarem das emoções bases retratadas no filme “Divertida (mente)”, após isso foi pedido a um utente que se denomina a emoção que mais caracterizava a sua experiência de alucinação e que se inicia uma história com essa mesma emoção, e os restantes continuariam a história.

Esta intervenção foi realizada pela dificuldade relatada e observada em exprimir sentimentos e emoções não só em situações relacionadas com o seu processo de doença, mas também em situações do dia-a-dia, apesar da dificuldade os utentes conseguiram identificar a emoção retratada pelo utente que estava a descrever a história e conseguiram todos retratar histórias que demonstrassem o sentimento ou emoção que pretendiam. Todos revelaram agrado na participação. O plano de sessão desta intervenção encontra-se no Apêndice 8 deste relatório.

“A minha percepção”

Intervenção lúdico-terapêutica com o objetivo de sensibilizar para a importância dos órgãos dos sentidos. Como forma de introdução foi pedido aos utentes que retratassem uma situação em que sentiram que terem alucinações tenha afetado as suas atividades de vida. Após esse relato foi pedido de escolhessem um órgão do sentido apenas e teriam de descobrir os dois alimentos que lhes eram disponibilizados apenas com o sentido referente ao órgão.

Os alimentos fornecidos tinham uma apresentação semelhante de forma a dificultar a sua identificação apenas com um dos sentidos. Foi feita a ponte para as alterações da percepção, especialmente as alucinações, e na dificuldade que as pessoas com estas alterações vivenciam e na dificuldade que tem para manter uma rotina de vida diária.

No final o feedback foi bastante positivo. Todos demonstraram utilidade na atividade como forma de sensibilização para as alucinações. O plano de sessão desta intervenção encontra-se no Apêndice 9 deste relatório.

Relaxamento progressivo de Jacobson

O relaxamento é uma intervenção com o objetivo de reduzir os níveis de *stress*, através da criação e libertação muscular.

Este tipo específico de relaxamento foi criado por Edmund Jacobson e pode ser aplicado em determinado músculo, num grupo de músculos e no corpo inteiro, o objetivo é o utente tomar consciência da sua tensão muscular. Neste caso utilizei uma versão adaptada na qual selecionei exercícios específicos para trabalhar os diversos grupos musculares numa só sessão, ao invés de diversas sessões para trabalhar um grupo muscular específico em cada sessão. Os exercícios tinham como objetivo a contração e relaxamento muscular, num sentido cefalo-caudal, dos grupos musculares (cabeça e pescoço, membros superiores, tronco, membros inferiores).

A sessão iniciou-se com um aquecimento inespecífico, na qual todos partilharam como se sentiam naquele momento, foi ainda promovida a partilha de alguma situação que cada um identifica-se como geradora de um nível significativo de *stress*. Foi realizado um aquecimento específico, com movimentações articulares ao som de música de fundo (retratando sons da natureza), após o aquecimento os utentes deitaram-se em colchões em decúbito dorsal, membros em extensão e olhos fechados, ficando apenas eu sentada no chão a dar as indicações necessárias a realização da intervenção. Durante a intervenção foram promovidos momentos de descanso e inspirações profundas, a intervenção terminou com todos sentados nos colchões, todos partilharam novamente como se estavam a sentir naquele momento.

O *feedback* da intervenção foi bastante positivo, apesar de no aquecimento inespecífico ninguém ter relatado elevados níveis de *stress* todos referiram no final sentir um efeito relaxante a nível mental e físico. O plano de sessão desta intervenção encontra-se no Apêndice 10 deste relatório.

4. QUESTÕES ÉTICAS

O respeito pelos princípios éticos é fundamental e se falarmos no exercício da prática de enfermagem este torna-se ainda mais importante. Segundo o REPE, no artigo 106.º o enfermeiro encontra-se “obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão” (pp.84), como forma de assim assegurar a confidencialidade de toda a informação fornecida ao longo das minhas intervenções individuais ou em grupo os dados pessoais dos utentes nunca foram revelados, utilizando iniciais para nominação dos mesmos e não evidenciando as instituições onde realizei os estágios.

Foi após a II Guerra Mundial que houve uma crescente preocupação pela dignidade humana, e conseqüentemente a ideia de que qualquer intervenção deve ser apenas realizada após ser consentida, sendo que este consentimento é informado e esclarecido (Silva, 2020). Durante o meu estágio em todas as intervenções por mim realizadas o utente foi informado e consentiu com a sua realização, este foi realizado verbalmente e sempre conferido pelas enfermeiras orientadoras.

O internamento compulsivo (IC) é regulamentado em Portugal desde a Lei n.º36/98 de 24 de Julho, esta intervenção deve apenas ser utilizada como último recurso. O IC apresenta duas finalidades “a proteção da pessoa pela intervenção terapêutica e proteção social” (p. 41) (Silva, 2020). Os utentes com os quais contactei ao longo do estágio, na sua maioria, estavam sobre um regime de internamento compulsivo, este durava sempre o mínimo de tempo possível e assim que o seu estado de saúde o permitia eram colocados em regime de internamento voluntário, mas independentemente do regime em que se encontraram nunca realizei nenhuma intervenção com a qual os utentes não consentissem de forma não afetar a relação terapêutica.

Uma boa prática de enfermagem deve-se reger pelos direitos e deveres presentes no código deontológico dos enfermeiros e no Regulamento do Exercício da Prática do Enfermeiro (REPE), desta forma as minhas intervenções ao longo deste percurso formativo respeitaram estes princípios garantindo sempre a dignidade humana.

PARTE 2 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este segundo capítulo tem como objetivo descrever a forma como desenvolvi as minhas competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas como enfermeira especialista em SMP.

5. DE ENFERMEIRA DE CUIDADOS GERAIS A ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

5.1. Desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista

As competências comuns do EE foram definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2018 e encontram-se divididas em quatro domínios, que são a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

- Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.
- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Penso que todas as atividades desenvolvidas têm como objetivo alcançar este primeiro domínio das competências do enfermeiro especialista. As atividades realizadas em ambos os contextos permitiram reforçar uma prática profissional de acordo com o código deontológico, princípios éticos e legais. A realização do Estudo de Caso durante o primeiro contexto terá sido das atividades mais se destaca, o mesmo foi realizado, planeado e estruturado em parceria com a utente de forma a garantir a sua segurança, privacidade e respeito pela sua dignidade, garantindo o cumprimento dos direitos humanos. Os Jornais de Aprendizagem foram importantes momentos de análise e de reflexão de momentos significativos e impactantes ao longo dos estágios. Este processo permitiu uma tomada de consciência do impacto e importâncias das dimensões ético-

legais no desempenho da nossa profissão e a tomada de decisão inerentes as nossas intervenções. Apesar de não ter sido solicitado consentimento informado por escrito, sempre que necessário e respeitando sempre a confidencialidade e sigilo profissional o mesmo foi solicitado verbalmente, respeitando assim as normas ética e legais. Os registros de enfermagem diários eram realizados em processo individual de forma a garantir a adequada continuidade de cuidados.

Competências do domínio da melhoria continua da qualidade

- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.
- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.
- Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Para desenvolver este segundo domínio, efetuei uma prática baseada na evidência, incuti em mim a necessidade de me perguntar o porquê de cada intervenção. Novamente o Estudo de Caso e os Jornais de aprendizagem tiveram um papel central no desenvolver deste segundo domínio, foi através deles que refleti e analisei situações da prática clínica e assim fundamentar com base na evidência encontrada as minhas intervenções.

Ao longo do estágio foi possível conhecer o programa de melhoria continua da qualidade e segurança do utente do hospital, a identificação correta do utente, comunicação eficaz, segurança do medicamento, cirurgia segura, redução do risco de infeção e prevenção de quedas são as seis metas do programa. A equipa de enfermagem do departamento de saúde mental e psiquiatria está incluído no programa de formação do hospital, promovendo a formação de enfermeiros de outros serviços em temáticas como a comunicação assertiva e gestão de comportamentos agressivos.

Outros dois projetos em curso no departamento, mais direcionados para a saúde mental, são o (in)Corpora e a psiquiatria de ligação. O primeiro realiza-se com a cooperação da câmara municipal e de voluntários que semanalmente garantem o transporte de utentes do município a consulta de enfermagem para realização de NAP ou consulta de adesão terapêutica (treino de preparação da terapêutica, quinzenal ou

mensal). O segundo com o objetivo de melhorar a gestão do comportamento agressivo em serviços intra-hospitalares que não o internamento de psiquiatria.

Competência do domínio da gestão de cuidados

- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

As reuniões da equipa multidisciplinar foram sem dúvida a atividade que mais ajudou ao desenvolvimento do terceiro domínio das competências comuns do enfermeiro especialista. Estas reuniões realizam-se semanalmente às quartas-feiras, com a presença de toda a equipa multidisciplinar, tinham como objetivo a discussão dos planos individuais de intervenção (PII) e a adaptação destes às necessidades de cada utente. Por motivos internos ao departamento apenas pude assistir a uma reunião, durante o estágio no HDP.

Esta competência foi desenvolvida em todo o estágio, uma vez que na minha prestação de cuidados de enfermagem esteve presente a política vigente no hospital. Tomei ainda conhecimento dos métodos de organização do hospital e do trabalho da equipa multidisciplinar.

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Todas as atividades desenvolvidas propiciaram o desenvolvimento desta última competência. O desenvolvimento do meu autoconhecimento e a assertividade esteve presente em todos os momentos de prestação direta de cuidados, permitiu-me identificar barreiras e facilitadores intrínsecos ao estabelecimento de uma relação terapêutica. A identificação de obstáculos tais como, a dificuldade inicial em realizar uma correta e rápida avaliação do estado mental, utilizar técnicas comunicacionais, observação da comunicação não-verbal do utente e identificação de fenómenos de transferência e contratransferência promoveu o processo reflexivo e melhoria continua da minha

comunicação e prática de cuidados baseada na evidência encontrada. Este processo reflexivo foi realizado através dos Jornais de Aprendizagens e nas análises e críticas construtivas das enfermeiras orientadoras, após as intervenções individuais e em grupo realizadas.

Para atingir a competência de aquisição de uma prática clínica especializada baseada em evidência científica foi realizada ao longo de todo o percurso pesquisa bibliográfica, maioritariamente focada no tema deste relatório, mas sem desprezar outras temáticas importantes para a aquisição de competências como EESMP. Operei como formador informal partilhando com as orientadoras e restante equipa o resultado das pesquisas realizadas de forma a promover uma correta e informada tomada de decisão.

5.2. Desenvolvimento das competências específicas do EESMP

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

Relativo a esta primeira competência, a Unidade Curricular de Desenvolvimento Pessoal e Profissional do 1º Semestre, os Jornais de Aprendizagem, o Estudo de Caso, as tutorias individuais e em grupo com os professores, as sessões reflexivas com as enfermeiras após as intervenções e todas as intervenções individuais e em grupo realizadas promoveram um melhor autoconhecimento enquanto pessoa e profissional. No internamento as minhas intervenções eram predominantemente individuais, por outro lado no HDP as intervenções foram maioritariamente ao grupo, mas apresentava sempre alguma insegurança e ansiedade inicial. Essa consciencialização emocional permitiu-me uma melhor gestão da minha comunicação verbal e não-verbal, conseguindo assim contornar a ansiedade ao iniciar uma intervenção a insegurança foi desvanecendo com a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos. O Estudo de Caso permitiu um maior autoconhecimento pessoal e profissional pelo acompanhamento mais próximo da utente, nas intervenções realizadas foi possível a identificação das minhas dificuldades em estabelecer uma relação terapêutica e identificar fenómenos de

transferência e contratransferência relacionados com fatores intrapessoais e trabalhar esses fatores de forma a melhorar a minha intervenção.

O estágio no internamento foi por si só um processo de elevado autoconhecimento, sendo um serviço de crise, com utentes em fase aguda da doença permite uma grande diversidade de utentes o que colocou em prova a minha capacidade de adaptação e gestão emocional.

Evoluir pessoalmente e profissionalmente requer sair da nossa zona de conforto, aquando da realização do Seminário de Enfermagem de Saúde Mental: Lisboa 2023- A prática especializada, realizado na ESEL a 18 de Maio o meu professor orientador desafiou-me a apresentar um poster na qual tivesse exposta a evidencia encontrada sobre a temática deste relatório, desafio que aceitei. Desenvolvemos assim um poster intitulado de “Ter ou não ter insight: intervenção na alucinação”, sair da nossa zona de conforto ajuda-nos a evoluir e este foi um grande passo na minha evolução profissional, mas também pessoal. O poster apresentado encontra-se no Apêndice 11 deste relatório.

Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental

Todo o meu percurso permitiu a aquisição desta segunda competência, ter realizado o contexto de internamento e o contexto comunitário no mesmo departamento permitiu-me acompanhar utentes e famílias em diversas fases do seu processo de doença e intervir com eles mediante as necessidades no momento.

Penso que o que mais promoveu aquisição desta competência foi a permanência na consulta externa de enfermagem, permitiu-me assistir o utente e sua família em diversas fases da doença e em diversas fases do seu ciclo vital. Ver o utente como um filho, como um pai, como marido ou como avó e adaptar a minha intervenção as suas necessidades de acordo com a sua idade e os seus objetivos a curto, médio e longo prazo contribuindo assim para a promoção da saúde mental não só do utente, mas no seio de uma família ou comunidade me que está inserido.

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

O Estudo de Caso e a prestação de cuidados em ambos os contextos foram das atividades de maior relevância para atingir esta competência. A avaliação mais abrangente realizada com a utente alvo do Estudo de Caso e posterior definição do seu plano de cuidados, com o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem (descritos de forma objetiva segundo CIPE, 2010), definição de objetivos e resultados e a planificação das intervenções de enfermagem. Aperfeiçoei a metodologia do processo de enfermagem que no serviço se encontrava operacionalizado por meio de um sistema informático.

A prestação de cuidados de enfermagem num serviço de internamento de psiquiatria, com uma população tão heterogénea em termos patológicos contribui para melhorar a minha identificação dos sinais e sintomas das diversas perturbações mentais bem como a deteção e intervenção em situações de urgência e emergência psiquiátrica e implementação de medidas de forma a reduzir o risco de essas situações surgirem.

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

As atividades terapêuticas realizadas no serviço de internamento tiveram um foco predominantemente individual fruto da heterogeneidade dos utentes internados naquele momento. Através da planificação e implementação das atividades foi possível desenvolver competências com o intuito de prestar um cuidado centrado nas necessidades específicas de cada utente, desenvolver uma comunicação terapêutica e objetiva. De acordo com os diagnósticos de enfermagem definidos as intervenções realizadas tinham como foco as alterações da perceção, adesão ao regime terapêutico, abuso de substâncias, aceitação do estado de saúde, promoção do insight e prevenção do suicídio, entre outros.

As atividades terapêuticas realizadas no HDP tiveram um foco predominantemente grupal. Para além de contribuir nas atividades previamente estabelecidas pela enfermeira orientadora pude planear uma semana de atividades em torno da temática do Relatório de Estágio.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste relatório, espelhei o meu percurso de desenvolvimento enquanto pessoa e enquanto profissional, tendo como principal intuito a aquisição de competências de enfermeira especialista e aquisição do grau de Mestre na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A intervenção especializada com o utente com experiência de alucinação, em duas fases distintas, foi o fio condutor para a realização do projeto de estágio, pesquisa bibliográfica e posteriormente implementar as intervenções sugeridas pela evidência científica. A prática baseada na evidência visa proporcionar cuidados eficazes e centrados no utente de acordo com a mais recente evidência encontrada promovendo assim uma constante melhoria dos cuidados. A realização deste relatório evidenciou a importância do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na intervenção com o utente com experiência de alucinação.

As perturbações mentais apresentam níveis baixos de mortalidade, mas elevados níveis de morbilidade, a intervenção do EEESMP permite diminuir a grau dessa incapacidade. O EEESMP deve-se mobilizar a si mesmo como instrumento terapêutico, estabelecer uma relação de parceria com o utente e contribuir na adequação das estratégias para lidar com as adversidades que surgem. As alucinações apresentam-se como o principal sintoma positivo dos utentes com Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. Apesar da descoberta e introdução dos antipsicóticos ter sido uma grande vantagem para estes utentes, os antipsicóticos não são eficazes em todos os casos e é necessário realizar outras intervenções daí a importância da intervenção do EEESMP.

O conjunto de intervenções realizadas e descritas neste relatório, realizadas em ambos os contextos, permitiram o meu desenvolvimento pessoal e profissional permitindo a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista bem como as competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, J. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. ISBN: 978-989-8863-64-5

American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. (5a ed.). Brasil: Artmed

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: The official guide to APA style (7th ed)*. American Psychological Association.

Ashry, N., Dayem, M., & Ramadan, H. (2021). *Effect of applying "acceptance and commitment therapy" on auditory hallucinations among patients with schizophrenia*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(2), 141–152. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.01.003>

Buffum, M., Buccheri, R., Trygstad, L., Gerlock, A., Birmingham, P., Dowling, G., & Kuhlman, G. (2009). *Behavioral Management of Auditory Hallucinations: implementation and evaluation of 10-week course*. *Journal of Psychosocial Nursing*, 47 (9) pp.32-40.

Cardoso, A (2008). *Estudo sobre o insight em pessoas com psicose* (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Cardoso, A. (2008b). *O insight em psiquiatria*. *Revista de Psicologia*, 20 (2), 347-356.

Cerejeira, J., Lagarto, L., Renca, S. (2015). *Fundamentos de psicofarmacologia e outras terapêuticas biológicas*. In Cerejeira, J & Saraiva, C (2015). *Psiquiatria fundamental* (p.71-96). Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-071-6.

Cerejeira, J., Nogueira, V. (2015). Avaliação do doente em Psiquiatria. In Cerejeira, J & Saraiva, C (2015). *Psiquiatria fundamental* (p.59-70). Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-071-6.

Charlson, J., Ferrari, J., Santomauro, F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, G., McGrath, J., & Whiteford, A. (2018). Global epidemiology and burden of schizophrenia: Findings from the global burden of disease study 2016. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1195–1203. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby058>

Coentre, R., & Levy, P. (2014). Primeiro Episódio Psicótico. In Afonso, P., Sampaio, D., Figueira, M., (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica* (p.149-160). Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-972-757-960-0.

Coentre, R., & Levy, P. (2020). Early intervention in psychosis in Portugal: Where are we? In *Acta Medica Portuguesa* (Vol. 33, Issue 9, pp. 540–542). CELOM. <https://doi.org/10.20344/amp.13472>

Correia, D., Guerreiro, D., Barbosa, A. (2014). Semiologia Psicopatológica In Correia, D. (2014). *Manual de Psicopatologia* (p.19-91). Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-068-6

Diário da República. (2021). *Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/113-2021-175865938?ts=1655942400034>

Dochterman, J., Butcher, H., Bulechek, G. (2010). NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem(5a ed.). Brasil: ELSEVIER

Docter, P., & Carmen, D. (2015). *Divertida-mente* [DVD]. Walt Disney Pictures

England, M. (2008). Significance of Cognitive Intervention for Voice Hearers. In *Perspectives in Psychiatric Care* (Vol. 44, Issue 1).

- Freese, B. (2002). Modelo de Sistemas. In Tomey, A & Alligood, M (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (p.335-375). Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6.
- Gonçalves, B., Sampaio, C., Sequeira, A., & Silva, C. (2021). Nursing Process Addressing the Nursing Focus “Hallucination”: A Scoping Review. In *Clinical Nursing Research* (Vol. 30, Issue 4, pp. 392–400). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/1054773819877534>
- Gonzalez, I. S., & Nunes, L. (2022). Evidências da utilização do treino metacognitivo na pessoa com psicose: revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 27, 158–180. <https://doi.org/10.19131/rpesm.331>
- Iñárritu, A., Giacobone, N., Dinelaris, A., & Bó, A. (2014). Birdman [DVD]. Fox Searchlight Pictures
- Ministério da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: DGS.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem* (Versão 2). Santa Maria da Feira: Rainho & Neves, Lda. ISBN: 978-92-95094-35-2.
- Pinho, G., Sequeira, C., Sampaio, C., Rocha, B., Ozaslan, Z. & Ferre-Grau, C. (2020). Assessing the efficacy and feasibility of providing metacognitive training for patients with schizophrenia by mental health nurses: A randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 00, 1-14. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.14627>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2.ª série* (N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

- Regulamento n.º 515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2.a série* (N.º 151 de 7 de agosto de 2018), 21427- 21430. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/115932570/details/maximized>
- Ribeiro, G. (2012). As Emoções Comandam a Psicose? Do emotions drive psychosis? In *Dezembro* (Vol. 10, Issue 2). www.psilogos.com
- Saraiva, C. (2015). Promoção da saúde mental e prevenção da doença mental. In Cerejeira, J & Saraiva, C (2015). *Psiquiatria fundamental* (p.17-20). Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-071-6.
- Saraiva, C., Polido, F., Bastos, H. (2015). História da Psiquiatria. In Cerejeira, J & Saraiva, C (2015). *Psiquiatria fundamental* (p.1-16). Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-071-6
- Silva, M. (2020). Questões Éticas em Saúde Mental In Sequeira, C., Sampaio, F. (coord.) (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*, (p.38-42)Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-413-4.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6a Edição). Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-61-5
- Trygstad, R., Buffum, L., Lyttle, M., & Dowling, K. (2010). Comprehensive Evidence-Based Program Teaching Self-Management of Auditory Hallucinations on Inpatient Psychiatric Units. In *Issues in Mental Health Nursing* (Vol. 31, Issue 3). <http://mc.manuscriptcentral.com/umhn>
- Valente, J. (2015). Fundamentos de Psicopatologia. In Cerejeira, J & Saraiva, C (2015). *Psiquiatria fundamental* (p.27-40). Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-071-6

Vanelli, I., Chendo, I., Levy, P., Figueira, L., Góis, C., Santos, J., & Markova, I. (2010).

ADAPTAÇÃO PARA PORTUGUÊS DA ESCALA DE INSIGHT MARKOVÁ E BERRIOS.

www.actamedicaportuguesa.com

ANEXOS

Anexo 1

**Mini Mental Examination (Folstein et al., 1975;
adaptação de Guerreiro e colaboradores, 1994)**

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: _____

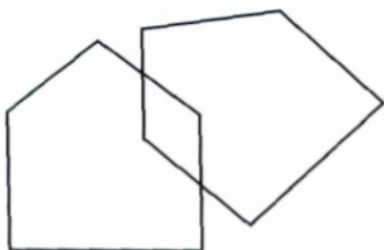
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. 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 2
**Escala de Insight Marková e Berrios (Adaptação para
português por Vanelli et al, 2010)**

Escala de Insight

Nome: _____ Data de aplicação: _____

Instruções: Leia com atenção todas as frases que se seguem na tabela abaixo. Em relação a cada uma delas assinale com uma cruz (X), no quadrado respetivo do 'sim ou 'não', aquilo que representa a forma como se sente agora.

Pergunta	Início		Fim	
	Sim	Não	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. Nesta altura, sofre de um problema de nervos.				
12. Tudo à minha volta está diferente.				
13. Estou a perder o contacto comigo mesmo.				
14. É difícil para mim 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 a 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 à minha volta.				
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 atual foi causado deliberadamente por qualquer coisa.				
30. Acho que preciso de algum tipo de ajuda.				

APÊNDICES

Apêndice 1
**Intervenção psicoterapêutica: Jogo Emocional (mente),
realizado no internamento**



Intervenção psicoterapêutica “Emocional (mente)”		
População alvo		
<ul style="list-style-type: none"> • 3 utentes com experiência de alucinações internados no serviço 		
Sessão nº1		
Data: Dezembro/2022	Hora: 14h30	Duração: 60 min
Local: Biblioteca do Serviço de Internamento		
Dinamizadores (enf.): Patrícia Nantes, Tânia V		
Material necessário: Tabuleiro do jogo, um dado, uma peça (“monstrinho”), uma peça (“a menina”)		
Critérios de inclusão		
<ul style="list-style-type: none"> • Uteute adulto que aceite participar e que apresente alterações da percepção (alucinação) 		
Critérios de exclusão		
<ul style="list-style-type: none"> • Uteute com comportamento agressivo ou risco de comportamento agressivo. • Uteute que recuse participar. • Uteute com défices cognitivos que não permitam a aquisição de conhecimentos e aprendizagem. • Uteute com sintomas positivos em fase ativa. 		
Objetivo Geral		
<ul style="list-style-type: none"> • Promover a expressão de sentimentos e emoções 		

Introdução	Objetivos	10 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o tema e justificar a atividade; • Definir de sentimentos e emoções; • Promover a interação social entre os participantes; 	
Desenvolvimento	Descrição da atividade	40 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Os utentes apresentaram-se individualmente • Os utentes partilham as suas experiências pessoais 	
Desenvolvimento	Objetivos	40 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação das regras; • Realização do jogo; • Promover a empatia emocional nas interações sociais; 	

- Promover a interação social entre os participantes;
- Facilitar o autoconhecimento emocional;

Descrição da atividade

- A Menina e o Monstro posicionam-se fora do tabuleiro (zona à escolha);
- Os frascos das emoções ficam colocados vazios de frente para os jogadores de forma a não ser visível a face posterior;
- Os discos das emoções estão nas respetivas casas;
- O primeiro jogador lança o dado

1	O Monstro move-se uma casa
2	O Monstro move-se duas casas
	A menina move-se para a casa do Monstro (se o Monstro não estiver em jogo repete a jogada)
	O Monstro move-se para a emoção que quiser

- O jogador deve retratar uma situação (direcionar para a situação atual de doença) na qual tenha identificado a emoção da casa onde colocou o Monstro;
- Caso a emoção seja colocada no respetivo reservatório, o jogador lança novamente o dado e guarda o seu frasco.
- Caso o frasco seja o reservatório de uma emoção diferente, o disco da emoção e o frasco devem voltar às posições iniciais. Passa a vez a outro jogador.
- Caso saia o reservatório da confusão, o jogador deve relatar uma situação em que se sentiu emocionalmente confuso. Passa a vez a outro jogador, o reservatório fica com a face colorida visível e o disco da emoção volta a sua casa.
- Sempre que a Menina estiver na mesma casa que o Monstro, ela ajuda-o a organizar as suas emoções (direcionar para o

	suporte familiar e profissional). Podemos ocultar um reservatório da confusão, caso este esteja visível.	
Finalização	<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização em grupo de reflexão sobre o jogo; • Promovidas estratégias de <i>coping</i> eficazes. 	5 min
	<p>Descrição da atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os utentes refletiram sobre as emoções e sentimentos abordados na intervenção; • Utente identificaram e sugeriram estratégias de <i>coping</i> eficazes; • Promovido o debate entre os utentes sobre as estratégias adotadas por cada um quando experienciaram as alucinações; • Realizados ensinamentos sobre comportamentos de risco (especialmente o consumo de substâncias). 	
Avaliação	<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a utilidade do jogo; • Avaliar a aquisição de conhecimentos; 	5 min
	<p>Descrição da atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os utentes deram a sua opinião sobre a utilidade do jogo; • Promovida a expressão de sentimentos e emoções relacionadas com a atividade realizada; • Pedido que em grupo fizessem um resumo dos conhecimentos adquiridos ao longo da intervenção. 	

Apêndice 2

Intervenção psicoeducativa sobre “Hábitos de vida saudável”

Psicoeducação sobre “Hábitos de Vida Saudável”		
População alvo 8 utente a frequentar o HDP		
Sessão nº2		
Data: 2/Fevereiro/2023	Hora: 14h	Duração: 60 min
Local: Sala de tratamento 1 (HDP)		
Dinamizadores (enf.): Patrícia Nantes, Sara A		
Material necessário: Computador, cadeiras, mesas, apresentação em <i>PowerPoint</i>		
Critérios de inclusão		
<ul style="list-style-type: none"> • Utente adulto que aceite participar , a frequentar o HDP 		
Critérios de exclusão		
<ul style="list-style-type: none"> • Utente com comportamento agressivo ou risco de comportamento agressivo. • Utente que recuse participar. • Utente com défices cognitivos que não permitam a aquisição de conhecimentos e aprendizagem. • Utente com sintomas positivos em fase ativa. 		
Objetivo Geral		
<ul style="list-style-type: none"> • Promover hábitos de vida saudável 		

Introdução	Objetivos	10 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o tema e justificar a atividade; • Promover a interação social entre os participantes; 	
Desenvolvimento	Descrição da atividade	40 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Os utentes apresentaram-se individualmente • Os utentes expuseram o que era para eles hábitos de vida saudável; • Os utentes partilham as suas experiências pessoais 	
	Objetivos	
	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a interação social entre os participantes; • Promover hábitos de vida saudáveis; • Relacionar hábitos de vida saudável e envelhecer saudável; 	
	Descrição da atividade	

	<ul style="list-style-type: none"> • Abordados os vários pulares para a aquisição de hábitos de vida saudável; • Retratados diversas atividades físicas de forma a promover uma atividade física regular; • A importância de uma alimentação de acordo com a roda dos alimentos, saudável, variada e equilibrada; • Importância da ingestão hídrica e calculo da quantidade de água que cada um deveria ingerir mediante o seu peso; • Demonstração da constituição de um prato saudável. 	
Finalização	Objetivos <ul style="list-style-type: none"> • Realização em grupo de reflexão sobre os ensinamentos realizados; • Promovidos hábitos de vida saudáveis; • Esclarecimento de dúvidas; 	5 min
	Descrição da atividade <ul style="list-style-type: none"> • Promovido o debate entre os utentes sobre hábitos saudáveis de cada um; • Realizados alertas sobre hábitos de vida pouco saudáveis; 	
Avaliação	Objetivos <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a aquisição de conhecimentos; 	5 min
	Descrição da atividade <ul style="list-style-type: none"> • Pedido que em grupo fizessem um resumo dos conhecimentos adquiridos ao longo da intervenção. 	

Apêndice 3
Terapias expressivas “Hábitos de vida saudável”

Terapias expressivas sobre “Hábitos de Vida Saudável”		
População alvo 8 utente a frequentar o HDP		
Sessão nº3		
Data: 3/Fevereiro/2023	Hora: 10h	Duração: 60 min
Local: Sala de tratamento 1 (HDP)		
Dinamizadores (enf.): Patrícia Nantes, Sara A		
Material necessário: Cadeiras, mesas, balança de cozinha, açúcar, recipientes para pesagem, alimentos (maça, pêra, laranja, toranja, cereais de pequeno-almoço, gelatina, chocolate 80% cacau, chocolate branco, bolachas de água e sal, bolacha maria, bolacha de arroz, folhado de chocolate, brócolos, tomate, alface, carne de porco, carne de frango, arroz, salmão, iogurte aroma, iogurte natural, sumo de pacote, batido de fruta).		
Critérios de inclusão		
<ul style="list-style-type: none"> • Utente adulto que aceite participar ,a frequentar o HDP 		
Critérios de exclusão		
<ul style="list-style-type: none"> • Utente com comportamento agressivo ou risco de comportamento agressivo. • Utente que recuse participar. • Utente com défices cognitivos que não permitam a aquisição de conhecimentos e aprendizagem. • Utente com sintomas positivos em fase ativa. 		
Objetivo Geral		
<ul style="list-style-type: none"> • Promover hábitos de vida saudável 		

Introdução	Objetivos	10 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o tema e justificar a atividade; • Promover a interação social entre os participantes; 	
	Descrição da atividade	
	<ul style="list-style-type: none"> • Os utentes partilham as suas experiências pessoais • Feita a ponte para os conhecimentos adquiridos na sessão psicoeducativa do dia anterior 	

Desenvolvimento	Objetivos <ul style="list-style-type: none"> • Promover a interação social entre os participantes; • Promover hábitos de vida saudáveis; • Relacionar hábitos de vida saudável e envelhecer saudável; • Promover uma escolha alimentar mais saudável. 	40 min
	Descrição da atividade <ul style="list-style-type: none"> • Os utentes têm de pesar a quantidade de açúcar que acham que cada alimento tem; • Devem colocá-los por ordem decrescente de quantidade de açúcar; 	
Finalização	Objetivos <ul style="list-style-type: none"> • Promover hábitos alimentares saudáveis • Realização em grupo de reflexão sobre os ensinamentos realizados; • Esclarecimento de dúvidas; 	5 min
	Descrição da atividade <ul style="list-style-type: none"> • Cada alimento tem um cartão associado que diz a real quantidade de açúcar • Os cartões vão sendo voltados e ajustada a ordem dos alimentos na mesa; • Realizados alertas sobre hábitos de vida pouco saudáveis; 	
Avaliação	Objetivos <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a aquisição de conhecimentos; 	5 min
	Descrição da atividade <ul style="list-style-type: none"> • Pedido que em grupo fizessem um resumo dos conhecimentos adquiridos ao longo da intervenção. 	

Apêndice 4
Intervenção psicoeducativa sobre “A Perceção”

Intervenção Psicoeducativa "A percepção"		
População alvo 8 utente a frequentar o HDP		
Sessão nº4		
Data: 23/Janeiro/2023	Hora: 14h	Duração: 60 min
Local: Sala de tratamento 1 (HDP)		
Dinamizadores (enf.): Patrícia Nantes, Sara A		
Material necessário: Cadeiras, mesas, computador e apresentação em <i>PowerPoint</i>		
Critérios de inclusão		
<ul style="list-style-type: none"> • Utente adulto que aceite participar ,a frequentar o HDP 		
Critérios de exclusão		
<ul style="list-style-type: none"> • Utente com comportamento agressivo ou risco de comportamento agressivo. • Utente que recuse participar. • Utente com défices cognitivos que não permitam a aquisição de conhecimentos e aprendizagem. • Utente com sintomas positivos em fase ativa. 		
Objetivo Geral		
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar os utentes para as alterações da percepção 		

Introdução	Objetivos	10 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o tema e justificar a atividade; • Promover a interação social entre os participantes; 	
Desenvolvimento	Descrição da atividade	40 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Os utentes apresentaram-se individualmente • Os utentes partilham as suas experiências pessoais • Os utentes partilharam os seus conhecimentos sobre a temática; 	
Desenvolvimento	Objetivos	40 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a interação social entre os participantes; • Capacitar os utentes sobre as alterações da percepção; • Promover o aumento dos níveis de <i>insight</i>; 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar comportamentos de risco; • Promover estratégias de <i>coping</i> eficazes; 	
	<p>Descrição da atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foram expostas diversas alterações da percepção existentes; • Foi dado especial enfoque as alucinações, sinais de alarme e formas de tratamento das mesmas; • Aquando da partilha de estratégias de <i>coping</i> eficaz os utentes terão a palavra de forma a serem identificados comportamentos de risco; 	
Finalização	<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização em grupo de reflexão sobre os ensinamentos realizados; • Esclarecimento de dúvidas; 	5 min
	<p>Descrição da atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promovido o debate as experiências passadas de cada um; • Realizados alertas sobre determinados comportamentos de risco; 	
Avaliação	<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a aquisição de conhecimentos; 	5 min
	<p>Descrição da atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pedido que em grupo fizessem um resumo dos conhecimentos adquiridos ao longo da intervenção. 	

Apêndice 5
**Intervenção psicoterapêutica: Jogo Emocional (mente),
realizado no HDP**



Intervenção psicoterapêutica- Jogo “Emocional (mente)”		
População alvo 8 utentes a frequentar o HDP		
Sessão nº5		
Data: 24/janeiro/2023	Hora: 10h	Duração: 60 min
Local: Sala de tratamento 1 (HDP)		
Dinamizadores (enf.): Patrícia Nantes, Sara A		
Material necessário: Tabuleiro do jogo, um dado, uma peça (“monstrinho”), uma peça (“a menina”)		
Critérios de inclusão <ul style="list-style-type: none"> • Utente adulto que aceite participar, a frequentar o HDP 		
Critérios de exclusão <ul style="list-style-type: none"> • Utente com comportamento agressivo ou risco de comportamento agressivo. • Utente que recuse participar. • Utente com défices cognitivos que não permitam a aquisição de conhecimentos e aprendizagem. • Utente com sintomas positivos em fase ativa. 		
Objetivo Geral <ul style="list-style-type: none"> • Promover a expressão de sentimentos e emoções 		

Introdução	Objetivos <ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o tema e justificar a atividade; • Definir de sentimentos e emoções; • Promover a interação social entre os participantes; 	10 min
	Descrição da atividade <ul style="list-style-type: none"> • Os utentes apresentaram-se individualmente • Os utentes partilham as suas experiências pessoais 	
Desenvolvimento	Objetivos <ul style="list-style-type: none"> • Explicação das regras; • Realização do jogo; • Promover a empatia emocional nas interações sociais; 	40 min

- Promover a interação social entre os participantes;
- Facilitar o autoconhecimento emocional;

• **Descrição da atividade**

- A Menina e o Monstro posicionam-se fora do tabuleiro (zona à escolha);
- Os frascos das emoções ficam colocados vazios de frente para os jogadores de forma a não ser visível a face posterior;
- Os discos das emoções estão nas respetivas casas;
- O primeiro jogador lança o dado

1	O Monstro move-se uma casa
2	O Monstro move-se duas casas
	A menina move-se para a casa do Monstro (se o Monstro não estiver em jogo repete a jogada)
	O Monstro move-se para a emoção que quiser

- O jogador deve retratar uma situação (direcionar para a situação atual de doença) na qual tenha identificado a emoção da casa onde colocou o Monstro;
- Caso a emoção seja colocada no respetivo reservatório, o jogador lança novamente o dado e guarda o seu frasco.
- Caso o frasco seja o reservatório de uma emoção diferente, o disco da emoção e o frasco devem voltar às posições iniciais. Passa a vez a outro jogador.
- Caso saia o reservatório da confusão, o jogador deve relatar uma situação em que se sentiu emocionalmente confuso. Passa a vez a outro jogador, o reservatório fica com a face colorida visível e o disco da emoção volta a sua casa.
- Sempre que a Menina estiver na mesma casa que o Monstro, ela ajuda-o a organizar as suas emoções (direcionar para o suporte familiar e profissional). Podemos ocultar um reservatório da confusão, caso este esteja visível.

Finalização	<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização em grupo de reflexão sobre o jogo; • Promovidas a partilha de estratégias de <i>coping</i> eficazes. 	5 min
	<p>Descrição da atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os utentes refletiram sobre as emoções e sentimentos abordados na intervenção; • Utentes sugeriram estratégias de <i>coping</i> eficazes. • Promovido o debate entre os utentes sobre as estratégias adotadas por cada um quando experienciaram as alucinações e reflexão sobre as mesmas; • Realizados ensinamentos sobre comportamentos de risco (especialmente o consumo de substâncias), uma vez que a maioria dos utentes iniciou o quadro devido a consumos; 	
Avaliação	<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a utilidade do jogo; • Avaliar a aquisição de conhecimentos; 	5 min
	<p>Descrição da atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os utentes deram a sua opinião sobre a utilidade do jogo; • Promovida a expressão de sentimentos e emoções relacionadas com a atividade realizada; • Pedido que em grupo fizessem um resumo dos conhecimentos adquiridos ao longo da intervenção. 	

Apêndice 6
Cinematografia “Birdman”

Cinematapia "Birdman"		
População alvo 8 utente a frequentar o HDP		
Sessão nº6		
Data: 25/Janeiro/2023	Hora: 10h	Duração: 60 min
Local: Sala de tratamento 1 (HDP)		
Dinamizadores (enf.): Patrícia Nantes, Sara A		
Material necessário: Cadeiras, mesas, computador e filme em DVD		
Critérios de inclusão		
<ul style="list-style-type: none"> • Utente adulto que aceite participar ,a frequentar o HDP 		
Critérios de exclusão		
<ul style="list-style-type: none"> • Utente com comportamento agressivo ou risco de comportamento agressivo. • Utente que recuse participar. • Utente com défices cognitivos que não permitam a aquisição de conhecimentos e aprendizagem. • Utente com sintomas positivos em fase ativa. 		
Objetivo Geral		
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar os utentes para as alterações da perceção 		

Introdução	Objetivos	10 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar da intervenção 	
Desenvolvimento	Descrição da atividade	40 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Realizada a ponte para os conhecimentos adquiridos na sessão psicoeducativa 	
Desenvolvimento	Objetivos	40 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a atenção e concentração dos utentes • Providenciar um momento de distração; • Promover o pensamento crítico; 	
Desenvolvimento	Descrição da atividade	40 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Visualização do filme; 	
Finalização	Objetivos	5 min

	<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma reflexão crítica; • Esclarecimento de dúvidas; 	
	<p>Descrição da atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debate sobre o filme; • Colocadas cenas do filme e realizando uma análise crítica das mesmas; 	
Avaliação	<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a aquisição de conhecimentos; 	5 min
	<p>Descrição da atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizadas perguntas sobre cenas do filme. 	

Apêndice 7
Cinematografia “Divertida (mente)”

Cinematerapia “Divertida(mente)”		
População alvo 8 utente a frequentar o HDP		
Sessão nº7		
Data: 26/Janeiro/2023	Hora: 10h	Duração: 60 min
Local: Sala de tratamento 1 (HDP)		
Dinamizadores (enf.): Patrícia Nantes, Sara A		
Material necessário: Cadeiras, mesas, computador e filme em DVD		
Critérios de inclusão <ul style="list-style-type: none"> • Utente adulto que aceite participar ,a frequentar o HDP 		
Critérios de exclusão <ul style="list-style-type: none"> • Utente com comportamento agressivo ou risco de comportamento agressivo. • Utente que recuse participar. • Utente com défices cognitivos que não permitam a aquisição de conhecimentos e aprendizagem. • Utente com sintomas positivos em fase ativa. 		
Objetivo Geral <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar os utentes para o reconhecimento emocional 		

Introdução	Objetivos <ul style="list-style-type: none"> • Apresentar da intervenção 	10 min
	Descrição da atividade <ul style="list-style-type: none"> • Realizada a ponte para as dúvidas que surgiram da discussão do filme “Birdman” relativas ao reconhecimento emocional 	
Desenvolvimento	Objetivos <ul style="list-style-type: none"> • Promover a atenção e concentração dos utentes • Providenciar um momento de distração; • Promover o pensamento crítico; 	40 min
	Descrição da atividade <ul style="list-style-type: none"> • Visualização do filme; 	
Finalização	Objetivos	5 min







	<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma reflexão crítica; • Esclarecimento de dúvidas; 	
	<p>Descrição da atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ao longo do filme colocar pausa em determinadas cenas como forma de esclarecimento e de reflexão sobre algumas emoções; • No final pedido aos utentes que escolhessem uma cena, e respetiva emoção e fazer a respetiva reflexão; 	
Avaliação	<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a aquisição de conhecimentos; 	5 min
	<p>Descrição da atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizadas perguntas sobre cenas do filme. • Estimular a identificação de estratégia na gestão emocional; 	

Apêndice 8

Intervenção psicoterapêutica: Jogo a “História das Emoções”

Jogo a “História das Emoções”		
População alvo 8 utente a frequentar o HDP		
Sessão nº8		
Data: 26Janeiro/2023	Hora: 14h	Duração: 60 min
Local: Sala de tratamento 1 (HDP)		
Dinamizadores (enf.): Patrícia Nantes, Sara A		
Material necessário: Cadeiras, mesas, dado, jogo de tabuleiro (evidenciando as emoções) o monstro e a menina (peças do jogo Emocional(mente)).		
Critérios de inclusão <ul style="list-style-type: none"> • Utente adulto que aceite participar ,a frequentar o HDP 		
Critérios de exclusão <ul style="list-style-type: none"> • Utente com comportamento agressivo ou risco de comportamento agressivo. • Utente que recuse participar. • Utente com défices cognitivos que não permitam a aquisição de conhecimentos e aprendizagem. • Utente com sintomas positivos em fase ativa. 		
Objetivo Geral <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar os utentes para o reconhecimento emocional 		

Introdução	Objetivos <ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o tema e justificar a atividade; • Definir de sentimentos e emoções; • Promover a interação social entre os participantes; 	10 min
	Descrição da atividade <ul style="list-style-type: none"> • Os utentes apresentaram-se individualmente • Realizado resumo sobre os conhecimentos previamente abordados; • Relembradas as emoções e sentimentos retratados no filme “Divertida(mente)” 	
Desenvolvimento	Objetivos <ul style="list-style-type: none"> • Explicação das regras; 	40 min

	<ul style="list-style-type: none"> • Realização do jogo; • Promover a empatia emocional nas interações sociais; • Promover a interação social entre os participantes; • Facilitar o autoconhecimento emocional; • Promover a expressão de sentimentos e emoções • Promover a definição de estratégias de <i>coping</i> eficazes; 									
	<p>Descrição da atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> • A Menina e o Monstro posicionam-se fora do tabuleiro (zona à escolha); • O primeiro jogador lança o dado <table border="1" data-bbox="462 750 1316 1097"> <tr> <td data-bbox="462 750 598 806">1</td> <td data-bbox="598 750 1316 806">O Monstro move-se uma casa</td> </tr> <tr> <td data-bbox="462 806 598 862">2</td> <td data-bbox="598 806 1316 862">O Monstro move-se duas casas</td> </tr> <tr> <td data-bbox="462 862 598 996"></td> <td data-bbox="598 862 1316 996">A menina move-se para a casa do Monstro (se o Monstro não estiver em jogo repete a jogada)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="462 996 598 1097"></td> <td data-bbox="598 996 1316 1097">O Monstro move-se para a emoção que quiser</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> • O jogador deve iniciar a história, sem referir qual o sentimento ou emoção, apenas retratando uma situação real ou imaginária. • O jogador seguinte lança o dado e terá de continuar a história do anterior. • Quando sai a menina, esta fica na casa do monstro e o jogador tem de definir estratégias para lidar com a emoção em causa. 	1	O Monstro move-se uma casa	2	O Monstro move-se duas casas		A menina move-se para a casa do Monstro (se o Monstro não estiver em jogo repete a jogada)		O Monstro move-se para a emoção que quiser	
1	O Monstro move-se uma casa									
2	O Monstro move-se duas casas									
	A menina move-se para a casa do Monstro (se o Monstro não estiver em jogo repete a jogada)									
	O Monstro move-se para a emoção que quiser									
Finalização	<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização em grupo de reflexão sobre o jogo; • Promovidas a partilha de estratégias de <i>coping</i> eficazes. <p>Descrição da atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os utentes refletiram sobre as emoções e sentimentos abordados na intervenção; • Utentes sugeriram estratégias de <i>coping</i> eficazes. 	5 min								
Avaliação	Objetivos	5 min								

	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a utilidade do jogo; • Avaliar a aquisição de conhecimentos; 	
	<p>Descrição da atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os utentes deram a sua opinião sobre a utilidade do jogo; • Promovida a expressão de sentimentos e emoções relacionadas com a atividade realizada; • Pedido que em grupo fizessem um resumo dos conhecimentos adquiridos ao longo da intervenção. 	

Apêndice 9

Intervenção psicoterapêutica: Jogo “A minha Perceção”

Terapias expressivas sobre “a minha percepção”		
População alvo 8 utente a frequentar o HDP		
Sessão nº9		
Data: 27/Janeiro/2023	Hora: 10h	Duração: 60 min
Local: Sala de tratamento 1 (HDP)		
Dinamizadores (enf.): Patrícia Nantes, Sara A		
Material necessário: Cadeiras, mesas, colheres para cada utente, copo pequeno de degustação (tipo <i>shot</i>), diversos alimentos agrupados em pares (popa de tomate-Ketchup; maionese- iogurte; orégãos- salsa; chocolate-canela; flocos de mel- bolacha maria picada; laranja-toranja; pepino-curgete; café- coca-cola; couve-flor-brócolo)		
Critérios de inclusão		
<ul style="list-style-type: none"> • Utente adulto que aceite participar, a frequentar o HDP 		
Critérios de exclusão		
<ul style="list-style-type: none"> • Utente com comportamento agressivo ou risco de comportamento agressivo. • Utente que recuse participar. • Utente com défices cognitivos que não permitam a aquisição de conhecimentos e aprendizagem. • Utente com sintomas positivos em fase ativa. 		
Objetivo Geral		
<ul style="list-style-type: none"> • Refletir sobre o impacto de viver com alucinações 		

Introdução	Objetivos	10 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o tema e justificar a atividade; • Promover a interação social entre os participantes; 	
Desenvolvimento	Descrição da atividade	40 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Os utentes partilham as suas experiências pessoais • Feita a ponte para os conhecimentos adquiridos na sessão psicoeducativa da semana. 	
	Objetivos	
	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a interação social entre os participantes; 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Providenciar um momento de reflexão sobre o impacto das alucinações na vida diária; 	
	<p>Descrição da atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os utentes escolhiam um órgão do sentido e um conjunto de alimentos; • O objetivo era identificar o alimento apenas utilizando o órgão selecionado; 	
Finalização	<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização em grupo de reflexão sobre os ensinamentos realizados; • Esclarecimento de dúvidas; 	5 min
	<p>Descrição da atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizada a comparação entre as alucinações e o facto de não ter os órgãos dos sentidos aptos; • É difícil identificar alguns dos alimentos só com um dos sentidos, sensibilizados os utentes para o impacto das alucinações na vida diária de cada utente. 	
Avaliação	<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a aquisição de conhecimentos; 	5 min
	<p>Descrição da atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pedido que em grupo fizessem um resumo dos conhecimentos adquiridos ao longo da intervenção. 	

Apêndice 10
Relaxamento progressivo de Jacobson

Relaxamento progressivo de Jacobson		
População alvo 8 utente a frequentar o HDP		
Sessão nº10		
Data: 10/Fevereiro/2023	Hora: 14h	Duração: 60 min
Local: Sala de tratamento 1 (HDP)		
Dinamizadores (enf.): Patrícia Nantes, Sara A		
Material necessário: Colchões, computador, colunas		
Critérios de inclusão		
<ul style="list-style-type: none"> • Utente adulto que aceite participar, a frequentar o HDP 		
Critérios de exclusão		
<ul style="list-style-type: none"> • Utente com comportamento agressivo ou risco de comportamento agressivo. • Utente que recuse participar. • Utente com défices cognitivos que não permitam a aquisição de conhecimentos e aprendizagem. • Utente com sintomas positivos em fase ativa. 		
Objetivo Geral		
<ul style="list-style-type: none"> • Promover a redução dos níveis de <i>stress</i> através de uma técnica de relaxamento 		

Introdução	Objetivos	10 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o tema e justificar a atividade; • Promover a interação social • Introduzir a temática do relaxamento; 	
Desenvolvimento	Descrição da atividade	40 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Os utentes partilham as suas experiências pessoais geradoras de <i>stress</i>; • Realizado aquecimento dos diversos grupos musculares; 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Promover um momento de relaxamento através da contração/relaxamento muscular; • Providenciar um método de redução do <i>stress</i>; 	
	<p>Descrição da atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os utentes colocam-se em decúbito dorsal sobre os colchões, membros superiores em extensão ao longo do corpo e membros inferiores em rotação externa; • Apenas o dinamizador fica sentado a dar as indicações; • Solicitar aos utentes que fechem os olhos e apreciem o som de fundo (relaxante, optei por usar sons da natureza); • Solicitar a contração/ relaxamento dos vários grupos musculares (com direção cefalo-caudal), intervalando com períodos de descanso; • No final, pedir para os utentes tomarem consciência do relaxamento muscular produzido; • Silencia-se a música de fundo, os utentes levantam-se progressivamente. 	
Finalização	<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a tomada de consciência do relaxamento muscular; • Realização em grupo de reflexão o método utilizado 	5 min
	<p>Descrição da atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizado um resumo sobre o método experienciado, bem como os benefícios em utilizá-lo no seu dia-a-dia. 	
Avaliação	<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a aquisição de conhecimentos; 	5 min
	<p>Descrição da atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pedido que em grupo fizessem um resumo dos conhecimentos adquiridos ao longo da intervenção. 	

Apêndice 11

Poster "Ter ou não ter insight: intervenção na alucinação"

Ter ou não ter insight: intervenções na alucinação

PATRICIA NANTES Enfermeira na Unidade de Santo Agostinho, Casa de Saúde do Teilhã; Discente do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [pnantes@campus.esel.pt]
JOAQUIM OLIVEIRA LOPES, PhD, ESEL, CIDNUR [joaquimlopes@esel.pt]

INTRODUÇÃO

Segundo a taxonomia NANDA-I, a percepção sensorial perturbada é uma “Mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos, acompanhada por resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos” (p.187), deve-se especificar o órgão do sentido afetado (visão, audição, tato, olfato, paladar). De entre as diversas alterações da percepção é importante salientar as alucinações, estas ocorrem sem um evento sensorial e apresentam objetividade sensorial, são o principal sintoma positivo dos utentes com perturbações do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. As alucinações auditivas são as mais prevalentes e ocorrem em 70% dos casos, estas podem apresentar conteúdo imperativo ou pejorativo colocando o utente em risco de vida, por alterações comportamentos e num caso extremo levar ao suicídio.

Cabe ao enfermeiro o diagnóstico e identificação dos problemas, a recolha e análise dos dados relevantes de forma a estabelecer um plano de cuidados, em conjunto com o utente, apesar da elevada prevalência do sintoma não se encontram estudos que ajudem o enfermeiro na planificação de intervenções a realizar.

OBJETIVOS

A realização deste trabalho teve como principal objetivo identificar o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) na intervenção com a pessoa com experiência de alucinação, com base na evidência encontrada. Como objetivos específicos distinguem-se a identificação de intervenção a pessoa em crise (sem insight) ou já numa situação de reabilitação psicossocial (com insight).

METODOLOGIA

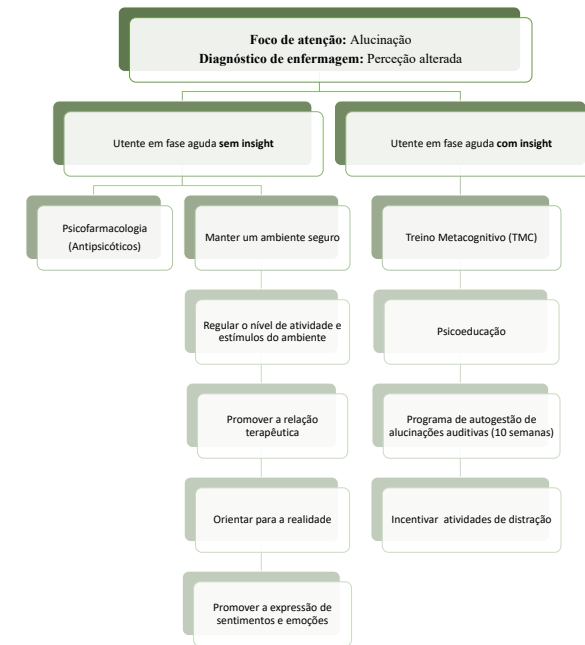
Para realizar o presente trabalho foi realizada pesquisa nas bases de dados MEDLINE Complete e CINAHL Complete, através da plataforma EBSCOhost. Foram utilizadas combinações de descritores/medical subject headings (MeSH) e major headings (MH) através dos operadores booleanos “OR” e “AND”. Através da pesquisa foram identificados 51 artigos, dos quais foram excluídos 18 por se apresentarem repetidos, 5 por não apresentarem texto integral e 17 por não cumprirem os critérios de inclusão, ficando assim com um total de 11 artigos. Foi também pesquisada a classificação NANDA-I.

RESULTADOS

De entre os artigos selecionados houve uma predominância clara de intervenções com o utente com *insight*, com foco nas terapias cognitivo-comportamentais. A classificação NANDA-I deu suporte às intervenções com o utente sem *insight*. A intervenção com a pessoa com experiência de alucinação deve ser iniciada o mais precoce possível de forma a diminuir o impacto da alucinação na sua funcionalidade e garantir assim um melhor prognóstico da doença, pois apesar da correta adesão aos antipsicóticos, 35% dos utentes mantêm a sintomatologia e 40% apresenta um reinatamento em espaço de 2 anos.

Numa fase inicial, em paralelo com a psicofarmacologia, as intervenções têm como objetivo a estabilização do utente e estabelecimento da relação terapêutica.

Numa fase de reabilitação onde o utente já apresenta *insight* para a sua situação clínica a nossa intervenção vai ter como foco a promoção do empowerment e da sua autonomia.



CONCLUSÃO

A intervenção com a pessoa com experiência de alucinação requer uma adequação à fase em que se encontra, inicialmente o EEESMP deve se utilizar como meio terapêutico uma vez que é de especial importância o estabelecimento de uma relação terapêutica com o utente, para uma correta recolha de dados, estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções. Numa fase mais avançada o foco do EEESMP é fornecer ferramentas e conhecimentos ao utente para que este se torne o mais autónomo possível e que consiga ser integrado na comunidade.

A intervenção com o utente sem *insight* não pode passar apenas pela psicofarmacologia, é necessária uma intervenção do EEESMP em paralelo.