



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Intervenções Psicoeducativas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica para Promoção do *Insight* na Pessoa com Esquizofrenia

Marilinda Isabel dos Santos Chavertana

Orientação: Prof. Dr. Raúl Alberto Carrilho Cordeiro

Prof. João Claudino Junceiro

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Intervenções Psicoeducativas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica para Promoção do *Insight* na Pessoa com Esquizofrenia

Marilinda Isabel dos Santos Chavertana

Orientação: Prof. Dr. Raúl Alberto Carrilho Cordeiro

Prof. João Claudino Junceiro

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

INTERVENÇÕES PSICOEDUCATIVAS PELO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA PARA PROMOÇÃO DO *INSIGHT* NA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA

Marilinda Isabel dos Santos Chavertana

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira

Arguente: Professora Ana Paula Lampreia Banza Zarcos Palma

Orientador: Professor Doutor Raúl Alberto Carrilho Cordeiro

Data: 21 de setembro de 2020

“O essencial é invisível aos olhos.”

Antoine de Saint-Exupéry in o Pequeno Príncipe

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Raúl Cordeiro e ao Professor João Claudino Junceiro pela orientação proficiente neste Relatório e nos Estágios, bem como no esclarecimento de todas dúvidas que surgiram ao longo deste percurso.

À Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que me orientou nos Estágios por todo o apoio, disponibilidade e incentivo.

A toda a equipa multidisciplinar do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da região do Alentejo onde os Estágios decorreram por me acolherem de forma tão agradável e me terem proporcionado experiências tão gratificantes.

Aos professores, colegas de curso e todos os que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento e desenvolvimento, ou me ajudaram a percorrer este caminho.

Aos meus amigos de sempre e aqueles que conheci durante este ciclo de formação

Ao Enfermeiro Chefe António Louro e aos meus colegas de trabalho pela disponibilidade e apoio durante estes três semestres.

À minha família pelo apoio e incentivo, em especial à tia Fátima e ao tio Manuel pela sua disponibilidade infinita.

Às pessoas mais importantes nesta e noutras batalhas, Paulo e Lara, por todo o apoio, colaboração, paciência e compreensão pelas ausências.

A todos o meu sincero agradecimento.

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a esquizofrenia afeta mais de 21 milhões de pessoas em todo o mundo. Em Portugal estão cerca de 48000 pessoas diagnosticadas com esta patologia.

Muitos dos indivíduos afetados pela esquizofrenia apresentam baixo *insight*. A diminuição do *insight* repercute-se negativamente na recuperação. É reconhecida a efetividade das intervenções psicoeducativas nas pessoas com esquizofrenia, nomeadamente no aumento *insight*.

A psicoeducação é uma atividade psicoterapêutica do âmbito de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Através da realização de uma revisão integrativa da literatura reuniu-se evidência científica acerca do tema. Foi concebido o Projeto de Intervenção Psicoeducativa Eureka! que se focaliza na intervenção especializada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na pessoa com esquizofrenia com baixo *insight*. O projeto referido foi elaborado com recurso à metodologia de projeto.

No presente Relatório de Estágio refletiu-se sobre a importância das intervenções psicoeducativas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e demonstrou-se a aquisição de competências associadas à área da especialização e ao grau de mestre. Os objetivos delineados para a formulação deste Relatório foram atingidos.

Palavras Chave: esquizofrenia, psicoeducação, *insight*, enfermagem

ABSTRACT:

The World Health Organization (WHO) estimates that schizophrenia affects more than 21 million people worldwide. In Portugal there are about 48000 people diagnosed with this pathology.

Many of the individuals affected by schizophrenia have low insight. The decrease in insight has a negative impact on recovery. The effectiveness of psychoeducational interventions in people with schizophrenia is recognized, namely in increasing insight.

Psychoeducation is a psychotherapeutic activity within the scope of the Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing. By conducting an integrative literature review, scientific evidence was gathered on the topic. The Eureka! Psychoeducative Intervention Project was conceived which focuses on the specialized intervention of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing in the person with schizophrenia with low insight. The referred project was elaborated using the project methodology.

This Internship Report reflected on the importance of psychoeducational interventions by the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing and demonstrated the acquisition of skills associated with the area of specialization and the master's degree.

The objectives outlined for the formulation of this Report have been achieved.

Keywords: schizophrenia, psychoeducation, insight, nursing

INDICE DE APÊNDICES

Apêndice 1- Resumo do Revisão Integrativa da Literatura “Efetividade das intervenções psicoeducativas na pessoa com esquizofrenia”	cliv
Apêndice 2- Plano de cuidados elaborado para a pessoa com esquizofrenia	clix
Apêndice 3- Planificação das sessões	clxxv
Apêndice 4- Síntese da planificação do PIP Eureka!	clxxxiii
Apêndice 5- Fluxograma de processo da Revisão Integrativa da Literatura “Efetividade das intervenções psicoeducativas na pessoa com esquizofrenia”	clxxxv
Apêndice 6- Indicador PIP Eureka!.....	clxxxvii
Apêndice 7- Questionário de satisfação com a formação	clxxxix
Apêndice 8- Relato do caso estudado.....	cxc
Apêndice 9- Principais características dos instrumentos de avaliação utilizados no PIP Eureka!.....	cci
Apêndice 10- Póster Apresentado no X Congresso Internacional ASPESM 2019: Novos Desafios na Saúde Mental	ccvii

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Logotipo PIP Eureka!	60
Figura 2. Cronograma das atividades.....	75
Figura 3. Código QR da página de Facebook do PIP Eureka!.....	81

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Fatores de risco para a esquizofrenia.....	27
Quadro 2. Fatores de bom e mau prognóstico na esquizofrenia.....	29
Quadro 3. Processo de Enfermagem e as fases da relação interpessoal.....	52
Quadro 4. Planeamento das sessões do PIP Eureka!.....	79
Quadro 5. Custos associados ao PIP Eureka!.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS

n.º-Número

LISTA DE SIGLAS

APA -American Psychiatric Association

ASPESM-Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

CID-10-Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde 10ª Revisão

CIPE®-Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DeCS-Descritores em Ciências da Saúde

DSM-V -Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª edição

ECT-Electroconvulsivoterapia

EEESMP-Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

INE-Instituto Nacional de Estatística

JBI-The Joanna Briggs Institute

MeSH- Medical Subject Headlines

OE-Ordem do Enfermeiros

OMS-Organização Mundial de Saúde

PIP-Projeto de Intervenção Psicoeducativa

U.T.R.A.-Unidade de Tratamento e Reabilitação de Alcoólicos

WHO-World Health Organization

ÍNDICE

0.INTRODUÇÃO.....	13
PARTE I.....	16
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	16
1.1 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO ALENTEJO	17
1.2. CARACTERIZAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL	18
1.2.1- Caracterização do Serviço de Internamento de Agudos.....	21
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	24
2.1 A PESSOA COM ESQUIZOFRENIA	25
2.1.1.Etiologia.....	26
2.1.2. Diagnóstico, Evolução E Prognóstico.....	27
2.1.3.Sintomatologia.....	30
2.1.4.Tratamento	34
2.2. O INSIGHT NA ESQUIZOFRENIA.....	37
2.3.INTERVENÇÕES PSICOEDUCATIVAS NA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA.....	39
2.3.1. Intervenções psicoeducativas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na pessoa com esquizofrenia com baixo insight.....	42
2.4. RELAÇÃO DE AJUDA E O CUIDAR EM ENFERMAGEM	47
3. METODOLOGIA DE PROJETO	56
3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	58
3.1.1,Métodos de Colheita de dados.....	61
3.1.1.1.Entrevista e suas fases de acordo com Chalifour.....	61
3.1.1.2.Processo de Enfermagem.....	64
3.2 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS	72
3.3 PLANEAMENTO	75
3.4 EXECUÇÃO	88
3.5 AVALIAÇÃO	93
3.6 DIVULGAÇÃO.....	96
PARTE II	98

4. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: ANÁLISE REFLEXIVA	98
4.1 COMPETENCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	100
4.2 COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	113
4.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	132
5.CONCLUSÃO.....	135
6.BIBLIOGRAFIA.....	140
APÊNDICES.....	cliii

0.INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio foi elaborado no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem em Associação entre a Universidade de Évora, o Instituto Politécnico de Portalegre, o Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Setúbal e o Instituto Politécnico de Castelo Branco. A instituição de acolhimento do referido curso foi a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, tendo o Mestrado a duração de 3 semestres letivos, com início em setembro do ano letivo 2018/2019 e término em julho do ano letivo 2019/2020.

Neste Mestrado são disponibilizadas sete áreas de especialização, tendo a nossa escolha recaído na Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O presente Relatório constitui-se como elemento de avaliação da Unidade Curricular Relatório Final, lecionada no 3º semestre do curso e consiste num trabalho descritivo e reflexivo, onde se pretende, de forma crítica, pormenorizada e detalhada, explanar as atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio e as competências adquiridas.

Considerando que o Mestrado em causa tem parecer favorável para a atribuição de grau de Mestre e Título de Especialista, o mestrando deverá adquirir três conjuntos de competências: competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) e competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Ambos os Estágios desenvolvidos neste ciclo formativo decorreram num serviço de internamento de doentes agudos de um Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Região do Alentejo, sob orientação institucional de uma Sra. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que trabalha no mesmo e orientação académica do Professor João Claudino Junceiro. No Estágio Final contámos também com a supervisão do Professor Doutor Raúl Alberto Cordeiro.

O Estágio I foi realizado durante o segundo semestre do Mestrado tendo a duração de seis semanas, entre 20 de maio e 29 de junho de 2019, correspondentes a 270 horas e o Estágio Final foi realizado no terceiro semestre do curso entre 17 de setembro de 2019 e 28 de janeiro de 2020, com a duração de 19 semanas, correspondentes a um total de 648 horas.

Foi-nos solicitado que no Estágio Final desenvolvêssemos uma proposta de intervenção especializada do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

A temática por nós escolhida foi a Intervenção Psicoeducativa na pessoa com esquizofrenia com baixo *insight*.

Sousa et al (2017) afirmam que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a esquizofrenia é uma das dez doenças mais incapacitantes, sendo uma perturbação complexa e de carácter crónico, geradora de prejuízos significativos na vida dos utentes, o que afeta a sua qualidade de vida.

A OMS estima que 1% da população mundial padece de esquizofrenia. Em Portugal há mais de 48000 pessoa com esta patologia (Gago, 2019). Considerando a incidência e prevalência desta doença, o comprometimento do funcionamento dela decorrente e a mortalidade precoce que lhe está associada, faz com que a esquizofrenia se assuma como uma prioridade em termos de políticas de Saúde (Queirós et al, 2019)

Sabendo que a falta de *insight* para a doença mental pode ser um fator preditivo importante no curso das perturbações psicóticas (Cardoso, 2008) e que as pessoas com esquizofrenia apresentam um *insight* pobre relativamente à sua doença (Almeida et al,2005), justifica-se que o seu plano terapêutico inclua intervenções que procurem fomentar a melhoria do *insight*.

A psicoeducação é apontada como uma intervenção eficaz para promover o insight na pessoa com esquizofrenia.

Esta intervenção faz parte das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e encontra-se fundamentada e regulamentada no Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série.Nº151 de 7 de agosto de 2018 (OE,2018), relacionando-se também com os Enunciados Descritivos do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE,2011) e Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2018) no qual é referida como sendo uma abordagem psicoterapêutica Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

As implicações da falta de *insight* legitimam a atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na promoção do mesmo. Desta forma considerou-se pertinente o planeamento de um projeto de intervenção psicoeducativa em grupo, direcionado à pessoa com esquizofrenia com baixo *insight* destes utentes, denominado Projeto de Intervenção Psicoeducativa (PIP) Eureka!.

Tendo em conta estes objetivos podemos propor um projeto de intervenção psicoeducativa delineado de acordo com a perspetiva de Bateman & Fonagy (2006) referido por Freitas (2010), desenvolvido com base na teoria das relações interpessoais de Hildgard Peplau, no tratamento centrado na pessoa defendido por Carl Rogers e na perspetiva existencial-humanista evidenciada na obra de Charles Chalifour.

Perante o exposto podemos enunciar os seguintes objetivos do Relatório de Estágio:

Objetivo Geral:

- Apresentar o Relatório de Estágio para aprovação na unidade curricular, com prova pública perante um júri;

Objetivos específicos:

- Apresentar projeto de intervenção prática especializada em na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;

- Refletir sobre a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no âmbito da intervenção psicoeducativa na pessoa com esquizofrenia com baixo *insight*;

- Descrever as atividades desenvolvidas durante os Estágios;

- Analisar a aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista:

- Analisar a aquisição de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;

- Analisar a aquisição de competências de Mestre.

O presente relatório encontra-se dividido em duas partes.

A primeira parte engloba três capítulos. O primeiro capítulo corresponde à caracterização do contexto de Estágio onde ambos os Estágios decorreram, o segundo capítulo consiste no Enquadramento Conceptual acerca da pessoa com esquizofrenia, *insight* na pessoa com esquizofrenia, intervenções psicoeducativas e relação de ajuda. O terceiro capítulo trata da metodologia de projeto e todas a fases associadas.

A segunda parte do trabalho inclui a Análise reflexiva sobre aquisição e desenvolvimento de competências, nomeadamente as competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Finalizamos o Relatório com a Conclusão.

Este trabalho encontra-se redigido de acordo com as diretrizes do Novo Acordo Ortográfico português, obedecendo à norma de elaboração de trabalhos da Escola Superior de Saúde de Portalegre e referenciado de acordo com a norma da American Psychological Association (APA) – 6ª edição.

PARTE I

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O presente Relatório constitui-se como elemento de avaliação decorrente da frequência do Estágio efetuado no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, que decorreu entre 17 de setembro de 2019 e 28 de janeiro de 2020, num serviço de internamento de doentes agudos de um Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Região do Alentejo. A orientação institucional esteve a cargo de uma Sra. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental que trabalha no local de Estágio. A orientação pedagógica esteve a cargo do Professor Doutor Raúl Alberto Carrilho Cordeiro e do Professor João Claudino Junceiro, docentes do Mestrado em Enfermagem- Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica- pressupõe um grau de maturidade pessoal e profissional que permita o empreendimento de escolhas conscientes, ponderadas e que se alicercem no presente, mas também nos objetivos delineados para o futuro.

A decisão referente à escolha do local de realização do Estágio Final foi motivada pela expectativa de atingir os objetivos e competências propostos, mas também considerando todo o percurso profissional delineado até ao momento e objetivos de futuro a curto-médio prazo.

Ressalvamos que embora todo o percurso profissional da estagiária tenha sido desenvolvido nos cuidados hospitalares em contexto médico-cirúrgico (serviço de internamento de medicina interna e bloco operatório), os Estágios desenvolvidos ao longo do mestrado revalidaram a decisão de se especializar na área da Saúde Mental e Psiquiátrica, suscitando um profundo desejo de crescer como profissional prestando cuidados diferenciados nesta área especializada do cuidar em Enfermagem .

Embora a aluna continue a nutrir especial interesse nos cuidados hospitalares, nomeadamente nos cuidados ao utente em crise na qual ocorre agudização da sintomatologia ou que apresentem primeiro episódio de doença mental, todo o trabalho desenvolvido na componente letiva despoletou a consciencialização da importância do trabalho do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na comunidade.

No Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental onde decorreram os Estágios, também se desenvolvem várias atividades comunitárias, algumas das quais asseguradas por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica afetos ao serviço de internamento, tendo esse facto sido preponderante na escolha do local de Estágio.

Escolhemos este local para o Estágio por o mesmo oferecer as condições que possibilitam atingir os objetivos propostos, permitindo um processo contínuo de ensino aprendizagem, visando a aquisição de competências científicas, técnicas, relacionais, humanas e culturais na prestação de cuidados especializados em Saúde Mental e Psiquiátrica.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO ALENTEJO

As Unidades locais de Saúde foram criadas com o objetivo de aumentar a coordenação da prestação entre níveis de cuidados , sendo o elevado nível de desempenho assistencial deste tipo de organizações atingido por meio de um fortalecimento do papel dos cuidados de saúde primários como gestores do doente, da aplicação de orientações terapêuticas de modelos de gestão da doença, do desenvolvimento de sistemas de informação clínica integrados, e dos instrumentos de contratação de serviços (Administração Central do Sistema de Saúde, 2009).

Os serviços clínicos oferecidos por esta Unidade Local de Saúde estão organizados em departamentos: departamento da mulher e da criança (ginecologia e obstetrícia, pediatria e neonatologia), departamento de ambulatório (serviço de medicina física e de reabilitação serviço de patologia, serviço de imagiologia, unidade funcional de consulta externa, unidade funcional de hospital dia, unidade funcional de imunohemoterapia) departamento de especialidades cirúrgicas (serviço de cirurgia, serviço de cirurgia do ambulatório, serviço de ortopedia, unidade funcional de anestesiologia, unidade funcional de bloco operatório, unidade funcional de cirurgia de ambulatório, unidade funcional de oftalmologia, unidade funcional de otorrinolaringologia, unidade funcional de urologia), departamento de especialidades médicas (serviço de medicina interna, unidade funcional de Acidente Vascular Cerebral, unidade funcional de cardiologia, unidade funcional de dermatologia, unidade funcional de diabetes, unidade funcional de gastroenterologia/endoscopia, unidade funcional de neurologia, unidade funcional de pneumologia e departamento de urgência e emergência (serviço de cuidados intensivos polivalentes e intermédios, serviço de urgência, unidades de apoio de Suporte Imediato de Vida e Viatura Médica de Emergência e Reanimação). Inclui-se também o departamento de psiquiatria e saúde mental, infra caracterizado.

Tendo em conta os dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) a área de abrangência desta Unidade Local de Saúde, é constituída por 69 freguesias distribuídas por 15 municípios que perfazem uma área de 6084km², servindo uma população de 105479 habitantes, maioritariamente do género feminino (52,40%) (INE, 2018).

Ressalvamos que apenas 11,51% da população residente tem menos de 15 anos, sendo que 9,80% tem de 15 a 24 anos e 51,08 % tem de 25 a 64 anos. A população com idade igual ou superior a 65 anos corresponde a 27,38 % do total (INE, 2018).

Segundo as Estatísticas da Saúde 2018 foram efetuadas, nesse ano, 37382 consultas externas de psiquiatria no Alentejo, o que realça a importância do investimento nos cuidados de saúde mental a todos os níveis de prevenção (INE, 2020), assumindo-se cada vez mais como prioridade na saúde dos portugueses.

1.2. – CARACTERIZAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental surge como resposta diferenciada do Serviço Nacional de Saúde, no distrito onde os Estágios decorreram, a utentes com problemas do foro psiquiátrico, procurando ir de encontro às necessidades dos clientes, e tem como missão assegurar o acesso e a prestação de cuidados de saúde na área da psiquiatria e da saúde mental à população da área abrangida.

O Departamento é constituído pelo Serviço de Psiquiatria, a Unidade Funcional de Psicologia e a Unidade Funcional Infanto-juvenil.

O Serviço de Psiquiatria visa prestar cuidados aos utentes com idade superior a 18 anos de idade, de ambos os géneros, residentes no distrito, ou de outros distritos, que necessitem de cuidados especializados de Psiquiatria e Saúde Mental, integrando a consulta externa, urgência psiquiátrica e o serviço de internamento de adultos que se interligam na busca de ganhos em saúde para o utente.

Importa salientar que o Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria se encontra bastante vocacionado para o processo formativo de profissionais de saúde mental e psiquiátrica, disponibilizando recursos físicos e humanos empregados em: ensinamentos clínicos no curso de pós licenciatura de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e/ou mestrado em Enfermagem; ensinamentos clínicos no curso de licenciatura em enfermagem; ensinamentos clínicos em programa Erasmus no curso de licenciatura em enfermagem; ensinamentos clínicos de licenciatura em medicina; internato de medicina geral e familiar; internato complementar de psiquiatria; ensinamentos clínicos de psicologia clínica; ensinamentos clínicos de terapia ocupacional.

Seguidamente procederemos à caracterização de cada valência que integra o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

Urgência Psiquiátrica

O acesso ao serviço de Urgência Psiquiátrica faz-se por meio do ingresso no Serviço de Urgência Geral por iniciativa própria do utente, conduzido por terceiros (família, elementos da autoridade), ou a partir da referenciação por parte do médico de família, outras instituições ou serviços. A admissão por meio do Serviço de Urgência segue os protocolos instituídos pela triagem de Manchester, havendo uma avaliação médica e de enfermagem prévia, sendo solicitada avaliação do psiquiatra e eventualmente de um psicólogo quando necessário.

A Urgência Psiquiátrica funciona no Serviço de Urgência Geral, das 9.00h às 21.00h, três dias por semana, mas em casos de internamento compulsivo a valência está disponível todos os dias exceto Sábados. Quando não se encontra nenhum médico psiquiatra com atribuição ao Serviço de Urgência os utentes são encaminhados para o Hospital Central de referência, em Lisboa.

Consulta Externa

O Serviço de Psiquiatria inclui a Consulta Externa, efetivada geralmente após referenciação e marcação prévia, na qual se prestam cuidados desde a observação e diagnóstico clínicos, às terapias individuais e de grupo, no âmbito de Psiquiatria, Enfermagem, Tratamento e recuperação de alcoólicos e outros comportamentos aditivos, Terapia ocupacional e Terapia familiar. A consulta decorre no edifício afeto ao Departamento.

Na consulta externa procede-se a uma entrevista inicial na qual o Enfermeiro, Médico Psiquiatra, Psicóloga ou Assistente Social procedem à avaliação das necessidades do utente em cada uma das áreas específicas de cuidado, para posteriormente se estabelecerem os juízos clínicos que permitam empreender os cuidados necessários à pessoa, família e comunidade.

Após a identificação das necessidades definem-se planos de tratamento/cuidados instituídos de acordo com metas atingíveis, prosseguindo o acompanhamento em ambulatório ou em internamento, se necessário.

As consultas externas englobam as seguintes especialidades:

Consulta de Enfermagem - Decorre de segunda-feira a sexta-feira no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria.

Consulta Externa de Psiquiatria – Realiza-se de segunda-feira a sexta-feira no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria.

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

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

O Departamento dispõe ainda de outras valências:

U.T.R.A. - Unidade de Tratamento e Recuperação de Alcoólicos – As sessões de terapia de grupo da Unidade de Tratamento e Recuperação de Alcoólicos decorrem na ala ocupada pela consulta externa, englobam grupos de indivíduos de ambos os géneros (entre 5 e 10 pessoas, por sessão) provenientes do serviço de internamento e consultas externas. Têm periodicidade quinzenal, sendo dinamizado de forma autónoma por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Privilegia-se a presença de um familiar próximo do utente durante as sessões.

Comunidade/ Visitação Domiciliária – Entre os cuidados fornecidos pelo Departamento à comunidade destacam-se também as equipas comunitárias, que intervêm junto aos utentes na comunidade, proporcionando não só maior acessibilidade mas também uma maior proximidade entre os profissionais de saúde, utentes e cuidadores, acompanhando as pessoas e famílias no meio em que estão inseridas e possibilitando a sinalização precoce de situações problemáticas, assumindo uma vertente preventiva e promovendo uma diminuição na taxa de reinternamento. Atualmente as equipas da comunidade deslocam-se de forma programada a vários Centros de Saúde que integram a Unidade Local de Saúde, quinzenalmente ou mensalmente, procedendo a visitação domiciliária quando necessário.

Serviço de Internamento

O Serviço de Internamento de Agudos tem funcionamento permanente e situa-se no mesmo edifício das Consultas externas, numa outra ala.

O internamento pode ser voluntário ou em regime compulsivo (previsto na Lei nº. 36/98, de 24 de julho, conhecida por Lei de Saúde Mental). Posteriormente procederemos à caracterização deste serviço, visto que os Estágios se desenvolveram no mesmo.

Unidade Funcional de Psicologia

A unidade Funcional de Psicologia engloba a Consulta Externa, normalmente precedida de marcação e referenciação, que funciona todos os dias úteis, no edifício afeto ao Departamento e noutra unidade hospitalar da Unidade Local de Saúde. Sempre que solicitado o psicólogo desloca-se a outros serviços do hospital.

Unidade Funcional Infanto-Juvenil

A Unidade Funcional Infanto-Juvenil integra a Consulta Externa, normalmente com marcação prévia e referência, no âmbito de Pedopsiquiatria, Psicologia, Terapia Familiar, Terapia da fala e Terapia ocupacional, mobilizando e equipa multidisciplinar. Funciona todos os dias úteis num edifício localizado fora do recinto do hospital. Este recurso também inclui cuidados de Enfermagem prestados por uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

1.2.1- Caracterização do Serviço de Internamento de Agudos

O Serviço de Internamento destina-se a todas as pessoas maiores de 18 anos, de ambos os géneros que necessitem de acompanhamento permanente.

Comporta 11 camas, distribuídas por três enfermarias, ocupadas por homens ou mulheres de acordo com as necessidades do serviço. Inclui ainda uma sala de convívio, uma sala de televisão/sala polivalente, uma sala de fumo equipada com extractores, sala de trabalho, copa, refeitório dos utentes, 2 arrecadações, 1 rouparia, 1 casa de banho com duche feminino e outro masculino, 1 sanitário feminino e outro sanitário masculino sem duche, 1 instalação sanitária reservado aos funcionários, 1 vestiário com duche para funcionários, gabinete de consulta, gabinete de chefia de enfermagem, sala de pausa, um jardim interno e uma sala de trabalho de enfermagem. As salas destinadas à permanência dos utentes estão dotadas de vários recursos ludo-didáticos, a maioria acessíveis permanentemente aos utentes.

O ingresso do utente no serviço implica a supervisão de todos os itens que acompanham a pessoa no internamento, sendo verificados pelo enfermeiro e retirados todos aqueles que potencialmente possam causar dano ou cuja permanência no serviço não seja autorizada. Tudo o que o doente não pode levar para a enfermaria fica devidamente acondicionado até devolução à família/acompanhante ou saída do doente do serviço.

Independentemente da proveniência do utente, a sua admissão no serviço é responsabilidade do enfermeiro, procedendo à entrevista de avaliação inicial, colhendo e sintetizando dados, que analisa procurando avaliar as necessidades e obter juízos clínicos de modo a planear as intervenções que melhor resposta possam dar às necessidades identificadas.

Estabelece-se então o plano individual de cuidados, definindo objetivos exequíveis e planeando intervenções em função dos mesmos.

De modo a garantir os melhores cuidados e a obtenção de ganhos em saúde o plano de cuidados é sistematicamente e avaliado e atualizado.

O serviço de internamento incentiva o cumprimento de algumas regras associadas à rotina diária dos utentes.

Os utentes podem fumar nas instalações, mas restringindo-se à sala de fumo e jardim durante o período em que estão a fumar. Quando o utente não consegue gerir o consumo de tabaco, os cigarros e isqueiros são acondicionados em local próprio e disponibilizados pelo enfermeiro. É permitida a ingestão de um café diariamente.

O horário definido para o despertar no serviço é às 7.30h. Posteriormente até às 9h os utentes deverão proceder aos seus cuidados de higiene, estimulando a independência, mas prestando auxílio sempre que necessário. O doente é incentivado a usar o seu próprio vestuário de modo a promover a sua autoestima e autoimagem, mas se preferir poderá usar pijama.

Cerca das 9:00 horas é fornecido o pequeno almoço, que é servido no refeitório e tal como as restantes refeições decorre com supervisão de enfermagem. Os utentes não podem ter alimentos nos quartos. O almoço é fornecido por volta das 13:00 horas, o lanche às 17:00 horas, o jantar às 19:00 horas e a ceia por volta das 21:00 horas. A medicação é administrada à hora das refeições, exceto quando os horários prescritos e as refeições não são conciliáveis.

A não ser que o estado clínico o justifique, todos os utentes deverão deslocar-se ao refeitório, sentando-se em lugares fixos, onde deverão permanecer até que todos terminem a refeição, levantando-se da mesa após indicação do enfermeiro. Os talheres utilizados nas refeições são feitos de plástico e são contabilizados.

Após o pequeno almoço são avaliados os sinais vitais a todos os utentes, sendo reavaliados noutros momentos se assim se justificar ou se houver prescrição médica. Normalmente é durante o turno da manhã que são executados todos os exames complementares de diagnóstico prescritos, que são feitos tratamentos de Medicina Física e Reabilitação, que se procede a avaliações médicas e de outros técnicos e que são implementadas sessões de terapia ocupacional.

Os utentes têm direito a fazer chamadas para o exterior podendo receber os contactos telefónicos que entenderem. Podem recusar receber chamadas e mesmo visitas.

As visitas desenrolam-se em 2 períodos: das 14:00 horas as 15:00 horas e das 18.30 horas às 19.30h horas, decorrendo numa sala externa ao serviço, o que por vezes dificulta o contacto com os familiares e a supervisão das interações entre utente e visitas, tornando desta forma difícil de controlar o que os doentes recebem do exterior. Também as visitas podem ser restringidas a pedido do cliente ou mesmo se a equipa de saúde considerar os contactos exteriores prejudiciais para aquela pessoa.

A equipa de prestação de cuidados diretos do departamento inclui 17 enfermeiros (14 em *roulement* e 3 em horário fixo), sendo que um dos elementos é o chefe de serviço, outro está

ausente devido a doença e outro está ausente desempenhando funções sindicais. A equipa de enfermagem é constituída maioritariamente por enfermeiros com vasta experiência profissional na Área da Saúde Mental e Psiquiátrica. Importa referir que 8 dos 17 enfermeiros do serviço são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Em cada um dos 3 turnos de 8.00 horas permanecem no serviço de Internamento 2 enfermeiros na prestação de cuidados e 1 assistente operacional adotando-se o método por Enfermeiro Responsável.

Uma vez que o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. ainda não se encontra implementado no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, as Dotações Seguras para os Cuidados de Enfermagem são calculadas por Posto de Trabalho. De acordo com os dados disponibilizados pela gestão, o Departamento apresenta um défice de 3 enfermeiros. Tendo em conta que o Regulamento nº 453/2019 de 29 de Setembro de 2019 (OE,2019) recomenda que nos diversos serviços de internamento no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica nos quais não existe informação nacional atualizada devem existir pelo menos dois Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica por cada três enfermeiros e que deverá existir pelo menos um Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em permanência 24h por dia, percebe-se que a constituição atual da equipa de Enfermagem do Departamento não permite o cumprimento deste requisito.

Alguns dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que desempenham funções no internamento participam também em atividades vocacionadas para os cuidados na comunidade, participando ativamente na Unidade de Tratamento e Reabilitação de Alcoólicos, na deslocação à comunidade/visitação domiciliária e mesmo em sessões de terapia familiar e na Área Infanto-Juvenil.

O Departamento tem 11 assistentes operacionais, que se distribuem pelas diferentes valências conforme as necessidades.

A equipa médica responsável pelo internamento constitui-se de 2 médicos psiquiatras e 3 internos de psiquiatria.

A equipa multidisciplinar integra ainda terapeuta da fala, técnica de serviço social, terapeuta ocupacional e psicóloga-, atuando alguns destes profissionais de acordo com programação e periodicidade definida – sendo todos os técnicos necessários mobilizados em situações específicas que careçam da sua intervenção.

A equipa de saúde reúne-se semanalmente, geralmente na quarta-feira, estando presentes os médicos e internos do serviço, enfermeira chefe, terapeuta ocupacional, técnica de serviço social e psicóloga que procedem à avaliação da evolução clínica do utente, havendo lugar à discussão dos casos e necessário ajuste do plano terapêutico.

Todos os registos referentes ao utente são efetuados informaticamente na plataforma SClinico, adotando a linguagem CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), sendo a prescrição terapêutica efetuada eletronicamente no programa Glintt.

Toda a medicação é fornecida em regime unidose, havendo um armário de stock com medicamentos adaptados às necessidades do serviço. É possível assinalar no sistema informático o recurso aos medicamentos retirados do stock, permitindo a sua reposição célere.

A estabilização do utente, ou a necessidade de transferência para outro local prestador de cuidados culmina na alta ou transferência do mesmo, sendo elaborada uma carta de alta (de enfermagem e médica) que assegure a transmissão de informação. Em situações pontuais também se agiliza a alta do doente através de contacto telefónico com as instituições que os recebem ou com o centro de saúde da área de residência.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1.A PESSOA COM ESQUIZOFRENIA

A Esquizofrenia é apontada pela OMS como uma das dez doenças mais incapacitantes, reconhecendo-se que consiste numa perturbação complexa e de carácter crónico, gera prejuízos significativos na vida dos utentes, prejudicando a sua qualidade de vida (Sousa et al, 2017).

De acordo com Gago (2019) em Portugal há mais de 48000 pessoal com esquizofrenia.

A palavra esquizofrenia etimologicamente, deriva do grego, resultando da junção de *schizein*, fenda ou cisão e *phrenós*, que significa pensamento.

Reconhece-se a esquizofrenia como uma das doenças psiquiátricas mais graves e desafiadoras, definindo-se como uma síndrome clínica complexa que engloba manifestações psicopatológicas variadas de pensamento, percepção, emoção, movimento e comportamento (Oliveira et al, 2012).

Tal como afirma Queirós et al (2019) esta é uma das patologias mentais graves mais frequentes.

“Esta entidade nosológica engloba, provavelmente, um grupo de doenças de etiologias diversas, cuja apresentação clínica, resposta ao tratamento e evolução podem variar. Identificada em todas as partes do mundo, em todas as classes sociais e etnias, as taxas de incidência diferem entre 7,7 e 43,0 por 100 000 habitantes, sendo esta maior em meios urbanos e em classes sociais mais desfavorecidas” (Queirós et al, 2019: 70).

Os utentes com esquizofrenia têm uma taxa de mortalidade por acidente e doença natural superior, havendo estudos recentes que reportam que estes doentes morrem, em média, 15 a 20 anos mais cedo do que a população geral, evidenciando-se maior prevalência de doença cardiovascular e neoplásica e diabetes mellitus., sendo as comorbilidades potenciadas pelos efeitos adversos da medicação antipsicótica, a escassez de atividade física, a dieta e os hábitos tabágicos expressivos (Queirós et al, 2019).

“A esquizofrenia está frequentemente associada a um curso debilitante e a um importante comprometimento no funcionamento social e ocupacional” (Costa et al, 2014: 209).

Tal como refere Costa et al (2014) o funcionamento é um conceito complexo que engloba diversos domínios diferentes, tais como a capacidade de trabalhar, estudar e viver de forma independente, possuir capacidades recreativas e sociais.

Esta condição clínica traduz-se em múltiplas dificuldades entre as quais o significativo deterioramento funcional relacionado com a esquizofrenia, o estigma que origina, as dificuldades psicossociais, a má qualidade de vida, o insucesso profissional e a dependência familiar e social,

pelo que a recuperação funcional implica não só a remissão dos sintomas mas também a capacidade de alcançar uma maior autonomia para a gestão da própria vida (Silva & Restrepo, 2017).

Esta ideia vai de encontro ao defendido por Costa et al (2014) que afirmam que utentes com esquizofrenia sofrem prejuízos acentuados no funcionamento psicossocial em vários domínios: vida independente, relações interpessoais, realização ocupacional e educacional, prazer recreativo e atividade sexual, começando esses constrangimentos nos Estágios iniciais da doença, podendo prevalecer por períodos prolongados ou resultar em incapacidade, com elevado sofrimento pessoal e custos indiretos à sociedade.

No que se refere aos custos diretos com cuidados de saúde à pessoa com esquizofrenia os mais relevantes relacionam-se com as hospitalizações, pelo que é lícito afirmar que a esquizofrenia origina impactos económicos importantes para os doentes e suas famílias, mas também para a sociedade (Queirós et al, 2019: 70).

Assim, o comprometimento do funcionamento que lhe está inerente e a mortalidade precoce que apresenta precipita o reconhecimento da esquizofrenia como uma prioridade em termos de políticas de saúde (Queirós et al, 2019).

2.1.1. Etiologia

À luz dos conhecimentos atuais a etiologia da esquizofrenia entende-se como multifatorial, reconhecendo a importância de diversos aspetos no seu aparecimento, tais como fatores hereditários, fatores psicossociais e biológicos, e fatores ambientais.

Diz Queirós et al (2019) que

“Fatores hereditários parecem contribuir de forma importante no aparecimento da doença, existindo um grande número de genes envolvidos. Quanto à transmissão, a investigação avança como mais provável um modelo poligénico, com alelos comuns e raros, cada um com efeito muito pequeno no risco global.” (Queirós et al, 2019:71)

Assume-se a influência de outros aspetos que parecem estar associado a esta patologia como nascimento nos meses de inverno, urbanidade migração, consumo de substâncias (nomeadamente canabíoides), várias hipóteses associadas a neurotransmissores (implicando o papel da dopamina, serotonina, glutamato e ácido gama-aminobutírico), perturbações do neurodesenvolvimento (possibilidade da origem da doença numa perturbação do desenvolvimento ou maturação do cérebro no período perinatal), condições inflamatórias (aumento na concentração sérica de várias citocinas pró-inflamatórias associado ao stress oxidativo), relacionamentos familiares

patológicos e padrões de comunicação interpessoal aberrantes (tais como a ideia da ‘mãe esquizofrenizante’ que assume padrões de comportamento de hostilidade e rejeição e a teoria de double bind) (Queirós et al, 2019).

Pressupõe-se que o gênero possa constituir-se um fator de risco pois aparentemente há maior incidência em indivíduos do sexo masculino, evidenciando-se que as manifestações da doença surgem frequentemente no final da adolescência ou no início da vida adulta, sendo que em doentes do sexo masculino surgem comumente entre os 15 e os 25 anos e, no caso do sexo feminino, observa-se um primeiro pico entre os 25 e 30 anos e um segundo pico mais tarde na idade adulta (Queirós et al, 2019).

Alguns dos fatores de risco para a Esquizofrenia mais significativos estão enumerados na Quadro 1.

Fatores de Risco para a Esquizofrenia		
Início da Vida	Infância	Até adocimento
Complicações obstétricas Nascimento nos meses de Inverno Infecção pré-natal e pós-natal Desnutrição materna Stress materno Alterações no neurodesenvolvimento Fatores hereditários Alterações genéticas Alterações em neurotransmissores Gênero	Criação adversa Abusos Traumatismo Craniano Relacionamentos familiares patológicos Padrões de comunicação interpessoal aberrantes	Consumo de substâncias Migração/Etnia Urbanidade Adversidade social Eventos da vida

Quadro 1- Fatores de risco para a esquizofrenia, adaptado de Palmeira (2018) e Queirós et al (2019)

2.1.2. Diagnóstico, Evolução e Prognóstico

Embora a detecção e tratamentos precoces sejam fundamentais para o sucesso terapêutico que se traduz em menor perda cognitiva, menor deterioração da autonomia e funcionalidade e menor prejuízo social, muitas vezes o diagnóstico e a intervenção só ocorrem bastante depois de se evidenciar a primeira sintomatologia, o que se deve não só ao desafio que representa o

estudo e tratamento da doença psiquiátrica mas também ao estigma que muitas vezes condiciona a procura de ajuda.

A pessoa que com esquizofrenia tem dificuldade compreender os sintomas e entender o que se passa no mundo que a rodeia, pois vivem uma realidade diferente, paralela ao mundo ao mundo real (Pinho et al, 2017).

Concomitantemente o desconhecimento por parte de quem a rodeia tende a provocar a estigmatização destes utentes, precipitando a sua desconfiança e consequentemente tornando-o cada vez mais isolado, levando ao início tardio do tratamento agravando o quadro clínico (Pinho et al, 2017).

O quadro clínico caracteriza-se por ser bastante heterogéneo, complexo e por vezes pouco perceptível visto que todos os sintomas e sinais da esquizofrenia são também encontrados amiúde noutras patologias psiquiátricas e neurológicas, não sendo nenhum sinal ou sintoma por si só patognomónico (Queirós et al, 2019).

“A observação de que a esquizofrenia quase sempre tem um início insidioso remonta a Kraepelin e Bleuler. Klaus Conrad, na década de 1940, descreve o tremor ou período tremático, no início do quadro esquizofrênico, caracterizado por alterações da sensopercepção, pensamentos idiossincráticos, um vago sentimento de estranheza (“humor delirante”), mas que não chegariam a configurar ainda um quadro psicótico, cuja manifestação plena ocorrerá posteriormente (Louzã Neto e Elkis, 2007).” (Louzã, 2007: 170)

De acordo com Louzã (2007) frequentemente a anamnese de um portador de esquizofrenia revela que a pessoa começou a evidenciar alterações no comportamento habitual, meses ou anos antes do início dos sintomas psicóticos do quadro agudo, sendo as mesmas confundidas com comportamentos associados à adolescência, entendidas como fatores emocionais ou sociais do adulto jovem ou mesmo definida como sintomatologia associada a outros transtornos (Louzã, 2007).

Salientam Queirós et al (2019) que no decorrer da fase pré-mórbida podem evidenciar-se traços de personalidade esquizoide ou esquizotípica, (calados, introvertidos, pouco comunicativos, passivos) e que na infância e na adolescência podem ter poucos amigos e afastarem-se de atividades sociais ou relações afetivas, procurando atividades solitárias, podendo desenvolver um interesse em ideias abstratas, por filosofia, pelo oculto, por religião ou até desenvolver sintomatologia obsessiva.

Atualmente os sistemas de classificação internacional mais utilizados como apoio ao diagnóstico de esquizofrenia são o CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e

Problemas relacionados à Saúde) e o DSM-5 (Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais 5ªEd), que embora coincidam em alguns aspetos, apresentam diferenças significativas.

Normalmente a evolução da esquizofrenia caracteriza-se por exacerbações recorrentes da doença (geralmente por sintomas positivos) com remissões e recaídas, resultando em vários internamentos (Queirós et al, 2019).

Segundo os mesmos autores “A maioria dos doentes responde favoravelmente ao tratamento com antipsicóticos, contudo aproximadamente 80% recaem nos primeiros cinco anos após o episódio inaugural, o que é parcialmente explicado pela descontinuação da terapêutica” (Queirós et al 2019: 74).

“Entre os preditores de não adesão ao tratamento estão fatores ligados à própria doença (gravidade da doença, a falta de insight e a disfunção cognitiva), ao paciente (abuso de substâncias, atitude negativa frente à medicação, obesidade, tabagismo e crenças religiosas), ao tratamento (eventos adversos, tipo de medicação e esquema de administração) e ao ambiente (falta de psicoeducação, relação médico-paciente ruim, estigma, custo e falta de acesso ao medicamento)” (Palmeira, 2018: 20).

De acordo com Queirós et al (2019) cada recaída da doença significa uma deterioração no nível funcional prévio do doente e que os sintomas positivos tendem a diminuir de intensidade, passando a predominar a sintomatologia negativa e cognitiva, provocando grande dolo na vida pessoal, social e laboral da pessoa, estimando-se que apenas 20% a 30% dos doentes tenham uma vida normal.

Embora o prognóstico da esquizofrenia seja heterogéneo assumem-se alguns fatores como preditores da evolução da esquizofrenia, agrupados em fatores de bom e mau prognóstico, tal como representado na Quadro 2.

Fatores de prognóstico da Esquizofrenia	
Bom Prognóstico	Mau Prognóstico
Sexo feminino Casado Início em idade tardia Fatores precipitantes evidentes Funcionamento pré mórbido adequado Rede de suporte familiar e social forte Família com baixo nível de emotividade expressa Início abrupto Tratamento precocemente Episódio breve	Sexo masculino Solteiro, divorciado Início em idade precoce Sem fatores precipitantes evidentes Funcionamento pré mórbido desajustado Rede de suporte familiar e social pobre Família com alto nível de emotividade expressa Início insidioso Tratamento tardio Episódio prolongado

Número de recaídas reduzido História familiar de perturbações do humor Predomínio de sintomas positivos Predomínio de sintomas afetivos Adesão à terapêutica eficaz Boa resposta à terapêutica Ausência de sinais e sintomas neurológicos Ausência de trauma perinatal Consumo de substâncias inexistente	Número de recaídas elevado História familiar de esquizofrenia Predomínio de sintomas negativos Má adesão à terapêutica Fracá resposta à terapêutica Presença de sinais e sintomas neurológicos Existência de trauma perinatal Existência de consumo de substâncias
---	---

Quadro 2 -Fatores de bom e mau prognóstico na esquizofrenia
(Queirós et al, 2019:74)

2.1.3. Sintomatologia

Tal como afirma Oliveira et al (2012) o processo de descoberta de sentido na esquizofrenia é doloroso e reveste-se de extrema dificuldade, de intenso sofrimento e limitações que, de modo geral, resultam da deterioração de vários processos mentais, originando alguns sintomas característicos da esquizofrenia, conhecidos como sintomas positivos e sintomas negativos. Podem ainda enumerar-se outros sintomas (cognitivos e afetivos).

Os sintomas positivos são os que apresentam maior incidência nas fases de descompensação aguda da doença,

Entendem-se como sintomas positivos aqueles em que surgem comportamentos adicionais nos momentos de crise psiquiátrica como delírios, alucinações, alterações na fala e no comportamento (catatonia, transtornos dos movimentos, entre outros) (Oliveira et al, 2012).

“Genericamente os delírios são definidos como uma crença individual falsa que é irreduzível perante argumentação lógica, não partilhada por um grupo de pessoas da mesma cultura e de conteúdo implausível. Este último fator é controverso (visto poderem existir delírios próximos da plausibilidade, como na perturbação delirante) e é substituído por alguns autores por incompreensibilidade psicológica” (Queirós et al, 2019:13).

Segundo Queirós et al (2019) o delírio mais frequente nos doentes com esquizofrenia é

“delírio persecutório (o doente tem ideias de prejuízo contra si, sente-se ameaçado, perseguido, espiado ou vítima de uma conspiração) e o delírio de autorrelação (o doente acredita que as experiências são dirigidas a si, que falam sobre si, frequentemente em tom depreciativo ou que por exemplo mensagens em programas de televisão são para si)” (Queirós et al, 2019:71).

As alucinações surgem frequentemente na esquizofrenia e podem envolver qualquer sentido. As que mais comumente surgem são as auditivas, ouvindo o utente vozes frequentemente desagradáveis, críticas, ameaçadoras, obscenas ou insultuosas.

Alucinação define-se frequentemente por

“uma percepção sem objeto” mas “será melhor definida como uma falsa percepção que ocorre ao mesmo tempo que as percepções reais, mantendo a consistência sensorial, localizando-se no espaço exterior e objetivo, tendo todo o detalhe e clareza, sendo constante ao longo do tempo e não sendo alterada pela vontade” (Queirós et al, 2019: 71).

Durante uma alucinação a pessoa pode identificar apenas uma voz ou mais, a conversar entre si, a tecer considerações sobre o seu comportamento e o que se passa à sua volta, ou com carácter de comando, dando ordens

“Acredita-se que a apresentação dos sintomas positivos, especialmente os delírios e as alucinações, tem relação íntima com as particularidades de cada indivíduo, com suas experiências de vida e com as relações estabelecidas com os fatos ao seu redor, podendo ser considerada uma forma de o indivíduo comunicar seus medos e impulsos” (Oliveira et al, 2012:310).

Como afirma Palmeira (2018) os delírios e alucinações são experienciadas pelas pessoas com esquizofrenia com plena convicção que efetivamente os vivenciaram, pelo que o indivíduo aceita essas vivências como parte da realidade impossibilitando-o de fazer um juízo capaz de relativizar ou extinguir essas percepções, pelo que tentar confrontar as experiências do utente com fatos da realidade ou convencê-lo logicamente da sua natureza absurda precipita mais sofrimento e desgaste, provocando mais distanciamento e dificultando as intervenções terapêuticas.

Frequentemente também surgem outras alterações do pensamento na esquizofrenia, sendo frequente o doente estabelecer associações sem qualquer nexos ou evidenciar ou uma paragem súbita na linha de pensamento, dificultando a realização de uma entrevista ou criando obstáculos ao estabelecimento de uma conversa.

Eventualmente o utente pode descrever experiências de alienação do seu próprio pensamento por agentes externos sendo sintomas-chave no diagnóstico de esquizofrenia (nomeadamente controlo, inserção, roubo ou difusão do pensamento), podendo o discurso tornar-se estranho, incompreensível e sem lógica (Queirós et al, 2019).

Algumas pessoas com esquizofrenia poderão ter um discurso desorganizado, expressando-se através de uma série de palavras isoladas sem qualquer sentido (salada de palavras), de palavras inventadas por si (neologismos) ou através de respostas ao lado (Queirós et al, 2019).

Poderão ainda surgir alterações no comportamento que se revelam por meio de auto ou hetero-agressividade, agitação e inquietude motoras, atitudes bizarras, ou isolamento (Queirós et al, 2019).

Identificam-se também casos em que se assiste a uma diminuição acentuada atividade motora, sendo por vezes praticamente nula (estupor catatónico), podendo ainda identificar-se outros sintomas como negativismo (apresenta uma postura ou atitude opostas às que lhe são solicitadas pelo interlocutor), ecopraxia, solilóquios, coprolalia e risos imotivados (Queirós et al, 2019).

Poderão evidenciar-se também sintomas que traduzem a perda ou diminuição de funções normais, refletindo défices ao nível da motivação, das emoções, do discurso, do pensamento e das relações interpessoais. Este tipo de manifestações denomina-se sintomas negativos (Queirós et al, 2019).

Define-se por sintomas negativos aqueles em que se observa perda da função, verificando-se a diminuição da atividade motora e psíquica, afetando também as manifestações emocionais, surgindo sintomas como afeto plano e anedonia (Oliveira et al, 2012). A sintomatologia negativa pode ser subsequente a causas secundárias da doença como privação ambiental, quadros depressivos, ansiedade, ou resultar dos efeitos colaterais das drogas antipsicóticas (Oliveira et al, 2012).

No Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª edição (DSM-V) são enumerados o aplanamento e embotamento afetivos, alogia, respostas lacónicas, avolição, anedonia e isolamento social como sintomas negativos (DSM-V, 2014).

De acordo com Palmeira (2018) as pessoas com esquizofrenia podem-se tornar tão apáticas que interagem pouco, descuidam a higiene e a aparência, perdem a energia física e abandonam as suas atividades, tendo muitas vezes consciência das suas dificuldades, sofrendo com a falta de interesse e de pouco ou nenhum relacionamento social ou afetivo.

O mesmo autor refere que a evidência revela que um ambiente stressante, motivado por excesso de crítica e hostilidade ou por superestimulação, pode piorar os sintomas negativos, traduzindo-se num maior retraimento emocional e social do utente, podendo entender-se esse fenómeno como uma tentativa da pessoa diminuir os desafios que se encontram além de sua capacidade de enfrentamento (Palmeira, 2018).

Para além dos sintomas positivos e negativos há outros sintomas que habitualmente se encontram presentes.

Segundo Queirós et al (2019) a sintomatologia afetiva também é frequente nas pessoas com esquizofrenia ao longo da sua vida, nomeadamente sintomatologia depressiva (em cerca

de 40% dos casos). Esta sintomatologia afetiva poderá ser um preditor do prognóstico da doença, como já foi anteriormente referido, pelo que deverá ser valorizada.

As alterações cognitivas são frequentes aquando da manifestação da doença (ou mesmo numa fase prodrómica) e parecem ser os principais determinantes do funcionamento e reabilitação psicossociais, revelando-se relativamente independentes da restante sintomatologia da doença, sendo mais frequentes nos doentes com predomínio de sintomatologia negativa (Queirós et al, 2019).

Segundo Palmeira (2018)

“Sintomas cognitivos também foram associados a sintomas negativos, funcionamento social e ocupacional, solução de problemas e aquisição de habilidades sociais, encontrando correlações com memória verbal, função executiva e atenção, revelando que deficiências nessas funções podem agravar sintomas negativos e funcionais da esquizofrenia” (Palmeira 2018: 15).

Ainda que não sejam, fáceis de identificar, os sintomas cognitivos podem causar dolo na funcionalidade da pessoa nomeadamente na capacidade laboral e autocuidado, sendo frequentemente detetada dificuldade em prestar atenção, dificuldade de processar informação para a toma de decisões e problemas para usar informação imediatamente após a aprender (National Institute of Mental Health, 2017).

O exposto anteriormente é corroborado por Queirós et al (2019) que afirmam que “São encontrados défices mais marcados a nível da memória verbal, da vigilância e atenção, da memória de trabalho, do quociente intelectual, da linguagem e das funções executivas” (Queirós et al, 2019:72).

Também Palmeira (2018) refere que alguns dos sintomas cognitivos mais comuns são déficit de atenção ou concentração, redução da velocidade de processamento, déficit de memória verbal e aprendizagem e disfunção executiva, traduzindo-se em alteração da memória de trabalho, da flexibilidade mental e da inibição de estímulos irrelevantes no raciocínio.

Desta forma o nível de funcionalidade cognitiva é um dos melhores indicadores da capacidade da pessoa para melhorar o seu funcionamento global, sendo a sintomatologia cognitiva frequentemente detetada somente quando se executam tarefas específicas (National Institute of Mental Health, 2017).

Diz Queirós et al (2019) que os principais sintomas positivos no diagnóstico da esquizofrenia são delírios, alucinações, alterações do curso, posse e forma do pensamento e alterações comportamentais. O mesmo autor destaca como sintomas negativos mais significativos o aplanamento e embotamento afetivo, alogia, avolição, anedonia, apatia e isolamento social, salientando também outros sintomas como os sintomas cognitivos e afetivos.

2.1.4. Tratamento

O tratamento da pessoa com esquizofrenia deverá confluir num plano de tratamento centrado na pessoa, abrangente, personalizado, baseado na melhor evidência científica disponível, ser direcionado visando a melhor recuperação possível, considerando o indivíduo no seu todo e valorizando os objetivos pessoais, permitindo ao doente assumir responsabilidades e decisões na sua própria vida.

Segundo a American Psychiatric Association (APA) um plano de tratamento abrangente e centrado na pessoa desenvolve-se como resultado da avaliação psiquiátrica, sofrendo modificações conforme a necessidade clínica, podendo incluir tratamentos não farmacológicos, tratamentos farmacológicos ou ambos, não existindo um formato restrito para o plano de tratamento (APA, 2019).

O tratamento deverá almejar que os utentes consigam, da melhor forma possível e com a menor interferência dos sintomas manter /desenvolver competências emocionais, sociais, intelectuais, cognitivas e físicas essenciais para a sua aprendizagem, trabalho e funcionalidade, permitindo a vivência em comunidade de forma mais adequada e autónoma possível.

“O tratamento da esquizofrenia assenta numa abordagem multidisciplinar e visão longitudinal, considerando as diferentes fases da doença. Devem ser considerados os domínios biológico, psicológico e social do indivíduo, na procura do seu melhor funcionamento e na prevenção do declínio cognitivo” (Queirós et al, 2019:74).

Como diz Enciso (2018) não se pretende unicamente a redução dos sintomas que os utentes esquizofrénicos apresentam, emergindo outros objetivos, como o aumento da autonomia, qualidade de vida, bem-estar pessoal e participação em torno do conceito de recuperação pessoal, ajudando o utente a gerir a sua própria doença através da aquisição de conhecimento sobre ela, administrando sua própria vida sem ajuda constante.

Desta forma o tratamento deverá ser provido de recursos diversos, adequados às necessidades e possibilidades dos utentes, família e comunidade.

A evolução a que se assiste a nível farmacológico é particularmente relevante no tratamento da pessoa com esquizofrenia, no entanto deverão ser sempre consideradas outras intervenções passíveis de ser realizadas com repercussões positivas na vida destes utentes.

“O tratamento psicofarmacológico, mais concretamente a medicação antipsicótica, revolucionou os cuidados prestados a pessoas com esquizofrenia e continuam a ser a abordagem de primeira linha nesta doença. Não obstante, estes medicamentos acarretam vários efeitos adversos indesejados expectáveis que podem limitar a adesão à terapêutica, tornando-se vital conhecer os grupos de antipsicóticos existentes” (Queirós et al, 2019: 74).

Segundo Queirós et al (2019) os antipsicóticos de 1ª geração têm como principais efeitos adversos os efeitos extrapiramidais (acatisia, distonia aguda, parkinsonismo, discinesia tardia) enquanto os antipsicóticos de 2ª geração apresentam consequências mais significativas a nível metabólico (aumento do apetite, aumento do peso, dislipidemia, resistência à insulina, alto risco de desenvolver síndrome metabólica).

O mesmo autor refere outros efeitos secundários dos antipsicóticos, como hiperprolactinemia, efeitos cardiovasculares, sedação, tonturas, visão turva, xerostomia, obstipação, retenção urinária, agravamento de glaucoma de ângulo fechado, défices cognitivos (Queirós et al, 2019).

Ainda que atualmente não seja considerado de primeira linha, por vezes o tratamento da esquizofrenia também inclui a electroconvulsivoterapia (ECT).

Diz Coentre (2014) que a “American Psychiatric Association (APA 2001) propõe que os melhores candidatos a ECT são doentes com esquizofrenia com proeminentes sintomas depressivos, sintomas positivos ou sintomas catatónicos” (Coentre, 2014: sp).

Segundo Sanghani et al (2018) resultados recentes de vários estudos de diversos países, bem como as metanálises de estudos anteriores, acentuam as evidências existentes que demonstram a importância da electroconvulsivoterapia no reforço do tratamento medicamentoso antipsicótico para a esquizofrenia.

Outro método de tratamento que por vezes é considerado é a estimulação transcraniana por corrente contínua (envio de uma corrente elétrica baixa direta ao cérebro por meio de dois eletrodos, aumentando ou diminuindo a excitabilidade cortical (Shiozawa et al, 2016).

Existem outras abordagens não farmacológicas que se revelam eficazes como adjuvantes do tratamento farmacológico, devendo ser aplicadas de acordo com as características e necessidades dos utentes e famílias.

Importa ressaltar a importância de algumas intervenções psicossociais no tratamento da pessoa esquizofrenia nomeadamente terapia cognitivo-comportamental, psicoeducação, programas de emprego apoiado, tratamento comunitário assertivo, intervenções familiares, habilidades de autogestão e intervenções focadas em recuperação, remediação cognitiva, Treinamento de habilidades sociais e psicoterapia de suporte (APA, 2019).

Segundo Palmeira (2018) a terapia cognitivo-comportamental para psicose consiste numa técnica de psicoterapia individual que procura estabelecer conexões entre os pensamentos, sentimentos e ações do paciente, incentivando a reavaliação de suas percepções e crenças, maior consciência sobre os sintomas e desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e diminuição do stresse, melhorando o nível de resiliência.

A psicoeducação tem-se mostrado um instrumento útil no tratamento da pessoa com esquizofrenia, sendo esta temática desenvolvida em subcapítulo próprio.

Há também evidência que destaca a importância de programas de emprego apoiado que podem incluir suporte ao emprego (integrar o utente num emprego assim que ele manifeste essa vontade e fornecer apoio contínuo e multidisciplinar) e o treino vocacional (preparar o utente para o trabalho recorrendo a um conjunto de intervenções) (Palmeira, 2018).

O tratamento comunitário assertivo consiste no atendimento integral com uma equipa multidisciplinar, que participa em todas as dimensões de cuidado ao utente, com disponibilidade permanente para intervir nos contextos necessários (Palmeira, 2018).

As intervenções familiares baseiam-se nas informações e suporte fornecidos aos cuidadores e família, promovendo uma melhor gestão da situação de doença e melhores capacidades na resolução de problemas.

Ao desenvolver habilidades de autogestão e intervenções focadas em recuperação o utente beneficia de uma participação mais crítica e ativa na sua própria vida, tomando decisões e assumindo responsabilidades.

A terapia de remediação cognitiva engloba um grupo diverso de terapias que procuram a melhoria do desempenho cognitivo e de outras funções, como habilidades sociais e de vida diária, podendo ser implementadas individualmente ou em grupo (Palmeira, 2018)

O treino de habilidades sociais recorre a técnicas comportamentais que permitem treinar competências relacionadas com a vida em comunidade numa tentativa de melhorar a interação com outras pessoas, possibilitar uma vida mais independente e um melhor funcionamento em tarefas comunitárias (Palmeira, 2018).

Muitos dos planos de tratamento incluem psicoterapia de suporte cujo foco se baseia na realidade e é centrado no presente, procurando ajudar os utentes a lidar com sintomas, melhorar as habilidades adaptativas e melhorar a auto-estima (APA, 2019).

“A alta deve ser preocupação da equipe desde o momento da entrada do paciente no serviço psiquiátrico, para que futuramente ele seja co-participante no seu tratamento. Estudos têm mostrado que o ideal é que o planejamento de alta seja iniciado logo após a admissão do cliente ou mesmo antes da internação, em nível ambulatorial, com a identificação das suas necessidades reais ou potenciais” (Castro & Furugato, 2008:963).

2.2. *INSIGHT* NA PESSOA ESQUIZOFRÉNICA

Algumas doenças mentais evidenciam como característica relevante a falta de *insight* em parte significativa das pessoas por elas afetadas.

“A ausência de insight na doença mental é um fenómeno frequente em doentes com perturbações psicóticas (...)” (Vanelli et al, 2010: 1011).

“O termo insight deriva do alemão Einsicht e significa “olhar para dentro”, visão interna com os olhos da mente; percepção, discernimento ou entendimento do carácter íntimo ou da natureza escondida das coisas. Existe apenas em línguas de raízes germânicas e as línguas latinas não possuem um termo unitário correspondente, traduzindo-o de acordo com a sua função” (Mella et al, 2011:135)

Ouzir et al (2012) afirmam que a definição mais antiga de *insight* relacionada com esquizofrenia remonta à década de 1930, quando Lewis definiu o insight como "uma atitude correta em relação à mudança mórbida em si mesmo" (Ouzir et al, 2012:168).

“É comum observar-se na prática clínica que grande parte das pessoas a quem foi diagnosticada uma psicose, podem não reconhecer a doença” (Cardoso, 2008: 348), defendendo esta autora que a falta de insight é um importante característica da esquizofrenia (Cardoso, 2008).

Segundo Ouzir et al (2012) o conceito de *insight* está intimamente ligado à doença mental e atualmente é reconhecido como um fenómeno importante na prática psiquiátrica, referindo-se a um estado complexo de consciencialização dos utentes sobre sua própria doença.

A esquizofrenia é uma das patologias onde essa condição é mais evidente, sendo a falta de insight no doente esquizofrénico amplamente referida na literatura disponível.

Diz Mella et al (2011) que o *insight* está frequentemente comprometido na esquizofrenia. Também no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Edição (DSM-5) é referido que

“Alguns indivíduos com psicose podem carecer de insight ou consciência de seu transtorno (i.e., anosognosia). Essa falta de insight inclui não perceber os sintomas de esquizofrenia, podendo estar presente em todo o curso da doença. Não perceber a doença costuma ser um sintoma da própria esquizofrenia em vez de uma estratégia de enfrentamento” (APA,2014: 101).

Segundo Mella et al (2011) no âmbito da psiquiatria clínica, *insight* ou crítica da doença define-se como como uma subcategoria do autoconhecimento dos utentes referente ao reconhecimento das manifestações patológicas que os afetam e também à percepção de como as mudanças causadas pelas mesmas afetam sua interação com o mundo.

“No campo da medicina, insight tem sido definido como consciência dos sintomas, reconhecimento deles como manifestações de uma doença, entendimento sobre suas causas e origens, apreciação de seus significados (como sua gravidade e suas

consequências em termos de incapacidades funcionais) e colaboração com o tratamento” (Mella et al,2011:135).

De acordo com Cardoso (2008) a falta de *insight* para a doença mental poderá constituir um fator preditivo importante no curso das perturbações psicóticas, sobretudo em relação à adesão ao tratamento.

Vanelli et al (2010) também afirmam que “A ausência de insight na doença mental (...) pode constituir um importante factor preditivo do curso da doença, essencialmente no que diz respeito à adesão à terapêutica” (Vanelli et al, 2010: 1011).

“Esse sintoma é o mais comum preditor de não adesão ao tratamento e prevê elevadas taxas de recaída, aumento no número de tratamentos involuntários, funcionamento psicossocial mais pobre, agressão e um curso mais pobre da doença” (APA,2014:101).

Vanelli et al (2010) também defendem que o baixo nível de *insight* em doentes psicóticos (sobretudo doentes esquizofrénicos) se relaciona com maior duração da psicose não tratada, diminuída ou inexistente adesão à terapêutica, maior disfunção profissional e diminuição das capacidades sociais.

Desta forma o tratamento da esquizofrenia deverá incluir, o mais precocemente possível, intervenções que procurem fomentar a melhoria do *insight*, almejando a promoção da adesão ao tratamento, prevenção de recaídas, e o melhor funcionamento pessoal, familiar, social e laboral.

Incrementar o *insight* é proporcionar à pessoa e aos cuidadores menos consequências nefastas associadas à patologia, dotá-los de recursos para conseguirem vivências mais satisfatórias e produtivas, estabelecendo melhor relacionamento com a comunidade e com o meio que as rodeia, promovendo a sua integração.

Promover o *insight* é um meio para tornar ativa a participação da pessoa no tratamento, ao invés de uma participação passiva, acrítica e desinformada.

Ao tornar-se mais ativa em todo o processo de recuperação a pessoa compromete-se mais com o tratamento e com a equipa de profissionais que nele participam, assume maior controlo sobre os fatores que afetam a sua vida, tornando-se mais autónoma. Assim podemos dizer que a promoção do *insight* é um recurso válido para aumentar o *empowerment*.

“O *empowerment* corresponde a um conjunto de estratégias de fortalecimento do poder, da autonomia e da auto-organização e é visto como um processo através do qual as pessoas ou as comunidades adquirem maior controlo sobre as decisões e acções que afectam a sua saúde (Health Promotion Glossary, Geneve: WHO, 1998)” (Cardoso, 2008: 352).

Cardoso (2008) afirma que é essencial promover o *empowerment* das pessoas doentes mesmo durante a hospitalização, estimulando a participação ativa na definição e implementação

de medidas que favoreçam a sua autonomia, pelo que devem ser valorizadas as intervenções promotoras de *empowerment*, nomeadamente as direcionadas ao *insight*, mesmo durante o internamento.

As intervenções promotoras de *insight*, para serem eficazes não devem cingir-se a veicular informações acerca da doença, mas sim transformar essas informações em aprendizagens úteis que possibilitem o fomento de um espírito crítico e participação do utente.

2.3. INTERVENÇÕES PSICOEDUCATIVAS NA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA

Devido a todos os aspetos já explanados, o plano de tratamento da pessoa com esquizofrenia deverá considerar o utente em todas as suas dimensões, assumido o indivíduo como um ser biopsicossocial e espiritual.

Atingir o mais alto nível de recuperação possível não se resume ao controlo sintomático da esquizofrenia, mas sim conseguir aliar a estabilização da doença à manutenção de autonomia, funcionalidade e interação social.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde mental como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere “ (Comissão das Comunidades Europeias, 2005: 4) entendendo a saúde mental como algo que transcende as doenças do foro psiquiátrico.

Esta definição compartilha as dimensões do bem-estar, o funcionamento do indivíduo e o funcionamento efetivo na comunidade com os objetivos primordiais da implementação de um plano terapêutico na pessoa com esquizofrenia. Em ambos são valorizados aspetos associados ao bem-estar, à qualidade de vida, à capacidade de sentir, trabalhar e de se relacionar com os outros.

Um plano de tratamento centrado na pessoa - que considera o indivíduo no seu todo e valoriza os objetivos pessoais, necessidades e recursos- promove na pessoa com esquizofrenia o equilíbrio entre as suas particularidades, as suas vivências e as exigências externas com que todos os dias é confrontada.

A expressividade e efetividade dos resultados do tratamento é relevada pela combinação de recursos terapêuticos que promovam a recuperação do utente, sendo assumido por várias instituições internacionais reconhecidas a importância da utilização de métodos farmacológicos e não farmacológicos.

Uma das abordagens não farmacológicas mais difundidas no tratamento da pessoa com esquizofrenia é a psicoeducação.

As atividades psicoeducativas são temporalmente limitadas, obedecendo a uma estrutura previamente definida, direcionada à concretização dos objetivos propostos e resolução de problemas, centrada no cliente, nas suas vivências e no contexto que o rodeia, recorrendo a diversos meios que possibilitem à pessoa com esquizofrenia aprendizagens mais efetivas.

A psicoeducação tem sido definida como uma

“intervenção didactopsicoterapêutica sistemática, designada para informar os indivíduos e seus familiares sobre a patologia e tratamento e sobre estratégias de coping (Simoneau et al., 1999; Bäuml et al., 2006) que, quando combinada com o tratamento farmacológico, tem a capacidade de orientar pacientes na estabilização do humor, diminuir os internamentos hospitalares e aumentar o funcionamento do indivíduo em diversas áreas ” (Freitas, 2010: 18 citando Huxley & Parikh & Baldesarini, 2000).

Segundo Borah (2019) a intervenção psicoeducativa pode ser de vários tipos, de acordo com os participantes a que se destina: Psicoeducação Familiar (programas que fornecem educação, apoio e orientação para famílias sobre como lidar com doenças mentais), Psicoeducação individual (pode ser mais específica, focada no cliente e mais intensiva) ou Psicoeducação em grupo (intervenção terapêutica focada que trabalha com um pequeno grupo de natureza homogênea que geralmente partilha a mesma necessidade de conhecimento) (Borah, 2019).

“Actualmente, a psicoeducação tem representado uma importante abordagem psicossocial utilizada no tratamento da esquizofrenia, pois "informação clara e objetiva sobre a esquizofrenia é o primeiro passo para que se possa compreender e ajudar a pessoa doente e os seus familiares” (Cardoso,2008:350 citando Louzã Neto,1996:21)

Esta estratégia de tratamento coloca o sujeito no centro de toda a intervenção, estabelecendo com ele uma relação profunda, direcionada essencialmente às suas inquietações, dúvidas e sentimentos, percebendo-o como um ser em constante desenvolvimento e atualização (Marques, 2016). Isto permite que o individuo entenda as suas potencialidades através de um programa de intervenção estruturado, que facilita a sua participação nas tomadas de decisão e incrementa a sua autonomia (Marques, 2016).

O estabelecimento de programas psicoeducativos direcionados a pessoas com esquizofrenia procura desenvolver competências e recursos pessoais essenciais para a gestão adequada da sua doença e as repercussões da mesma.

Aho-Mustonen (2011) defende que a psicoeducação é um componente essencial no tratamento abrangente para clientes esquizofrénicos, devendo todos eles ser beneficiados por programas de psicoeducação.

O papel do enfermeiro como facilitador na aquisição de diferentes ferramentas que possibilitam ao utente suprimir algumas carências de conhecimentos a diferentes níveis é incontornável.

A intervenção psicoeducativa proporciona uma combinação de informações que abrangem componentes cognitivos, psicomotores e comportamentais essenciais para mudar atitudes (Al-HadiHasan et al, 2015).

Grande parte dos planos psicoeducativos direcionados à pessoa com esquizofrenia abordam temáticas centradas na explicitação da doença, no que consiste, as causas e evolução e prognóstico da mesma, informações referentes ao tratamento e terapêutica farmacológica, aquisição de competências que promovam habilidades sociais, a resolução de problemas, identificação de sinais de alerta e aderência ao tratamento.

Estas temáticas estão de acordo com o defendido por Passadas e Manso (2015) que afirmam que os programas psicoeducacionais devem fornecer informações sobre os sintomas, etiologia, tratamento e curso da doença, visando melhorar a adesão à medicação e a perceção da pessoa em relação à doença mental, estimulando as pessoas e familiares a se comprometerem ativa e criticamente com o tratamento.

Também a APA (2019), refere que geralmente os programas de psicoeducação incluem informações relevantes sobre diagnóstico, sintomas, intervenções psicossociais, medicamentos e efeitos colaterais, além de informações sobre stresse e enfrentamento, planos de crise, sinais de alerta precoce e prevenção de suicídio e recaída, podendo incluir temáticas referentes ao suicídio e estratégias de gestão da doença, corroborando o supra referido.

Várias organizações reconhecidas internacionalmente na área da Saúde Mental recomendam nas suas diretrizes de tratamento da pessoa esquizofrenia a psicoeducação como intervenção terapêutica, reconhecendo os benefícios da sua implementação.

A American Psychiatric Association (2019) recomenda que os utentes com esquizofrenia usufruam de intervenções psicoeducativas, considerando que a psicoeducação revela empatia e respeito pelo indivíduo, incentivando a esperança, a segurança, a resiliência e o empoderamento da pessoa com esquizofrenia (APA, 2019).

De acordo com as normas de orientação clínica para a gestão da esquizofrenia e transtornos associados difundidas pelo Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2016) os programas de psicoeducação para pessoas com esquizofrenia aumentam a adesão ao tratamento e promovem melhores resultados, melhor gestão das subseqüentes recidivas, menores taxas de readmissão e maior sensação de bem-estar.

Antagonicamente outras guidelines como “Psychosis And Schizophrenia In Adults The Nice Guideline On Treatment And Management –Updated Edition 2014 ” referem que as evidências encontradas não justificam recomendar a implementação de psicoeducação (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2014) no entanto segundo APA (2019) quaisquer danos mínimos resultantes da psicoeducação parecem ser superados pelo potencial de benefícios em resultados importantes centrados no paciente, como melhorias na função global e reduções nas taxas de recaída.

A psicoeducação surge então como um precioso aliado terapêutico, ajudando o utente a estar bem consigo e com os outros, facilitando a aceitação dos desafios diários, promovendo o a capacidade de lidar com as boas emoções e também com as desagradáveis, dotando-o de recursos que lhe permite reconhecer os seus limites e procurar ajuda quando necessário.

Desta forma potencia a autodeterminação, a autonomia e a funcionalidade, promovendo a capacidade de administrar a própria vida e gerir as suas emoções, incrementa atitudes positivas em relação a si próprio, estimula a perceção da realidade, promove as competências sociais e a relação familiar, promove o crescimento, o desenvolvimento e auto-realização, revelando benefícios não só para o utente mas também para os cuidadores.

Considerando a relevância da psicoeducação no projeto de Estágio definido, optamos por elaborar uma revisão integrativa da literatura denominada “Efetividade das intervenções psicoeducativas na pessoa com esquizofrenia”, sob a forma de artigo científico (Apêndice 1), o que permitiu integrar as evidências na prática clínica, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado e possibilitando identificar quais as repercussões da psicoeducação na pessoa com esquizofrenia.

2.3.1. Intervenções Psicoeducativas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na pessoa com esquizofrenia com baixo insight

As doenças mentais podem ser acompanhadas por mudanças de pensamento, emoções, julgamento e comportamento de um indivíduo (Borah, 2019).

As intervenções de enfermagem direcionadas à esquizofrenia apresentam algumas particularidades face às instituídas perante utentes com outras perturbações de saúde.

Se o técnico de saúde entender as particularidades que envolvem cada situação/caso, certamente permitirá o desenvolvimento de abordagens terapêuticas mais eficazes, facilitadoras da compreensão de cada sujeito, promovendo a sua adesão ao tratamento (Cardoso, 2008).

De acordo com Castro e Furegato (2008) “Os enfermeiros apresentam dificuldades em cuidar do paciente esquizofrênico devido à complexidade do transtorno por ele apresentado, como comportamentos de heteroagressividade, delírios e alucinações, principalmente no que se refere à comunicação e relações interpessoais.” (Castro & Furegato, 2008,964).

Segundo (Pinho et al, 2017) o facto da pessoa com esquizofrenia não perceber os sintomas da doença e ser incapaz de diferenciar o que é real do que não é, torna o relacionamento terapêutico um desafio constante.

A literatura conflui na evidência que a pessoa com esquizofrenia tem elevada probabilidade de apresentar o seu *insight* diminuído, o que acresce a dificuldade de estabelecer um plano de tratamento eficaz.

O *insight* é uma dimensão fundamental na psiquiatria clínica como um componente da fenomenologia e do exame clínico, como um importante critério diagnóstico e também na avaliação da competência em vários contextos (tais como vontade de fazer tratamento, fornecer consentimento informado, executar uma vontade, responsabilidade criminal entre outros) não sendo um estado estático da mente, apresentando uma expressão dinâmica amplamente influenciada pelo estado clínico do indivíduo mas também pelo meio sociocultural (Reddy, 2015).

Reddy (2015) enumera diversas medidas terapêuticas para melhorar o *insight* nomeadamente a farmacoterapia e aconselhamento), para alívio dos sintomas, correção cognitiva (para déficits cognitivos / metacognitivos), psicoeducação e consciencialização pública (para lidar com conceitos erróneos de negação / estigma / cultura social) e futuristas (biomarcadores, imagiologia, indicadores laboratoriais e outros indicadores diagnósticos e terapêuticos).

Vários autores relevam a utilidade da psicoeducação na pessoa esquizofrénica com baixo *insight*.

Segundo Borah (2019) a psicoeducação não consiste apenas em "fornecer informações", mas também promover a capacitação dos utentes visando a consciencialização, facultando recursos para gerir, lidar e conviver com uma doença psiquiátrica crónica e mudar comportamentos e atitudes a ela relacionadas.

As intervenções educativas fazem com que os utentes comecem a aceitar o fato de que algo pode não estar bem com ele, podendo o reconhecimento de um possível problema permitir intervir mais facilmente melhorando o *insight*, aumentar o conhecimento da doença e dos tratamentos existentes e conseqüentemente melhorar a adesão terapêutica (Leal et al, 2004)

Diz Cardoso (2008) que a psicoeducação pretende proporcionar informação aos utentes sobre vários aspetos da própria doença, de uma forma sistematizada, com o intuito de melhorar

a adesão à terapêutica e o próprio *insight* da pessoa doente face à doença e estimular as pessoas doentes e familiares a comprometerem-se de forma ativa e crítica com o tratamento.

Al-yahya (2014) afirma que nos últimos anos a psicodução é a intervenção mais eficaz para aumentar o *insight*, tendo repercussões a nível do aumento do conhecimento, adesão melhorada e menor número de recaídas.

Von Maffei et al (2015) afirma que a psicoeducação melhora significativamente o *insight* referindo Al-HadiHasan et al (2015) que esta intervenção aumenta a consciencialização dos participantes sobre a doença.

Segundo Reddy (2015) Amador e David consideraram o conceito de *insight* no doente esquizofrénico por meio de cinco dimensões diferentes: Consciência de sofrer de uma doença mental, consciência das repercussões da doença mental, consciência da sintomatologia associada ao transtorno mental, atribuição de sintomas a um transtorno mental e consciência dos efeitos da medicação.

O mesmo autor (Reddy, 2015) afirma que algumas definições atuais de *insight* incluem o grau de consciência e compreensão pessoal, o reconhecimento consciente da própria condição de doença, a capacidade de uma pessoa de entender a natureza, o significado e a gravidade de sua própria doença.

Perante estas afirmações, os planos psicoeducativos direcionados ao aumento do *insight* deverão considerar as dimensões referidas na sua elaboração.

“Este processo de reconhecimento e de aceitação, deverá assim possibilitar uma compreensão mais aprofundada acerca da realidade interna e externa que envolve cada sujeito, permitindo que se vá ao encontro das suas resistências, necessidades e capacidades, possibilitando assim a plena integração desses factores. Isto porque, cada vez mais é fundamental destacar a importância do ponto de vista e das representações que cada utente faz acerca da sua realidade” (Cardoso,2008: 353).

Na revisão da literatura efetuada (Apêndice 1) foram explicitados quais os ganhos em saúde da pessoa esquizofrenia provenientes da implementação de programas psicoeducativos, na sua maioria com a participação de enfermeiros especialistas na área de saúde mental.

É fundamental que o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria perceba quais as aplicações da psicoeducação, consiga definir diagnósticos de Enfermagem segundo a linguagem classificada CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) e sistematize intervenções psicoeducativas, procurando indicadores de resultado em Enfermagem que lhe proporcione, de forma mensurável e objetiva, demonstrar os ganhos em saúde decorrentes da sua intervenção.

A implementação de intervenções psicoeducativas está prevista no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018) e nos Enunciados Descritivos do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2016), sendo por isso uma das intervenções especializadas da sua competência que deverá implementar sempre que a mesma se traduza em ganhos em saúde.

Como diz Pinho et al (2017) a avaliação de enfermagem no utente com esquizofrenia é um processo complexo na maioria dos casos, exigindo a colheita de dados de várias fontes, pois na fase aguda da doença a pessoa raramente consegue facultar informações confiáveis.

Definir diagnóstico de enfermagem é a pedra basilar para a elaboração de objetivos exequíveis e mensuráveis e conseqüentemente para a definição e implementação de intervenções de enfermagem passíveis de ser avaliadas.

Segundo Bulechek et al (2010) intervenção de Enfermagem é “qualquer tratamento, baseado no julgamento e no conhecimento clínico, que seja realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente” (Bulechek, et al 2010:27), constituindo uma resposta a um diagnóstico de enfermagem.

Partindo desse princípio a elaboração de intervenções psicoeducativas deverá basear-se em juízos clínicos de enfermagem, permitindo definir diagnósticos de enfermagem considerando as necessidades do utente.

Como afirma Castro e Furegato (2008) é necessário que o enfermeiro e a sua equipa direcionem as suas ações para responder às necessidades apresentadas pela pessoa com esquizofrenia, partindo da premissa que a pessoa com esquizofrenia é um ser humano singular que apresenta alterações emocionais e comportamentais, auxiliando-o a enfrentar as dificuldades, aceitando suas limitações e acreditando na remissão dos sintomas.

Desta forma as intervenções psicoeducativas veiculadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica deverão procurar fomentar na pessoa com esquizofrenia um maior auto-conhecimento procurando “proporcionar a cada sujeito, um mergulho que facilite o envolvimento pleno daquilo que o rodeia” (Cardoso, 2008, 354).

Segundo Vreeland (2012) os objetivos da psicoeducação na esquizofrenia são aumentar o conhecimento sobre a doença e as opções de tratamento, capacitar o utentes e familiares de modo a conseguirem tomar decisões informadas, promover a colaboração entre utente, família e profissionais de saúde, aliviar o sofrimento entre os membros da família, aumentar o *insight* relativo à da doença, explicar como os medicamentos atuam, mostrar aos participantes o impacto que a adesão à medicação tem na recuperação, melhorar a adesão ao tratamento, melhorar a

saúde física e o bem-estar, capacitar para uma melhor gestão do stress e dos problemas, diminuir recaídas e reinternamentos, fomentar a capacidade de reconhecimento de recaídas e estimular o desenvolvimento de um plano de prevenção de crises e recaídas, promover a recuperação e a integração da comunidade e ainda compreender os efeitos do uso de substâncias na saúde mental.

Tendo em conta estes objetivos podemos propor um programa de intervenções psicoeducativas delineado de acordo com a perspectiva de Bateman & Fonagy (2006) que consideram essenciais nos programas psicoeducativos destinados a doentes psicóticos a abordagem dos seguintes doze pontos: informação sobre os altos índices de recorrência associados à doença e à sua condição crónica; informação sobre os sintomas de alerta de recaída e um treino pessoal para auxiliar os pacientes a identificarem os seus próprios fatores; informação sobre os agentes psicofarmacológicos, as suas vantagens e seus potenciais efeitos secundários; treino na deteção precoce dos sintomas prodrómicos; elaboração de um "plano de emergência"; treino sobre a gestão dos sintomas; informação sobre os riscos associados ao uso de drogas ilícitas, café e álcool; ênfase sobre a importância de rotinas de manutenção, especialmente hábitos de sono; promoção de hábitos saudáveis; treino na gestão de stress; informação concreta sobre alguns assuntos, como a gravidez e o risco de suicídio; lidar com o estigma e outros problemas sociais relacionados com a doença. (Bateman & Fonagy, 2006, referido por Freitas, 2010).

Embora os programas psicoeducativos familiares revelem bons resultados na literatura consultada (Al-HadiHasan et al, 2018), (Al-HadiHasan et al,2015), (Pinho et al, 2017), a implementação de programas psicoeducativos em utentes internados numa altura precoce do tratamento, numa fase inicial de controlo de alguma sintomatologia, muitas vezes com conflitos familiares significativos ou mesmo sem suporte familiar ou cuidadores próximos, dificulta a integração dos cuidadores ou famílias nas sessões psicoeducativas.

Esse constrangimento é exacerbado por características sociodemográficas como idade dos cuidadores, distância geográfica, problemas relacionados com mobilidade, problemas de saúde dos próprios cuidadores, falta de disponibilidade ou mesmo condições associadas aos próprios serviços de saúde.

2.4. RELAÇÃO DE AJUDA E O CUIDAR EM ENFERMAGEM

O cuidar extrapola o domínio de enfermagem ou de qualquer outra ciência uma vez que cuidar é forma mais primitiva de assegurar a sobrevivência da espécie humana, pois é o cuidado de outrem que nos possibilita sobreviver em situações de grande fragilidade

No entanto desde o início da prática de Enfermagem que cuidar sempre esteve na essência das intervenções do enfermeiro.

A Relação de Ajuda é o cerne do cuidar em enfermagem, embora as concepções do cuidar tenham sofrido alterações ao longo da história por influência de valores sociais, morais econômicos, religiosos e políticos

O ato de cuidar demarca-se de tratar, pois integra em si valores que exaltam a natureza relacional e complexa das vivências humanas, considerando as múltiplas dimensões da vida da pessoa.

A complexidade de cuidar do outro implica conseguir estabelecer um relacionamento enfermeiro-cliente realmente terapêutico traduzindo-se na qualidade das suas intervenções.

A relação de ajuda é a base dos cuidados de enfermagem em qualquer área de especialidade, mas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica a relação terapêutica é nuclear no processo de cuidar, pois a recuperação do equilíbrio do paciente em sofrimento mental assenta em relações interpessoais significativas (Chalifour, 2008).

Em saúde mental cuidar da pessoa implica respeitar o seu âmago, a sua individualidade e pressupõe olhar para ela para lá da perturbação mental.

Segundo Chalifour (2008), a relação de ajuda profissional deve ser perspectivada como uma atitude inerente à realização de qualquer intervenção de âmbito psicoterapêutico, e não como uma estratégia terapêutica per si.

Considerando que o objeto dos cuidados de enfermagem é a pessoa, com todas as suas forças e vulnerabilidades, recurso e limitações ser enfermeiro obriga à concomitância de vários saberes.

Segundo Lopes (2006) Carper (1978)

“propôs quatro padrões fundamentais e duradouros de saber que os enfermeiros valorizam e usam na prática:

- Saber Empírico ou a ciência de enfermagem;
- Saber Ético ou a componente moral do saber na enfermagem;
- Saber Pessoal na enfermagem;
- Saber Estético ou a arte na enfermagem” (Lopes, 2006:70).

A evolução da Enfermagem como ciência foi condicionada pela história e pelos fenómenos sociais. Assistiu-se à evolução dos cuidados, a alterações paradigmáticas, ao surgimento de

várias teorias de enfermagem, porém como constataram alguns autores (Fawcett, 1984; Flaskerud & Halloran, 1980) que analisaram documentos escritos por vários teóricos da enfermagem, há conceitos fundamentais da disciplina de enfermagem, nomeadamente a pessoa, o cuidar (cuidados de enfermagem), a saúde e o ambiente (Lopes, 1999).

Percebeu-se que os diversos modelos de Enfermagem, ainda que se distingam pelas suas especificidades, têm aspetos transversalmente considerados, estando presentes explicitamente na maioria e implicitamente sempre que isso não é tão evidente, pelo que se entende que a Enfermagem provém da “forma particular como os enfermeiros abordam a relação entre os cuidados, a pessoa, a saúde e o ambiente” (Kérouac, et al, 1996:.2).

Estes conceitos, denominados metaparadigmáticos, são basilares no exercício profissional dos enfermeiros, sendo definidos pela Ordem dos Enfermeiros figurando nos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001)

Segundo a Ordem do Enfermeiros

“A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. A pessoa pode sentir-se saudável quando transforma e integra as alterações da sua vida quotidiana no seu projeto de vida, podendo não ser feita a mesma apreciação desse estado pelo próprio e pelos outros. A pessoa é também centro de processos não intencionais” (OE ,2001:8-9).

As particularidades de cada individuo proporcionam que cada pessoa se torne e única e distinta das restantes, porém Rogers (1997) identifica algumas características comuns no processo de tornar-se pessoa: abertura à experiência, confiança no próprio organismo e foco interno de avaliação.

Por sua vez

“A saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjectivo; portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença. A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural.” (OE 2001:8)

A OE (2001) entende que

“O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa / ambiente.” (OE, 2001:9-10).

Diz a OE (2001) que

“Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente. Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde (..)” OE, 2001:9).

Pode-se então entender que

“A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde.” (OE, 2001:10).

De acordo com Castro e Furegato (2008) os profissionais que trabalham com doentes do foro psiquiátrico na fase aguda da doença tem de ter aptidões que lhe permitam a lidar com o utente e a sua sintomatologia, mas também com os seus familiares e os seus sentimentos e atitudes.

“A relação de ajuda com estes pacientes exige grande disponibilidade afetiva, bem como compreensão ampla de sua condição de ser no mundo, perdas e desilusões. Para estabelecer a relação de ajuda é necessário que a enfermeira tenha como base uma postura ou um modo de ação que seja coerente com seu modo de ser e de encarar a vida, caso contrário será difícil entrosar-se com a equipe e ajudar efetivamente os pacientes” (Castro & Furegato, 2008:960).

Os enfermeiros são seres humanos únicos que integram a sua própria cultura, crenças e valores que cuidam dos seus semelhantes ao longo do seu ciclo vital, sendo essencial um profundo autoconhecimento, conseguindo assim desenvolver estratégias quando estão em relação com o outro que fomentem uma prestação de cuidados enfermagem baseados na autenticidade, empatia, respeito e aceitação do outro como se apresenta.

Corroborando esta ideia Rispaill (2003) defende que o cuidador deve melhorar a autocompreensão, o entendimento das suas crenças, dos seus hábitos, das suas aversões, dos seus receios e também consciencializar-se acerca dos seus mecanismos de projeção e defesa, para assim adquirir uma autenticidade e um certo nível de confiança que lhe possibilitem incrementar a qualidade dos seus cuidados.

Esta perspetiva é semelhante ao que defende Rogers (1997) que descreve alguns princípios que possibilitam que a relação de ajuda seja efetivamente transformadora.

1º A relação deve ser genuína – O terapeuta deve conseguir perceber e transmitir os seus sentimentos e atitudes referentes à relação, sendo o mais autêntico possível;

2º Aceitação incondicional – O terapeuta deve ter capacidade de aceitar incondicionalmente a pessoa, a sua realidade e os seus sentimentos, construindo uma relação empática, sem elaborar julgamentos acerca do indivíduo ou das suas ações;

3º Liberdade – A ausência de julgamentos na da relação proporciona à pessoa sentir-se livre para expressar crenças, sentimentos, receios, atitudes e tudo que ela entenda como significativo expressar (Rogers,1997).

Respeitando esses princípios o terapeuta promove uma relação realmente terapêutica pois a sua autenticidade e aceitação, a comunicação empática, a atitude positiva e ausência de julgamentos fomentam a confiança que a pessoa necessita para expressar, sem receios, o seu verdadeiro eu e transmitir o seu pedido de ajuda ao terapeuta.

Como diz Rogers

“ Se eu posso criar uma relação caracterizada da minha parte: por uma autenticidade e transparência, em que eu sou meus sentimentos reais; por uma aceitação afetuosa e apreço pela outra pessoa como um indivíduo separado; por uma capacidade sensível de ver seu mundo e a ele como ele os vê; Então o outro indivíduo na relação: experienciará e compreenderá aspectos de si mesmo que havia anteriormente reprimido; dar-se-á conta de que está se tomando mais integrado, mais apto a funcionar efetivamente; tomar-se-á mais semelhante à pessoa que gostaria de ser; será mais autodiretivo e autoconfiante; realizar-se-á mais enquanto pessoa, sendo mais único e auto-expressivo; será mais compreensivo, mais aceitador com relação aos outros; estará mais apto a enfrentar os problemas da vida adequadamente e de forma mais tranquila.” (Rogers 1997: 43).

Tendo em conta a perspectiva de Rogers (1997) e Chalifour (2008), o principal papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é promover a mobilização dos próprios recursos da pessoa, tendo em consideração o seu desenvolvimento e as suas necessidades, respeitando a sua individualidade e o seu contexto sócio-cultural , de modo a facilitar o indivíduo a encontrar a resposta à necessidade que naquele momento o perturba.

Peplau também compartilha dessa visão de que o principal objetivo da intervenção do enfermeiro, da relação de ajuda e da utilização do processo de enfermagem é facilitar a resposta do utente a um problema, mobilizando os seus recursos e capacidades.

A “mãe da Enfermagem Psiquiátrica” Hildegard Peplau trabalhou uma teoria de médio alcance, a Teoria das Relações Interpessoais, visando a sua aplicação na prática de enfermagem, exortando o relacionamento enfermeira/utente e o crescimento pessoal compartilhado.

“Peplau aborda em sua teoria a noção de crescimento pessoal, compartilhado entre enfermeira e paciente, a partir do estabelecimento de uma relação interpessoal entre ambos, no processo de cuidar” (Franzoi et al,2016:3655).

Esta teórica considera que enfermagem é uma “relação humana entre uma pessoa que está doente, ou necessita de serviços de saúde, e uma enfermeira com uma formação especializada para reconhecer e responder à necessidade de ajuda”. (Peplau, 1990:5).

Esta perspectiva, que se coaduna com a de outros autores nomeadamente Rogers e Chalfour, expõe a enfermagem como um processo caracterizado pela interatividade e pelas relações que se criam com o outro, surgindo uma relação interpessoal na qual se consegue estabelecer um contacto suficientemente próximo para desenvolver uma relação de ajuda.

Peplau considera como metaparadigmas Enfermagem, Pessoa, Saúde e Ambiente.

O conceito de enfermagem consiste num "processo interpessoal, significativo e terapêutico. Funciona em cooperação com outros processos humanos que tornam a saúde possível para os indivíduos nas comunidades." (Tomey & Alligood, 2004:428)

Por outro lado, Peplau define pessoa como "um organismo que vive num equilíbrio instável" (Tomey & Alligood, 2004:28).

Peplau entende que saúde "consiste numa palavra símbolo que implica um movimento da personalidade para a frente e outros processos humanos em curso, no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária" (Tomey & Alligood,2004:429).

Esta teórica define o ambiente como" forças existentes no exterior do organismo e no contexto da cultura, a partir das quais a moral, os costumes e crenças são adquiridos. No entanto, as condições gerais suscetíveis de conduzem à saúde incluem sempre o processo interpessoal" (Tomey & Alligood,2004:429).

Na Teoria das Relações Interpessoais assume-se que o papel da Enfermagem é potencialmente educativo para o desenvolvimento dos participantes no relacionamento.

Alicerça-se nos seguintes pressupostos:

i. A postura que o enfermeiro adota tem interferência direta naquilo que o doente vai aprender durante o processo de cuidado enquanto recebe os cuidados de enfermagem, durante a sua experiência como doente;

ii. Uma das funções da enfermagem é auxiliar no desenvolvimento da personalidade e no seu amadurecimento, exigindo a utilização de princípios e métodos que facilitem e orientem o processo de solução dos problemas ou dificuldades interpessoais quotidianos (Tomey & Alligood, 2004).

Desta forma é implícito que “a profissão de enfermagem é assim legalmente responsável pela utilização eficaz da enfermagem e pelas suas consequências para os doentes” (Tomey & Alligood, 2004: 428).

As quatro fases da relação interpessoal definidas por Peplau são: orientação, identificação, exploração e resolução passando a explicar sucintamente cada uma delas.

As fases do processo interpessoal podem aplicar-se ao processo de Enfermagem como ilustra o Quadro 3.

Processo de Enfermagem/Fases da relação interpessoal	
Verificação/Orientação	Definição de problemas
Diagnóstico/Identificação	Selecionar o tipo de cuidados mais Adequado
Implementação/Exploração	Acionar mecanismos par a resolução do problema
Evolução/Resolução	Problema solucionado e fim da relação profissional

Quadro 3 -Processo de Enfermagem e as fases da relação interpessoal

Cada uma destas fases são caracterizadas por papéis ou funções sobrepostas, assistindo-se a uma evolução quando que a enfermeira e o utente aprendem a trabalhar conjuntamente para resolver as dificuldades. Em cada etapa define as tarefas e papéis exigidos à enfermeira em diferentes situações. “As quatro fases diferenciadas observam-se em todas as actuações de enfermagem” (Peplau ,1990:15).

Embora cada fase seja caracterizada como específica e distinta das demais, pode haver sobreposição de tarefas, particularmente quando o tempo de interação é limitado.

Fase de orientação

Segundo Franzoi et al (2016) esta fase do processo inicia-se com a procura do utente pelo profissional por meio de uma “necessidade percebida”, que deve ser esclarecida e definida conjuntamente. “Essa fase se inicia com o encontro entre desconhecidos, paciente e enfermeiro, e finaliza-se com a identificação/definição do problema” (Franzoi et al,2006:3656) .

A fase de orientação é originada por uma necessidade sentida pelo utente e que o motiva procurar ajuda de um profissional, cabendo ao enfermeiro ajudar a pessoa a identificar, reconhecer e compreender o que o afeta, a vincular-se à medida que as preocupações vão sendo identificadas, determinando a sua necessidade de ajuda.

O enfermeiro deverá compreender que, ao perceber que tem um problema, o utente normalmente solicita ajuda profissional que perceba como útil, o que revela que a pessoa percebe que necessita de ajuda para resolver o que o afeta.

Durante a fase de orientação o utente explicita a sua impressão inicial do problema, clarificando pormenores (Peplau, 1990).

Entende Peplau (1990) que para se conseguir resultados positivos nesta etapa é imperativo compreender que pessoas diferentes reagem de formas distintas perante a doença.

A fase de orientação é cooperação. O trabalho do enfermeiro decorre em conjunto com as contribuições do utente e da família, possibilitando reconhecer o problema existente e decidir qual a assistência profissional adequada para o caso (Franzoi et al, 2016).

O enfermeiro deve questionar quais são as necessidades educativas que o cliente pode ter e como pode auxiliar a pessoa - que intervém no processo de orientação elaborando questões - a sentir-se segura.

Após saber quais as necessidades de um utente, o enfermeiro deve procurar perceber quais as suas necessidades educativas e como intervir adequadamente para ajudá-lo a consciencializar-se do problema, estabelecendo os objetivos terapêuticos em conjunto com o cliente, fazendo-o compreender as dificuldades que enfrenta e incentivando ao desenvolvimento de uma postura de cooperação.

Fase de identificação

Nesta fase o cliente identifica-se com o profissional de ajuda construindo desta forma uma relação. A pessoa identifica-se com quem a possa ajudar e reforça os mecanismos positivos da sua personalidade.

“É nessa fase que se estabelecem as metas do processo de cuidado, e espera-se que seja de forma interdependente, cooperativa” (Franzoi et al, 2016:3656).

Franzoi et al afirma que “A enfermeira permite a exploração de sentimentos e auxilia o paciente no enfrentamento do problema como uma experiência, fortalecendo forças positivas da personalidade e fornecendo dessa forma, a satisfação necessária” (Franzoi et al, 2016: 3656).

Peplau (1990) referindo Cantor (1946), diz que o enfermeiro, ao permitir que o utente expresse o que sente e ao lhe oferecer a ajuda necessária, ajuda-o sentir a experiência de doença como uma experiência que reorienta os sentimentos e fortalece os aspetos positivos da sua personalidade. Segundo a autora a aprendizagem construtiva efetiva-se quando o utente consegue entender e focar-se nos aspetos essenciais da situação mobilizando os seus próprios esforços, conseguindo alcançar respostas às situações independentemente do enfermeiro. (Peplau, 1990)

“A resposta do paciente à enfermeira pode ocorrer de três formas: o paciente participa com a enfermeira atuando de forma interdependente com ela; isola-se e adota

uma postura de total autonomia e independência em relação à enfermeira; ou posiciona-se como agente passivo e dependente da enfermeira” (Franzoi et al, 2016: 3656).

Fase da exploração

Ao conseguir identificar-se com o enfermeiro, o utente inicia uma fase na qual pode usufruir totalmente dos recursos disponíveis, podendo beneficiar de tudo o que está ao seu dispor e extrair da relação tudo o que lhe seja útil em função dos seus interesses e necessidades nos quais se deverá focar (Peplau, 1990).

A perceção por parte do utente que está confortável, bem cuidado e bem integrado no ambiente motiva-o a analisar as possibilidades existentes de alterar a sua situação.

Nesta fase o enfermeiro ajuda a formular novos objetivos a atingir através do esforço pessoal, promovendo a deslocação do poder da enfermeira para o utente.

Esta fase sobrepõe-se com a identificação e a resolução, evidenciando os ganhos de todas as fases anteriores. Segundo Peplau (1990) caracteriza -se por uma fusão de necessidades e um movimento de “avança e recuo”.

Fase de resolução

Nesta última fase assiste-se à satisfação de antigas necessidades que motivaram este processo e definem-se novos objetivos a atingir.

O utente deixa gradualmente os objetivos inicialmente delineados, formulando e tentando concretizar novas metas.

É nesta fase de todo o processo que a pessoa se liberta da identificação anteriormente estabelecida (Tomey & Alligood, 2004). O utente deixa gradualmente de se identificar com o profissional que facultou ajuda, evidenciando o incremento e fortalecimento da capacidade assumir ele próprio os seus pensamentos, atitudes e ações.

Na fase de resolução o enfermeiro assiste o utente na sua auto-organização, até que o mesmo esteja disponível e livre para o fazer, concretizando uma atividade social produtiva e estabelecendo relações satisfatórias.

O desfecho depende do sucesso da cadeia de acontecimentos precedentes. (Peplau, 1990)

Papéis do enfermeiro

Peplau defende que durante o relacionamento entre o enfermeiro e o utente, o profissional poderá desempenhar vários papéis, definido as seguintes categorias:

Estranho, pois inicialmente a enfermeira e o utente são dois estranhos, devendo ocorrer um processo de aceitação do individuo como ele é e tratá-lo como um estranho emocionalmente apto e relacionar-se com ele de acordo com esta perspetiva (Peplau 1990).

Pessoa de recurso, uma vez o enfermeiro propicia informação específica e necessária que auxilia a pessoa a compreender os seus problemas e a nova situação com que se depara (Peplau, 1990).

Também desempenha o papel de conselheiro pois:

“O aconselhamento na relação enfermeira-doente funciona pela forma como as enfermeiras respondem aos pedidos dos utentes. Peplau diz que o propósito das técnicas interpessoais é ajudar “o doente a lembrar e a compreender totalmente o que lhe está a acontecer na sua situação actual, de modo a que a experiência possa ser integrada em vez de dissociada de outras experiências de vida”. (Tomey & Alligood, 2004:428)

Professor, uma vez que identifica as necessidades de aprendizagem e fornece informações que potenciam melhoria de uma situação de vida, ao utente, família e comunidade. (Peplau, 1990)

Líder, pois, direciona a interação Enfermeira–utente, assegurando-se que são empreendidas as ações apropriadas para favorecer a concretização dos objetivos (Townsend, 2011).

Substituto, uma vez que inconscientemente o utente pode ver o enfermeiro como outra pessoa, não o percecionando como a pessoa que efetivamente é. (Peplau, 1990).

Os aspetos teóricos do Modelo de Hildgard Peplau legitimam a sua aplicação a ações psicoeducativas, facultando aos enfermeiros uma estrutura para interagir com os clientes e elucidando acerca de papéis que os profissionais podem desempenhar na busca do incremento das capacidades dos utentes para gerir e solucionar os problemas com que se deparam.

As fases deste Modelo podem ser transpostas para o Processo de Enfermagem, possibilitando cuidados sistematizados, sequenciais, com ênfase nas interações terapêuticas e na colaboração mútua entre doente e enfermeiro, procurando satisfazer as necessidades do utente (Franzoi et al, 2016)

3. METODOLOGIA DE PROJETO

O alvo de intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é a pessoa que atravessa processos de transição, vivência e mudanças, geradoras de respostas adaptativas, causadoras de uma maior vulnerabilidade que culminam em processos de sofrimento mental.

Perante uma situação causadora de desequilíbrios na harmonia psíquica do indivíduo, as necessidades de cuidados estendem-se à sua família e comunidade.

Hesbeen (2000) entende cuidados de enfermagem como

“a atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa e aos seus familiares – ou a um grupo de pessoas – com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem” Hesbeen (2000: 67)

Cuidar de pessoas afetadas por perturbações mentais é um desafio que exige profissionais altamente qualificados e diferenciados, que detenham competências técnicas e humanas que lhe permitam alcançar o outro, prestar cuidados centrados na pessoa e mobilizar competências diferenciadas almejando ganhos em saúde.

O cuidado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica alicerça-se na relação terapêutica, na partilha com o outro, a quem o enfermeiro dá muito de si mas de quem recebe em igual proporção.

Em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica uma boa relação, o verdadeiro ambiente terapêutico, surge quando o cada indivíduo na interação percebe o outro como um ser humano, aceitando-o a ele e a si próprio. Esta área de especialização tem o cuidar do outro como objetivo primordial e o outro, a pessoa cuidada, como objeto fulcral dos seus cuidados, considerando a pessoa numa perspetiva holística e o respeitando os pelos seus valores, cultura, crenças e convicções.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica mobiliza vários elementos, nomeadamente a si próprio como recurso terapêutico, necessitando efetuar um planeamento sistematizado das suas intervenções. Neste sentido é fulcral que detenha competências para delinear propostas de intervenção em contexto de trabalho que evidencie as competências específicas do que detém.

Cumulativamente o grau académico de Mestre também impele a sistematizar não só o que fazemos, mas também o que pensamos. Essas competências revelam-se também com o planeamento de intervenções específicas da sua área de competências.

Sendo a metodologia de projeto uma ponte entre a teoria e a prática que tem como principal meta centrar-se na resolução de problemas, permitindo adquirir através dela capacidades

e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real (Ruivo et al, 2010), pode constituir-se uma ferramenta importante na elaboração de projetos na área da saúde mental e psiquiatria.

Metodologia de Projeto define-se então por “(...) conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” (Guerra, 1994 cit. por Ruivo et al., 2010:3)

Segundo Leite et al (2001), a metodologia de projeto, consiste num conjunto de técnicas e procedimentos que possibilita prever, orientar e preparar o caminho dos intervenientes durante a realização do projeto.

Esta metodologia é caracterizada por uma atividade intencional (pressupõe um objetivo validando as várias atividades e traduz-se num produto final que visa responder ao objetivo inicial e refletir o trabalho realizado), pressupõe iniciativa e autonomia daqueles que o realizam, (os quais se tornam co-responsáveis), evidencia autenticidade, envolve complexidade e incerteza (Ruivo et al, 2010).

Tem um carácter prolongado e faseado, estendendo-se ao longo de um período de tempo definido e percorrendo as várias fases que a constituem (Ruivo et al,2010) sendo elas Elaboração do Diagnóstico da situação, Definição dos Objetivos, Planificação das atividades, meios e estratégias, Execução das atividades planeadas, Avaliação e Divulgação dos resultados obtidos.

Este Projeto de Intervenção em contexto de trabalho constitui-se como um recurso de extrema utilidade uma vez que permite adquirir e mobilizar competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Desta forma, definimos como área de interesse as intervenções psicoeducativas a pessoa com esquizofrenia, visando a promoção do *insight*.

Embora a elaboração desta proposta de intervenção pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica contemple todas as fases preconizadas pela metodologia de projeto, definido objetivos, estratégias e indicadores que permitam a avaliação do projeto, não foi possível proceder à sua implementação em contexto real, ambicionando no entanto que de futuro, se considerado pertinente, seja um recurso útil na promoção do *insight* de utentes com hipótese diagnóstica ou diagnóstico de esquizofrenia, permitindo a posterior avaliação e divulgação de resultados obtidos. Para implementação deste projeto é fundamental a obtenção das devidas autorizações, nomeadamente junto do Conselho de Administração e Comissão de Ética da Unidade de Saúde na qual se pretende implementar a intervenção e autorizações referentes à replicação e utilização de instrumentos de avaliação junto aos seus autores.

3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A etapa inicial da metodologia de projeto consiste no diagnóstico de situação que procura elaborar um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, delineando um modelo descritivo da realidade onde pretendemos intervir e provocar mudanças (Ruivo et al, 2010).

Os mesmos autores ressaltam a importância de quando se elaboram projetos de saúde procedermos a uma análise integrada das necessidades da população onde pretendemos intervir no sentido de “desenvolver estratégias e ações, concentrando os esforços e aproveitando os recursos disponíveis de forma a fomentar o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde e equipa multidisciplinar e promover a capacidade, motivação e autonomia da população” (Ruivo et al, 2010: 10).

Um projeto em saúde deve caracterizar-se por ser sustentável, conseguir proporcionar benefícios num prolongado período, criar dinâmica para outras iniciativas na equipa multidisciplinar, particularmente nos Enfermeiros e possibilitar o desenvolvimento considerando os recursos existentes (Ruivo et al: 2010).

Uma vez que o diagnóstico da situação deve corresponder às necessidades de saúde das populações é imprescindível uma boa colheita de informação através dos instrumentos disponíveis, no sentido de resolver ou minimizar os problemas de saúde identificados e assim dar resposta as necessidades.

As necessidades podem ser reais e identificadas pelos profissionais de saúde, ou percebidas pelo utente, sendo expressas ou não expressas (Ruivo et al, 2010).

O diagnóstico da situação analisa o contexto social, económico e cultural, consistindo numa etapa dinâmica, na qual se assiste à caracterização contínua e permanente da situação, com constantes atualizações, não se partindo do “mesmo ponto inicial, mas de um ponto aperfeiçoado, com o intuito de ter em atenção as alterações na realidade, nas instituições de saúde e respectivos serviços, não descurando as dificuldades e complicações inerentes” (Ruivo et al, 2010:10).

O Projeto de Intervenção Psicoeducativa (PIP) Eureka! tem como foco a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na pessoa com esquizofrenia com baixo *insight*.

O interesse por este tema decorreu da perceção e experiência empírica vivenciada durante a realização do primeiro Estágio da Unidade Curricular de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, durante o qual foi possível fazer o acolhimento e entrevista de avaliação inicial a várias pessoas com episódios psicóticos (alguns previamente diagnosticados com esquizofrenia

e outros que evidenciavam o primeiro surto psicótico) e o acompanhamento desses utentes durante a permanência no internamento.

Durante as entrevistas de acolhimento e também nas subsequentes, que seguem a estrutura proposta por Chalifour e que explicitaremos de seguida, foram efetuadas as avaliações dos utentes com esquizofrenia, revelando a ausência de *insight* de uma expressiva percentagem de utentes admitidos. Mesmo os utentes que já estavam a ser acompanhados, evidenciavam *insight* diminuído, apresentando pouca ou nenhuma crítica para a doença.

Foi perceptível também durante o internamento que a estabilização de sintomas do utente, as melhorias na funcionalidade, autonomia e relacionamento interpessoal geralmente surgiam algum tempo depois, coincidindo amiúde com momentos do seu percurso de recuperação nos quais já apresentavam alguma crítica relativamente aos seus problemas ou pelo menos, ainda que a um nível incipiente, reconhecia a possível existência de um problema.

Outra constatação foi que os utentes com pouco ou nenhum *insight* que tinham alta clínica, mesmo após sucesso terapêutico no internamento, eram em muitos casos reinternados, por vezes com sintomatologia mais exacerbada do que no internamento anterior.

Durante o acompanhamento a essas pessoas reinternadas percebemos que embora tenham tido alta hospitalar com medicação prescrita e acompanhamento multidisciplinar, a adesão à terapêutica era insuficiente uma vez que os utentes, cujo *insight* era baixo, dificilmente aceitavam passivamente um tratamento que na sua perspetiva era é totalmente injustificado.

Várias vezes afirmavam que estavam a ser enganados acerca da medicação ou mesmo porque no seu entender não tinham qualquer problema e conseqüentemente não necessitavam de nenhum tratamento.

No Estágio final a percepção inicial relativamente aos comprometimentos associados à insuficiência de *insight* manteve-se, tendo suscitado o interesse pelo estudo desta temática e de como o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica poderia intervir, proporcionando ganhos em saúde ao utente, família e comunidade.

Esta avaliação empírica é corroborada pela evidência disponível que frisa o baixo *insight* relacionado com a esquizofrenia e a fraca adesão terapêutica em utentes com o *insight* diminuído.

Partindo da pesquisa bibliográfica efetuada inicialmente constámos que a intervenção psicoeducativa é apontada por vários autores como ferramenta útil na pessoa com esquizofrenia, pelo que se procurou efetuar uma revisão da literatura, de acordo com o preconizado pelo Joanna

Briggs Institute (JBI), que demonstrasse a importância das intervenções psicoeducativas na melhoria do *insight* na pessoa com esquizofrenia, sobre a qual teceremos algumas considerações à posteriori.

A premissa inicial de que a intervenção psicoeducativa era benéfica nos utentes com esquizofrenia, sobretudo com *insight* diminuído, foi corroborada, havendo estudos que relevaram que a psicoeducação era efetiva na promoção do *insight* (Von Mafei et al, 2015) entre outras dimensões da vida do utente (Abd Al-HadiHasan et al, 2017), (Kryshtal, et al, 2017), (Matsuda & Kohno, 2016), (Alhadi Hasan et al ,2015), (Von Mafei et al, 2015) ,

O Projeto de Intervenção Psicoeducativa (PIP) denomina-se “Eureka!” pois eureka é um termo positivo, que demonstra a aquisição de um determinado *insight*, remetendo para a resolução de um problema e traduz uma perceção da concretização de algo, afastando-nos da conotação negativa tantas vezes atribuída à Saúde Mental.

O termo *eureka* atribui-se a Arquimedes de Siracusa (287 aC - 212 aC) derivando de uma interjeição de origem grega -“*heúreka*”- que significa “descobrir”.

O logótipo do PIP Eureka! (Figura 1) apresenta uma gradação de cores que metaforicamente representa as etapas da construção do *insight* (Sandkühler & Bhattacharya, 2008), partindo da transparência que representa o impasse mental, passando pela reestruturação do problema e pela aquisição de um tipo mais profundo de entendimento até às cores vibrantes associadas ao repentino surgimento de uma solução para o problema, denominado por alguns autores como a experiência “Aha!” (Sandkühler & Bhattacharya, 2008), ou momento “Eureka!” (Laukkonen ,2018), durante o qual surge a solução problema, acompanhada por um componente emocional.



Figura 1. Logotipo do PIP Eureka!

Para a construção do diagnóstico subjacente a esta proposta de intervenção utilizamos instrumentos diversificados para a colheita de dados nomeadamente a Entrevista de ajuda, Avaliação de Enfermagem do utente, Processo de Enfermagem, Revisão Integrativa da Literatura e recurso a outra bibliografia, nomeadamente diretrizes terapêuticas emanadas por entidades credíveis e reconhecidas e estudos acerca dos diagnósticos de enfermagem na pessoa com esquizofrenia (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists,2016), (American Psychiatric Association, 2019).

3.1.1 Métodos de Colheita de Dados

Tendo em conta que a análise do problema necessita de contextualização na realidade em que se pretende que atuar, procurámos e fundamentar a necessidade e pertinência da explanação da temática em estudo. Neste sentido descrevemos a seguir os recursos utilizados na colheita de dados essenciais ao estabelecimento do diagnóstico.

3.1.1.1. Entrevista e suas fases segundo Chalifour

A entrevista é um instrumento imprescindível em Enfermagem.

“A Entrevista é um tipo particular de interações verbais e não verbais formais entre um interveniente e um cliente ou um grupo de clientes, ao longo das quais os participantes utilizam determinados modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características, do assunto tratado, dos objetivos visados e do tempo que acordam para este fim” (Chalifour, 2009:59).

Numa entrevista de ajuda é essencial perceber o que cliente diz e faz, as motivações, as emoções, os pensamentos, as perceções e as sensações. É igualmente fundamental o enfermeiro perceber quais são as suas sensações, perceções, pensamentos, emoções, motivações e aquilo que diz e faz.

“A entrevista “de ajuda” tem como objetivo a compreensão profunda (ou renovada) do que se passa para o que pede ajuda, a descoberta do modo como experimenta a situação que lhe causa problema, a clarificação progressiva da sua vivência e a descoberta de meios ou recursos que permitem uma mudança”(Salomé,1986, citado por Chalifour, 2009: 58).

“As entrevistas possuem características comuns, nomeadamente as variáveis presentes e as etapas de desenvolvimento (...)” (Chalifour,2009:58).

De acordo com Chalifour uma entrevista de ajuda desenvolve-se ao longo de várias etapas que segundo este autor se dividem em antes da entrevista, o início da entrevista, o corpo da entrevista, o fim da entrevista e o após a entrevista.

Antes da entrevista

O profissional de saúde deverá efetuar várias tarefas antes de começar a entrevista.

Chalifour (2009) refere que devemos esclarecer as expectativas relativamente encontro com o cliente, definir o momento do dia em que terá lugar este encontro garantindo a disponibilidade de todos os intervenientes, deverá ser feita uma escolha criteriosa dos meios a utilizar e confirmar a sua acessibilidade e também assegurar a competência individual para os aplicar. É

essencial escolher o local do encontro, garantir a sua acessibilidade e se necessário deveremos informar os nossos colegas da hora e local onde irá ocorrer a entrevista. Deveremos ainda indagar o que vivenciamos perante a ideia de encontrar este cliente ou de o receber e que sentimentos nos impele (Chalifour, 2009).

Início da entrevista

Segundo Chalifour (2009) esta parte da entrevista inicia-se na altura na qual os participantes iniciam o contacto, cessando quando clarificam as suas expectativas e quais os meios que pretendem utilizar para as concretizar.

Há diversos fatores a considerar nesta etapa nomeadamente aspetos referentes ao contacto, a explicitação do objetivo e dos temas da entrevista, sendo possível que numa mesma entrevista sejam considerados vários objetivos de acordo com os quais deveremos utilizar as estratégias adequadas, nomeadamente as estratégias de revelação, estratégias de restauração, estratégia estruturantes e estratégias de suporte.

O terapeuta tem de estar consciente que quando cliente atravessa uma crise há momentos em que é essencial reformular o objetivo inicialmente estabelecido.

Diz Chalifour (2009) que existem algumas diferenças caso se trate de uma entrevista corrente ou entrevista inicial.

A não ser em situações particulares que seja adequado proceder de forma diferente, quando se procede a uma entrevista, o interveniente deve informar o cliente de qual o tempo que pode disponibilizar para a realização da mesma, sendo a sua duração normalmente definida pelo terapeuta. Deverá ser acordado a frequência e duração dos encontros subsequentes, devendo o cliente ser informado se for estipulado um número máximo de entrevistas.

O cliente deverá ser informado que a informação permanece confidencial, devendo o interveniente manter a sua liberdade profissional acerca da forma como dispõe desta informação, e evitar aceder a manter só para si as informações quando o segredo pode pôr em risco a saúde ou segurança do cliente ou qualquer outra pessoa.

Logo de início o terapeuta deve explicitar qual o seu papel e o papel do cliente bem como explicar-lhe como serão operacionalizadas as seguintes entrevistas.

Deverão ser acordados todos os aspetos administrativos nomeadamente a nível de custos de serviço (se for o caso) e procedimentos se o cliente não puder comparecer a uma entrevista programada. O cliente deve ser elucidado acerca das razões que justificam a interrupção dos encontros.

O corpo da entrevista

O objetivo, as modalidades da entrevista e o desenvolvimento da etapa seguinte deverão ser explicitados no início da interação. Durante o encontro psicoterapêutico o profissional deverá orientar o corpo da entrevista focando-se nos temas que vão surgindo e que são passíveis de exploração como alvo de um trabalho específico, devendo ter sempre presente a energia que estes temas mobilizam, ou se o tema poderá refletir outra questão muito mais importante.

Durante a entrevista é essencial que o contacto seja bem estabelecido e quando isso acontecer deve o terapeuta centrar-se em mantê-lo e enriquecê-lo.

Sempre que se justifique deverá ser feita uma clarificação do objetivo da entrevista mas o interveniente deverá estar atento a outros temas que relevantes que possam surgir.

Nesta fase da entrevista o interveniente garante que o desenvolvimento da mesma respeita as modalidades prevista, embora lhe seja permitido fazer os ajustamentos que considere essenciais. O interveniente deve por isso perceber que as modalidades não passam de um meio para atingir um objetivo. O terapeuta deverá estar permanente atento aos aspetos definidos com o cliente acerca do desenvolvimento to da entrevista.

O fim da entrevista

A conclusão da entrevista espoleta quando se atinge o objetivo proposto ou quando o tempo definido está prestes a terminar. Cessa no momento em que há a separação dos indivíduos em interação.

Cabe ao profissional informar o cliente que o encontro está a terminar, devendo relembrar os objetivos se for uma entrevista única ou comentar os progressos caso seja uma sequência de entrevistas, referindo os objetivos do próximo encontro, se for esse o caso. Quando se justificar o interveniente e o cliente poderão determinar em conjunto atividades que este último poderá realizar entre as entrevistas.

É dever ao terapeuta relembrar ao cliente as modalidades de envolvimento na entrevista podendo o cliente querer concluir precocemente a terapia ou mesmo prolongá-la.

O terapeuta deve confirmar se o cliente recuperou do eventual estado de regressão que poderá ter sido consequência da terapia.

A avaliação do encontro é fundamental servindo para fazer os ajustes necessários ao processo ou algumas alterações que se mostrem importantes na forma de atuar nos encontros seguintes, se previstos. Neste caso deverá confirmar com o cliente o local a data e a hora na próxima interação.

Após a entrevista

As tarefas a concretizar após a entrevistas são essenciais para o terapeuta e para o cliente. Nos minutos iniciais o interveniente deverá visitar os momentos chave do encontro, podendo fazer registos no processo do cliente ou mesmo proceder a atualizações no plano de intervenção. É também importante refletir sobre o que sentiu ao longo de todas as fases da entrevista e possivelmente efetuar uma análise da interação.

3.1.1.2. Processo de Enfermagem

A colheita de dados, para sustentar a proposta de intervenção, incluiu também o processo de enfermagem.

“Observamos que há uma significativa relação entre as fases do trabalho teórico de Peplau e o que preconiza o processo de enfermagem, pois há um continuum em ambos que enfatizam as sequências lógicas da interação terapêutica, onde são incluídas como ferramentas básicas à observação, comunicação e registos utilizados pelo enfermeiro no desenvolver de suas ações” (Santos & Nobrega, 1996:60 citando George, 1993) .

Desta forma procederemos a uma descrição do processo de enfermagem segundo os pressupostos de Peplau.

Fizemos também a integração das fases da relação interpessoal, segundo esta autora, no processo de enfermagem, evidenciando a importância dos dados que devemos colher, analisar e avaliar no cuidado ao utente com esquizofrenia

Ainda que não seja um processo individualizado para cada utente devido à inexistência das autorizações necessárias para a colheita, tratamento e dados mensuráveis procedeu-se à elaboração de um plano de cuidados genérico onde figuram os principais diagnósticos de enfermagem identificados quer na prática clínica, quer na literatura consultada.

O Processo de Enfermagem assumindo o preconizado por Peplau constitui-se por várias etapas: Orientação (Avaliação Inicial), Identificação (Diagnósticos de Enfermagem), Exploração (Intervenções de Enfermagem) e Resolução (Avaliação dos Resultados).

Orientação/Avaliação Inicial

Neste momento da relação estabelece-se o primeiro contacto com o utente, sendo efetuada a entrevista de enfermagem.

Nesta fase “O trabalho da enfermeira é realizado em conjunto com as contribuições do paciente e da família, para que possam reconhecer o problema existente e decidir qual a assistência profissional adequada para o caso” (Franzoi et al 2016: 3656 citando George, 2000)

É essencial que o utente perceba que pode confiar no profissional de saúde e considere o enfermeiro como uma pessoa de referência no processo terapêutico.

A relação terapêutica tem início quebrando as barreiras iniciais, focalizada nas necessidades do utente.

Na pessoa com esquizofrenia, sobretudo nas que apresentam alterações do pensamento, da percepção, do discurso e baixo *insight* é essencial integrar um roteiro de anamnese e exame mental o mais completo que se conseguir, nomeadamente recorrendo à entrevista, com a pretensão de obter o maior volume de dados corretos possível, conservando sempre o caráter holístico das interações estabelecidas.

O enfermeiro, num momento inicial deverá identificar o utente e avaliar o seu estado de saúde global, tentando entender quais as suas principais necessidades atuais. É importante, dentro do exequível, explorar a história pregressa, que engloba a história da doença atual, história médica e psiquiátrica do utente e a sua história pessoal, no sentido de compreender fatos relativos ao período pré-natal/nascimento, infância e desenvolvimento, adolescência e idade adulta.

Deverá também proceder à avaliação dos antecedentes e história familiar, a presença de fatores desencadeantes do episódio que o conduziu aos serviços de saúde, a existência de possíveis fatores desencadeante da situação atual e personalidade pré-mórbida.

Avaliação familiar

A Avaliação Familiar é essencial sobretudo quando a nossa intervenção também incide na família, mas mesmo que não sejam englobados diretamente no plano terapêutico delineado são importantes aliados no cuidado ao doente.

A família deve ser entendida como um sistema com as suas dinâmicas próprias. A sua avaliação permite não só uma atuação mais alargada como identificar componentes familiares relacionadas ou mesmo causadoras da disfunção do indivíduo, possibilitando melhores diagnósticos e conseqüentemente intervenções mais efetivas. O enfermeiro poderá recorrer a instrumentos como o Genograma, Ecomapa, Psicofigura de Mitchel, Ciclo de Vida Familiar de Duvall, Apgar Familiar de Smilkstein, entre outros.

História de saúde

Outro aspeto incontornável na avaliação da pessoa com esquizofrenia é a sua História de Saúde. O processo de avaliação por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica deverá ter como ponto de partida história de saúde do utente, estando atento aos antecedentes pessoais, história psicossocial e familiar, consumo de substâncias ou outros comportamentos de adição.

Durante as interações o enfermeiro deve estar atento a todos os pormenores, podendo assim munir-se de detalhes que possibilitem detetar fatores desencadeantes de determinados sinais e sintomas que originam perturbações significativas na funcionalidade.

Avaliação do estado mental

A Avaliação do Estado Mental é essencial para a formulação de diagnósticos no utente esquizofrénico. No exame do estado mental deve considerar-se a apresentação do utente avaliando a sua aparência (idade, peculiaridades físicas, forma de vestir, cuidados pessoais, higiene e excentricidade) e a psicomotricidade (atividade motora, agitação, lentificação, tremores, acatisia, estereotipias, maneirismo, tiques, catatonias, obediência automática, negativismo, estupor; catalepsia).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica deve também tomar atenção à linguagem, avaliando a espontaneidade da fala, existência de mutismo, verborrea, gaguez, ecolalia ou outra alteração perceptível.

A avaliação do pensamento também assume particular importância na pessoa com esquizofrenia devendo o profissional tentar perceber a ocorrência de alterações do pensamento, verificando se este se encontra inibido ou lentificado, inferindo se é pouco produtivo, com pobreza de temas ou ruminação de ideias ou se é evidente o aumento de fluência de ideias ao ponto de não conseguir concluí-las ocasionando fuga de ideias.

Há situações em que se constata a desagregação do pensamento durante a qual a pessoa elabora frases corretas, mas sem um sentido compreensível, estabelecendo associações estranhas.

Pode verificar-se compromisso no conteúdo do pensamento traduzindo-se na existência de ideias supervalorizadas e obsessivas. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica deverá estar igualmente atento à presença de ideias delirantes que embora não correspondam à realidade são entendidas como verdadeiras pelo utente,

O exame do estado mental deverá incluir a avaliação de alterações na percepção como as ilusões (percebendo algo diferente do real) ou alucinações.

A afetividade (capacidade de experimentar sentimentos e emoções) também deve ser alvo de análise tal como o humor (a forma como esses sentimentos e emoções são expressos pelo indivíduo).

O enfermeiro deverá estar igualmente alerta para dificuldades de concentração ou inatensão e à mudança constante de focos de atenção ou distração. Deverá considerar-se o des-
piste de alterações a nível de memória importando perceber a existência de hiperamnésia, amnésia ou paramnésia.

Outro aspeto incontornável a avaliar é a orientação, percebendo a capacidade de integrar informações referentes a dados, que dependem também da perceção, atenção e memória e que nos localizam, fundamentalmente no tempo e no espaço. A orientação pode ser Autopsíquica (relativa ao próprio indivíduo) e Alopsíquica (relacionada com o tempo e o espaço).

Inferir acerca da existência de qualquer dificuldade ou comprometimento intelectual é fundamental.

É também imperativo perceber o nível de consciência do utente. É comum apresentar delírio, podendo ainda surgir despersonalização e desrealização deixando a pessoa de reconhecer a própria identidade. Na avaliação de enfermagem pode detetar-se também alterações da consciência corporal (não reconhece partes do próprio corpo) ou os denominados estados crepusculares (aparenta estar em pleno domínio de sua consciência, mas há um estreitamento da mesma) ou obnubilação. E imprescindível perceber quando um utente se apresenta confuso ou quando evidencia estupor (muito difícil de estimular) sendo o coma a falta total de consciência ou se por outro lado apresenta hipervigília.

Uma das pedras basilares da avaliação do estado mental é perceber a presença ou ausência de juízo crítico da realidade e qual o *insight* face ao estado psicopatológico.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica deverá sempre observar as condições em que ocorreu a entrevista e todos os aspetos referentes ao local, a presença de outras pessoas e outras interferências que possam surgir.

Verificação/ Diagnósticos de Enfermagem

Considerando a Teoria de Peplau o Diagnóstico insere-se na Fase de Identificação.

Na perspetiva de Carvalho (2012) tendo em conta a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), o diagnóstico de enfermagem define-se por “rótulo atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de enfermagem” e à intervenção “ação tomada em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a produzir um resultado de enfermagem” (Carvalho, 2012:52 citando ICN, 2011:16).

Diz Sequeira (2006) que

“Assim, um diagnóstico de Enfermagem resulta da avaliação efectuada por um enfermeiro, sobre o estado de um foco de atenção (área de atenção conceptual da prática de Enfermagem). É constituído por um termo do eixo A (foco da prática) + um termo do eixo B (juízo/avaliação clínica) ou um termo do eixo G (risco/probabilidade). Pode incluir termos de outros eixos (frequência, duração, topologia, localização anatómica e portador) de forma opcional” (Sequeira, 2006: 11)

Quando o enfermeiro intervém no sentido de colher dados necessários que lhe possibilite emitir juízos sobre a existência ou a probabilidade de ocorrer um problema suscetível de ser traduzido num diagnóstico de enfermagem considera-se que estão a ser realizadas atividades de diagnóstico.

Para além de poderem ser formulados de acordo com sistema de classificação em enfermagem CIPE®, os diagnósticos de enfermagem também podem ser elaborados considerando o sistema de classificação North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Os sistemas de classificação de enfermagem permitem a uniformização da linguagem em enfermagem.

O diagnóstico de enfermagem alicerça-se na organização, sistematização e atribuição de significado ao conjunto de informações obtidas.

Tendo em conta a prática clínica, a literatura consultada ao longo da realização do Relatório e a revisão integrativa da literatura realizada foi possível identificar alguns focos da prática de enfermagem, comuns na pessoa com esquizofrenia e os respetivos diagnósticos de enfermagem.

Tal como num serviço de internamento de agudos “As intervenções de enfermagem, num serviço de urgência psiquiátrica, direcionam-se, maioritariamente, para as fases agudas da doença ou para os primeiros episódios de instalação da doença” (Antunes & Manso, 2017: 28). Estes autores efetuaram um estudo num serviço de urgência psiquiátrica constatando que em doentes com esquizofrenia há “uma maior concentração dos diagnósticos do domínio psicológico e alterações do comportamento, associado aos delírios (75%), percepção alterada (66,7%), alucinação (41,7%), desorientação (75%) e agitação (58,3%)” (Antunes & Manso, 2017: 33)

Antunes e Manso (2017) evidenciam também que nas situações de esquizofrenia há elevada frequência do diagnóstico de adesão ao regime terapêutico comprometido (83,3%) e do diagnóstico de isolamento social (66,7%), havendo um consumo significativo de substâncias psicoativas, com 41,7% dos participantes esquizofrénicos a consumir droga (maioritariamente consumo de canabinoides), assistindo-se também ao consumo de tabaco (66,7%) e o consumo de álcool (58,3%) (Antunes & Manso , 2017) .

Estes autores detetaram também tristeza (58,3%), o humor depressivo (33,3%), baixa autoestima (58,3%) e ansiedade (50%) nas pessoas com esquizofrenia. (Antunes & Manso, 2017).

A ideação suicida acomete 33,35% destes utentes e o diagnóstico de cognição comprometida incluía 25% dos doentes esquizofrénicos (Antunes e Manso, 2017). Este estudo revelou que o diagnóstico de aceitação do estado de saúde comprometida atingia 58,3% destes utentes (Antunes & Manso, 2017).

“O domínio de avaliação do insight, realizado através da Escala de Insight Marková e Berrios, revela que os valores baixos de insight se encontram em estreita relação com o diagnóstico de aceitação do estado de saúde comprometida, e que, de um modo geral, o grau de insight se encontra relacionado com os diagnósticos de adesão ao regime terapêutico comprometido, cognição comprometida, presença de atividade delirante e desorientação. Em sentido contrário, verifica-se que os valores de insight mais elevados se encontram relacionados com o diagnóstico de tristeza” (Antunes & Manso, 2017: 34).

Neste estudo verificou-se também que o domínio da adesão terapêutica reflete uma fraca adesão, nas situações diagnosticadas com a aceitação do estado de saúde comprometida, com a presença de atividade delirante, com o consumo de substâncias psicoativas ilícitas, com a alteração da percepção e com o isolamento social (Antunes & Manso, 2017).

Outra autora (Bonet, 2016) propôs um plano de cuidados com base num caso clínico onde enumerou os seguintes diagnósticos (diagnósticos NANDA) alterações sensitivo-perceptivas, transtorno de identidade pessoal, negligência pessoal, insónia, isolamento social, processos familiares disfuncionais, estilo de vida sedentário, desequilíbrio nutricional, deterioração dos dentes, risco de nível de glicemia instável, risco de auto-mutilação e suicídio.

Fazendo a comparação entre estes dois autores há algumas semelhanças entre os problemas identificados nomeadamente alterações sensorio-perceptivas, aspetos relacionados à identidade pessoal, insónia, isolamento social e suicídio.

De acordo com a revisão integrativa da literatura efetuada (Apêndice 1) evidenciaram-se resultados positivos das intervenções psicoeducativas relativamente ao conhecimento, adesão terapêutica, gestão da doença, sentimentos e emoções, interações sociais e repercussões nos cuidadores principais.

Perante o exposto considerámos, para a elaboração do nosso processo de enfermagem para uma pessoa com esquizofrenia integração dos seguintes diagnósticos de enfermagem: adaptação comprometida, adesão ao regime terapêutico comprometido, agitação psicomotora em grau elevado, alucinação atual, ansiedade moderada, autocontrolo comprometido, autoconceito comprometido, cognição comprometida, comportamento aditivo, confusão, conhecimento sobre a doença diminuído, *coping* comprometido, crise familiar, dependência do uso de álcool,

dependência do uso de tabaco, pensamento comprometido, processo de pensamento distorcido e sono comprometido,

A formulação de diagnósticos mobiliza vários recursos e instrumentos podendo ser também considerada a aplicação de instrumentos de avaliação padronizados, nomeadamente escalas traduzidas e validadas para a população portuguesa.

“Instrumentos de avaliação na prática clínica são recursos com capacidade de identificar, de maneira objetiva, importantes alterações físico-psíquico e espirituais, de aferir fenômenos subjetivos, de acompanhar de forma regular a progressão, retrocesso ou estagnação de um estado de saúde-doença além de criar um mecanismo de direção ao examinador e à equipe assistencial. Esses instrumentos ainda são capazes de uniformizar a conduta a ser aplicada em cada situação. Uma outra importante função é o uso epidemiológico que naturalmente trazem” (Gardona & Barbosa, 2018:1921).

Desta forma “A adoção de instrumentos padronizados de avaliação proporcionou uma crescente expansão da pesquisa e uma prática clínica mais precisa” (Gorenstein et al, 2016:20).

Na proposta de intervenção apresentada reforçamos esta ideia, apontando alguns instrumentos que, para além de nos fornecerem informações atuais sobre as questões avaliadas, permitem posteriormente inferir qual foi a eficácia da intervenção

Exploração / Intervenções de Enfermagem

O diagnóstico de enfermagem é uma etapa precursora fundamental para a formulação de intervenções de enfermagem que respondam às verdadeiras necessidades do utente, permitindo atingir metas exequíveis e mensuráveis.

“As intervenções derivam da aplicação das atividades de diagnóstico visando a identificação de problemas e têm um papel de extrema importância para a construção de um plano de cuidados para o doente/família.” (Carvalho, 2012:53)

“Entende-se por intervenção de enfermagem uma ação realizada por um enfermeiro em resposta a um diagnóstico de enfermagem e que tem potencial para facilitar os processos de transição que a pessoa vivencia numa situação de saúde/doença, quer seja pela via da redução dos sinais/sintomas, quer pela via da capacitação da pessoa para lidar com a situação.” (Carvalho, 2012:56)

A fase correspondente às intervenções de Enfermagem, na qual se procura resolver os problemas identificados através da mobilização dos mecanismos disponíveis, é definida por Peplau como “Exploração”

Partindo dos diagnósticos identificados no capítulo anterior delineamos um plano de cuidado de acordo com a CIPE® (versão 2015) e o Padrão de Documentação de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica (2018).

Entende-se a CIPE® como sendo um sistema de linguagem de enfermagem unificado, que visa harmonizar e dar um sentido às diversas necessidades de terminologia em enfermagem.

Alicerça-se num Modelo de 7 Eixos, de modo a facilitar o seu uso continuado pelos enfermeiros.

As definições de cada um dos sete eixos da CIPE® Versão 2015 são:

• *Foco: área de atenção que é relevante para a Enfermagem (exemplos: dor, sem-abrigo, eliminação, esperança de vida ou conhecimentos).*

• *Juízo: opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de Enfermagem (exemplos: nível decrescente, risco, melhorado, interrompido ou anómalo).*

• *Cliente: sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção (exemplos: recém-nascido, prestador de cuidados, família ou comunidade).*

• *Ação: processo intencional aplicado a um cliente (exemplos: educar, mudar, administrar ou monitorizar).*

• *Recursos: forma ou método de concretizar uma intervenção (exemplos: ligadura ou técnica de treino vesical).*

• *Localização: orientação anatómica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção (exemplos: Posterior, abdómen, escola ou centro de saúde na comunidade).*

• *Tempo: o ponto, período, instância, intervalo ou duração de uma ocorrência (exemplos: admissão, nascimento ou crónico ocorrência (por exemplo admissão, crónico)."* (OE,2016:19)

O plano de cuidados elaborado para a pessoa com esquizofrenia é apresentado no Apêndice 2.

Resolução/ Avaliação

A avaliação é um processo contínuo e permanente pois é o meio que permite identificar as forças e as vulnerabilidades da prática de enfermagem, possibilitando adequar as intervenções e implementar as modificações necessárias de modo a oferecer ao utente cuidados de enfermagem de qualidade, procurando o profissional a excelência em cada reavaliação efetuada.

Avaliar os cuidados é o recurso de que o enfermeiro dispõe para perceber a eficácia das suas intervenções e os constrangimentos das mesmas.

Só avaliando permanentemente o enfermeiro consegue cogitar e refletir se as estratégias utilizadas são promotoras das metas definidas ou se é necessário reformular os seus objetivos ou a forma de os concretizar.

A avaliação do Processo de Enfermagem, que Peplau integrou na fase de Resolução, é mais extensa que a avaliação das intervenções planeadas. É essencial que a avaliação seja

entendida como processo contínuo, pois só assim é possível alterar todos os aspetos necessários para promover a qualidade dos cuidados, a satisfação do cliente e a satisfação do profissional.

A avaliação é uma etapa fundamental do processo de enfermagem, devendo ser valorizada pois é o caminho mais eficiente para o enfermeiro crescer como profissional, mas também enquanto pessoa.

O cuidar em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica transcende as competências técnicas diferenciadas que o Enfermeiro Especialista possui. Exige de si toda uma dimensão humana, uma autoconsciencialização, a arte de se permitir usar-se a si próprio como instrumento terapêutico em prol do bem-estar do outro e da sua própria satisfação pessoal.

Mais do que avaliar os cuidados que presta, a sua atuação elenca-se na sua autoavaliação, no seu encontro interior consigo mesmo, na procura dos seus recursos internos e na coragem de explorar os seus receios e fragilidades.

3.2 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

Considerando todas as etapas referidas no capítulo anterior, perante as conclusões obtidas, foi-nos possível definir as metas a atingir.

“Enquadrando os objectivos na metodologia de projecto, estes assumem-se como representações antecipadoras centradas na acção “a realizar”, ou seja, a determinação dos objectivos finais embora não seja sempre uma condição prévia temporal é irremediavelmente um ponto fulcral na elaboração de projectos de acção” (Barbier et al, 1996 citada por Ruivo et al, 2010: 18)

Este Projeto de Intervenção Psicoeducativa não tem a pretensão de em apenas 6 sessões conseguir obter mudanças muito exacerbadas.

A sua implementação destina-se a ajudar a pessoa com esquizofrenia a iniciar um processo consciente que lhe permita responder mais eficazmente aos desafios diários motivados pela sua condição patológica e por todas as perturbações que a mesma origina e assim ter uma vida mais plena, mais satisfatória mais produtiva e em comunhão com os outros

O objetivo deste projeto é desenvolver uma proposta de cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que permita dotar o utente com esquizofrenia de competências para melhor gerir a sua situação de saúde, enfatizando a promoção do *insight*.

A proposta de Intervenção apresentada consiste num projeto de Intervenção Psicoeducativa, que pretende promover no utente com esquizofrenia competências para melhor gerir a

sua situação de saúde, enfatizando a promoção do *insight*., desenvolvido com base nos pressupostos da teoria das relações interpessoais de Hilgard Peplau e da sua conceção de processo de enfermagem, considerando também as orientações emanadas pelas *guidelines* de tratamento da APA e a estrutura proposta por Bateman & Fonagy (2006) citado por Freitas (2010).

Ao elaborar o diagnóstico da situação foram definidos vários diagnósticos de enfermagem tendo sido elaborado um plano de cuidados a partir deles (Apêndice 2).

Uma vez que já procedemos à identificação dos problemas e necessidades sentidas pela pessoa com esquizofrenia iremos neste capítulo definir objetivos claros, concisos, realistas, mensuráveis exequíveis dentro do período temporal previsto.

“Como características dos objetivos do projecto, podemos definir que, os mesmos devem obedecer a alguns itens, sendo estes: claros; de linguagem precisa e concisa; em número reduzido; realizáveis; mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração” (Gouveia et al. sd citado por Ruivo et al, 2010:19)

O PIP Eureka! não pretende intervir diretamente sobre todos os diagnósticos de enfermagem identificados, porém se os objetivos delineados forem atingidos os ganhos em saúde serão transversais a várias dimensões da vida dos utentes, repercutindo-se na globalidade das suas vivências.

O projeto apresentado encontra-se direcionado fundamentalmente para alguns diagnósticos de enfermagem, nos quais são possíveis intervenções do âmbito psicoeducativo, promotoras do *insight*, que permitem estabelecer objetivos realistas e de acordo com a planificação estabelecida.

Toda a proposta de intervenção foi pensada para ser implementada em utentes nos quais é frequente encontrar alterações significativas da memória, da atenção e da concentração que são preponderantes na aquisição, retenção e processamento de informações necessários a aprendizagem.

Também consideramos a adequação das temáticas à fase de tratamento dos participantes, pois este plano destina-se a ser aplicado numa fase precoce do tratamento, sendo essencial estar consciente das implicações desse facto durante a sua formulação.

De modo que o plano de intervenção seja concretizável é essencial definir objetivos realistas, prevendo a mobilização das estratégias e recursos necessários para os atingir e formas de avaliar o resultado alcançado.

Os diagnósticos de enfermagem subjacentes aos objetivos do projeto de intervenção são: cognição comprometida, pensamento comprometido, processo de pensamento distorcido, confusão, autocontrolo, conhecimento sobre a doença diminuído, adesão ao regime terapêutico

comprometido, insónia, comportamento aditivo, dependência do uso de tabaco, dependência do uso de álcool, dependência do uso de droga, isolamento social, auto-conceito comprometido, crise familiar e adaptação comprometida.

“É importante definir os objectivos consoante os diferentes níveis em que se enquadram. Mão de Ferro (1999) define objectivos gerais como enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados. Ou seja, fornecem-nos indicações acerca daquilo que o formando deverá ser capaz de fazer após o seu percurso formativo. Devem ser formulados tendo em conta os conhecimentos e capacidades a adquirir, dizendo geralmente respeito a competências amplas e complexas.” (Ruivo et al,2010:8)

Para além do objetivo geral foram estipulados objetivos específicos.

Dizem Ruivo et al (2010) que os objetivos específicos são indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos deverão aprender ao longo do processo formativo, resultando da divisão de um objetivo geral em aprendizagens mais elementares.

Seguidamente enumeramos os objetivos gerais e específicos do “PIP Eureka!”.

Objetivo geral:

Objetivo de processo:

Desenvolver uma proposta de cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que permita dotar o utente internado, com esquizofrenia e baixo *insight*, de competências para melhor gerir a sua situação de saúde, enfatizando a promoção do *insight*.

Objetivo geral da proposta de intervenção:

Promover no utente internado, com esquizofrenia e baixo *insight* competências para melhor gerir a sua situação de saúde, enfatizando a promoção do *insight*.

Objetivo específicos:

Identificar quais as repercussões da psicoeducação na pessoa com esquizofrenia;

Promover a melhoria do insight do utente acerca da sua situação de saúde;

Promover o conhecimento do utente acerca da doença;

Promover a adesão ao tratamento;

Prevenir recaídas;

Promover hábitos de vida saudáveis;

- Incentivar as relações interpessoais;
- Promover a inclusão comunitária;
- Melhorar as estratégias de *coping* do utente com esquizofrenia.

3.3 PLANEAMENTO

“O Planeamento “é a terceira fase do ciclo de vida do Projecto, em que é elaborado um plano detalhado do projecto cobrindo as várias vertentes da gestão: engenharia do software, calendarização das actividades, recursos necessários, riscos e qualidade” (Ruivo et al, 2010:20 citando Miguel, 2006)

Segundo Ruivo et al (2010) nesta fase onde é elaborado um esboço do projeto, procede-se ao levantamento dos recursos, identificam-se as limitações do trabalho, definem-se as atividades a desenvolver pelos diferentes elementos do grupo, definem-se os métodos e técnicas de pesquisa e procede-se à calendarização do projeto.

A calendarização das atividade segundo Miguel (2006) pode incluir um cronograma do projeto, definindo as datas de inicio e fim planeadas para as atividades que se perspetivam desenvolver durante o projeto devendo “ter em conta que o desenvolvimento do cronograma pode impôr a necessária revisão das estimativas de recursos e durações”(Ruivo et al, 2019:20 citando Miguel,2006), pelo que o cronograma está em constante desenvolvimento podendo sofrer ajustes . Apresentamos o cronograma do projeto na Figura 2.

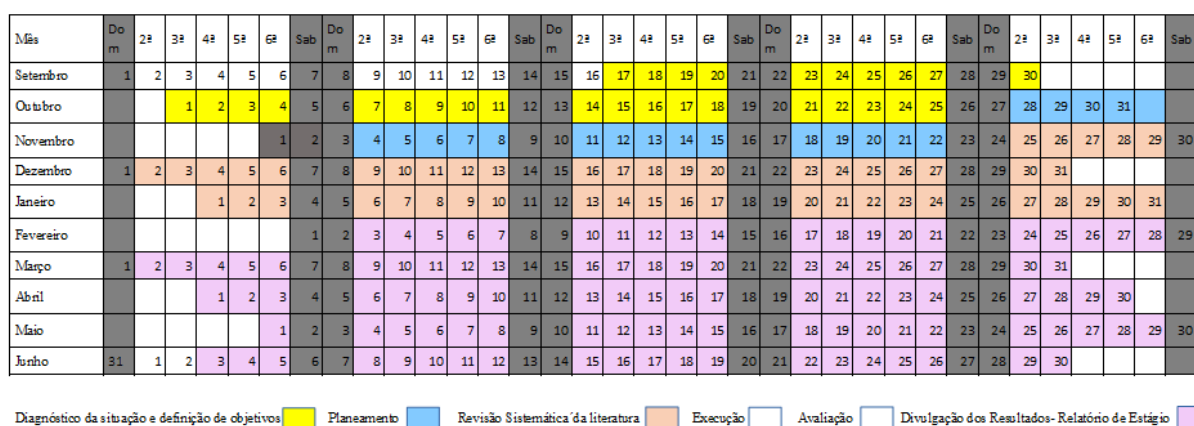


Figura 2. Cronograma das atividades

Esta intervenção psicoeducativa foi equacionada para ser desenvolvida no serviço de Internamento de Agudos de um Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria da Região do Alentejo, decorrendo nas instalações do serviço, com sessões semanais durante um período de 6 semanas.

Este PIP destina-se a ser aplicado em grupo, no máximo com 5 elementos, constituído por indivíduos de ambos os géneros, que respeitem os critérios de inclusão definidos: idade superior a 18 anos, com diagnóstico médico ou hipótese diagnóstica de esquizofrenia, que saibam ler escrever, sem diminuição acentuada da acuidade visual e auditiva e utilizadores independentes da língua portuguesa. A obtenção de um score inferior a 15 na escala de Insight de Marková e Berrios (traduzida e validada para a população portuguesa por Vanelli et al, 2010) é outro dos critérios de inclusão obrigatórios.

As indicações para participar num programa psicoeducacional de grupo são diversas existindo, no entanto, algumas contra-indicações, incluindo distúrbios formais de pensamento, humor maníaco elevado, ouvir vozes imperativas, ou tentativa de suicídio recente com resiliência ao stress reduzida (Bäumli et al, 2006). Estas limitações são consideradas critérios de exclusão.

Os participantes podem integrar o projeto de intervenção psicoeducativa através da solicitação da família, por recomendação dos profissionais que os acompanham durante o internamento ou através de solicitação pela própria pessoa quando esta considere que a intervenção proposta se adequa à sua problemática.

Independentemente da forma como integram o grupo, os elementos do mesmo deverão preencher os critérios de inclusão. A todos os participantes seriam explicados os objetivos, conteúdos e estratégias utilizadas, sendo solicitada a assinatura de um documento de consentimento informado

O PIP Eureka! destina-se a ser implementado numa população específica: pessoas com esquizofrenia com baixo *insight*.

Para além de todas as limitações e dificuldades que podem decorrer da doença, sendo frequente encontrar alterações significativas da memória, da atenção e da concentração que são preponderantes na aquisição, retenção e processamento de informações necessários a aprendizagem, os participantes do projeto têm baixo *insight* como agravante.

Para além das dificuldades que possam comprometer a aprendizagem dos conteúdos, manter estes participantes atentos, colaborantes e motivados torna-se ainda mais complexo, sendo um desafio para o enfermeiro tornar cada sessão interessante e produtiva.

Neste sentido o planeamento tem de se alicerçar não só nos objetivos definidos, mas também nas particularidades dos participantes e nas estratégias e recursos a mobilizar que nos permitem concretizar os objetivos propostos.

Tal como diz Miguel (2006) a escolha dos meios e estratégias a utilizar é feita em função dos objetivos previamente delineados, fazendo parte do planeamento (Ruivo et al 2010).

Atividade define-se como “o elemento de trabalho realizado no decurso de um projecto. Uma actividade normalmente possui uma duração esperada, um custo esperado e requisitos esperados de recursos. As actividades podem ser subdivididas em tarefas” (Miguel, 2006 citado por Ruivo et al, 2010:20).

As estratégias relacionam-se com a utilização dos meios definidos no planeamento, sendo aplicados de forma eficiente de modo a concretizar a tarefa.

“As estratégias têm como objectivo principal utilizar de forma eficaz os recursos, envolve por isso decisões ligadas ao projecto de um processo e à infraestrutura necessária para apoiá-lo (Ruivo et al, 2010: 20 citando Aquilano et al, 2006).

Neste projeto escolhemos as estratégias a utilizar considerando os recursos disponíveis, os objetivos definidos, as características dos participantes e o tempo previsto para a sua conclusão. A primeira estratégia que definimos é aplicada antes do início das sessões psicoeducativas.

Logo na entrevista inicial procura-se suscitar interesse na frequência do PIP Eureka! O nome foi escolhido propositadamente para captar a atenção da pessoa, não remetendo para qualquer condição clínica, para algo a que o utente possa associar conotação negativa.

Todos os utentes que são convidados a participar neste projeto têm de ser informados das características do mesmo e facultar o seu consentimento. Durante esta explicitação o carácter voluntário e optativo é exaltado, simultaneamente deve-se tentar elucidar a pessoa dos eventuais benefícios e mesmo que ela não reconheça que se passa algo consigo, tentar através de exemplos ou relatos de situações onde este projeto possa ser eficaz que ela se identifique com as temáticas abordadas

Outra das estratégias passa por desenvolver uma relação de confiança o mais precocemente possível.

Na comunicação com a pessoa com esquizofrenia que evidencia um baixo *insight* poderá adotar-se o método LEAP, proposto por Amador e descrito por Palmeira (2018), tendo por base pressupostos da relação terapêutica convergentes com Chalifour, Rogers ou Peplau.

Com o método LEAP (*listen, empathise, agree, partner*) pretende-se comunicar com a pessoa evitando o confronto, simultaneamente o enfermeiro procura pontos em comum para uma parceria.

O primeiro passo que se preconiza é a escuta reflexiva (*listen*), evitando manifestar reações como comentários, juízos de valor, argumentações ou discordâncias, de modo a não tensionar a relação e tentar estabelecer uma aliança com o utente. Neste sentido é fundamental criar uma relação de empatia, compreendendo as vivências e as necessidades do utente e colocar-se no lugar dele. Essa mudança de atitude é precursora do próximo passo do método, empatizar (*empathize*).

A empatia surge ao escutar o outro sem efetuarmos um juízo prévio de valor, demonstrando interesse nele e no que ele relata, valorizando as suas preocupações, frustrações, medos, desconforto e desejos.

Quando o interlocutor demonstra sintonia e compreensão acerca de sentimentos e pontos de vista divergentes, o utente torna-se mais recetivo a ouvi-lo e a saber sua opinião.

Concordar (*agree*) é o terceiro passo do método LEAP. Segundo este método mesmo que haja pontos de discordância existe uma maneira de “concordar em discordar” (*agree to disagree*), não significando isso uma ruptura na comunicação e no relacionamento.

Segundo Palmeira (2018)

"Este talvez seja o passo mais difícil do método, porém, quando se conhece melhor os desejos, preocupações e demandas do paciente, quando se compartilha de objetivos em comum, fica mais fácil encontrar pontos de convergência. Xavier chama esse momento de janela de oportunidade (*window of opportunity*), quando o paciente está mais aberto a ouvir as observações e opiniões de terceiros." (Palmeira, 2018:14)

O autor sugere algumas estratégias

“como neutralizar a experiência (não mostrar um calor emocional ou uma expectativa pessoal exagerada), discutir o problema da maneira como o paciente percebe (sem dar margens a interpretações com base em suas próprias convicções), rever vantagens e desvantagens percebidas pelo paciente e refletir sobre esses tópicos com ênfase nos possíveis benefícios percebidos por ele. Se ainda assim não for possível chegar a um consenso, Amador sugere que o familiar deva respeitosa-mente sugerir que se possa *discordar, sem que isso gere um afastamento.*” (Palmeira, 2018, 14)

O último passo do método consiste em estabelecer uma parceria (*partner*). Pretende-se manter um canal aberto com a pessoa, demonstrar-lhe que pode contar com alguém num momento de stress.

Este método foi desenvolvido para ser aplicado com a família, mas “pode ser utilizado também por outras pessoas do convívio do paciente, inclusive profissionais de saúde” (Palmeira, 2018:14). Se conseguirmos estabelecer uma relação terapêutica desde o início será mais fácil manter o doente focado na nossa intervenção psicoeducativa.

Adotamos também como estratégia a utilização de dinâmicas de grupo nas sessões, privilegiando a interação entre os participantes, a estimulação do juízo crítico, a promoção de atitude reflexiva e a expressão de sentimentos, procurando fomentar o autoconhecimento dos participantes.

Cada sessão terá uma duração de 60 minutos. Tendo em conta as dificuldades inerentes à concentração e à dificuldade de imobilidade no mesmo local a sessão é dividida em períodos de 30 minutos, intercaladas por um intervalo de 10 minutos.

O planeamento das sessões está indicado no Quadro 4.

Sessão nº	Conteúdos principais
1	Apresentação dos formandos, formadores e programa. Epidemiologia da esquizofrenia, causas e sintomatologia Gestão dos sintomas
2	Plano terapêutico e gestão do tratamento A medicação e os seus efeitos colaterais Prevenção de recaídas/plano de emergência
3	Hábitos de vida saudáveis Sono Abuso de substâncias -Tabaco -Álcool -Droga
4	Estigma Família, amigos, trabalho e comunidade
5	Gestão do stress Experiência individual de doença Situações particulares -Suicídio -Gravidez -Sexualidade
6	Resumo dos conteúdos anteriormente abordados Avaliação

Quadro 4. Planeamento das sessões do PIP Eureka

O método expositivo só se aplica em alguns momentos onde é imperativo a transmissão de informações e veiculação de conceitos. Remetemos o plano de cada sessão para o Apêndice 3.

A primeira parte das sessões destina-se à transmissão de informações e aquisição de conhecimentos teóricos através de um método misto que articula o método expositivo com o método interrogativo e exercícios práticos.

Na segunda parte serão desenvolvidas atividades práticas como *rolleplaying*, dinâmicas de grupo, momentos de relaxamento, exercícios de auto e heteroreflexão e outras técnicas que procurem estruturar as informações transmitidas e integrá-las, de modo a concretizar as aprendizagens e a estimular o utente a ser ativo nesse processo.

A todos os utentes será distribuído um folheto dobrável, que ele poderá trazer consigo devido à discrição do mesmo, onde constam algumas informações que podem ajudar na gestão da doença, nomeadamente a identificar sinais de alarme de recaída.

Constatou-se que apesar das limitações que muitas vezes apresentam, grande parte destes utentes, nomeadamente as faixas etárias mais baixas, detêm competências informáticas nomeadamente a nível do uso da Internet e redes sociais.

Desta forma no folheto descrito será introduzido um código QR (*Quick Response code*) com acesso a uma página de Facebook onde constarão informações acerca da esquizofrenia e de todas as temáticas abordadas nas sessões, bem como a localização, data hora, indicações como chegar entre outras informações úteis e pertinentes.



Figura 3. Código QR da página de Facebook do PIP Eureka!

Nessa página serão colocados links para documentação útil, dúvidas e esclarecimentos com vista a colmatar as informações do panfleto. Para poder usufruir desse recurso o utente necessita de ter acesso à Internet e um computador, telemóvel ou outro dispositivo eletrónico que consiga efetuar essa ligação.

A utilização de meios é imprescindível para que qualquer projeto se concretize.

Os meios que poderemos mobilizar para concluir as atividades e atingir os objetivos propostos devem ser alvo de análise, tendo sido considerados os meios humanos, técnicos, materiais e financeiros, estando os mesmos descritos no Quadro 5.

Tipo de Meios	Quantidade	Descrição	Custo
Recursos Humanos	1	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	500,16 €
	1	Empresa de análise de dados	600.00 €
Recursos Tecnológicos	1	Computador Portátil	800.00 €
	1	Projektor Multimédia	340.00 €
	1	Gerador de Código QR Ex: Gerador QR	0.00€
	1	Página de Facebook	0.00€
	1	Plataforma de áudio e vídeo online Ex: Zoom	0.00€
	1	Conjunto de aplicativos para escritório livre multiplataforma Ex:OpenOficce	0.00€
Recursos Materiais	6	Impressões de folheto 16cmx72cm em papel de alta gramagem	10.00€
	Vários	Material de Escritório	100.00 €
	1	Sala para apresentação	0.00€
	1	Participação em eventos científicos	500.00 €
	1	Outros custos	100.00 €
Total			2950.16 €

Quadro 5. Custos associados ao PIP Eureka!

Neste plano de intervenção psicoeducativa é necessário integrar como dinamizador do projeto um enfermeiro com elevadas competências técnicas, humanas e relacionais, que promova um clima de confiança, tendo por isso sido definida a necessidade da mobilização de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O nível de complexidade dos participantes e o carácter eminentemente prático do trabalho a desenvolver impele a presença de um enfermeiro com conhecimentos e competências diferenciadas e que esteja envolvido na equipa multidisciplinar, devendo a mesma ser envolvida no processo.

“Deve existir confiança traduzida em relações profissionais sinceras e autênticas; existir respeito recíproco entre elementos e reconhecimento das competências específicas; existir consenso quanto aos objectivos a atingir, definindo-os com precisão desde o início; distribuir as tarefas consoante as capacidades de cada elemento da equipa de tal modo que todas as actividades do projecto fiquem asseguradas” (Ruivo et al, 2010: 21 citando Chase e Aquilano, 1995).

Ao referimos meios materiais e tecnológicos necessários estamos a considerar os equipamentos e tecnologias a utilizar na realização do projeto. Aqui incluímos também os instrumentos de avaliação, que serão explanados no capítulo referente a essa temática.

A nível de meios tecnológicos será necessário um computador com um programa que permita a apresentação de diapositivos e um projetor multimédia, um gerador de códigos QR, uma página na rede social Facebook e meios para impressão.

No que se refere a material tecnológico, o valor orçamentado vai maioritariamente para aquisição de um computador e um projetor multimédia, (assumindo a sua inexistência) ressaltando que consiste num gasto inicial que, a não ser que haja anomalias técnicas, não se reflete nos planos que subsequentemente venham a ser implementados.

Note-se que há programas de apresentação de diapositivos e geradores de código QR de utilização livre e que a rede social Facebook é gratuita pelo que estas opções tecnológicas não acarretam qualquer custo ao projeto.

Os meios humanos poderão representar gastos mais representativos pois por cada sessão o enfermeiro irá ter de disponibilizar cerca de 3 horas de trabalho. O EESMP poderá fazer parte da equipa escalada normalmente para o serviço ou vir como elemento extraordinário, especificamente para este fim.

Tendo em conta que geralmente o número de enfermeiros existentes nos serviços em cada turno corresponde ao necessário para suprir as necessidades, sugere-se a introdução de um enfermeiro supra numerário, em regime de trabalho normal ou extraordinário, para a implementação do plano.

Na planificação do PIP Eureka! iremos considerar a mobilização de 1 enfermeiro especialista (nível remuneratório 19) em horário extraordinário durante 3 horas por sessão, incluindo a preparação, o desenvolvimento, o término e as tarefas subsequentes à mesma.

A análise dos dados provenientes da avaliação e a redação do Relatório poderá ser efetuada pelo enfermeiro que conduziu o plano, se for detentor de competências técnicas que o permitam, nomeadamente conhecimentos de análise estatística, que deverá ser remunerado também por esse trabalho.

Outra opção será a análise por profissionais externos, dependendo o custo do quantidade e tipo de dados e analisar. Desta forma o valor a considerar para efeitos de orçamento do projeto é unicamente indicativo, visto que não foram consideradas todas variáveis que é possível avaliar, nomeadamente o cruzamento com dados sociodemográficos e relação entre as variáveis avaliadas pelas diferentes escalas.

Uma vez que consideramos que a transmissão do conhecimento é essencial para o crescimento da enfermagem consideramos também uma margem do custo total para eventos científicos onde o trabalho efetuado deverá ser divulgado através de meios científicos como comunicações orais, pósteres, preleções ou artigos científicos.

Os meios financeiros, que se referem aos recursos económicos disponíveis, passíveis de serem utilizados no financiamento do projeto e de todas as atividades implementadas na sua concretização é um aspeto que deve ser analisado. É importante que a avaliação económica do projeto seja rigorosa, discriminando todos os gastos previstos mas é igualmente fundamental haver alguma margem financeira.

Embora este projeto não seja muito dispendioso a nível de produção de materiais, alguns terão de ser materializados (por exemplo a nível de impressão dos folhetos a entregar, que carece de trabalho de impressão profissional devido às suas dimensões e ao tipo de papel) o que acarreta custos. A aquisição de algum material para as dinâmicas de grupo também foi considerada. Esses custos são mais representativos a nível dos meios tecnológicos (necessários) e humanos (imprescindíveis).

Os recursos financeiros são dos fatores preponderantes na implementação de projetos inovadores ou mesmo mais tradicionais, pois todos eles têm custos associados e muitas vezes a gestão não consegue ver com clareza qual a vantagem da aplicação sob a perspetiva de custo /benefício

Os projetos na sua generalidade têm por característica terem um período temporal definido com início e término programado, pretendendo a criação de um produto, serviço ou resultado original, com mobilização de recursos tecnológicos, materiais e humanos temporariamente

para se atingir o objetivo estabelecido. Este projeto foi pensado para ser prolongado e replicado se for considerado oportuno.

Embora o PIP Eureka! tenha custos associados, se a sua eficácia for comprovada o benefício é superior ao custo, mesmo a nível financeiro.

Segundo Gago (2019)

“Os custos associados ao tratamento de doentes com esquizofrenia podem ser classificados em duas categorias: custos diretos e indiretos. Os custos diretos do tratamento da esquizofrenia incluem todos os custos diretamente relacionados com a prestação de cuidados de saúde (internamento, ambulatório, intervenções terapêuticas e farmacológicas), enquanto os custos indiretos estão principalmente relacionados com a perda de produtividade do doente e do seu cuidador devido à natureza incapacitante da doença e ao seu início precoce. Alguns autores consideram ainda um terceiro grupo de custos, de natureza não financeira, relacionados com o sofrimento, o estigma e a discriminação associados à doença que resultam na diminuição da qualidade de vida dos doentes e suas famílias.” (Gago, 2019:5)

Segundo esta autora os custos diretos do tratamento desta patologia divergiram entre países e mesmo em Portugal há locais diferentes com valores dispares mas “Os custos de internamento representaram a maior componente dos custos diretos da esquizofrenia na maioria dos países e os custos com medicamentos contribuíram para menos de 25% do custo direto por doente em todos os países” (Gago, 2019:6).

Foram identificados quatro fatores que têm um impacto significativo nos custos diretos da esquizofrenia: internamento, gravidade dos sintomas, idade e continuidade do tratamento/persistência, tendo o internamento representado o fator com maior impacto nos custos diretos de tratamento de doentes com esquizofrenia, estando relacionados também com a gravidade dos sintomas, com uso excessivo de recursos atribuída à esquizofrenia para doentes idosos (com idade superior a 65 anos), com a recaída diretamente relacionada com a não adesão à terapêutica antipsicótica, (estima-se que os custos com os doentes que recaem sejam quatro vezes superiores quando comparados aos custos daqueles que não apresentam recaídas) (Gago, 2019).

Desta forma, considerando que o PIP Eureka! pretende melhorar alguns destes indicadores a sua aplicação eventualmente também se iria repercutir na diminuição dos custos do tratamento, sendo por isso economicamente vantajosa,

Este projeto poderia após avaliação positiva, ser implementado permanentemente, sem grandes custos acrescidos.

O foco inicial do PIP Eureka! são os doentes agudos em internamento, mas a sua expansão para outros contextos é possível e aconselhável.

Pretendemos que o PIP Eureka! seja acessível a todos os utentes que dele necessitem. A simplicidade com que foi elaborado, a linguagem despretensiosa, os conteúdos acessíveis e o

custo relativamente baixo torna esta proposta de intervenção facilmente replicável a nível comunitário ou no trabalho com famílias. É fácil descentralizá-lo, deslocando-o do hospital para outras realidades, nomeadamente localidades mais afastadas onde os problemas de acessibilidade são mais evidentes, podendo a sua implementação ser equacionada em centros de saúde onde funciona a consulta descentralizada de saúde mental e psiquiátrica.

A esquizofrenia é uma realidade cada vez mais presente, sendo até noutros contextos como por exemplo as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, e os centros de apoio a pessoas vulneráveis, um fenómeno emergente. A versatilidade do PIP Eureka! permite levá-lo até onde ele seja necessário.

Há, no entanto, uma particularidade: foi projetado para ser dinamizado por Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiatria, como tal exige que o responsável pela sua aplicação detenha as competências específicas destes profissionais. Todo o projeto exige o uso da relação terapêutica, de conhecimentos técnicos, das capacidades que permitem a estes profissionais, com o grau de diferenciação que detêm, chegar ao outro através “do eu” de cada um de nós.

As apresentações multimédia das sessões deverão ser parcas em texto, em teoria, em definições, em “guiões” da fórmula milagrosa para os participantes resolverem os seus problemas.

Se assim fosse este projeto seria completamente desvirtuado da sua essência, iria contra aquilo que definimos com objetivo e acabaria por tornar-se uma formação e não uma intervenção psicoeducativa.

O PIP Eureka! deverá ser um veículo para possibilitar à pessoa com esquizofrenia o seu próprio “momento Aha!”, tornando-se ativa na aquisição do conhecimento das temáticas abordadas, mas sobretudo no seu autoconhecimento e autocrítica.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, tem uma atuação efetivamente terapêutica quando mobiliza as suas competências e capacidades no sentido da concretização das capacidades do outro, sendo o seu papel fundamental o de facilitador para que o utente se conheça, identifique as suas necessidades, conheça as suas fragilidades e vulnerabilidades, valorize as suas capacidades e as mobilize no sentido de ser responsável pela sua própria vida, consciente das suas decisões, capaz de fazer as suas escolhas e manter a funcionalidade, autonomia e relações suficientemente satisfatórias que lhe permita a auto realização enquanto pessoa e qualidade de vida percebida.

No planeamento também procuramos analisar os riscos envolvidos no projeto, trabalhando de forma a minimizá-los.

A primeira limitação que identificamos é este plano de Intervenção Psicoeducativa não integrar a família e os cuidadores. Embora estando conscientes desse constrangimento desde a fase inicial do planeamento, pelos motivos que já explicamos ao longo deste Relatório, mantivemos a decisão de esta Intervenção Psicoeducativa se direccionar exclusivamente à pessoa com esquizofrenia, não significando esse facto a exclusão dos familiares do plano de tratamento, construindo com eles uma relação de confiança e parceria que se estabelece no internamento, independentemente de os familiares não serem os participantes diretos desta intervenção de enfermagem.

Outro fator limitante pode ser a falta de adesão e participação dos utentes, visto que a sua falta de *insight* poderá interferir na sua motivação. Em resposta a essa questão o enfermeiro deverá tornar as sessões o mais apelativas possível, ajudando o utente a perceber que benefícios pode obter com as mesmas.

A eventual agudização de sintomatologia impeditiva da participação do utente também não pode ser desvalorizada, pois temos de estar conscientes que são pessoas que vivenciaram ou vivenciam uma fase de crise suficientemente expressiva para motivar o internamento e que a sintomatologia pode não estar suficientemente controlada para participar no projeto, pelo que esse fator deve-se ter em consideração na seleção dos participantes. Este risco poderá ser minimizado ao observar os critérios de inclusão e exclusão definidos no planeamento seguidamente esquematizado.

O trabalho em grupo poderá gerar conflitos interpessoais ou intrapessoais podendo pôr em causa a permanência do utente no projeto. Mais uma vez cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica mobilizar as suas competências para minimizar esse risco e promover a resolução de algum constrangimento que possa ocorrer.

Uma limitação significativa é reunir no serviço simultaneamente mais de um utente com esquizofrenia e que respeite as condições de ingresso, cujo tempo de internamento previsto seja semelhante. Para minimizar esse risco pode assumir-se a integração de utentes em momentos diferentes, o que poderá não ser exequível se a implementação do projeto se cingir às 6 semanas previstas. Ainda que o início simultâneo de todos membros seja aconselhado, de modo a intervenção estar acessível a mais utentes, poderiam ser integrados novos elementos ao longo do tempo de duração do projeto. Para que isso fosse concretizável este projeto psicoeducativo teria de ser aplicado continuamente, por um período alargado, de modo a permitir integrar novos elementos mesmo que o grupo já tivesse iniciado as sessões.

Ainda que o equilíbrio do grupo pudesse sofrer alguma perturbação momentânea esta dinâmica seria de alguma forma benéfica para os utentes que assim poderiam partilhar experiências com outros elementos em níveis de integração diferentes.

Desta forma, prevendo a futura implementação nesses moldes, pretende-se estruturar as sessões de modo a não haver precedência obrigatória da frequência de alguma das sessões anteriores.

Esse motivo também condiciona a avaliação inicial do utente, sendo todos os instrumentos de avaliação inicial preenchidos durante a entrevista prévia ou após a mesma, mas antes do cliente integrar o grupo.

Por outro lado os participantes quando são selecionados estão em regime de internamento, podendo ter alta durante o projeto, sendo essencial assegurar a continuidade não só a nível de aquisição de competências mas também no que se refere à avaliação do PIP Eureka!.

Após a alta é desejável que os utentes continuem a frequentar as sessões até aos terminus da intervenção psicoeducativa. Porém, considerando a distância geográfica e situação de vulnerabilidade em que alguns utentes internados se encontram é exetável que a taxa de abandono possa ser significativa, porém serão equacionadas algumas estratégias para colmatar essa limitação das qual estamos conscientes e assim aumentar a adesão e promover a continuidade da intervenção. Neste sentido as sessões poderiam decorrer simultaneamente online, através de plataformas que permitam a transmissão direta de som e imagem que preferencialmente pudessem integrar documentos eletrónicos, como as apresentações multimédia.

Embora os recursos exigíveis para que o utente possa continuar a participar nas sessões seja um dispositivo com ligação à Internet reconhecemos que estes recursos poderão não estar acessíveis ao utente por motivos físicos ou por incapacidade da sua utilização, sendo mais uma vez equacionada a utilização nos centros de saúde como promotores do acesso a esta intervenção psicoeducativa. Esta solução também poderia ser utilizada em situações excecionais, como é o caso da atual situação epidemiologia, podendo as pessoas com esquizofrenia continuarem a participar no projeto com total segurança para todos os intervenientes.

Por fim, os recursos económicos também não são ilimitados, podendo o financiamento ser um entrave à aplicação do PIP Eureka! pelo que aliado à simplicidade do mesmo foi equacionada uma solução economicamente viável a nível de encargos institucionais, prevendo que os recursos económicos aplicados nesta intervenção psicoeducativa possa assegurar um retorno positivo diminuindo os gastos com o tratamento destes utentes.

3.4 EXECUÇÃO

A execução é a etapa onde tudo o que foi anteriormente planeado se implementa, ocorrendo a materialização desse plano.

“Neste sentido, o que anteriormente era somente um real construído mentalmente, um “esboço de desejo”, começa a tornar-se numa situação real construída.” (Ruivo et al,2010:23 citando Carvalho et al, 2001 e Nogueira, 2005).

Este momento caracteriza-se particular importância para os participantes uma vez que possibilita a concretização dos objetivos delineados

“A ruptura entre o real mental e o real construído coloca ao(s) participante(s) diversos problemas que, ao serem resolvidos, podem potencializar o(s) seu(s) leque(s) de competências” (Ruivo et al,2010: 23 citando Nogueira, 2005).

Cada uma das fases da metodologia de projeto reveste-se de dificuldades e desafios.

O primeiro é a recolha de dados que permita um real conhecimento do problema, a identificação de um foco onde se deve intervir, de seguida a formulação de objetivos apresenta-se como uma desafio pois é a o inicio da ponte que liga o ponto de partida ao ponto de chegada uma vez que a definição de objetivos nos orienta acerca do percurso e de do produto a ser construído durante todo processo, o que implica um planeamento cuidado. Um bom planeamento assegura a prossecução do caminho que leva à execução. Nesta etapa assiste à mobilização de meios, de estratégias, de atividades

“Caso ocorram alterações ao planeado, estas devem ser estudadas e deverão ser colocadas em prática medidas de recuperação para que os objectivos do projecto não se encontrem comprometidos. Decorrentes das reformulações ao plano inicial podem surgir consequências indesejáveis que, por vezes, tornam-se inevitáveis perante contratempos imprevisíveis.” (Ruivo et al ,2010: 23 citando Ramos,2008)

Desta forma o projeto pode ser visto como um processo dinâmico, pois por muito cuidado e eficiente que seja o planeamento, é comum surgirem imprevistos e mudanças, sendo fundamental que a equipa responsável pelo projeto esteja consciente desse facto e pronta para resolver eventuais constrangimentos, com fluidez e celeridade de modo a evitar repercussões significativas nos prazos e nos resultados obtidos.

“Na Execução é assumida uma praxeologia que possibilita a evidência dos princípios que norteiam a acção e a sua eficácia, isto se consideramos que a Execução foi transformadora como resultado duma análise da experiência” (Ruivo et al, 2010:23 citando Carvalho et al,2001).

Esta é crucial para obter resultados, aprendizagens, desenvolver competências e mobilizar conhecimentos visando a resolução de problemas.

Uma vez que este é um projeto acadêmico, que tem que respeitar integralmente os prazos pré-definidos e cuja implementação estaria dependente de autorização de várias entidades nomeadamente o Conselho de Administração e Comissão de Ética da Unidade de Saúde onde o mesmo iria ser implementado, na impossibilidade de garantir emissão das mesmas em tempo útil que permitisse a execução do PIP Eureka! durante o período no qual decorre o estágio, bem como a impossibilidade de garantir a existência de utentes que cumprissem os critérios de inclusão, não se perspetivou a implementação, a nível académico, desta proposta de intervenção.

Embora o PIP Eureka! não tenha sido implementado possibilitou-nos o desenvolvimento de competências a nível das várias fases associadas à Metodologia de Projeto e também acerca da temática em estudo.

As fases anteriores sustentaram o planeamento de todo o projeto de intervenção possibilitando formular uma intervenção fundamentada da qual apresentamos uma síntese da planificação no Apêndice 4.

Na fase de Diagnóstico procuramos sustentar a nossa proposta de intervenção na evidência científica, pelo que recorremos a vários meios que nos permitissem validar o que as vivências empíricas pareciam revelar, o que nos impeliu a efetuar uma revisão integrativa da literatura acerca da temática, sob forma de artigo científico, acerca da qual teceremos de seguida algumas considerações, podendo o resumo da mesma ser consultada no Apêndice 1.

Desta forma surgiu a ideia, assumida como exequível pela aluna, enfermeira orientadora e orientadores académicos, de efetuar uma revisão integrativa da literatura acerca da temática em estudo de modo a podermos, com propriedade científica, confirmar se a hipótese que presuppõe que as intervenções psicoeducativas promovem o *insight* era válida e assim iniciar, com base na evidência, uma proposta de intervenção nesse sentido.

“Para que o cuidado de enfermagem se fundamente numa evidencia sólida “(...) é indiscutível a necessidade da busca de conhecimento científico pelo enfermeiro e a associação de sua expertise clínica com instrumentos de tomada de decisão.” (Cardoso et al, 2019:2)

A metodologia seguida foi a preconizada pelo The Joanna Briggs Institute (JBI) pois

“A utilização da avaliação do nível de evidência e do grau de recomendação, desenvolvida pelo JBI, mostra-se adequada para pesquisa em enfermagem. Este método engloba a análise de estudos qualitativos e possibilita a avaliação da viabilidade e adequação da intervenção em um determinado contexto” (Cardoso et al, 2019:9)

A prática baseada na evidência é essencial para a difusão do conhecimento em enfermagem e a melhoria dos cuidados.

“A quantidade e complexidade de informações na área da saúde e o tempo limitado dos profissionais têm determinado a necessidade do desenvolvimento de processos que proporcionem caminhos concisos até os resultados oriundos de pesquisas” (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004:550).

A prática baseada na evidência

“É uma abordagem para o cuidado clínico e para o ensino, fundamentada no conhecimento e qualidade da evidência; envolve a definição do problema clínico, identificação das informações necessárias, condução da busca de estudos na literatura, avaliação crítica da literatura, identificação da aplicabilidade dos dados oriundos dos estudos e a determinação de sua utilização para o paciente” (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004:550).

Inicialmente pretendemos elaborar de uma revisão integrativa da literatura que refletisse a efetividade da psicoeducação na pessoa com esquizofrenia com baixo insight.

Uma vez que não foi possível validar os termos psicoeducação e *insight* nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e nos Medical Subject Headlines (MeSH), de modo a corroborar essas afirmações que valorizam a psicoeducação com ferramenta promotora do *insight*, reformulamos a pergunta de partida, reiniciamos o processo de pesquisa com novos descritores e novos objetivos, mas com a perspectiva de aplicar a mesma proposta de intervenção, se justificado pelos resultados da revisão integrativa a realizar.

Elaboramos então uma Revisão Integrativa da Literatura, com o título “Efetividade das intervenções psicoeducativas na pessoa com esquizofrenia” (Apêndice 1), acerca da qual iremos de seguida tecer algumas considerações.

O fluxograma deste processo está representado no Apêndice 5.

O estudo foi efetuado segunda as etapas preconizadas pelo The Joanna Briggs Institute (JBI, 2015): formulação da questão para a elaboração da revisão da literatura; especificação dos métodos de seleção dos estudos; procedimento de extração dos dados; análise e avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa da literatura; extração dos dados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento produzido e publicado.

Para avaliação da qualidade metodológica dos estudos, utilizou-se instrumentos de avaliação crítica padronizados, desenvolvidos pelo The Joanna Briggs Institute (JBI, 2017).

A Revisão Integrativa da Literatura “Efetividade das intervenções psicoeducativas na pessoa com esquizofrenia” partiu da pergunta PICO orientadora: Será a implementação de programas de psicoeducação benéfica para as pessoas com esquizofrenia?

Definiu-se como população a pessoa com esquizofrenia, a intervenção é a psicoeducação, não se estabeleceram quaisquer comparações com outra intervenção de enfermagem

uma vez que se pretendia avaliar a eficácia da psicoeducação. O resultado a aferir foram os benefícios da psicoeducação (nas pessoas com esquizofrenia).

Utilizamos os descritores “schizophrenia, knowledge, education, nursing”, tendo sido validados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e no MeSH (Medical Subject Headings).

A pesquisa decorreu durante os meses de novembro e dezembro de 2019, considerando estudos publicados entre 2015 e 2019 e respeitando os critérios de inclusão e exclusão definidos, seguindo a metodologia de pesquisa (Apêndice 1).

Todos estudos selecionados (5 estudos) incidem sobre programas psicoeducativos, todos implementados em grupo, sendo que a maioria inclui apenas indivíduos diagnosticados com esquizofrenia ou distúrbio esquizoafetivo, referindo-se os restantes estudos também aos cuidadores.

A maioria dos estudos decorreu em contexto ambulatorial, tendo um deles sido implementado em serviço de internamento. Normalmente a psicoeducação é implementada a nível ambulatorial, mas elementos de programas de psicoeducação poderão ser incluídos nos cuidados em ambiente hospitalar (APA, 2019).

Todos os estudos procuraram identificar quais os efeitos da implementação de programas psicoeducativos, salientando quatro deles a participação de enfermeiros nas intervenções.

Ainda que a recomendação de inclusão da psicoeducação não seja consensual nas diversas guidelines de tratamento, todos os estudos selecionados revelaram resultados positivos das intervenções psicoeducativas, permitindo agrupar os resultados em 6 categorias: Conhecimento, Adesão terapêutica, Gestão da doença, Sentimentos e emoções, Interações sociais, Repercussões nos cuidadores principais.

A análise dos artigos demonstra que a psicoeducação se revelou eficaz no incremento dos conhecimentos acerca da doença nas pessoas diagnosticadas com esquizofrenia e nos cuidadores primários. Percebemos também que os conhecimentos provenientes das sessões psicoeducativas permitem diferenciar os sintomas da esquizofrenia dos efeitos colaterais dos medicamentos ou sintomas de outras doenças, promovem a redução dos níveis de ansiedade e stresse no doente associados com sintomas da doença e estimula a melhoria da capacidade de incorporar as habilidades aprendidas na gestão de sintomas de doença,

Alguns estudos enaltecem a importância da intervenção psicoeducativa na redução da gravidade dos sintomas.

Um dos estudos revelou que o aumento do conhecimento e compreensão da esquizofrenia e a potencial natureza hereditária da doença provocou alguma preocupação.

Também se constatou que a psicoeducação aumenta significativamente o insight e melhora a consciencialização dos participantes acerca da doença, bem como a aceitação e participação dos utentes nos regimes de tratamento, incluindo medicamentos e consultas.

A grande maioria dos estudos demonstra que fornecer psicoeducação a utentes com esquizofrenia se revela eficaz na melhoria da adesão à medicação, havendo ainda a evidência que a psicoeducação pode mudar a maneira como os indivíduos esquizofrénicos percecionam os medicamentos antipsicóticos, diminuindo a sua resistência à medicação antipsicótica.

Também verificamos que os programas psicoeducativos promovem uma melhor gestão da doença por parte do individuo esquizofrénico uma vez que melhora a capacidade de utilizar conhecimentos acerca da doença em situações da vida real e incrementa a capacidade para lidar com os processos associados à vida diária de forma mais eficaz.

Há estudos que evidenciam que a psicoeducação aumenta a motivação para o tratamento, o reconhecimento da importância do tratamento para prevenir recaídas e a capacidade de detetar precocemente sinais de alerta de recaída, diminuindo a taxa de hospitalização por recidiva.

Também se enfatiza o aumento da qualidade de vida percebida, mais satisfação com sua saúde, a melhoria a nível dos sentimentos e emoções vivenciadas pela pessoa com esquizofrenia, redução de stress e ansiedade e a melhoria nas habilidades de enfrentamento, contribuindo ainda a psicoeducação para o desenvolvimento da espiritualidade, diminuição do estigma e melhoria nas interações sociais, habilidades de comunicação e melhoria do funcionamento na comunidade.

As intervenções psicoeducativas promovem a relação com os serviços de saúde mental e a melhoria no funcionamento dos utentes no hospital.

A implementação de programas psicoeducativos também se traduz na melhoria da capacidade de comunicação dos cuidadores primários, no desenvolvimento de habilidades e estratégias para os mesmos lidarem com a doença, aumento da consciencialização, o reconhecimento de stressores e melhor gestão de situações stressantes por parte dos cuidadores primários.

Fornecer psicoeducação traduz-se ainda no aumento da capacidade dos cuidadores na prevenção de problemas numa fase precoce, na melhoria da supervisão da toma dos medicamentos antipsicóticos, na promoção do relacionamento dos cuidadores com a comunidade e redução da carga familiar. Todos estes aspetos demonstram a importância da participação dos cuidadores em atividades psicoeducativas.

Ressalvamos que em 4 dos 5 estudos seleccionados o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica assume um papel de destaque na implementação de programas psicoeducativos, reafirmando a psicoeducação como uma intervenção da sua área específica de competências.

A principal limitação identificada consiste no escasso número de artigos encontrados que se enquadram nos critérios de inclusão e exclusão, sendo apenas 5 estudos seleccionados para esta revisão. Referimos também a escassez de bibliografia em língua portuguesa remetida pela pesquisa efetuada com os descritores escolhidos.

3.5 AVALIAÇÃO

O trabalho executado ao longo de todo o projeto culmina com a avaliação do mesmo.

“Avaliar um Projecto implica a verificação da consecução dos objectivos definidos inicialmente” (Ruivo et al, 2010: 26).

“As avaliações são momentos onde se questiona o trabalho desenvolvido, sendo que podem estar ou não previstos.”(Ruivo et al, 2010,24) devendo (...) “fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projecto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objectivos) e a eficácia (relação entre a acção e os resultados) (Ruivo et al, 2010,24).

Durante o processo implicado no planeamento da proposta de intervenção PIP Eureka! procedeu-se a uma avaliação contínua do mesmo.

“Uma das características da Metodologia de Projecto é precisamente o facto da avaliação ser contínua (LEITE et al., 1993), e permitir uma retroacção com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objectivos, acção e selecção dos meios, bem como a análise dos resultados” (Ruivo et al, 2010:24 citando Carvalho et al,2001).

A primeira avaliação intermédia decorreu logo no início, durante a fase de diagnóstico, quando nos propusemos a elaborar uma revisão integrativa da literatura.

Embora o foco estivesse definido, a problemática fosse pertinente, e a pergunta PICO formulada, alguns dos descritores escolhidos não estavam validados no DeCS e no MeSH, pelo que foi necessário reformular a pergunta PICO e os objetivos da revisão.

Houve outras avaliações intermédias na fase do planeamento, resultando uma delas na mudança do nome projeto, pois, o nome inicial “Reconhecer” poderia eventualmente impelir os utentes a não participar, pelo carácter intimista e de autoreflexão que lhe está associado.

Empreendemos mais uma mudança tendo sido alterada a planificação da primeira sessão, remetendo o preenchimento de instrumentos de avaliação inicial, previsto para esse momento, para a entrevista prévia. Tal alteração deveu-se à necessidade de otimizar o tempo, pois não equacionamos o aumento do número de sessões devido às mesmas se destinarem a utentes que se encontram internados durante o período estritamente necessário mas também devido à possibilidade de os participantes não integrarem simultaneamente o PIP, conforme referido anteriormente.

“A avaliação intermédia constitui um momento de pausa e de reflexão sobre o percurso desenvolvido até ao momento (CASTRO et al., 1993) (...). são realizadas as primeiras críticas sobre o trabalho elaborado e realizados os ajustes necessários.” (Ruivo et al, 2010:25), o que no caso deste projeto se verificou.

Para a avaliar a eficácia do PIP Eureka! foi preconizado como indicador (Apêndice 6) o aumento em 20 % dos participantes com score > 15 da Escala de Marková e Berrios imediatamente após a intervenção e 15% ao fim de 6 meses.

Para avaliar os objetivos das sessões planeadas indicamos diferentes instrumentos de avaliação.

“Para que se possa avaliar de modo rigoroso é fundamental recorrer a instrumentos de avaliação que não apresentam todos as mesmas características” (Ruivo et al, 2010:24).

Tratando-se de um exercício académico e não havendo perspectiva a curto prazo para a implementação do mesmo não foram solicitadas as devidas autorizações para a aplicação das escalas sugeridas nem para a sua replicação neste trabalho, no entanto a maioria está disponível online para consulta. Estes instrumentos adequam-se aos objetivos e estão validados para a população portuguesa.

O questionário de satisfação com a formação foi elaborado pelos autores do trabalho pelo que se replica no Apêndice 7.

Os instrumentos de avaliação sugeridos neste projeto foram Revisão integrativa da literatura, Processo de Enfermagem, a Escala de *Insight* de Marková e Berrios, Medication Adherence Rating Scale (MARS), ASSIST - Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test , Brief Cope, EIC-APP-Escala de Integração Comunitária de Adultos com Problemas Psiquiátrico e Questionário de satisfação com a formação.

Os dois primeiros enumerados já foram descritos, pelo que faremos uma breve descrição dos restantes no Apêndice 9.

A aplicação da Escala de *Insight* Marková e Bériros é fundamental na realização do PIP Eureka! pois para além de ser um importante instrumento de avaliação deste projeto é também

imprescindível para a seleção dos participantes, uma vez que a sua integração no PIP está dependente do score obtido nesta escala.

Por todos os motivos enumerados ao longo do trabalho é essencial a aplicação de um instrumento que avalie a adesão ao tratamento, pelo que optamos pelo instrumento Medication Adherence Rating Scale (MARS). De modo a ser possível avaliar a eficácia do projeto no padrão de consumos de substâncias propomos o instrumento ASSIST - Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test . A avaliação acerca das estratégias de coping poderá basear-se na utilização do instrumento Brief Cope. A Escala de integração comunitária de adultos com problemas psiquiátricos, elaborada para a população portuguesa poderia ser um instrumento útil na integração comunitária da pessoa com esquizofrenia.

“No final do Projecto, a avaliação tem um papel preponderante. Esta avaliação deve ser globalizante, ou seja, deve avaliar o produto final” (Ruivo et al, 2010: 25 citando Leite et al,1989)

Neste sentido pretendemos solicitar aos participantes o preenchimento de um questionário (Apêndice 7) de satisfação na última sessão psicoeducativa.

No que se refere aos objetivos delineados para o planeamento da intervenção de enfermagem específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica consideramos que a sua consecução foi atingida.

Na fase de Diagnóstico procuramos sustentar a nossa proposta de intervenção em evidências científicas, pelo que recorremos a vários meios que nos permitisse validar o que as vivências empíricas pareciam revelar, o que nos impeliu a efetuar uma revisão integrativa da literatura acerca da temática, sob forma de artigo científico, utilizando a metodologia JBI sendo esse o primeiro objetivo deste Projeto de Intervenção. A conclusão da revisão integrativa da literatura possibilitou-nos planear uma intervenção prática baseada na evidência. Desta forma consideramos que atingimos o primeiro objetivo proposto.

Após a análise dos dados obtidos concluímos que a promoção do *insight* por meio de atividades psicoeducativas na pessoa com esquizofrenia constituiria uma área pertinente para intervenção por parte do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica, contribuindo desta forma para a qualidade dos cuidados prestados ao cliente e ganhos em saúde por parte das pessoas participantes no projeto.

Assim definimos como meta desenvolver uma proposta de cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que permita dotar o utente com esquizofrenia de competências para melhor gerir a sua situação de saúde, enfatizando a promoção do *insight*.

Desta forma, definimos como problema: “O baixo insight na pessoa com esquizofrenia” e identificamos fatores relevantes que permitissem intervir nessa problemática,

Devido à abrangência do tema determinámos quais as áreas prioritárias de intervenção, tendo formulado vários diagnósticos de enfermagem, para posteriormente seleccionarmos aqueles que poderiam ser alvo de intervenção ao longo do projeto.

Uma vez seleccionados os diagnósticos de enfermagem nos quais incidiria a nossa intervenção formulamos, baseados na evidência, uma proposta de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Consideramos que o projeto psicoeducativo que propomos evidencia a importância do EEESMP no cuidado ao utente com esquizofrenia com baixo *insight*, numa fase em que a sua vulnerabilidade obriga ao internamento, tendo para isso que mobilizar um vasto conjunto de competências específicas da sua área de especialização para dotar a pessoa, com esquizofrenia e baixo *insight*, de competências para melhor gerir a sua situação de saúde, enfatizando a promoção do *insight*.

Desde o início clarificamos que o objetivo era planejar uma intervenção da área específica de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, considerando todas as fases do processo, mas sem perspectiva de implementar a mesma durante o percurso académico

Considerando que a conceção desta proposta de intervenção pretende atingir esse objetivo, tendo promovido, a aquisição e mobilização de conhecimentos, a pesquisa e a partilha de conhecimentos e vivências, alicerçando o diagnóstico na evidência disponível e atual, delineando-se objetivos que orientaram o desenvolvimento do planeamento das atividades, definindo-se estratégias e recursos a mobilizar no sentido de colmatar o problema definido consideramos que também este objetivo foi atingido.

3.6. DIVULGAÇÃO

A última parte da Metodologia de Projeto é a Divulgação dos resultados.

“A divulgação faz parte do desenvolvimento de um projecto e deve ser devidamente planeada, com a finalidade de informar o público, favorecer o retorno de informação que permita a adaptação do material (folhetos, posters, vídeos, apresentações, artigos, entre outros), da abordagem efectuada ou do método utilizado, bem como a transferência e a adaptação das metodologias e materiais a outros sectores, contextos e línguas” (Ruivo, 2010: 31)

De modo a divulgar os resultados, como preconizado pela Metodologia de Projeto, a revisão integrativa da literatura efetuada foi submetida para apreciação e eventual publicação para uma revista indexada, considerada de referência do conhecimento em enfermagem. A escolha desta publicação prendeu-se com o nível de exigência que lhe é reconhecida, sendo desta forma o nosso trabalho avaliado pelos pares. Outra razão que motivou a escolha é o facto da publicação dos artigos selecionados ser efetuada simultaneamente em português e inglês. A publicação bilingue da evidência constitui-se uma forma de veicular o conhecimento a um público mais abrangente.

Para além deste facto, considerando que o presente Relatório de Mestrado, cuja construção foi alicerçada na Metodologia de Projeto, será alvo de prova pública perante júri, também se constitui como elemento de divulgação de resultados.

Destacamos a importância da divulgação dos resultados pois a partilha do conhecimento gera mais conhecimento e como tal melhora dos cuidados em enfermagem.

Ressalvamos a importância de a enfermagem continuar a investir não só na produção de conhecimento como também na sua divulgação, sendo clara necessidade de existirem mais publicações de enfermagem acerca da esquizofrenia e sobretudo do *insight* pois é um tema complexo, multidimensional e de conceptualização difícil, mas essencial ao cuidar em enfermagem.

PARTE II

4. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: ANÁLISE REFLEXIVA

Cuidar e ser cuidado são tarefas inerentes ao ser humano. Cada pessoa necessita inevitavelmente de ser cuidado, sendo o cuidado prestado por outrem essencial para a nossa sobrevivência, o nosso crescimento físico, o desenvolvimento intelectual, social e espiritual.

“É na socialização, através do *habitus*, que o cuidado ao ser humano, enquanto ser-no-mundo, pode ser integrado, apreendido, individualizado, em suma, ser um cuidado hermenêutico” (Serrano, Costa & Costa, 2011:17)

O cuidar pode ser visto como uma expressão da nossa humanidade, constituindo-se um alicerce fundamental para o nosso desenvolvimento e auto realização enquanto pessoa, sendo através dele que os seres humanos vivem o significado das suas próprias vidas (Waldow, Lopes & Meyer, 1995).

Essa necessidade ancestral de cuidado impulsionou o nascimento da enfermagem enquanto profissão, enquanto arte e enquanto ciência.

“Cuidar na Enfermagem envolve a interação de enfermeiro com o cliente, o que exige o autoconhecimento e um conhecimento que abrange a sensibilidade no tocar, no olhar, no saber sentir e captar as emoções de quem estamos cuidando para cuidar” (Camacho & Santo, 2001:14 citando Caldas,1997).

A Enfermagem é a

“(…) profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015:2),

“A enfermagem relaciona competência, exercício profissional e contexto” (Serrano et al 2011: 15). A prestação de cuidados de enfermagem em contextos específicos, a pessoas com situações de saúde particulares, exige cuidados diferenciados, surgindo a necessidade de dotar os enfermeiros de competências distintas que lhe permitam facultar uma resposta mais eficiente às solicitações dos utentes.

Assim em 1973 (Portaria nº 260/73 de 11 de abril) foram criados os cursos de especialização em enfermagem, procurando assim fomentar conhecimentos mais diferenciados na área de especialização.

Esta diferenciação de qualificações e de competências é referenciada no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Decreto-Lei nº104/98, de 21 de abril, alterado e republicado

pelo Anexo II à Lei nº156/2015, de 16 de setembro que no artigo 4º nas Disposições gerais do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) definindo que

“Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.” (OE, 2015:99)

Assumindo que

“Enfermeiro Especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.” (OE, 2015:99)

Desta forma o Enfermeiro Especialista tem responsabilidades acrescidas, sendo imperativo que esteja capacitado, com evidência científica, para ter uma intervenção transformadora na vida de quem cuida, prestando-lhe os melhores cuidados, com o saber e o conhecimento necessário, despojado de juízos de valor, com profundo respeito pela autonomia e dignidade humana.

O Enfermeiro Especialista tem de intervir de acordo as responsabilidades que detém, dentro das suas limitações, respeitando as ferramentas que regem a profissão, tendo como foco a melhoria dos cuidados de saúde.

Uma das áreas de especialização da enfermagem é a Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que incide sobretudo” (...) na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (OE, 2018:21427).

De forma a concretizar os objetivos propostos para a realização do Relatório de Estágio Final, integramos no mesmo a análise reflexiva acerca das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e das competências associadas ao grau de Mestre.

Segundo Oliveira e Queirós (2015), a competência em enfermagem perspetiva-se “como os níveis esperados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores. A competência é entendida como um elemento-chave na qualidade e na segurança.” (Oliveira & Queirós 2015: 78),

Por sua vez Benner (1984) definiu “competência do enfermeiro como a capacidade de executar uma tarefa com o resultado desejável, sob condições variadas no mundo real” (Oliveira & Queirós, 2015: 78, citando Benner, 1984).

É imprescindível que o Enfermeiro Especialista e Mestre conheça e analise as competências que o seu grau de diferenciação de conhecimentos lhe impõe, sendo por isso essencial refletir sobre as mesmas. Só conhecendo em profundidade as suas responsabilidades profissionais conseguirá evoluir e tornar-se um profissional de excelência.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Tal como refere o Regulamento n.º 140/2019 (2019) as competências detidas pelo Enfermeiro Especialista resultam da junção das competências comuns e das competências específicas da sua área de especialização.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do EE, publicado em Diário da República n.º 26/2009, 2.ª Série. N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019 assumem-se como competências comuns

“as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019: 4745).

Enaltece-se a existência dos seguintes domínios da Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: Responsabilidade profissional, ética e legal, Melhoria contínua da qualidade, Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019)

Tendo em conta a relevância deste conjunto de competências para a prestação de cuidados diferenciados, pautados pela procura contínua da excelência, do crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional as mesmas serão de seguida alvo de uma análise onde se pretende evidenciar de que forma estas foram adquiridas durante os Estágios que conduziu à aquisição de cada uma delas.

O primeiro domínio de competência comuns do Enfermeiro Especialista enumerado no Regulamento n.º 140/2019 é o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no qual são agregadas duas competências. A competência “A1 — 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.” (OE, 2019:4746) tem de alicerçar toda a prática de enfermagem. Se o enfermeiro não observar os princípios, valores e normas deontológicas na sua prática está a ir contra a pedra basilar do cuidado em enfermagem: o respeito pelo outro. Atitudes e comportamentos que não observem a conduta ética e deontológica para além de serem moralmente reprováveis podem repercutir-se no domínio jurídico-legal.

Sabe-se, no entanto, que no relacionamento com o outro, na multiplicidade de cuidados que presta, na diversidade de contextos onde atua, o Enfermeiro Especialista vê-se frequentemente confrontado com dilemas e desafios de difícil resolução e que muitas vezes carecem de uma análise cuidada antes de empreender em qualquer reação. Em cada área de especialização ocorrem constrangimentos pois somos pessoas que estão a cuidar de pessoas, com todas as vantagens e inconvenientes associados a essa circunstância.

No âmbito do cuidado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica a frequência destas situações é significativa. Desde o utente com comportamentos de abuso de substâncias que por motivos vários e de nos solicita o encobrimento de mais uma recaída até à senhora idosa, sem família próxima, independente nas atividades de vida mas com períodos de demência que lhe impossibilitam a permanência no domicílio e que não quer ir para uma instituição reivindicando o seu direito a permanecer o tempo que lhe resta naquele lar que sempre foi o seu pois há total ausência de insight para a situação, passando por uma infinidade de contextos até mais complexos, num internamento de doentes agudos com perturbações de saúde mental esta primeira competência está a ser solicitada a cada instante.

Todos os cuidados de saúde devem ser prestados de modo respeitar integralmente os direitos do homem e liberdades básicas

Embora a nossa prestação de cuidados de saúde se observe sempre a Constituição Portuguesa e a Declaração Direito do Homem, há situações especiais que se enquadram em requisitos próprios, em que por indicação judicial em que temporariamente a pessoa pode ser impedida de usufruir dos seus direitos na plenitude.

Um exemplo elucidativo deste facto é o internamento compulsivos. No serviço onde os Estágios decorreram esta situação ocorre com alguma frequência. O internamento compulsivo é regulado pela Lei nº 36/98 de 24 de julho, Lei de Saúde Mental (Assembleia da República,1998), que determina os pressupostos que ditam o internamento compulsivo. O tribunal pode decretar internamento compulsivo quando

“O portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e se recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado” (Assembleia da República,1998: 3545).

Segundo a Lei de Saúde Mental “pode ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado” (Assembleia da República,1998: 3546).

O internamento compulsivo deve cessar assim que cessem os pressupostos que lhe deram origem, sendo esta situação alvo de reavaliação periódica

Durante os Estágios efetuados procuramos sempre manter o respeito por todos os princípios éticos que regem as nossas observações, evitar quaisquer juízos de valor, mas com a consciência plena que a nossa própria dimensão humana pode atrair a nossa intervenção, daí partir sempre para qualquer interação com o outro, sabendo gerir nosso próprio “eu”.

Neste contexto tão particular de cuidados, em que a relação terapêutica estabelecida determina a direção e o resultado do processo terapêutico, sempre que o estado clínico do utente o permitiu, estabelecemos com ele uma parceria no qual se empreendeu num esforço conjunto na construção de estratégias na resolução de problemas, visando dar resposta às necessidades daquela pessoa.

Consideramos que, ao longo dos Estágios, mobilizámos conhecimento e experiência nas tomadas de decisão, sendo um processo no qual a parceria com a equipa, assume uma relevância evidente. Cada membro da equipa tem o seu espaço e o seu tempo para juntos determinarem o próximo passo a seguir, selecionando as estratégias mais vantajosas para o cliente, observando a deontologia da profissão e o quadro jurídico de enfermagem.

Ao longo deste processo de aprendizagem integrar o utente sempre foi prioritário, ajudando-o a identificar as suas fragilidades e os seus recursos, avaliando em equipa continuamente cada passo do processo de recuperação, partilhando os sucessos e as dificuldades percebidas, e mobilizando as competências de todos os participantes na resolução de problemas. É de referir também a importância da reunião multidisciplinar semanal onde se discutem os casos clínicos dos utentes internados, onde todos escutam e todos são escutados, constituindo-se num momento de partilha de informação e conhecimento, e uma procura conjunta de cuidados de excelência.

O enfermeiro especialista deverá também garantir “(...) práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (OE, 2019: 4746.) Consideramos que esta competência está diretamente relacionada com a competência anterior. Ao fomentar a relação de ajuda, assente na confiança e respeito mútuo, estamos a promover o cuidado centrado na pessoa, que respeita o cliente, defende os seus direitos e observa a sua vontade. Durante os Estágios sempre nos regemos pela legislação que regulamenta a prática de Enfermagem, nomeadamente o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Decreto-Lei nº104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei nº156/2015, de 16 de setembro.

Todo o processo de aquisição de competências decorreu tendo em conta o exposto no Decreto-Lei nº104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei nº156/2015, de 16 de setembro, bem como o constante no Regulamento nº 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, publicado em Diário da República nº 26/2009, 2.ª Série. Nº 26 de 6 de fevereiro de 2019 e Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série.Nº151 de 7 de agosto de 2018, servindo como guias orientadores à prática.

Salientamos que durante os Estágios pautamos a nossa intervenção, em toda as circunstâncias, pela adoção de uma conduta responsável e ética e respeitosa pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (artigo 8º do REPE). Observamos também o artigo 97º dos estatutos da ordem dos enfermeiros, frisando o mesmo que no exercício das suas funções, o enfermeiro deverá atuar com base em adequados conhecimentos técnicos e científicos pautando a sua praxis pela ética e uma conduta responsável. Intervir considerando o respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos. Segundo este artigo é fundamental que o enfermeiro respeite a vida, a dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem, devendo cumprir e zelar pelo cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão, cumprimento de convenções internacionais

Na prestação de cuidados sempre entendemos o cliente holisticamente, como um ser único, com as suas características particulares, as suas necessidades, as suas fragilidades e os seus recursos.

Respeitámos os seus direitos enquanto utente e sobretudo enquanto pessoa. Houve sempre um cuidado particular com a colheita de informações, mas também com a sua gestão, assegurando a confidencialidade e segurança da mesma.

Todos os dados obtidos foram validados com o utente, submetidos a uma análise cuidada, considerando as dimensões ética e deontológica e a dignidade do cliente. Esta análise da situação e das informações traduz-se num plano de cuidados delineado em conjunto, sendo possível implementar medidas de prevenção e identificação de práticas de risco, bem como a adoção de conduta antecipatória.

Em situações particulares o estado clínico de alguns utentes dificultou quer a obtenção de informações como a participação do utente no plano terapêutico inicial.

Procurámos sempre instituir um clima de confiança e empatia estimulando no utente a vontade de nos procurar quando necessário, incentivando a partilha de receios, sentimentos facultando a informação que lhe era necessária.

A avaliação foi efetuada de forma contínua e sistematizada, incidindo não só sobre os cuidados instituídos, mas também sobre todo o processo e atuação dos intervenientes.

A avaliação contínua permitiu proceder a todos os ajustes necessário, esclarecer todas as dúvidas emergentes do processo de cuidados e aferir a eficácia da nossa atuação,

Frequentemente surgiram caso de utentes que num fase inicial do internamento se retraíam, recusavam interações mais próximas com os profissionais de saúde mas ao perceberem que estávamos ali como suporte, sem julgamentos ou críticas destrutivas, acabavam por se aproximar e estabelecer uma relação empática e terapêutica.

Cada um de nós tem o seu espaço e o seu tempo para o partilhar pelo que percebemos que devemos considerar o direito à privacidade, respeitar a sua autodeterminação, fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade, à autodeterminação e à escolha individual, devendo o enfermeiro aceitar a sua unicidade, crenças e cultura.

Consideramos que as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foram adquiridas através da conduta adotada e referenciada, assim como através do contributo valioso de todas as unidades curriculares, mas em particular das seguintes: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica I e II.

As vivências experienciadas no âmbito dos Estágios proporcionaram oportunidades de aprendizagem potenciadoras da aquisição das competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, não podendo no entanto deixar de referir o importante contributo das unidades curriculares integradas no mestrado, assumindo particular relevância para a aquisição destas competências as Unidades Curriculares de Avaliação Diagnóstica e Terapêutica, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e II Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, Gestão em Saúde e Governação Clínica, Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde , Relação de Ajuda e Relação de Ajuda em Enfermagem.

A evolução dos Estágios possibilitou maior confiança e conhecimentos necessário para procedermos à gestão das práticas de cuidados, sendo importante ressaltar a disponibilidade da equipa multidisciplinar do serviço de internamento fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.

O segundo domínio de competências descrito no Regulamento nº 140/2019 inerente às Competências Comuns do EE, publicado em Diário da República nº 26/2019, 2.ª Série. Nº 26 de

6 de fevereiro de 2019 é o domínio da Melhoria Contínua da Qualidade que engloba 3 competências: “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 e Garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019)

A melhoria contínua da qualidade é atualmente uma das temáticas em evidência no panorama nacional e internacional.

Com a melhoria contínua da qualidade pretende-se proporcionar cuidados que satisfaçam, ou excedam, as expectativas dos clientes, através de um esforço contínuo (Portela, 2000).

Portela (2000) refere 5 princípios que definem a melhoria contínua da qualidade:

- 1) O foco nos processos e sistemas organizacionais, e não nos indivíduos, como causas de deficiência na qualidade;
- 2) O uso de uma abordagem de solução de problemas baseada em análise estatística;
- 3) A composição de grupos de trabalho envolvendo profissionais com atribuições diversas;
- 4) O fortalecimento de funcionários da organização no sentido de identificar problemas e oportunidades para a melhoria dos cuidados e de tomar as decisões necessárias;
- 5) A ênfase na clientela e nos profissionais da organização” (Portela, 2000: 267 citando Shortell et al, 1995)

Tal como é referido nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem “A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade” (OE,2001:5).

Qualidade define-se por “conjunto de atributos e características de uma entidade ou produto que determinam a sua aptidão para satisfazer necessidades e expectativas da sociedade” (Ministério da Economia, 2004: 3615).

Portugal adotou a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio identificando como prioritárias as das seguintes ações no âmbito do sistema de saúde: melhoria da qualidade clínica e organizacional, aumento da adesão a normas de orientação clínica, reforço da segurança dos doentes, monitorização permanente da qualidade e segurança, reconhecimento da qualidade das unidades de saúde, informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação (Ministério da Saúde, 2015).

A qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, com um contexto de aplicação local, pelo que nem a qualidade em saúde se consegue unicamente com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado (OE, 2001).

Entende-se qualidade dos cuidados de saúde como sendo um padrão que integra o bem-estar dos doentes, após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas de um processo de cuidados (Abrantes, 2012 citando Donabedian 1988).

Podemos abordar a qualidade em saúde de acordo múltiplas perspetivas: o utente valoriza ser bem assistido, confortavelmente e em segurança; para os profissionais de saúde é relevante melhorar a sua prática profissional; para os administradores e gestores hospitalares é fundamental uma gestão racionalizada, o que poderá originar conflitos com os profissionais de saúde devido à gestão dos recursos (Abrantes, 2012, referindo Fernandes, 2006).

Nightingale foi pioneira a estabelecer padrões de cuidados de enfermagem assim como nas questões de segurança do utente (Stanhope & Lancaster, 2011).

Para além de intervirem na qualidade por meio da prestação direta de cuidados, a participação dos enfermeiros na qualidade dos cuidados é evidente também pelo papel ativo que assumem na avaliação e melhoria da qualidade, fazendo-o enquanto gestores, como elemento responsável em gabinetes ou grupos dedicados a aspetos associados à qualidade, gestão do risco e segurança do cliente, como na prestação direta de cuidados.

O enfermeiro é um importante veículo para incrementar a qualidade dos cuidados de saúde pois o contato permanente e profundo que estabelece com os utentes permite perceber melhor os seus desejos e expectativas em relação à qualidade de um serviço de saúde. (Abrantes, 2012).

As competências diferenciadas do enfermeiro especialistas proporcionam recursos que lhe permitem promover a melhoria dos cuidados.

A permanência no mesmo serviço de internamento durante os dois Estágios permitiu participar nos vários contextos de cuidados onde o enfermeiro especialista intervém para facultar melhores cuidados ao utente.

Há diversas valências do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental onde os Estágios decorreram dinamizadas por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica onde se assiste a um esforço de melhoria continua, desenvolvendo projetos essencialmente no âmbito comunitário que aproximam os utentes da instituição, nos quais tivemos oportunidade de participar pontualmente, nomeadamente a U.T.R.A onde fizemos o acompanhamento de utentes com consumo abusivo de álcool e suas famílias, a consulta descentralizada na qual se promove a acessibilidade dos utentes a cuidados de saúde mental e psiquiátrica e o departamento infanto-juvenil onde a intervenção é dirigida a crianças. Visto serem contextos de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria iremos

explicar os aspectos referentes aos mesmos no capítulo seguinte, no entanto não podemos excluir essas atividades terapêuticas quando se fala do incremento da qualidade dos cuidados.

Há cuidados que não são especificamente relacionados com a área da saúde mental e psiquiatria, sendo transversais a todas as valências da organização de saúde nomeadamente os padrões de qualidade definidos pela Unidade Local de Saúde nomeadamente a nível de procedimentos invasivos como a cateterização venosa e a cateterização ureteral ou lavagem das mãos. Durante o Estágio tivemos em consideração todas as normas institucionais de promoção da qualidade tendo as mesmas sendo respeitadas.

A melhoria contínua provém da evidência científica e da prática baseada na evidência. Desta forma consideramos que a revisão integrativa da literatura por nós efetuada pode ser incorporada na prática promovendo a qualidade dos cuidados.

A revisão integrativa acerca da efetividade das intervenções psicoeducativas na pessoa com esquizofrenia permitiu desenvolver um projeto de uma intervenção educativa promotora da qualidade em saúde e da melhoria contínua, para a qual foi definido um indicador que permite a sua avaliação.

A existência de indicadores possibilita obter dados acerca da intervenção implementada, permitindo avaliar resultados a nível institucional e assim integrá-los em instrumentos de medição da qualidade como por exemplo nas auditorias intra e extrainstitucionais.

Tanto a revisão integrativa da literatura como o projeto de intervenção permitem a obtenção de resultados e a sua posterior divulgação, tal como se preconiza neste domínio das competências comuns do enfermeiro especialista.

Todo este processo contribuiu para uma prática suportada pela evidência científica atual, promoveu a tomada de decisão, a identificação de problemas e necessidades e o desenvolvimento de uma metodologia científica.

Com o projeto da intervenção psicoeducativa perspetiva-se melhorar a saúde e a vida das pessoas com esquizofrenia, bem como aumentar a sua qualidade de vida percebida. O aumento do insight origina elevados ganhos em saúde, o que reflete cuidados de saúde com qualidade.

Os cuidados de saúde com qualidade só se conseguem efetivamente num ambiente terapêutico calmo, acolhedor e seguro. Prestar cuidados que promovam ganhos em saúde depende da capacidade do enfermeiro especialista promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual seguro e protegido, onde tanto o cliente como o profissional se sintam confortáveis para dar e receber, numa atitude de partilha mútua, para que aconteça uma verdadeira relação de ajuda, pautada pelo respeito pela sensibilidade, identidade cultural e necessidades

espirituais dos intervenientes neste momento de interação. Durante os Estágios todos esses princípios de convivência com o outro foram respeitados, resultado numa relação terapêutica de ajuda satisfatória para ambas as partes.

Na prática de cuidados sempre demonstramos particular cuidado com o ambiente terapêutico que proporcionamos, pois numa realidade tão particular como um internamento de doentes agudos do foro psiquiátrico, grande parte do sucesso terapêutico provém daquilo que a pessoa sente ao ser integrada naquele ambiente de cuidados.

Para promover a relação terapêutica tão essencial à criação de um ambiente seguro o enfermeiro envereda por um caminho de auto conhecimento e autoconsciencialização, o qual exploraremos quando refletimos acerca das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Cabe também ao Enfermeiro Especialista envolver a família, cuidadores, pessoas significativas ou mesmo a comunidade e proporcionar a satisfação de necessidades culturais e espirituais.

A família é um parceiro com uma importância indubitável em todo o processo de cuidados, pelo que estabelecemos uma aliança terapêutica com as famílias mais presentes. Muitas famílias não apresentam disponibilidade para se deslocar com frequência ao serviço pelo que recorremos a todas as interações presenciais e telefónicas de modo a envolvê-las nos cuidados. Durante os Estágios procuramos garantir a satisfação dessas necessidades, promovendo apoio espiritual e religioso sempre essa vontade foi manifestada, respeitando as particularidades de cada religião, nacionalidade, etnia. Muitos seriam os exemplos que poderíamos apontar, mas podemos referir os mais comuns como solicitar refeições que excluam determinados ingredientes devido a fatores religiosos ou filosofias de vida ou permitir que a família traga determinado elemento associado à cultura ou à religião do utente, avaliando sempre se isso comporta algum risco.

A administração de terapêutica ocorreu sempre observando todos os princípios de administração, efetuando todos os registos associados e avaliando qualquer constrangimento ou efeito adverso que possa ter ocorrido.

Assegurámos a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes, incentivando ao uso de auxiliares da marcha, equipamentos de proteção individual, explicitamos a importância de adotar cuidados na mobilização de cargas e outras atividades, também elucidamos outros profissionais sobre a forma de se relacionar com utentes com alterações da perceção ou pensamento, garantimos a segurança dos utentes mesmo perante situações de risco motivadas por aspetos associados à condição patológica do

próprio de outro utente, pois num contexto de cuidados tão particular as alterações entre utentes surgem com alguma frequência.

Fomentamos a adesão ao tratamento através de algumas estratégias referenciadas no Relatório, nomeadamente através da relação de ajuda, entrevista de ajuda, alguns aspetos básicos associados à Metodologia LEAP, aumento de conhecimentos acerca da doença e do tratamento.

Também adquirimos competências a nível de registos de enfermagem, nomeadamente a nível da utilização da plataforma de registos e à sistematização dos mesmos.

Para a aquisição do segundo domínio de competências considerado no Regulamento nº 140/2019 as unidades curriculares mais relevantes foram Avaliação Diagnóstica e Terapêutica, Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, Formação e Supervisão em enfermagem, Gestão em Saúde e Governação Clínica e Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde.

A nossa integração no serviço onde decorreram os Estágios foi fluida, sem contratempos, com o apoio e disponibilidade da equipa de enfermagem e restantes elementos da equipa multidisciplinar. Fomos aceites com verdadeiros membros daquela equipa de cuidados, tendo total colaboração de enfermeiros, assistentes operacionais, psiquiatras, internos de psiquiatria, administrativos e todos outros técnicos não referidos, o que facilitou muito todo o processo de aprendizagem. O respeito e disponibilidade com que toda a equipa nos recebeu foi "uma porta aberta" ao conhecimento e à descoberta, sem receios, sem constrangimentos, sem vergonha em expor dúvidas. Todo este clima de total aceitação como igual ajudou a adquirir as competências incluídas neste domínio.

Ficamos surpreendidos e agradados com o fato de colegas de profissão, alguns especialistas na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica nos solicitarem opiniões acerca da organização do serviço, da prestação de cuidados e até de outros aspetos não relativos à área de especialização mas transversais aos cuidados de enfermagem, como é o caso da organização do carro de emergência, procedimentos a adaptar nessas circunstâncias, *guidelines* relativas a alguns procedimentos, entre outras questões. A aceitação a disponibilidade e vontade de se manterem atualizados perguntando acerca das diferenças que atualmente existem face à altura na qual em terminaram a formação académica foram muito positivas e motivadoras para contribuirmos com o melhor de nós e prestarmos os melhores cuidados positivos. Perante estes fatos podemos dizer como preconizado na competência C1 disponibilizamos assessoria aos enfermeiros e à equipa.

O apoio da enfermeira orientadora foi o alicerce de todo o processo de aprendizagem e o facto de a orientadora institucional e o orientador académico serem os mesmos em ambos os

Estágios também possibilitou que o Estágio Final fosse a continuação das aprendizagens do do primeiro Estágio, o que permitiu o amadurecimento profissional e pessoal.

Esta integração tão positiva permitiu a nossa colaboração nas decisões da equipa de saúde, sendo a nossa perspetiva valorizada em assuntos tão dispares como se o doente deverá ter alta, iniciar outro tratamento ou integrar sessões de terapia familiar no seu plano terapêutico, sendo a nossa opinião solicitada em aspetos banais do dia a dia, como por exemplo a escolha da cor da roupa disponibilizada a uma utente . São pormenores que valem por aquilo que nos fazem sentir, aumentam o sentimento de pertença e conferem-nos mais segurança no caminho a percorrer.

Todas as nossas decisões foram tomadas de forma consciente, avaliando os riscos e os benefícios e como tal reconhecemos sempre seja oportuno a necessidade de referenciação para outros profissionais, o que fizemos algumas vezes, em concordância com a enfermeira orientadora. Frequentemente delegamos tarefas, maioritariamente nos assistentes operacionais, nunca descuidando a nossa responsabilidade de supervisão e conseqüentemente a avaliação das mesmas. Utilizamos técnicas como a demonstração prática em algumas tarefas delegadas tais como alimentar um utente com algum grau de disfagia ou proceder à higienização de utente no chuveiro tendo este penso que se deveriam manter secos.

O próximo domínio de competências comuns do Enfermeiro Especialista é “Domínio da gestão dos cuidados” que abarca 2 competências: “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”.

Cada intervenção que implementámos teve em observância a legislação vigente, políticas e procedimentos de gestão de cuidados.

Procurámos sempre implementar métodos de organização do trabalho adequado ao contexto e ao tipo de cuidados a prestar. Foi possível em algumas circunstâncias coordenar a equipa de prestação de cuidados, utilizando os recursos de forma consciente, responsável e eficiente, tendo como meta a prestação de cuidados de qualidade.

Percebemos quais a nossas funções na equipa e reconhecemos o papel e função de cada membro que a constitui.

A atitude positiva, de respeito, partilha e entajuda pelos quais regemos a nossa atuação no contexto prestação de cuidados promove um ambiente positivo e favorável à prática.

Tudo o que fazemos no âmbito profissional tem necessariamente de ser adequado aos recursos, às necessidades, à equipa e ao cliente pois todos estes fatores condicionam a nossa prática.

Para este domínio de competências podemos ressaltar a importância das seguintes unidades curriculares: Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, Formação e Supervisão em enfermagem, Gestão em Saúde e Governança Clínica e Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e Relação de Ajuda.

O quarto e último domínio de competências atribuídas ao Enfermeiro Especialista é domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são as seguintes: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e aplica a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento nº 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, publicado em Diário da República nº 26/2009, 2.ª Série. Nº 26 de 6 de fevereiro de 2019)

A primeira competência enumerada neste domínio cruza-se com a primeira competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica pelo que a mesma será mais explanada no capítulo seguinte.

O Enfermeiro Especialista, independentemente da área de especialização, tem como foco a pessoa, a família e a comunidade sendo imperativo que se autoconheça e se autoanalise de forma a conseguir estabelecer com o outro uma relação de ajuda que sustente toda a sua prática profissional. Para diminuir constrangimentos, que invalidem o estabelecimento da relação de ajuda, precisa de avaliar e analisar os fatores que possam influir no relacionamento com o cliente ou a equipa multidisciplinar.

Este processo pode ser longo e por vezes doloroso, pois é nessa autodescoberta que a pessoa é confrontada consigo mesma, com aquilo que vê e mostra aos outros, mas também tudo o que tenta esconder de si própria. Só gerindo os constrangimentos pessoais e as suas reações inatas face a uma situação, e os seus limites e os seus recursos, o enfermeiro vai conseguir chegar à pessoa de quem cuida, respeitando o utente e a si mesmo.

Só se consciencializando da influência do seu próprio "eu" na relação conseguirá estabelecer uma interação empática, autêntica, congruente e satisfatória.

Ao autodescobrir-se o Enfermeiro Especialista adquire recursos que lhe permitem uma resposta eficaz em situações causadoras de tensão, reconhecendo e antecipando cenários eventualmente conflituosos e adotando estratégias para resolução destes conflitos.

Os Estágios no serviço de internamento de doentes agudos impele-nos a trabalhar toda essa dimensão relacional, constituindo esta competência a base do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A primeira tarefa a que nos propusemos no Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica I foi o autoconhecimento, autoconsciencialização, a auto e hetero percepção e talvez o passo mais difícil conseguir guardar em nós o que não podemos dar aos clientes.

Cada um de nós é único, tem as suas particularidades, os seus valores, as suas crenças, a sua cultura, os seus sentimentos, e por muito que o queiramos negar a nós próprios a nossa dimensão humana obriga-nos a ter algumas ideias pré-concebidas ou reações irrefletidas em algum momento da nossa vida. O desafio que esta competência comporta não é que o enfermeiro se anule enquanto pessoa e perca a sua individualidade numa interação terapêutica, mas sim usar as características do seu próprio ser para juntamente com o utente estabelecer uma aliança efetivamente terapêutica.

Os conhecimentos adquiridos ao longo de toda a componente teórica e prática, as nossas experiências anteriores, o gosto por desafios e pelo desconhecido e o interesse pessoal que este tema nos suscita, impele-nos a afirmar que embora a competência supra citada tenha sido adquirida, o seu desenvolvimento é um processo longo e algo tortuoso, mas essencial para quem ambiciona usar-se a si próprio como instrumento terapêutico.

A segunda competência deste domínio refere-se à prática baseada na evidência.

Qualquer Enfermeiro Especialista deverá ter prazer na procura do conhecimento e na transmissão do mesmo aos seus pares.

Apesar de informalmente ser veículo de transmissão do conhecimento nas mais variadas situações, a sua diferenciação de competências deve estimulá-lo a transmitir o que sabe aos pares em momentos formais e no contexto de trabalho.

As suas competências incluem o diagnóstico das necessidades formativas, para assim poder identificar as temáticas a abordar, gerindo programas e dispositivos formativos.

Cabe ao Enfermeiro Especialista facilitar a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.

Deverá também avaliar o impacto da formação e dinamizar e gerir a integração do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, procurando ganhos em saúde dos cidadãos e também ser produtor de conhecimento devendo para isso identificar lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação.

Gostaríamos de referenciar um trabalho efetuado no primeiro Estágio como exemplo da procura do conhecimento devido à importância que o mesmo teve neste percurso formativo.

Foi determinado que poderíamos escolher um utente para elaborarmos um estudo de trabalho. Para contextualizar esta questão reproduziremos o caso no Apêndice 8.

A pessoa que nós selecionámos era um utente deveras desafiante, no qual fomos obrigados a mobilizar uma diversidade de estratégias para conseguirmos chegar a ele, devido a todas as particularidades que apresentava. Este utente proporcionou-nos a aquisição de competências variadas e mostrou-nos as reais dificuldades associadas à praxis do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A realização deste trabalho mostrou-nos que perante a adversidade temos de ser resilientes, persistentes e assertivos, motivando-nos a desenvolver o projeto de intervenção exposto ao longo deste Relatório com plena consciência que a sua implementação seria um desafio.

Trabalhar com pessoas que apresentem as características da população selecionada, associado a pouco ou nenhum insight representa um esforço acrescido para qualquer profissional, mas estamos convictos que seria um trabalho recompensador.

O Projeto de Intervenção PIP Eureka! também foi, na nossa perspetiva essencial para adquirir competências neste último domínio das competências comuns do Enfermeiro Especialista, mas faremos mais considerações acerca deste projeto no próximo capítulo.

A revisão integrativa da literatura efetuada permitiu empreender numa investigação na qual foi necessário seguir preceitos metodológicos de modo a conseguirmos interpretar, organizar e divulgar os resultados provenientes da evidência que possam incrementar o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem, tal como preconizado pelo Regulamento n.º 140/2019.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Atualmente aceita-se que saúde mental é “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao *stress* normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” (Comissão das Comunidades Europeias, 2005:4).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica desempenha um papel facilitador na procura da pessoa em manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional.

A Ordem dos Enfermeiros (2018) no Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto de 2018 considera no Eixo F domínio de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, enumerando quatro competências:

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- d) Presta cuidados 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”(OE,2018:21427).

Ao longo deste capítulo iremos proceder a uma análise reflexiva das mesmas, mobilizando as aprendizagens efetuadas no Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica I e Estágio Final

F1- Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento.

De acordo com o Regulamento 515/2018 de 7 de agosto de 2018

“A capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas, é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados” (OE,2018: 21428).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.

A intervenção terapêutica em Enfermagem em Saúde Mental Psiquiátrica postula que o enfermeiro, como pessoa humana que é, deve ser detentor de um profundo conhecimento de si próprio, capacitando-se e auto mobilizando-se enquanto instrumento terapêutico durante o cuidado à pessoa, família, grupo e a comunidade, ao longo do ciclo vital.

O enfermeiro constitui-se como instrumento no cuidado proporcionado ao utente, pelo que é fundamental preparação e maturidade emocional, podendo esses aspetos ser trabalhados durante o processo de formação (Taylor, 1992).

A autoconsciência é um processo essencial ao desenvolvimento humano, implicando a compreensão e a aceitação de si mesmo, proporcionando ao cuidador reconhecer as diferenças e a singularidade da pessoa de quem cuida (Stuart & Laraia, 2001).

É inegável que só enveredando num processo profundo de autoconhecimento conseguimos estar em sintonia com o nosso próprio ser, conhecer as crenças individuais e preconceitos, identificar pensamentos e sentimentos, procurando o cerne das nossas motivações, e igualmente importante descobrir, perceber e aceitar limitações, procurando recursos internos para as atenuar.

Conhecermos a nossa essência implica consciencializarmo-nos de que tudo o que nos compõe, e define como pessoa, influencia os outros e a relação que estabelecemos com eles. Esse processo de autoconhecimento, reflexão e integração de sentimentos deve ainda permitir a cada um de nós perceber e aceitar que qualquer relação humana é bidirecional, recebendo ambos os intervenientes influências provenientes do seu interlocutor.

Tal como se preconiza no Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto de 2018 é essencial que o enfermeiro identifique a cada momento emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que possam influir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar e consiga identificar e gerir os fenómenos de transferência e contra -transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica.

Na interação entre utente e enfermeiro podem surgir obstáculos a relação de ajuda como impasse terapêutico, resistências ou fenómenos de transferência e contratransferência, devendo o enfermeiro mobilizar as suas capacidades humanas e técnicas para lidar com estes constrangimentos. Para isso, mais uma vez, o enfermeiro tem de possuir um elevado grau de conhecimento e consciência interna.

Procurar saber quem somos implica sempre um exercício de autoanálise provocando alguma ansiedade e desconforto. Durante os Estágios foram constantes exercícios de autoanálise e reflexão.

Frequentemente refletimos acerca da forma como as aprendizagens estavam a decorrer, procedendo-se à análise e reflexão relativa aos pontos fortes e fracos da aprendizagem e da aquisição de competências.

Assumimos que a análise mais incisiva incidiu na busca de quem somos, na procura do autoconhecimento e da autoconsciência. Houve situações relativas à prática clínica em Estágio mas também associadas a outros contextos laborais, familiares, pessoais e sociais que nos impeliram a pensar criticamente sobre nós, a procurar a essência do nosso ser, a ver aquilo que transcende a vista, a procurar feridas internas mal cicatrizadas e limpar tudo o que as conspurca e assim promover a sua cicatrização.

Durante os Estágios, essencialmente no primeiro, fizemos um intenso exercício de exorcizar os fantasmas que poderiam ensombrar a relação com o outro, mas também conosco mesmos, procuramos resolver cada questão pendente e encontrar os recursos para mobilizar esforços, com vista a uma profunda consciência de si. Curiosamente esta procura de nós próprios suscitou vontade de encontrar uma espiritualidade reparadora, que nos permita gerir sentimentos de outra forma e assim dar ao outro não aquilo que conseguimos dar mas sim o que ele precisa receber, sem no entanto pôr em causa a autenticidade, aceitação, congruência e respeito tão fundamentais nas relações humanas terapêuticas e não terapêuticas.

Na área de Especialização Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é “a ambição máxima de qualquer enfermeiro tornar-se perito em utilizar-se a si próprio, na plenitude do seu ser e conhecimentos, como instrumento de intervenção terapêutica, de desenvolver uma percepção muito fina e uma apurada intuição” (Salgueiro, 2006: 3).

Neste sentido, e embora estejamos convictos que adquirimos a primeira competência do EEESMP perseguimos, como meta, um maior desenvolvimento pessoal que nos permita uma melhor utilização de nós próprios como instrumento terapêutico pelo que temos empreendido em algumas formações, ainda que a nível básico acerca de gestão de stress e aumento da resiliência, *inner engineering* (aumento da auto percepção e consciencialização partindo de técnicas de meditação derivadas do yoga) ou programação neurolinguística (procura aumentar a congruência entre todas as dimensões do ser humano). Todas estas abordagens centram-se no desenvolvimento pessoal e, ainda que por métodos e pressupostos diferentes, têm como objetivo final o autoconhecimento pleno o que vai ao encontro às competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, em que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica deve demonstrar tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções especializadas.

F2 “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”

Para maior otimização da saúde mental deve-se investir na promoção da mesma.

Conforme enunciado no Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto de 2018, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica incide na promoção da saúde mental, na prevenção da doença e na ajuda ao cliente a enfrentá-la quando já se instalou.

No contexto de Estágio a nossa intervenção é focada sobretudo no último aspeto acima enumerado pois os utentes que recorrem ao serviço de internamento geralmente evidenciam algum distúrbio a nível da sua saúde mental.

A promoção de saúde mental deve ser incentivada, podendo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica intervir em diferentes contextos. Este trabalho de promoção da saúde mental deve começar nas crianças, passando pelas pessoas adultas e estender-se às de mais idade, decorrendo na comunidade, escola, trabalho ou em outros contextos. A intervenção do EEESMP é, portanto, extensível a todas as idades e contextos.

A grande maioria das intervenções efetuadas foi junto a adultos e idosos, normalmente em contexto de internamento, surgindo, porém, a oportunidade de experimentar outras realidades

Embora o Estágio tenha decorrido no serviço de internamento, experimentamos as vivências de outros contextos de trabalho, o que consideramos muito enriquecedor para a nossa formação profissional e humana.

Durante o Estágio tivemos a oportunidade de acompanhar a EEESMP numa consulta infanto-juvenil, sendo assimilada qual a foi a abordagem utilizada junto à criança e à família. Percebemos que para chegar ao outro naquela situação particular o enfermeiro tem de estar dotado de grande sensibilidade, adaptando a sua postura e discurso ao nível de maturidade da criança e ao nível de stress da família. O uso de intervenções adaptadas às características individuais recorrendo mediadores de expressão potenciou a relação de ajuda entre todos os intervenientes.

A importância da família é imprescindível quer como parceira de cuidados, quer como recetora dos mesmos.

Uma das oportunidades de aprendizagem foi a frequência de algumas sessões na Unidade de Tratamento e Recuperação de alcoólicos (U.T.R.A), na qual prestamos cuidados essencialmente a nível de sensibilização e aumento do insight para a situação. Embora alguns utentes que frequentavam as sessões o fizessem por vontade própria, muitos deles iam apenas por insistência da família ou intimação judicial.

A relação de ajuda que se estabelece na U.T.R.A. tem algumas particularidades, pois devido ao tamanho do grupo, o carácter intimista a que normalmente estamos habituados em algumas intervenções como por exemplo a entrevista, não é tão evidente neste contexto. Ainda assim, a interação dos utentes com o EEESMP traduz-se numa grande proximidade e empatia. A presença de familiares também parece inibir alguns utentes a colocarem dúvidas, manifestando-as apenas com o enfermeiro no final das sessões.

Na primeira sessão a que assistimos pareceu haver alguma desconfiança e timidez inicial face à nossa presença, o que foi rapidamente ultrapassado, sendo possível alcançar com o grupo um ambiente de partilha.

Também nos foi permitido aceder as consultas externas, o que possibilitou o conhecimento das dinâmicas neste serviço. Os principais fatores que motivaram o recurso à consulta foram as consultas programadas, a toma de medicação assistida e os tratamentos injetáveis de longa duração. Percebe-se neste contexto que há uma continuidade de cuidados e uma relação de confiança entre a equipa, utentes e famílias, situação semelhante ao que acontece na consulta descentralizada, na qual os profissionais de saúde mental do Departamento vão de encontro às pessoas e as suas necessidades.

Assistimos ainda a uma sessão de terapia familiar na qual nos instruíram sobre os instrumentos de avaliação familiar utilizados e observamos as técnicas relacionais e de resolução de conflitos utilizadas.

Esta multiplicidade de experiências permitiu-nos executar uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental da pessoa, de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos onde o cliente se move.

Percebemos ainda quais as repercussões das intervenções implementadas para a saúde mental da interface entre o indivíduo, família, grupos, comunidade e o ambiente que os rodeia.

Com os conhecimentos na componente teórica acerca de determinantes em saúde mental, os fatores de bom e mau prognóstico de algumas patologias, outros fatores predisponentes e precipitantes da perturbação mental juntamente com os conhecimentos práticos adquiridos tornou-se possível a avaliação da saúde mental em outros contextos.

Ambos os Estágios conferiram-nos conhecimentos sólidos que nos possibilitam executar uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família, ressaltando a importância do estudo de caso efetuado no primeiro Estágio.

Este trabalho permitiu fazer uma análise exaustiva de todas as dimensões daquela pessoa, família e comunidade através da aplicação de técnicas diversificadas como observação, anamnese, história de saúde, história familiar com recurso a vários instrumentos, avaliação do estado mental e utilização de escalas validadas para a população portuguesa.

Procedemos à síntese e análise dos dados colhidos, identificação das necessidades de ajuda, elaboração de diagnósticos de enfermagem, formulação de objetivos exequíveis, mensuráveis e em parceria com o utente, definição de estratégias de intervenção - nomeadamente mediadores de expressão e técnicas psicoterapêuticas- implementação das mesmas e a sua

avaliação continua, reformulando tudo o que se mostrasse desadequado à situação. Por outro lado, a sistematização de toda essa informação promoveu uma comunicação mais clara e sintética na transmissão da informação e conhecimento.

O caso referido reflete a nossa atitude perante os restantes utentes internados, procurando elaborar um processo de enfermagem que traduza o que aquela pessoa precisa, o que pensamos ser as suas potencialidades, os recursos que temos para lhe oferecer e avaliação de todo o processo.

O Projeto de Intervenção Psicoeducativa Eureka! foi delineado observando todos os passos anteriormente referidos, baseado em diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, procurando, tal como os restantes cuidados de enfermagem implementados durante os Estágios, promover a recuperação e manutenção da saúde mental de cada um dos utentes a quem a nossa intervenção é dirigida.

Todo o processo inerente a recuperação da pessoa veio aferir o que a teoria diz acerca do impacto do problema de saúde mental na qualidade de vida e bem-estar do cliente, sobretudo na funcionalidade e autonomia.

A revisão integrativa da literatura efetuada refletiu as repercussões da doença mental grave, neste caso da esquizofrenia, na vida do utente e dos que o rodeiam, mas também demonstrou que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, através do uso das suas competências técnicas e humanas, pode fazer a diferença em várias dimensões associadas ao bem estar e qualidade de vida percebida pelo utente e cuidadores. A revisão integrativa da literatura veio também consolidar os conhecimentos metodológicos adquiridos noutros trabalhos de análise de literatura científica efetuados anteriormente em outras unidades curriculares

O PIP “Eureka!” pretende aumentar o *insight* do utente e conseqüente o seu *empowerment*, promovendo a sua participação ativa na vida social e o bem-estar dos utentes e de quem o rodeia.

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

F3 “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”

Diz o Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto de 2018 que

“Ao mobilizar na prática clínica um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos e ao demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas, o EESMP possibilita também que a pessoa, durante o processo terapêutico, viva experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais” (OE, 2018: 21427)

Procurando proporcionar ao utente um processo de recuperação o mais harmonioso e mais satisfatório possível o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tem de recorrer a todas as competências, a todos os saberes e a toda a sensibilidade para conseguir que o outro consiga de uma forma serena e gratificante realizar o mais alto potencial de recuperação que lhe seja possível.

Em contexto de internamento encontramos uma diversidade significativa de patologias, utentes e famílias com necessidades diversas.

Uma parte expressiva dos utentes internados vivenciam situações de crise. Segundo Chalifour “um estado de crise produz-se quando uma pessoa afronta um obstáculo a um objetivo importante da sua vida que, por um certo tempo, é intransponível pelo recurso aos métodos habituais de resolução de problemas” (Chalifour, 2009:185).

Tendo em conta a instabilidade que por vezes acomete a pessoa com doença mental, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tem de possuir aptidões que lhe permita avaliar e detetar situações de emergência psiquiátrica, o seu nível de risco e possível necessidade de intervenção de emergência.

No serviço de internamento de psiquiatria onde os Estágios decorreram atuamos por várias vezes na assistência a pessoas que vivenciaram situações de urgência ou emergência psiquiátrica, havendo a colaboração da equipa multidisciplinar.

Também intervimos em casos de violência hétero-dirigida para os outros utentes tendo sido necessário efetuar supervisão contínua e várias tentativas de dissuasão face aos outros utentes.

As doenças mentais são consideradas um dos principais problemas de saúde pública da atualidade e causam grande sofrimento para o doente e sua família apresentando diferentes graus de comprometimento e de necessidades.

O tratamento da pessoa com doença mental obriga a um considerável investimento do sistema de saúde.

No âmbito da otimização da saúde mental, desenvolveu-se uma intervenção psicoeducativa em grupo dirigida a pessoas com esquizofrenia e baixo insight internadas no serviço de

psiquiatria. O objetivo principal foi identificar e desenvolver as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental na implementação de intervenções de âmbito psicoeducativo de grupo, do qual falaremos no âmbito da última competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Elaboramos o PIP Eureka! com a esperança de que o mesmo possa ser aplicado após o Estágio, com a concordância da instituição onde os Estágios se desenvolveram, pois acreditamos que a sua implementação se poderá traduzir em benefícios para os utentes.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tal como foi dito anteriormente, tem ao seu dispor um conjunto de ferramentas que aliadas às suas capacidades, conhecimentos e competências que lhe permite estabelecer o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.

Num internamento de doentes agudos os cuidados focam-se inicialmente na pessoa, sobretudo quando está crise, de modo a procurar controlar a sintomatologia e diminuir as repercussões negativas desse quadro patológico.

Para conseguir dar resposta às necessidades imediatas, a curto, médio ou longo prazo da pessoa, o EEESMP tem de deter competências para identificar os problemas e as necessidades específicas do utente, avaliando também o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises, situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar.

Segundo o regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica deve prescrever os cuidados a prestar apoiado na evidência científica mais recente.

O seu grau de diferenciação obriga-o a identificar apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais e problemas de saúde relacionados, bem como ter a capacidade de diferenciar os estados fisiológicos, as perturbações orgânicas ou outros problemas que o cliente apresente das alterações específicas relacionadas com problemas de saúde mental, doenças psiquiátricas ou intercorrências associadas a tratamentos.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica detém conhecimentos que lhe permitem identificar complicações relacionadas com problemas mentais ou físicos. Todas estas tarefas dependem do seu nível de conhecimento e da sua capacidade diagnóstica, essencial para proporcionarem ao utente cuidados de saúde de excelência.

Os diagnósticos de enfermagem do serviço de internamento onde decorreram os Estágios são definidos de acordo com a taxonomia CIPE®, tendo sido já anteriormente explicitado esses conceitos.

Um bom plano de cuidados parte obrigatoriamente de juízos clínicos bem feitos e diagnósticos de enfermagem bem formulados.

Um bom diagnóstico depende da atitude do enfermeiro perante o cliente, daquilo que o profissional de saúde consegue observar, analisar e sintetizar. Só assim ele poderá programar, executar e avaliar as intervenções de enfermagem.

Durante a prática clínica efetuamos diagnósticos sustentados pelos dados de modo a conseguir atuar com base na evidência.

Procedemos à identificação das necessidades do cliente (o indivíduo, a família, o cuidador, o grupo ou até mesmo a comunidade), utilizando o método anteriormente descrito, formulamos objetivos e elaboramos, implementamos e avaliamos um plano de cuidados individualizado, tendo em conta as características únicas de cada utente.

O estudo de caso, a revisão integrativa da literatura e o projeto de intervenção psicoeducativa realizados em diferentes momentos do processo de aprendizagem são reflexo da mobilização de algumas das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que temos vindo a adquirir ao longo deste percurso académico que conduz à obtenção de um título profissional diferenciado.

A terceira competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica assume que o mesmo consegue aplicar sistemas de taxonomia standardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, identificar os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.

A aquisição de ambas as aptidões referidas foram demonstradas na prática clínica, através dos cuidados prestados aos utentes e do estudo de caso, mas também ao longo deste Relatório de Estágio, evidenciado essas capacidades tanto na elaboração da revisão integrativa da literatura como do Projeto Psicoeducativo delineado.

As intervenções de enfermagem planeadas e executadas tiveram por alicerce o processo de enfermagem e a linguagem CIPE®, obedecendo a este requisito para aquisição de competências.

No presente Relatório entendeu-se o desenvolvimento do processo de enfermagem de acordo com a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, representado a pessoa parte ativa no seu processo de cuidados e o enfermeiro aliado e orientador nesse processo. Na conceção de Peplau essa relação é o cerne da existência de fatores predisponentes a aprendizagens e mudanças positivas. A relação pessoal que se estabelece nesta interação permite o crescimento do doente, mas também do enfermeiro.

A gestão do regime medicamentoso foi outra das tarefas que desempenhamos, agilizando todo o processo associado, assegurando a preparação, administração da medicação, supervisão da ingestão da medicação por via oral, observação de eventuais efeitos adversos e distinção dos mesmos de eventuais problemas de saúde.

Também supervisionámos a toma de medicação de utentes que após a alta se dirigiam ao serviço diariamente para toma assistida de medicação.

Efetuamos bastantes atividades com os utentes, algumas de cariz mais lúdico, mas a partir das quais sempre conseguimos algum benéfico terapêutico. Assistimos algumas vezes às sessões de terapia ocupacional percebendo algumas dinâmicas e aspetos comportamentais relativos aos exercícios. Como exemplo podemos referir uma situação em que um dos utentes iniciou um quadro de agitação, ansiedade e agressividade em consequência de um jogo com cartas (jogo “Uno”) pois as regras do jogo fizeram-no recordar algumas circunstâncias desagradáveis para ele na comunidade e no local de trabalho. Durante esse episódio ele abandonou a sala, fomos ao encontro do utente que nos expôs as suas angústias, deixamos que ele verbalizasse tudo o que achou oportuno, ajudámo-lo a ver quais os recursos que possuía para lidar com a situação e como os poderia mobilizar. Depois deste diálogo solicitou para o deixarmos sozinho, o que respeitamos. Alguns minutos depois procurou-nos e pediu se o acompanhávamos até a sala da terapia ocupacional, o que fizemos. Entrou na sala, sentou-se e permaneceu na terapia de grupo, ainda que pouco participativo,

Percebemos que alguns utentes que nos procuram para falar de aparentes trivialidades afinal tem questões sérias para colocar, alguns receios ou uma necessidade de ajuda não manifestada, mas percebida, acabando por recorrer a enfermeiros com quem se identificam ou em confiam.

Tivemos várias situações em que os utentes apresentavam comportamentos autolesivos, nomeadamente tentativas de suicídio, automutilação com objetos cortantes, recusa alimentar devido a castigo auto-infligido, entre outros comportamentos autodestrutivos. Perante estas situações procuramos saber a causa, existência de episódios anteriores, a duração, fatores precipitantes, fatores de proteção e nos casos de ideação suicida a existência ou não de plano de suicídio, e com estes dados definir as intervenções a implementar. Simultaneamente assegurámos um ambiente seguro o menos restritivo possível.

Ao longo dos Estágios os cuidados ao utente foram assegurados partindo da elaboração de um plano de cuidados individualizado, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.

Sempre que possível o plano foi desenvolvido em parceria com o utente, procurando que através dos cuidados propostos houvesse manutenção ou incremento das competências e capacidades do utente, fomentando a diminuição do risco de incapacidade, a manutenção da integração familiar, social e profissional.

Sempre demonstramos abertura para promover e reforçar as capacidades das famílias, estabelecendo com elas uma parceria de cuidados, sendo alguns casos a nossa ajuda solicitada.

Em ambos os Estágios tivemos vários utentes em internamento compulsivo ao abrigo da Lei da Saúde Mental. Em muitos destes utentes era determinado o internamento compulsivo em virtude de fenómenos decorrentes da falta de insight, nomeadamente recusa do tratamento ou fraca adesão terapêutica e negação do problema de saúde.

Durante os Estágios desenvolvemos algumas competências a nível da gestão de caso.

Consideramos que a metodologia de gestão de caso se define como

“(…) um processo que articula participações técnicas individualizadas e colaborativas para o diagnóstico, planeamento, facilitação, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de opções e serviços destinados a responder às necessidades de pessoas mais vulneráveis e com necessidades complexas e crónicas de saúde, utilizando a comunicação e os recursos disponíveis para produzir qualidade em cuidados de saúde.” (Commission for Case Management Certification, 2004 cit. por Lopes, 2012:31).

A participação em reuniões multidisciplinares, a realização dos registos, nomeadamente a nota de alta, as reuniões informais que ocorrem espontaneamente na equipa multidisciplinar para discutir aspetos referentes ao utente, conferem-nos conhecimentos a nível de gestão de caso.

Também tivemos particular cuidado com a alta ou transferência do utente, assegurando uma transição calma, que permita a continuidade dos cuidados através da transmissão de informação clara e pertinente. Por diversas vezes contactamos o Centro de Saúde da área da residência para agilizar o processo e garantir a continuidade de cuidados.

F4. Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Segundo o descritivo da competência 4 do Regulamento das competências específicas do EESMP

“A implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais” (OE,2018: 21430)

desta forma o tratamento deverá ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere (OE,2018)

No âmbito do Estágio final foi elaborado um Projeto de Intervenção Psicoeducativa denominado “Eureka!”. Este projeto tem como destinatários utentes com patologia mental grave (esquizofrenia), com insight baixo, aos quais é necessário prestar de cuidados de enfermagem especializados em saúde mental e Psiquiatria.

A elaboração deste projeto coaduna-se com o preconizado na Unidade de competência F4.1.

Segundo Sassen (2018) a educação do utente deve-se concentrar na mudança de atitude, com as vantagens e desvantagens de uma mudança de comportamento, e na aprendizagem das habilidades necessárias para lidar com o comportamento desejado, pois a aprender a lidar com um problema de saúde geralmente requer um ajuste no estilo de vida em várias dimensões. Esta autora refere que a educação do utente visa otimizar comportamento benéficos para lidar com problemas de saúde e para o melhorar e que para os profissionais de enfermagem há um forte foco na autogestão do cliente (Sassen, 2018).

Para que a pessoa com esquizofrenia consiga melhorar o comportamento de autogestão dentro das suas possibilidades necessita do apoio dos profissionais de saúde para conseguir adquirir um conjunto de habilidades que lhe permita lidar com a saúde, resolver problemas, colaborar com os prestadores de cuidados de saúde e ganhar mais independência ao responder aos desafios que surgem (Sassen, 2018).

O Programa de Intervenção Psicoeducativa Eureka! preconiza dotar a pessoa com esquizofrenia de recursos que lhe permitam ser parte crítica e ativa do tratamento, bem como participar ativamente na gestão da sua própria vida.

O PIP Eureka! foi elaborado de acordo com a metodologia de projeto obedecendo às seguintes etapas: diagnóstico de situação, definição dos objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados. A escolha da metodologia do projeto prendeu-se com o facto da mesma permitir a resolução de um problema percecionado em contexto de trabalho, sendo a sua aplicação exequível a nível académico, permitindo obter um plano estruturado de uma intervenção em saúde. Desta forma, partindo da metodologia referida percorremos todas as etapas

necessária a elaboração de um projeto de intervenção estruturado. A revisão integrativa da literatura alicerçou a construção do projeto, fornecendo aspetos teóricos importantes para a sua construção, revelando algumas dimensões onde a psicoeducação se mostrou efetiva nas pessoas com esquizofrenia.

Todo este processo ocorreu de uma forma sistematizada de modo a obter-se uma proposta de intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica estruturada, lógica, assente na evidência, fácil de concretizar, avaliável dentro de um padrão temporal definido, permitindo ainda a divulgação dos resultados.

Reconhecemos a necessidade do EESMP ter competências que lhe permitam elaborar planos psicoeducativos estruturados capazes traduzir as intervenções específicas do EESMP e simultaneamente dar resposta as necessidades dos utentes de modo a poderem traduzir-se em ganhos em saúde.

Se estes utentes ganharem autonomia, funcionalidade, capacidade de gerir a sua própria vida, estarem integrados na sociedade e serem produtivos para a mesma, os efeitos destas intervenções transcendem o bem-estar do utente e acabam por se refletir a nível macro também, beneficiando a comunidade.

A afirmação junto da comunidade científica destes ganhos em saúde motivados pelo projeto de intervenção psicoeducativa pressupõe a existência de dados de forma a ser possível objetivá-los e mostrar a sua relevância. Assim os ganhos em saúde deverão ser mensuráveis e objetivos.

Na nossa prática promovemos a saúde mental, fornecendo antecipadamente orientações aos clientes, nomeadamente a nível de comportamentos promotores de saúde mental.

Tal como unidade de competências 4.1. pressupõe, o projeto de intervenção psicoeducativa planeado estimula a adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental, nomeadamente esquizofrenia, promove o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a doença e alguns comportamentos que normalmente lhe estão associados, elucida os utentes acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas), educa e ajuda o cliente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas, embora não inclua a família nas sessões considera-a um poderoso parceiro terapêutico.

Neste PIP abordam-se assuntos complexos tais como sexualidade, abuso de substâncias, suicídio, comportamentos de risco e outros, possuindo o participante total liberdade para esclarecer dúvidas acerca destas temáticas ou outras que queira ver esclarecidas.

No desenvolvimento do PIP foi considerada a influência dos sinais e sintomas psiquiátricos na habilidade e disponibilidade para aprender, tendo as estratégias sido pensadas de acordo com essa situação, tendo em conta também a disponibilidade para melhorar o auto cuidado e comportamentos de saúde, o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com essa temática.

Considerando a unidade competência F4.2 a aquisição da mesma pressupões que o EEESMP “Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação”.

Neste sentido, durante ambos os Estágios implementamos intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, recorrendo a técnicas promotoras do insight do utente, facilitando respostas adaptativas que promovam a recuperação da sua saúde mental e a integração da perturbação ou doença mental e dos *deficits* por elas causadas, fazendo escolhas que favoreçam mudanças positivas no seu estilo de vida e lhe permita libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes (OE,2018)

Sampaio, Serqueira e Canut (2016) evidenciam que embora o Regulamento n.º 129/2011 refira que os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) têm a competência para prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, não especifica que intervenções psicoterapêuticas podem ser executadas pelos mesmos. Esta omissão continua no regulamento n.º 515/ 2018.

Desta forma adotamos o padrão de documentação de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica como guia para a nossa intervenção neste domínio, pois

“As Ações de Enfermagem aqui expostas dizem respeito às exclusivas Intervenções Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental (consultar documento da Comissão Regional de Peritos de Saúde Mental da Secção Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros) e são classificadas como Intervenções Psicoterapêuticas” (OE,2018: 39).

Partindo deste pressuposto a ação psicoterapêutica que mais implementamos foi sem dúvida a relação de ajuda. A relação de ajuda é a base do cuidar em enfermagem.

“Phaneuf descreve alguns fatores influenciados em princípios de Peplau e que fundamentam a importância do aprofundamento da comunicação e da relação de ajuda para o enfermeiro. Entre esses princípios destacam-se:

- com um pouco de atenção e de observação a maior parte das coisas importantes que afetam uma pessoa podem ser estudadas, explicadas, compreendidas;
- cada um dos contactos da enfermeira com a pessoa cuidada contém possibilidades de compreensão das suas necessidades e dificuldades, tal como possibilidades de intervir para a apoiar, para lhe manifestar compreensão e ajudar a retomar coragem e se possível a reencontrar o controle da sua vida;
- para trabalhar com eficácia junto da pessoa, a enfermeira deve recolher informações a fim de poder planificar cuidados adequados e poder ajudá-la;- a presença, a

escuta e a palavra da enfermeira, fazem parte integrante dos cuidados de enfermagem” (Coelho, sd,p70-71 citando Phaneuf, 2005).

A relação de ajuda proporcionada por um EEESMP tem outra profundidade, só possível devido às suas competências, analisadas ao longo desta reflexão. São estas competências tão próprias, tão únicas e que não precisam de mais nada a não ser a própria pessoa para se materializarem que permite ao EEESMP ter a ambição de se constituir num instrumento terapêutico eficaz.

Diz Sequeira que a

“(…) relação de ajuda é o elemento central da assistência de enfermagem e pode ser tanto um meio como um fim em si mesmo. Ajudar as pessoas com problemas é a essência de todo o profissional de saúde e essa ajuda pode ser concretizada através de interações humanas. Portanto, a comunicação é inseparável do processo de ajuda.” (Sequeira,2016)

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tem competências específicas que lhe permite utilizar a comunicação de modo a incrementar o seu potencial terapêutico nas suas intervenções. O EEESMP deve conhecer as técnicas comunicacionais, perceber quais são as atitudes promotoras e inibidoras da comunicação, conseguir identificá-las no seu próprio estilo comunicacional e fazer a gestão das mesmas evitando que um dos mais importantes instrumentos que utilizamos não se torne um entrave à sua máxima realização profissional. Perante isto podemos dizer que durante a prestação de cuidados o EEESMP não fala... comunica. E fá-lo com conhecimentos, técnica, consciência, humanidade, alguns receios e muita vontade de o fazer cada vez melhor.

No primeiro Estágio procedemos a uma sessão de relaxamento, assim como no Estágio Final, no entanto foram utilizados dois tipos diferentes de técnicas. O relaxamento, segundo o Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, também é considerado uma intervenção psicoterapêutica

Escolhemos esta técnica psicoterapêutica por ser possível aplicá-la a todo o grupo em simultâneo. Não foi possível efetuar mais que uma sessão em cada Estágio por motivos logísticos, associado à sala onde as sessões decorreram e que é partilhada com outros grupos profissionais que já têm a sua calendarização efetuada.

As técnicas de relaxamento têm como objetivo primordial a gestão do stress e da ansiedade. O internamento só por si é um poderoso stressor, podendo tomar outras proporções nos utentes com alguma condição clínica do foro psiquiátrico.

“O relaxamento, definido por Ryman (1995) como “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio da tensão, ansiedade e medo”, atua no reequilíbrio do organismo, seja incidindo na componente física, através da diminui-

ção da tensão muscular, seja incidindo na componente psicológica, através de sensações agradáveis e pensamentos de tranquilidade.”(Paulino,2011: 152 citando Ryman ,1995)

“De entre os métodos de relaxamento, que fazem parte das intervenções autónomas do enfermeiro, uns são classificados na modalidade de relaxamento profundo e outros de relaxamento superficial” (Paulino, 2011: 152)

As técnicas de relaxamento profundo referem-se a um processo de relaxamento total do corpo, originando um efeito de grande amplitude. Esta técnica é executada em ambiente calmo e na posição horizontal. As técnicas implementadas são de relaxamento profundo (Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson e o Treino Autogénico de Schultz). O relaxamento superficial consiste numa versão encurtada dos métodos anteriores e visam a libertação de uma situação de tensão.

“Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson baseia-se “no trabalho sistemático ao longo dos principais grupos musculares-esqueléticos, criando e libertando a tensão” (Payne, 2003, p. 36), baseando-se, assim, nas abordagens tensão-distensão e passiva, com o objetivo de eliminar a tensão física e mental do corpo. O processo envolve a tensão, seguida de relaxamento de 16 grupos musculares específicos, e os pacientes são convidados a orientar toda a sua atenção sobre os seus músculos, centrando-se primeiro na sensação de tensão durante 5 a 7 segundos e, em seguida, a sensação de relaxamento durante 30 segundos” (Paulino, 2011; 152 citando Payne, 2003; Kwekkeboom & Gretarsdottir, 2006)

Segundo Paulino (2011) o Treino Autogénico de Johannes Schultz deriva da auto-hipnose e com ele procura-se a ensinar o corpo e a mente a relaxar, com o objetivo de reduzir o stress e a ansiedade. Baseia-se em quatro requisitos: i) redução dos estímulos externos; ii) desenvolvimento de uma atitude passiva; iii) repetição de frases indutoras do relaxamento; iv) contacto mental com a parte do corpo a que a frase se refere.

As atividades psicoterapêuticas de relaxamento executadas em contexto de Estágio decorreram em sessões pontuais, que segundo o Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica deverão obedecer ao seguinte modelo procedimental:

“ Fase 1 – Início 1 - Planear a intervenção 2 - Preparar o setting 3 - Informar sobre [IE] e expectativas da intervenção
Fase 2 – Desenvolvimento 4 - Clarificar o motivo da intervenção e seu objetivo 5 - Capacitar a pessoa para... 6 - Avaliar o trabalho desenvolvido na intervenção - Método de Avaliação – Condicionantes – Participação na Sessão
Fase 3 – Conclusão 7 - Feedback sobre a intervenção 8 - Prescrição para a ação 9 - Efetuar separação física e orientar para recursos comunitários/vigilância de saúde “(OE,2018: 41)

Durante os estágios implementamos algumas intervenções socioterapêuticas, entre as quais o treino de competências sociais. Procuramos que os utentes adquirissem alguma autonomia e se capacitassem para pequenas tarefas, inseridos no grupo, visando a transição para a

comunidade. Implementamos atividades simples, mas que favorecem a funcionalidade, interação e se capacidade decisória. Algumas das atividades implementadas foram a visita ao jardim interno do serviço e juntamente com outros utentes decorar o jardim, visita acompanhada ao bar hospital para tomar um café, ajudar na preparação do espaço para a realização de atividades, receber as visitas fora do espaço do serviço de internamento, entre outras adequadas a cada pessoa.

Procuramos promover sempre que possível a interação entre os utentes e desenvolvimento de atividades de grupo, com execução de pequenas tarefas, jogos sociais como cartas, dominó, entre outros, colorir mandalas com base nas cores preferidas do colega para lhe oferecer, contar o dinheiro para o café, gerir cigarros e conseguir dizer que não quando os outros utentes lhe pedem um cigarro .

Verificou-se a existência de algum estigma entre os utentes pelo que procurámos dissipar esses preconceitos através de alguns *brainstormig* ou pequenos exercícios junto do grupo. Por vezes esses momentos estimulavam os utentes a demonstrar capacidades desconhecidas como por exemplo fazer magia com cartas, contar anedotas, declamar poesia, desenhar. Todas estas manifestações de cariz artístico eram feitas com todos os utentes que quisessem participar, acontecendo frequentemente que aqueles não queriam participar inicialmente, ao fim de alguns minutos acabavam por interagir espontaneamente de forma mais ou menos participativa, mas satisfatória, de acordo com o seu feedback.

A última unidade de competência do EEESMP postula que este profissional aja no sentido de promover a reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental, visando que ela atinja a sua máxima funcionalidade e autonomia pessoal, familiar, profissional e social através da melhoria das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.

A reabilitação psicossocial é o culminar de todo o processo que envolve o tratamento ao utente no qual os cuidados de enfermagem assumem um papel de destaque.

Todas as intervenções de enfermagem empreendidas ao longo da nossa prática nos Estágios procuraram melhorar a qualidade de vida da pessoa com problemas, devolvendo-lhes a maior autonomia possível para desempenhar as suas funções no seio familiar, social e laboral, integrando-se na comunidade. A aplicação de projetos como o PIP Eureka! é mais um passo na conquista da autonomia e funcionalidade, devendo ser implementados todos esforços no sentido de facultar oportunidades que promovam a sua Reabilitação Psicossocial que

“Na definição da International Association of Psychosocial Rehabilitation Services seria o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potencialidades do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial,

social, recreacional, educacional, ajustadas às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado) (Babinski & Hirdes, 2004:569 referindo Pratt, Gil KJ, Barret, 1999).

Dizem Jorge et al (2006) que

“A reabilitação psicossocial precisa contemplar três vértices da vida de qualquer cidadão: casa, trabalho e lazer. Nesta perspectiva, a reabilitação consiste em um conjunto de estratégias capazes de resgatar a singularidade, a subjetividade e o respeito à pessoa com sofrimento psíquico, proporcionando-lhe a melhor qualidade de vida” (Jorge et al, 2006:735).

Segundo o descritivo da competência F4

“A implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados psicoterapêuticos sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais” (OE, 2018: 21430).

Desta forma o tratamento deverá ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere (OE, 2018).

Podemos referir outras atividades que diariamente promoveram os processos socio terapêuticos como a participação do utente nas atividades lúdico-terapêuticas, nas interações espontâneas entre os enfermeiros e o grupo de utentes e no momento da refeição.

Tratando-se de um grupo heterógeno por vezes a sua gestão implicou alguns desafios, permitindo-nos a desenvolver competências também neste domínio.

Adquirindo a última unidade de competência o EEESMP fomenta a promoção da autonomia e funcionalidade da pessoa, promove a redução de comportamentos discriminatórios e estigmatizantes, favorece o desenvolvimento de competências sociais e consequentemente melhor integração.

Na nossa perspectiva prestámos cuidados de enfermagem que foram de encontro às necessidades do utente, cuidadores e comunidade, tendo-se promovido uma relação empática, na qual se assistiu à permanente valorização da pessoa como membro integrante do seu próprio projeto de saúde, com responsabilidade na gestão da sua vida e dos problemas que a afetam e com recursos internos para fazer face aos desafios e dificuldades.

Durante os Estágios o relacionamento com o cliente baseou-se na confiança, na plena identificação e expressão de sentimentos, procura de respostas para as inquietações percebidas e mobilização dos próprios recursos.

Todas as interações foram pautadas pela autenticidade, respeito contínuo pelos seus direitos e deveres, constituindo-se um momento de partilha no qual sempre se observaram os limites da relação de ajuda.

É importante lembrar que as competências do EEESMP relevam-se nas situações reais onde, o enfermeiro é chamado a mobilizá-las utilizando seus conhecimentos técnicos, teóricos e humanos de forma adequada e eficaz.

4.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

A frequência do 3º Mestrado em Enfermagem em Associação Área de Especialização Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica pressupõe que o estudante, ao fim do ciclo de formação reúna um conjunto de competências que lhe permita o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

As competências que deverá adquirir são de três tipos: competências comuns ao Enfermeiro Especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e competências de Mestre.

Segundo o Decreto-Lei nº65/2018 publicado em Diário da República n.º157/2018, 1ª Série. Nº 157 de 16 de agosto de 2018 a obtenção do grau de mestre postula a aquisição das seguintes competências:

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Presidência do Conselho de Ministros, 2018: 4162).

Considerando a primeira competência enumerada no Decreto-Lei nº65/2018 a mesma remete-nos para o 1º ciclo de formação e para os conhecimentos adquiridos durante a Licenciatura. Não podemos esquecer esta fase crucial da formação do enfermeiro.

É durante o 1º ciclo de formação que adquirimos conhecimentos e experiências, mais tarde integrados em aprendizagens, que nos proporcionam os alicerces do nosso

desenvolvimento profissional. O enfermeiro deverá manter-se atualizado e adotar uma prática baseada na evidência, pelo que a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos deverá ser contínuo.

O grau de Mestre implica a aquisição de novos conhecimentos e capacidades, conferidos pelas diversas Unidades Curriculares de cariz teórico e prático que a sua formação académica comporta.

Espera-se então que se verifique o desenvolvimento de competências diferenciadas e consequentemente um maior grau de responsabilidade profissional e social.

As várias aprendizagens concretizadas durante este ciclo de formação foram mobilizadas no contexto de prática real em que os estágios ocorreram. Fomos impelidos pelos desafios que surgiram a articular os conhecimentos prévios, a experiência profissional, as vivências pessoais e os novos conhecimentos, de modo a integrar novos saberes que culminam na aquisição de novas competências levando à otimização dos cuidados prestados e consequentemente à melhoria da qualidade dos mesmos.

Durante este ciclo de formação sentimos em nós mudanças transformadoras, que fomentaram a vontade de aprender e simultaneamente procurar o incremento das capacidades humanas e técnicas. Consideramos que no Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pela índole da sua intervenção, não pode dissociar o desenvolvimento técnico do desenvolvimento enquanto pessoa, pois só assim poderá efetivamente prestar cuidados mais diferenciados e com maior qualidade, utilizando-se a si próprio como instrumento terapêutico.

Consideramos que ocorreu uma aquisição simultânea e progressiva dos três tipos de competências acima referidas. Todo este processo implicou um investimento contínuo no estudo, o conhecimento da legislação atual referente à profissão e documentação associada às boas práticas e qualidade em Enfermagem e atualização contínua de conhecimentos.

Este ciclo académico desenvolveu em nós um maior interesse pela investigação em enfermagem e simultaneamente pela divulgação do conhecimento. Este facto motivou-nos a apresentar um poster científico denominado “A Influência da Felicidade na Saúde Mental do Idoso: Revisão Integrativa da Literatura (Apêndice 10) no X Congresso Internacional ASPESM 2019: Novos Desafios na Saúde Mental e a submeter para publicação o artigo científico redigido durante o Estágio Final. Visando a aquisição de novas aprendizagens comparecemos em eventos científicos na área da Saúde Mental e Psiquiátrica nomeadamente no I Congresso Internacional Qualidade De Vida, Cidadania E Saúde Mental, 8º Congresso Da Associação

Psiquiátrica Alentejana: Interioridade(s), III Seminário Internacional de Investigação em Saúde Mental e X Congresso Internacional ASPESM 2019: Novos Desafios na Saúde Mental.

No decurso do Mestrado a aquisição de conhecimentos e a sua incorporação na prestação de cuidados, promoveu o incremento da capacidade de compreensão e resolução de problemas perante situações nunca vivenciadas, permitindo agilizar cuidados de enfermagem que respondam às necessidades dos utentes.

Considaremos que houve um acréscimo na capacidade de formulação de juízos clínicos, mesmo ser termos a totalidade da informação, e de a refletir sobre as implicações da nossa prática., observando sempre os princípios éticos, deontológicos e jurídicos.

Nos dois Estágios houve uma multiplicidade de situações novas para nós, dispare de aquilo que estávamos familiarizados. De modo a conseguir lidar com elas tivemos de proceder a uma análise profunda da situação e sistematizar o nosso pensamento e ações, definindo as nossas intervenções.

A atitude proativa tem-se revelado fundamental para adequarmos as nossas respostas às questões mais complexas

Ao refletirmos acerca deste percurso entendemos que o mesmo decorreu dentro dos trâmites perspetivados, tendo-se empreendido uma busca pelo saber, usufruindo da diversidade de experiências vivenciadas das quais extraímos uma multiplicidade de saberes e competências que consideramos essenciais para a nossa formação técnica, cívica e humana.

Estamos convictos que essas competências fomentaram o desenvolvimento de um juízo crítico elevado, que nos permite outra lucidez de pensamento e como tal uma outra capacidade de comunicação, argumentação e de auto mobilização de capacidades que impulsionam a autoaprendizagem ao longo da vida.

5. CONCLUSÃO

O presente Relatório foi redigido com o intuito de refletir o percurso desenvolvido ao longo dos estágios e explicitar a aquisição de competências a nível de desenvolvimento pessoal, profissional e académico.

Sendo o documento em apreço o exercício académico com o qual culmina o 2º ciclo de formação, tão importante para o nosso desenvolvimento, julgamos ser pertinente refletir acerca da relevância que a sua elaboração tem para a nossa formação especializada enquanto Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e Mestres mas também enquanto pessoas, pois, tal como referido no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, uma das suas ferramentas essenciais é o uso de si próprio como instrumento terapêutico.

A realização deste Relatório permitiu refletir de uma forma crítica acerca das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios e as competências adquiridas, subjacentes ao título de EEESMP e grau de Mestre.

Pretendemos que o mesmo fosse fluido, coerente, com um encadeamento lógico, transmitindo de forma correta, clara e concisa fatos referentes do fenómeno em estudo e organizado de acordo com uma estrutura promotora da compreensão do mesmo.

Procurámos enaltecer o cariz reflexivo do Relatório, sem, no entanto, comprometer a sua integridade.

O Relatório divide-se em duas partes. Iniciámos o trabalho por uma introdução que demonstrasse ao leitor aquilo que ele poderia encontrar neste documento, de seguida, a iniciar a primeira parte do Relatório elaboramos um enquadramento conceptual que elucida acerca dos principais conceitos subjacentes a este projeto.

Consideramos que o enquadramento conceptual contextualiza o foco de intervenção definido: Intervenções Psicoeducativas implementadas pelo EEESMP na pessoa com esquizofrenia com baixo insight. Como referencial teórico adotamos a teoria do relacionamento interpessoal de Peplau pois os seus pressupostos são adequados a temática em estudo e sustenta a intervenção planeada.

No terceiro capítulo foi descrita a metodologia seguida e descrita cada uma das fases, tendo sido exposto qual o procedimento adotado em cada uma delas no desenrolar do projeto.

Por fim, a segunda parte corresponde ao quarto capítulo no qual se procedeu a uma análise reflexiva acerca das competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências

Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e por fim as competências de Mestre.

O presente Relatório, para além da sua componente avaliativa de conhecimentos e competências, constitui-se um importante instrumento de aprendizagem.

Enalteçamos como ganhos deste trabalho os conhecimentos adquiridos a nível pesquisa bibliográfica efetuada, o desenvolvimento de trabalhos com rigor metodológico da operacionalização de projeto da proposta de cuidados do EEEMSP, o incremento de conhecimentos relativos à investigação e prática baseada em evidências. O desenvolvimento deste trabalho potenciou uma maior consciencialização da responsabilidade de deter o título de Especialista e o grau de Mestre.

Como tal reiteramos a importância deste trabalho tanto para a prática clínica como para o desenvolvimento profissional e pessoal.

Ao longo do documento em apreço desenvolvemos uma proposta de intervenção psicoeducativa à pessoa com esquizofrenia e detentora de baixo insight.

A esquizofrenia é uma das doenças psiquiátricas mais comuns, mas também das que mais comprometimento causa na vida dos utentes e das suas famílias. Tem uma etiologia complexa de perceber, com sintomatologia incapacitante e variável ao longo do curso da doença. diagnóstico complexo, é caracterizada por uma evolução heterogénea, e os efeitos adversos dos fármacos e a falta de adesão terapêutica fazem que as intervenções nestes utentes representem um desafio ao profissional de saúde.

A falta de *insight* é frequente na pessoa com esquizofrenia, podendo ter efeitos muito nefastos na sua vida. Este fenómeno associa-se à má adesão terapêutica que por sua vez se traduz em reinternamentos e agravamento da patologia, pelo que consideramos a falta de *insight* como uma área prioritária de intervenção. Observámos no estágio a alta incidência de baixo *insight*, assim como percebemos que as repercussões descritas na literatura se aplicavam à generalidade daqueles utentes

A recomendação da psicoeducação como intervenção na pessoa com esquizofrenia assenta na evidência científica e está recomendada em várias *guidelines* internacionais.

Durante este percurso académico percebemos que, ao invés de usar como linha orientadora, os diagnósticos médicos no planeamento de cuidados de enfermagem, o enfermeiro deverá proceder a uma boa avaliação do utente, formular juízos que possibilitem definir diagnósticos de enfermagem que vão de encontro às necessidades do cliente e da família, percebendo melhor quais as intervenções necessárias e como poderemos ajudar aquela pessoa, enquanto

ser único e biopsicossocial, a obter ganhos em saúde e a manter o maior nível de funcionalidade possível, considerando sempre a sua reabilitação psicossocial.

O projeto de intervenção formulado e descrito neste Relatório partiu desta premissa.

Embora a seleção da população alvo tenha por base um diagnóstico médico, todas as intervenções foram propostas a partir de diagnósticos de enfermagem.

A necessidade de definir que os participantes do projeto delineado sejam pessoas com esquizofrenia com baixo insight consiste na necessidade de criar um grupo com necessidades mais ou menos homogêneas, de modo a intervenção ter repercussões positivas em todos os elementos, pois conhecendo as principais características da doença e os principais comprometimentos que causa, permite-nos direcionar os cuidados prestados nesse sentido

Para a construção do mesmo recorreremos à revisão integrativa da literatura, a pesquisa bibliográfica, à análise do processo de enfermagem e de um plano de cuidados formulado para ir de encontro às principais necessidades que geralmente as pessoas com esquizofrenia apresentam

Efetuamos uma revisão integrativa da literatura referente à efetividade da Intervenção Psicoeducativa na pessoa com esquizofrenia, o que proporcionou a obtenção de evidência científica acerca do problema estudo, permitiu incorporar prática baseada na evidência na nossa prestação de cuidados, fomentando a melhoria da qualidade dos mesmos.

A revisão integrativa da literatura permitiu identificar quais as repercussões dos programas psicoeducativos na pessoa com esquizofrenia. Em todos os estudos analisados foi evidente que a intervenção psicoeducativa, que se encontra regulamentada na 4ª competência do Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do EEESMP publicado em Diário da República n.º 515/2018, 2ª Série. N.º 151 de 7 de agosto de 2018 se traduz em melhorias significativas em várias dimensões da vida do utente, validando o uso desta intervenção de enfermagem neste tipo de população.

Chamamos a atenção para o facto de não termos selecionado nenhum estudo português devido escassez de evidência científica nacional acerca da temática analisada, salientando para a necessidade de mais investigação nesta área de conhecimento.

Considerámos ainda a importância do processo de enfermagem de acordo com os pressupostos de Peplau e delineamos também um plano de cuidados genérico para a pessoa com esquizofrenia, servindo o mesmo de suporte ao desenho do projeto de intervenção Psicoeducativa proposto.

Este projeto de intervenção psicoeducativa foi elaborado com base nos diagnósticos de Enfermagem com taxonomia CIPE® identificados no plano de cuidados acima mencionado.

A estrutura do projeto seguiu o proposto por Bateman & Fonagy (2006) com as devidas alterações necessárias à adaptação ao contexto de estágio, onde se verificou a ausência de intervenções semelhantes, estruturadas e dirigidas a esta população.

Tendo em conta as particularidades dos participantes, esta proposta de intervenção só poderia ser implementada por um EEESMP detentor de um elevado saber pessoal.

O saber pessoal, definido por Lopes como “ a capacidade que cada enfermeiro tem de se conhecer a si próprio (Lopes, 2006:72) “ é fundamental na nossa prática, pois “se na prestação de cuidados usamos o nosso “eu” como instrumento terapêutico, então, para que essa acção seja eficaz, precisamos de ser detentores de um auto-conhecimento elevado e de possuímos uma noção de integração do “eu”” (Lopes,2006:73).

Esta perspetiva vai de encontro ao preconizado na 1ª competência do EEESMP.

Ao longo do Mestrado, principalmente durante os Estágios, percebemos que o uso do eu, de forma terapêutica, exige que o enfermeiro alcance e desenvolva a autoconsciência e autocompreensão, percebendo como as suas capacidades humanas e profissionais podem ajudar os outros.

A procura da excelência no cuidar em Enfermagem de Saúde Mental exige que o EEESMP reconheça e aceite aquilo que é, o que valoriza, as suas crenças, os recursos de que dispõe e as limitações que possui.

O encontro com o outro só é possível se o profissional se consciencializar da individualidade de cada pessoa aceitar as diferenças de cada individuo, amadurecer enquanto pessoa, atenuar conflitos intra e interpessoais e reconhecer que cada ser humano tem direito ao respeito e dignidade.

Qualquer relacionamento que se pretenda terapêutico, tem que necessariamente assentar na interação enfermeiro-utente. A relação de ajuda estabelece-se quando promove o crescimento pessoal e a descoberta de recursos dissimulados na pessoa.

A relação de ajuda é intrínseca aos cuidados na intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, transcendendo a aplicação de técnicas e conhecimentos. A relação de ajuda é uma técnica que obedece a uma série de premissas. Utiliza geralmente como instrumento a entrevista de ajuda, conforme descrito ao longo do Relatório, cuja aplicação deverá ser orientada por critérios fundamentados. É fundamental que o EEESMP saiba os pressupostos da sua aplicação, mas deve ter consciência que qualquer uma delas depende muito das características individuais quer do facilitador como do cliente.

A relação de ajuda esteve no cerne dos Estágios pois é essencial para chegarmos ao outro. Ambos os estágios foram de extrema importância no nosso percurso, constituindo-se um momento privilegiado de crescimento pessoal, de autoconhecimento.

O primeiro contributo das 6 semanas, referentes ao primeiro estágio, de contato com a realidade foi a desmitificação de alguns receios acerca da nossa atuação com estes utentes com tantas particularidades. Durante a componente letiva adquirimos múltiplos conhecimentos nas diversas unidades curriculares, que sabemos que na prática vão facilitar a nossa intervenção, no entanto, simultaneamente somos confrontados com uma série de dúvidas e receios acerca da nossa práxis.

Durante as nossas primeiras interações com o utente tomámos consciência que não há “expressão mágica” ou “solução milagrosa” capaz de resolver os seus problemas. Se os “problemas são dele” a resolução deverá partir dele próprio, constituindo o enfermeiro um facilitador.

Percebemos também que cliente responde de acordo com o que percebe acerca do enfermeiro e da forma como este interage com ele, retornando aquilo que recebe de nós. Assim é crucial que o enfermeiro o ouça com atenção, mostrando real interesse no que o cliente é, diz e faz, implementando esforços para o ajudar a encontrar uma solução para o que o inquieta.

Neste processo o enfermeiro tem de se constituir ele próprio como instrumento terapêutico e aprender a utilizar-se como tal, sem medos, sem expectativas irrealistas, com confiança e sobretudo com respeito pela individualidade dignidade do outro, o que na nossa perceção conseguimos fazer cada vez melhor ao longo deste percurso.

Na nossa perspectiva os objetivos propostos para o Relatório de Estágio foram alcançados, o que se repercutiu nas aprendizagens daí decorrentes.

Ao longo deste caminho, por vezes tortuoso, mas sempre prazeroso, surgiram algumas dificuldades causadas por diversos fatores, mas que foram transportas por meio da resiliência, proatividade, empenho, trabalho e dedicação. Este ciclo de formação que está prestes a ter o seu término proporcionou aquisição e consolidação de novas competências, abrindo-nos portas para utilizarmos todas as ferramentas adquiridas num contínuo processo de crescimento e aprendizagem

A realização deste Relatório suscitou em nós uma sensação ambígua. Por um lado estamos prestes a terminar este ciclo de formação, a atingir os objetivos que motivaram este percurso, o que é reconfortante e nos deixa satisfeitos por concluirmos mais um desafio. No entanto não podemos de deixar de sentir um certo saudosismo com a perspectiva do fim duma etapa tão importante e para o nosso desenvolvimento profissional, académico e pessoal.

6. BIBLIOGRAFIA

Abrantes, D. (2012). *A qualidade dos serviços de saúde análise comparativa de diferentes perceções*. Disponível em <http://ubibliorum.ubi.pt/btstream/10400.6/3038/1/Qualidade%20dos%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%Bade.pdf>

Administração Central do Sistema de Saúde (2009). *Unidades Locais de Saúde Modalidade de Pagamento Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização*. Disponível em <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/modalidadeULS09.pdf>

Aho-Mustonen, K. (2011). *Group psychoeducation for forensic longterm patients with schizophrenia*. Disponível em http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0303-7/urn_isbn_978-952-61-0303-7.pdf

Almeida, S., Gamito, A., Maia, T. (2005). *O insight nos doentes esquizofrénicos: instrumentos de avaliação*. Disponível em <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/593/1/Almeida%2c%2024-34.pdf>

Al-Hadi Hasan, A., Callaghanand P., Lymn J. (2017). *Qualitative process evaluation of a psychoeducational intervention targeted at people diagnosed with schizophrenia and their primarycaregivers in Jordan*. BMC Psychiatry 17. DOI:10.1186/s12888-017-1225-2

Al-Hadi Hasan, A., Callaghanand, P., Lymn, J.(2015). *Evaluation of the impact of a psychoeducational intervention for people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan: randomized controlled trial*. BMC Psychiatry 15. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0444-7>

Al-Yahya, N. (2014). *Efeitos da intervenção na educação psicológica na melhoria da percepção e Conformidade com medicamentos de clientes esquizofrénicos*. World Journal of Medical Sciences 11 (3): 289-300.

DOI: 10.5829 /idosi.wjms.2014.11.3.84256

American Psychiatric Association. (2019). *Practice Guideline For The Treatment Of Patients With Schizophrenia*. Disponível em <https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/Clinical%20Practice%20Guidelines/APA-Draft-Schizophrenia-Treatment-Guideline.pdf>

American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais: DSM-5*, 5ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.

Antunes, R., Manso, F. (2017). *Diagnósticos de enfermagem num serviço de urgência psiquiátrica: contributos para a sistematização dos cuidados*. Revista de Enfermagem Referência set IV(14), Disponível em <http://dx.doi.org/10.12707/RIV17040>

Assembleia da República (2015). *Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, publicada em Diário da República, 1.ª série N.º 181 de 16 de setembro de 2015*. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>

Assembleia da República (1998). *Lei de Saúde Mental Lei n.º 36/98 publicada em Diário da República n.º 169/1998, Série I-A de 24 de julho de 1998*. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/75088193/201702211425/exportPdf/maximized/1/cacheLevelPage?rp=indice>

Babinski, T., Hirdes, A. (2004). *Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de Centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul*. Texto Contexto Enfermagem Out-Dez; 13(4):568-576. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a09.pdf>

Bäumli, J., Froböse T., Kraemer, S., Rentrop. M., Pitschel-Walz. G., (2006). *Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families*. Schizophrenia Bulletin 32: S1-S9 DOI:10.1093/schbul/sbl017

Bonet, L. (2016). *Plan de Cuidados de Enfermeria al Paciente con Esquizofrenia*. Disponível em <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/57652/lvilab.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Borah, A. (2019). *Psychoeducation For Mental Illness: A Review Analysis*. International Journal of Advanced Research. may, 7(5):193-197 DOI:10.21474/IJAR01/9021

Bulechek, G., Butcher, H.; Dochterman, J. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)* (4ª ed.). Rio Janeiro: Mosby Elsevier.

Cabral, J. (2013). *Estudo da integração comunitária de pessoas com problemas psiquiátricos construção e validação da escala de integração comunitária de adultos com problemas psiquiátricos*. Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/61441984.pdf>

Camacho, A.; Santo, F. (2001). *Refletindo sobre o cuidar e o ensinar na enfermagem*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. jan.,9, (1):13-17 Disponível em https://www.researchgate.net/publication/250040711_Refletindo_sobre_o_cuidar_e_o_ensinar_na_enfermagem/fulltext/57829fc708ae9485a43e092d/250040711_Refletindo_sobre_o_cuidar_e_o_ensinar_na_enfermagem.pdf?origin=publication_detail

Cardoso, V., Trevisan, I., Cicolella, D., Waterkemper, R. (2019). *Revisão sistemática de métodos mistos: método de pesquisa para a incorporação de evidências na enfermagem*. *Texto Contexto Enfermagem*, apr , 28. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0279>

Cardoso, A (2008). *O insight em Psiquiatria*. *Fractal: Revista de Psicologia*. jul.-dec. 20 (2). DOI: doi.org/10.1590/S1984-02922008000200003

Carvalho, J. (2012). *Diagnósticos e intervenções de enfermagem centradas no processo familiar, da pessoa com esquizofrenia*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 8: 52-57. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n8/n8a08.pdf>

Castro, S., Furegato, A. (2008). *Conhecimento e atividades da enfermagem no cuidado do esquizofrênico*. *Revista Eletrônica Enfermagem*;10(4):957-965. DOI: 10.5205/reuol.9681 -89824-1-ED.1004sup201617

Comissão das comunidades europeias (2005). *Livro Verde Melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Disponível <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/livro-verde-para-a-saude-mental-processo-de-consulta-aos-estados-membros-pdf.aspx>

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta

Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica – Estratégias de intervenção*. Loures: Lusodidacta

Conselho Internacional de Enfermeiros (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Loures, Portugal: Lusodidata. Disponível, em https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf

Coentre, R. (2014). *ECT: Aplicação na esquizofrenia*. Disponível em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6471/1/Apresenta%C3%A7%C3%A3oECTEsquizofrenia.pdf>

Coelho, T. (SD). *Comunicação Terapêutica Em Enfermagem: Utilização Pelos Enfermeiros*. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82004/2/33990.pdf>

Costa L., Massuda R., Pedrini M., Passos I., Czepielewski L, Brietzke E. , Gama C. (2014). *Functioning in early and late stages of schizophrenia*. Trends Psychiatry Psychother; 36(4): 209-213. DOI: 10.1590/2237-6089-2014-0028

Enciso, C. (2018). *Efectividad de un programa psicoeducativo en el empoderamiento de los pacientes con esquizofrenia*. Nure Investigacion, ago-sep 15(95). Disponível em <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1385/838>

Franzoi, M., Lemos, K., Jesus, C., Pinho, D., Kamada, I. & Reis, P. (2016). *Teoria das relações interpessoais de Peplau: Uma avaliação baseada nos critérios de Fawcett*. Revista de Enfermagem UFPE on line, set, 10(4):3653-3661. DOI: 10.5205/reuol.9681 -89824-1 - ED.1004sup201617

Freitas, J. (2010). *Concepção de um programa de psicoeducação para indivíduos com primeiro surto psicótico*. Disponível em https://sigarra.up.pt/reitoria/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=188029

Gago, A. (2019). *Custo de tratamento da psicose esquizofrénica num hospital do SNS e os seus determinantes*. Disponível em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/83207/3/RUN%20-%20Trabalho%20Final%20CEAH%20-%20Ana%20Cec%20adlia%20Gago.pdf>

Galvão, C., Sawada, N., Trevizan, M. (2004). *Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem*. Revista Latino Americana de Enfermagem may-jun;, 12(3): 549–556. DOI:10.1590/s0104-11692004000300014

Gardona, R., Barbosa, D. (2018) *The importance of clinical practice supported by health assessment tools*. Revista Brasileira de Enfermagem Disponível em https://www.researchgate.net/publication/327284185_The_importance_of_clinical_practice_supported_by_health_assessment_tools

Gorenstein, C., Wang, Y., Hungerbuhler, I. (2016). *Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental*. Porto Alegre: Artmed

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Instituto Nacional de Estatística (2019). Anuário *Estatístico da Região Alentejo: 2018*. Lisboa: INE. Disponível em [www: <url: https://www.ine.pt/xurl/pub/410493733>](http://www.ine.pt/xurl/pub/410493733). ISSN 0872-5063. ISBN 978-989-25-0502-2

Instituto Nacional de Estatística (2020). Estatísticas da saúde 2018. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOES-pub_boui=257793024&PUBLICACOESmodo=2

Jorge, M., Randemark, N., Queiroz, M., Ruiz, E. (2006). *Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental*. Revista Brasileira de Enfermagem nov-dez, 59(6):734-739. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000600003>

Kérouac S. et al. (1996) *El pensamiento enfermero*. Barcelona, Masson, S.A.

Kryshtal, V., Kozhyna, H, Markova, M, Korovina, L. (2017). *The dynamics of the level of social functioning and quality of Life of patients with schizophrenia as a marker of the effectiveness of psychoeducational programs* . Journal of Education, Health and Sport 618-624. DOI: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.825220>

Leal, R., Küstner, B., Peña M.I (2004). *Falta de insight en la esquizofrenia*. Cuaderno Psiquiatria Comunitaria, 4 (2):146 - 158 Disponível <https://www.researchgate.net/publication/28303166>

Leite, E.; Malpique, M.; Santos, M. (2001). *Trabalho de projeto: aprender por projetos centrados em problemas*. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento

Lopes, J. (2012). *Ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso: a experiência vivida da pessoa com problemas de adição (Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa)*. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/7296>

Lopes M (2006). *A Relação Enfermeiro Doente como Intervenção Terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Lda

Lopes M (1999). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio Moral, Alguns dados e implicações*. [s. l.]: Manuel José Lopes

Louzã, M. (2007). *Detecção precoce: é possível prevenir a esquizofrenia?* Revista Psiquiatria. Clínica, 34 (2): 169-173 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s2/a04v34s2.pdf>

Marques, M (2016). *Cuidados de natureza psicoeducacional. De que falamos? in E-book: VII Congresso Internacional ASPESM: evidência e prática clínica em saúde mental. : Sociedade portuguesa de enfermagem de saúde mental. Viana do Castelo: ASPESM; 252-264*. Disponível em <http://rdpc.uevora.pt/bitstream/10174/23000/1/Artigo%2024-E-book%20congresso%20viana%20de%20castelo%202016.pdf>

Matsuda, M., Kohno, A. (2016). *Effects of the Nursing Psychoeducation Program on the Acceptance of Medication and Condition-Specific Knowledge of Patients with Schizophrenia*. Archives of Psychiatric Nursing, 30. Disponível em [https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-417\(16\)30005-X/pdf](https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-417(16)30005-X/pdf)

Mella, L., Dantas, C., Banzato, C. (2011). *Insight na psicose: uma análise conceitual*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 60(2): 135-140. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000200009.

Ministério da Economia (2004). *Decreto-Lei 140/2004 de 8 de junho, 2004 publicado no Diário da República n.º 134/2004, Série I-A de 8 de junho de 2004*. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/278973>

Ministério da Saúde (2015). *Despacho n.º 5613/2015 publicado no Diário da República n.º 102/2015, Série II de 27 de maio de 2015*. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/67324029>

Ministério da Saúde e da Assistência (1973). *Portaria 260/73, de 11 de abril publicada no Diário do Governo n.º 86/1973, Série I de 11 de abril de 1973*. Disponível em <https://dre.pt/application/file/676098>

Mostardinha, A., Bártolo A., Bonifacio, J., Pereira, A. (2019). *Validação do The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) em Estudantes Universitários*. Acta Medica Portuguesa, apr;32(4):279-288. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.10650>

National Collaborating Centre for Mental Health. Psychosis And Schizophrenia In Adults (2014). *The Nice Guideline On Treatment And Management – Updated Edition 2 014 [I. London: National Institute for Health and Clinical Excellence: 2014]*. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>

National Institute of Mental Health (2017). *Schizophrenia*. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/schizophrenia/19-mh-8082-schizophrenia_155669.pdf

Oliveira, R., Facina, P., Junior, A. (2012). *A realidade do viver com esquizofrenia*. Revista Brasileira de Enfermagem, mar-apr; 65(2): 309-16. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a17.pdf>

Oliveira, L., Queirós, P. (2015). *Tradução, Adaptação Cultural E Validação Da Nurse Competence Scale (Ncs) Para a População*. Revista Investigação Em Enfermagem: 77–89 Disponível em https://www.researchgate.net/profile/paulo_queiros2/publication/275714022_traducao_adaptacao_cultural_e_validacao_da_nurse_competence_scale_ncs_para_a_populacao_portuguesa/links/55492a710cf205bce7ac039a/traducao-adaptacao-cultural-e-validacao-da-nurse-competence-scale-ncs-para-a-populacao-portuguesa.pdf?origin=publication_detail

Organização Mundial da Saúde (2000). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde - CID-10*. 8.ed. São Paulo: Edusp

Ouzir, M., Azorin, J., Adida, M., Boussaoud, D., Battas, O. (2012). *Insight in schizophrenia: From conceptualization to neuroscience*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*; 66: 167–179. DOI:10.1111/j.1440-1819.2012. 02325.x

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento n.º 743/2019 Regulamento da Norma das Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, publicado em Diário da República nº 184/2009, 2.ª Série de 29 de setembro de 2019* Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, publicado em Diário da República nº 26/2009, 2.ª Série. Nº 26 de 6 de fevereiro de 2019* Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

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

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento conceptual Enunciados descritivos*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Padrão de Documentação de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9938/ppadr%C3%A3o-documenta%C3%A7%C3%A3o_enfermagem-sa%C3%BAde-mental-e-psiqui%C3%A1trica_ausulta%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento n.º 515/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica publicado*

em *Diário da República* nº151/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de agosto de 2018:21427-21430. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/115932570>

Pais Ribeiro, J., Rodrigues, A. (2004). *Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope*. *Psicologia, Saúde & Doenças* 5(1): 3-15. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/262739455_Questoes_acerca_do_coping_A_proposito_do_estudo_de_adaptacao_do_Brief_COPE

Palmeira, L. (2018). *Manual de psicoeducação para profissionais de saúde mental que tratam pessoas com esquizofrenia*. Disponível em <http://entendendoesquizofrenia.com.br/website/wp-content/uploads/2018/12/Psicoeducacao-para-profissionais-da-saude-mental.pdf>

Paulino, M. (2011). *As técnicas de relaxamento no alívio e controlo da dor em pessoas adultas e idosas: uma revisão sistemática da literatura*. *Egitania Sciencia*:147-165. Disponível em http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/3381/1/8_147-165as%20t%c3%89nicas%20de%20relaxamento%20no%20al%c3%8dvio%20e%20controlo%20da%20dor%20em%20pessoas%20adultas%20e%20idosas-%20uma%20revis%c3%83o%20sistem%c3%81tica%20da%20literatura.pdf

Passadas, C., Manso, F. (2015). *Psychoeducation: A Strategy for Preventing Relapse in Patients with Schizophrenia*. *International Journal of Nursing* 2(1): 89-102. DOI: 10.15640/ijn.v2n1a10

Portela, M. (2000). *Avaliação da qualidade em saúde in: Rozenfeld, S., org. Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Disponível em <http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-15.pdf>

Peplau. H. E. (1990) *Relaciones Interpersonales en Enfermería*. Barcelona: Salvat Editores, S.A.

Pinho, L., Pereira, A., Chaves, C.(2017) *.Nursing Interventions in Schizophrenia: The Importance of Therapeutic Relationship*. *Nursing & Care Open Access Journal* 3 (6): 0090. DOI: 10.15406/ncoaj.2017.03.00090

Presidência do Conselho de Ministros (2018). *Decreto-Lei nº65/2018 publicado em Diário da República n.º157/2018, 1ª Série. Nº 157 de 16 de agosto de 2018*. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/116068879>

Queirós, T., Coelho, F., Linhares L., Telles-Correia D. (2019). *Esquizofrenia: O Que o Médico Não Psiquiatra Precisa de Saber*. Acta Medica Portuguesa 32(1):70-77. Disponível em <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/10768/5592>

Reddy M (2015). *Introspecção e psicose* Indian J Psychol Medul-se . 37 (3): 257-260. DOI: 10.4103 / 0253-7176.162909: 10.4103 / 0253-7176.162909

Rispail, D. (2003). *“Conhecer-se Melhor para Melhor Cuidar -Uma abordagem no desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem”*. Lisboa, Lusociência. ISBN: 972-8383-42-8

Rogers, C. (1997). *Tornar-se Pessoa*. 5ªEd.São Paulo: Editora Martins Fontes

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2016). *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders*. Disponível em <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0004867416641195>

Ruivo, M., Ferrito, C., Nunes, L. (2010). *Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas*. Revista Percursos 15, 1-37. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Salgueiro, N. (2006). *O enfermeiro e a responsabilidade de se tornar competente*. Enfermagem e o Cidadão. 4 (10). p. 2-3. Disponível em: <http://www.infiressources.ca/fer/depot-documents/O%20enfermeiro%20e%20a%20responsabilidade%20de%20se%20tornar%20competente.pdf>

Sampaio, F., Sequeira, C., Lluch-Canut, T. (2014). *A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Ed. Esp. 1), 103-108. https://www.researchgate.net/publication/263473711_A_intervencao_psicoterapeutica_em_enfermagem_de_saude_mental_Conceitos_e_desafios

Sandkuhler, S., Bhattacharya, J. (2008). *Deconstructing Insight: EEG Correlates of Insightful Problem Solving*. PLoS ONE jan 3(1) DOI: 10.1371 / journal. pone.0001459

Santos, S; Nóbrega., M. (1996). *Teoria das relações interpessoais em enfermagem de Peplau: análise e evolução*. Revista Brasileira de Enfermagem jan-mar 49, (I): 55-64. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/reben/v49n1/v49n1a07.pdf>

Sassen, B. (2018). *Nursing: Health Education and Improving Patient Self-Management*: Springer

Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica - do diagnóstico à intervenção em saúde mental*. Coimbra: Quarteto Editora

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*: Lidel

Serrano, M.,Costa, A.,Costa, N. (2011). *Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s)*. Revista de Enfermagem Referência III (3):15-23. Disponível em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000100002

Sanghani, S., Petrides, G., Kellner, C. (2018). *Electroconvulsive therapy (ECT) in schizophrenia: review of recent literature*. Current Opinion in Psychiatry. 31(3):213-222, DOI:10.1097/YCO.0000000000000418

Shiozawa, P., Gomes, J., Ducos, D., Akiba, H., Dias, A., Trevizol, A.,Uchida, R.,Orlov N.,Cordeiro, Q. (2016). *Effect of transcranial direct current stimulation (tDCS) over the prefrontal cortex combined with cognitive training for treating schizophrenia: a sham-controlled randomized clinical trial*. Trends Psychiatry Psychother. 38(3) :175-177 DOI: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0043.7>

Silva, M., Restrepo, D. (2019). *Recuperación funcional en la esquizofrenia*. Revista Colombiana de Psiquiatria oct-dec, 48(4): 252- 260. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.08.004>

Sousa, D., Pinho, L.,Pereira, A. (2017). *Qualidade de vida e suporte social em doentes com esquizofrenia*. Psicologia Saúde & Doenças. apr 18 (1). DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180108>

Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (7^a ed.). Loures: Lusodidacta.

Stuart, G., Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e prática* .6^aed. Porto Alegre: Artmed Editora.

Tomey, A.; Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5.^a ed., Loures: Lusociência

Townsend M. (2011). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria – Conceitos e Cuidados na Prática Baseada na Evidência*. Loures: Lusociência

Taylor, C. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica* .13^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

The Joanna Briggs Institute, (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015*. Adelaide: JBI. Disponível em <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/JBI+Reviewer%27s+Manual5>

The Joanna Briggs Institute. (2017). *Critical Appraisal Tools*. Adelaide: JBI. Disponível em <http://joannabriggswebdev.org/research/critical-appraisal-tools.html>

Townsend M. (2011) *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria – Conceitos e Cuidados na Prática Baseada na Evidência*. Loures: Lusociência

Vanelli, I., Chendo, I., Gois, C., Santos, J., Levy, P. (2011). *Adaptação e validação da versão portuguesa da escala de adesão terapêutica*. Acta Medica Portuguesa 24(1): 017-020 Disponível em <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/348/118>

Vanelli, I., Chendo, I., Levy, P.; Figueira, M., Gois, C., Santos, J., Markova, I. (2010). *Adaptação Para Português Da Escala De Insight Marková E Berrios*. Acta Médica Portuguesa 23(6):1011-1016. Disponível em <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/748/425>

von Maffei ,C. , Görge, F. , Kissling, W., Schreiber, W., Rummel-Kluge, C. (2015). *Using films as a psychoeducation tool for patients with schizophrenia: a pilot study using a quasiexperimental pre-post design*. BMC Psychiatry. 15 DOI:10.1186/s12888-015-0481-2

Vrelland, B. (2012) *An evidence-based practice of Psychoeducation for schizophrenia*. Psychiatric Times. feb .29 (2) : 34-40. Disponível em <https://www.psychiatrictimes.com /view/evidence-based-practice-psychoeducation-schizophrenia>

Waldow, V., Lopes, M, Meyer, D. (1995). *Maneiras de cuidar. Maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Resumo da Revisão Integrativa da Literatura “Efetividade das intervenções psicoeducativas na pessoa com esquizofrenia”

Efetividade dos Programas Psicoeducacionais na Pessoa com Esquizofrenia

Efectividad de los Programas Psicoeducativos en Personas con Esquizofrenia

Effectiveness of Psychoeducational Programs in People with Schizophrenia

Marilinda Isabel dos Santos Chavertana¹, Raul Alberto Cordeiro², João Claudino Junceiro³, Maria Conceição Pereira Ferreira⁴

1 – Enfermeira de Cuidados Gerais no Serviço de Bloco Operatório-HDJMG da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano E.P.E., Mestranda na Escola Superior de Saúde de Portalegre;

2 - Professor Adjunto Escola Superior de Saúde de Portalegre, Doutor em Ciências e Tecnologias da Saúde - Desenvolvimento Humano e Social, Presidente do Conselho Técnico-Científico, Vice-Presidente do Conselho Geral do IPPortalegre, Gestor de Ensino e Formação ;

3- Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde de Portalegre, Mestre em Ecologia Humana ;

4-Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano E.P.E.

Autor responsável: Marilinda Chavertana

Email:chav.mari@gmail.com

Resumo

O cuidado ao indivíduo com esquizofrenia deve confluir num plano de tratamento multidisciplinar e centrado na pessoa, podendo incluir intervenções de âmbito psicoeducativo, o que torna imprescindível identificar quais os ganhos originados por esta abordagem terapêutica.

Objetivo: Identificar quais os ganhos decorrentes da psicoeducação na pessoa com esquizofrenia

Métodos: Revisão Integrativa da Literatura a partir da Pergunta de Partida “Será a implementação de programas de psicoeducação benéfica para as pessoas com esquizofrenia?” (Método PICO). Pesquisa efetuada na base dados b-on e na plataforma EBSCOhost web, considerando estudos redigidos em língua portuguesa, espanhola e inglesa, publicados entre 2015-2019. As palavras chave/descriptores foram validadas no DeCS e MeSH. Utilizou-se o carácter booleano “and” para auxiliar a pesquisa.

Resultados: Na pesquisa inicial obtiveram-se 316 artigos não duplicados tendo sido selecionados cinco artigos que avaliam programas psicoeducacionais para a pessoa com esquizofrenia.

Conclusões: Todos os estudos selecionados revelaram resultados positivos das intervenções psicoeducativas, permitindo agrupar os resultados em 6 categorias: Conhecimento, Adesão terapêutica, Gestão da doença, Sentimentos e emoções, Interações sociais e Repercussões nos cuidadores principais.

Descritores: esquizofrenia, conhecimento, educação, enfermagem.

Abstract

The care for individuals with schizophrenia must converge in a multidisciplinary and person-centered treatment plan, which may include interventions of a psychoeducational scope, which makes it essential to identify the gains originated by this therapeutic approach.

Objective: To identify the gains resulting from psychoeducation in people with schizophrenia

Methods: Integrative Literature Review based on the Starting Question "Is the implementation of psychoeducational programs beneficial for people with schizophrenia?" (PICO method). Research carried out on the b-on database and on the EBSCOhost web platform, considering studies written in Portuguese, Spanish and English, published between 2015-2019. The keywords / descriptors were validated in DeCS and MeSH. The Boolean character "and" was used to aid the search.

Results: In the initial research, 316 non-duplicated articles were obtained and five articles were selected that evaluate psychoeducational programs for people with schizophrenia.

Conclusions: All selected studies revealed positive results from psychoeducational interventions, allowing the results to be grouped into 6 categories: Knowledge, Therapeutic compliance, Disease management, Feelings and emotions, Social interactions and Repercussions on the main caregivers.

Descriptors: schizophrenia, knowledge, education, nursing.

Resumen

La atención a las personas con esquizofrenia debe converger en un plan de tratamiento multidisciplinario y centrado en la persona, que puede incluir intervenciones psicoeducativas, lo que hace que sea esencial identificar las ganancias derivadas de este enfoque terapéutico.

Objetivo: identificar las ganancias derivadas de la psicoeducación en personas con esquizofrenia

Métodos: Revisión integral de la literatura basada en la pregunta inicial "¿La implementación de programas psicoeducativos es beneficiosa para las personas con esquizofrenia?" (Método PICO). Investigación realizada en la base de datos b-on y en la plataforma web EBSCOhost, considerando estudios escritos en portugués, español e inglés, publicados entre 2015-2019. Las palabras clave / descriptores fueron validados en DeCS y MeSH. El carácter booleano "y" se utilizó para ayudar en la búsqueda.

Resultados: En la investigación inicial, se obtuvieron 316 artículos no duplicados, se les enseñaron cinco artículos que evalúan programas psicoeducativos para personas con esquizofrenia.

Conclusiones: Todos los estudios seleccionados revelaron resultados positivos de las intervenciones psicoeducativas, lo que permitió agrupar los resultados en 6 categorías: conocimiento, cumplimiento terapéutico, manejo de la enfermedad, sentimientos y emociones, interacciones sociales y repercusiones en los principales cuidadores.

Descriptores: esquizofrenia, conocimiento, educación, enfermería.

APÊNDICE 2

Plano de cuidados elaborado para a pessoa com esquizofrenia

Foco de Enfermagem	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções De Enfermagem	Fre-quência	Recursos	Resulta-dos de Enferma-gem
Adaptação	Adaptação comprometida	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar a adaptação -Assistir na modificação do comportamento: -Treinar habilidades sociais; -Encaminhar para grupo de apoio; -Executar / encaminhar para terapia de reminiscência; -Executar terapia recreacional -Facilitar a aprendizagem ao utente; -Promover a socialização; -Negociar contrato com o utente; -Promover a auto-responsabilização; -Facilitar licença de saída 	S.O.S.	<p>EEESMP</p> <p>Apoio da restante equipa interdisciplinar</p> <p>Materiais de Apoio</p>	<p>Capacidade de adaptação melhorada após 4 semanas</p>

		<ul style="list-style-type: none"> -Orientar antecipadamente para a crise; - Facilitar o envolvimento familiar; -Promover a auto-perceção positiva; -Promover o papel da família; 			
Adesão ao regime terapêutico	Adesão ao regime terapêutico comprometido	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar adesão ao regime terapêutico; -Escuta ativa; -Estimular o envolvimento da família; -Instruir sobre regime terapêutico; -Instruir efeito da medicação; -Facilitar aprendizagem; -Promover capacidade para gerir regime; -Encorajar autogestão da doença; -Vigiar comportamento de procura de saúde; -Promover auto-responsabilização; 	1x/turno S.O.S	EEESMP Apoio da restante equipa interdisciplinar	Adesão ao regime terapêutico melhorada após 4 semanas Manutenção da adesão ao regime terapêutico

		-Referenciar para o médico de família e/ou serviço social.		Materiais de Apoio	
Agitação	Agitação psicomotora em grau elevado	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre estratégias de redução da agitação - Executar apoio emocional - Executar contenção (química - mecânica – ambiental) em SOS - Treinar comportamento assertivo -Treinar técnicas de autocontrolo - Monitorizar agitação psicomotora - Vigiar agitação psicomotora 	<p>1x/turno</p> <p>S.O.S</p>	<p>EEESMP</p> <p>Apoio da restante equipa interdisciplinar</p> <p>Materiais de Apoio</p>	<p>Agitação nenhuma após 4 semanas</p>
Alucinação	Alucinação atual	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre alucinação - Assistir sobre gestão da alucinação - Executar orientação para a realidade - Executar reestruturação cognitiva - Executar técnicas de distração -Vigiar alucinação 	<p>1x/turno</p> <p>S.O.S</p>	<p>EEESMP</p> <p>Apoio da restante equipa interdisciplinar</p>	<p>Alucinação nenhuma após 4 semanas</p>

				Materiais de Apoio	
Ansiedade	Ansiedade moderada	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre estratégias de redução da ansiedade - Executar apoio emocional - Executar intervenção psicoeducativa - Executar relação de ajuda - Executar relaxamento - Treinar técnicas de autocontrolo - Treinar técnicas de relaxamento - Vigiar ansiedade 	<p>1x/turno</p> <p>S.O.S</p>	<p>EEESMP</p> <p>Apoio da restante equipa interdisciplinar</p> <p>Materiais de Apoio</p>	<p>Reduzir nível de ansiedade após 2 semanas</p>
Autocontrolo	Autocontrolo comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo - Informar sobre recursos da comunidade - Executar apoio emocional - Executar técnica de resolução de problemas - Treinar técnicas de autocontrolo - Vigiar autocontrolo 	<p>1x/turno</p> <p>S.O.S</p>	<p>EESMP</p> <p>Apoio da restante equipa interdisciplinar</p>	<p>Autocontrolo melhorado após 4 semanas</p>

				Materiais de Apoio	
Autoestima	Autoconceito comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre autoconceito - Executar aconselhamento - Executar apoio emocional - Executar intervenção para autoperceção positiva - Autoconsciencialização - Executar intervenção psicoeducativa - Executar programa de saúde mental positiva - Executar reestruturação cognitiva - Executar relação de ajuda - Vigiar autoconceito - aplicar escala de avaliação da autoestima de Rosenberg 	<p>1x/turno</p> <p>S.O.S</p>	<p>EEESMP</p> <p>Apoio da restante equipa interdisciplinar</p> <p>Materiais de Apoio</p>	<p>Autoestima melhorada</p> <p>após 4 semanas</p>
Cognição	Cognição comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre estratégias de estimulação da cognição - Instruir sobre técnicas auxiliares de compensação da memória 	<p>1x/turno</p> <p>S.O.S</p>	<p>EEESMP</p>	<p>Cognição melhorada</p> <p>após 4 semanas</p>

		<ul style="list-style-type: none"> -Executar estimulação cognitiva - Executar treino cognitivo - Vigiar cognição 		<p>Apoio da restante equipa interdisciplinar</p> <p>Materiais de Apoio</p>	
Comportamento	Comportamento aditivo	<ul style="list-style-type: none"> -Ensinar sobre comportamento aditivo(inclui informar sobre recursos comunitários) - Executar entrevista motivacional - Executar intervenção breve - Executar intervenção familiar - executar intervenção psicoeducativa - Executar reestruturação cognitiva - Treinar modificação de comportamento - Treinar técnicas de autocontrolo - Vigiar comportamento aditivo 	<p>1x/turno</p> <p>S.O.S</p>	<p>EEESMP</p> <p>Apoio da restante equipa interdisciplinar</p> <p>Materiais de Apoio</p>	<p>Comportamento aditivo nenhum após 4 semanas</p>
Confusão			1x/turno	EEESMP	

		<ul style="list-style-type: none"> -Ensinar Sobre Estratégias de Redução da Confusão - Executar Orientação para a Realidade - Vigiar Confusão 	S.O.S	<p>Apoio da restante equipa interdisciplinar</p> <p>Materiais de Apoio</p>	Confusão nenhuma após 4 semanas
Conhecimento		<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar atitude face à doença; -Avaliar conhecimento do cliente/família/cuidador sobre a doença ; -Ensinar cliente/utente/família/cuidador sobre doença (psico-educação) -Avaliar o nível de conhecimento sobre esquizofrenia já existente -Clarificar conceito de esquizofrenia -Identificar os diferentes tipos de sintomas ; 	1x/semana	EEESMP	

	Conhecimento sobre a doença diminuído	<ul style="list-style-type: none"> -Descrever as causas; -Promover a adesão terapêutica; -Advogar melhor atuação na crise. -Refletir e discutir acerca dos conteúdos apresentados -Promover diálogo e verbalização de dúvidas, bem como o seu esclarecimento sobre os conteúdos abordados -Avaliar aquisição de conhecimentos ao longo da sessão psicoeducativa 	S.O.S	<p>Apoio da restante equipa interdisciplinar</p> <p>Materiais de Apoio</p>	<p>Conhecimento sobre a doença melhorado</p> <p>após 4 semanas</p>
Coping	Coping comprometido	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar o coping; -Promover suporte emocional ao utente; -Otimizar a comunicação com a doente; -Apoiar tomada de decisão; -Encorajar relação complexa; -Otimizar sistema de apoio social. -Apoiar tomada de decisão; 	<p>1x/turno</p> <p>S.O.S</p>	<p>EEESMP</p> <p>Apoio da restante equipa interdisciplinar</p>	<p>Coping melhorado</p> <p>após 4 semanas</p>

		<ul style="list-style-type: none"> -Assistir na auto modificação; -Assistir na modificação do comportamento; -Escuta ativa; -Aumentar a socialização; -Promover auto percepção positiva 		Materiais de Apoio	
Crise	Crise familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre crise familiar (inclui informar sobre recursos comunitários) - Executar intervenção em crise -Executar intervenção familiar -Executar intervenção psicoeducativa - Executar técnica de resolução de problemas - Treinar competências sociais -Treinar estratégias de comunicação - Treinar o comportamento assertivo - Vigiar adaptação familiar 	<p>1x/turno</p> <p>S.O.S</p>	<p>EEESMP</p> <p>Apoio da restante equipa interdisciplinar</p> <p>Materiais de Apoio</p>	<p>Crise familiar melhorada após 4 semanas</p>
Dependência de álcool		<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre dependência de álcool 			

	Dependência do uso de álcool	<p>(inclui informar sobre recursos comunitários)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar entrevista motivacional - Executar intervenção breve - Executar intervenção familiar - Executar intervenção psicoeducativa - Executar modificação do comportamento - Executar reestruturação cognitiva - Prevenir síndrome de abstinência alcoólica - Treinar técnicas de autocontrolo - Vigiar consumo e privação alcoólica 	<p>1x/turno</p> <p>S.O.S</p>	<p>EEESMP</p> <p>Apoio da restante equipa interdisciplinar</p> <p>Materiais de Apoio</p>	<p>Dependência do uso de álcool nenhuma</p> <p>após 4 semanas</p>
Dependência de tabaco	Dependência do uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre dependência do tabaco (inclui informar sobre recursos comunitários) - Executar entrevista motivacional - Executar intervenção breve - Executar intervenção psicoeducativa 	<p>1x/turno</p> <p>S.O.S</p>		<p>Dependência do uso de tabaco melhorada</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Executar modificação do comportamento - Executar reestruturação cognitiva - Executar relação de ajuda - Treinar técnicas de autocontrolo - Vigiar consumo de tabaco 		<p>EEESMP</p> <p>Apoio da restante equipa interdisciplinar</p> <p>Materiais de Apoio</p>	após 4 semanas
Pensamento	<ul style="list-style-type: none"> - Pensamento comprometido 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre pensamento comprometido - Executar apoio emocional - Executar intervenção em crise - Executar reestruturação cognitiva - Treinar técnicas de autocontrolo - Vigiar pensamento 	<p>1x/turno</p> <p>S.O.S</p>	<p>EEESMP</p> <p>Apoio da restante equipa interdisciplinar</p>	<p>Pensamento comprometido</p> <p>nenhum</p>

				Materiais de Apoio	após 4 semanas
Pensamento	Processo de pensamento distorcido - presença de delírio de grandeza	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar a aceitação do estado de saúde; -Avaliar delírio; -Avaliar a atitude face à doença; -Vigiar comportamento; -Planear/oferecer escuta ativa; -Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos: -Gerir Comunicação -Gerir ambiente; -Diminuir estímulos promovendo ambiente calmo e evitando juízos de valor críticos ou confrontações. -Registar frequência, duração e tema do delírio; -Gerir atividade lúdicas; -Incentivar participação em atividade de distração; -Atenuar delírio; 	<p>1x/turno</p> <p>S.O.S</p>	<p>EEESMP</p> <p>Apoio da restante equipa interdisciplinar</p> <p>Materiais de Apoio</p>	Delírio nenhum ao fim de 4 semanas

		<ul style="list-style-type: none"> -Executar técnicas psicoterapêuticas; - Executar técnica de estimulação cognitiva; -Executar técnica de orientação para a realidade; -Informar o médico sobre pensamento alterado; -Gerir medicação em SOS. 			
Sono	Sono comprometido	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar sono -Determinar o padrão e sono/atividade do cliente -Monitorizar e registar o padrão de sono do cliente e a quantidade de horas dormidas -Ensinar sobre padrão de sono -Ensinar sobre higiene do sono -Estabelecer horários de sono -Incentivar o cliente a não adormecer durante o dia -Encorajar o cliente a estabelecer uma rotina de sono. 	<p>1x/turno</p> <p>S.O.S</p>	<p>EEESMP</p> <p>Apoio da restante equipa interdisciplinar</p> <p>Materiais de Apoio</p>	<p>Melhorar o padrão de sono ao fim de 2 semanas</p> <p>Não apresentar comprometimento do padrão de sono ao fim de 4 semanas</p>

		<ul style="list-style-type: none"> -Gerir a segurança do Ambiente -Proporcionar ambiente calmo e tranquilo -Reduzir quanto possível o ruído -Aumentar as medidas de conforto no leito -Facilitar o sono do individuo -Monitorizar a ingestão de alimentos ou líquidos ingeridos antes do horário do sono -Auxiliar a eliminar situações stressantes antes do horário de dormir; -Ensinar relaxamento muscular progressivo ou outras formas não farmacológicas de indução do sono -Administrar medicamentos para a indução do sono conforme-prescrição medica. 			
Fuga	Risco de Fuga	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar comportamento - Determinar com o cliente quais os impulsos (para fuga) 		EEESMP	Diminuir o risco de fuga após 2 semanas

		<ul style="list-style-type: none">- Instruir consciencialização (sobre consequências negativas da fuga)- Encorajar comunicação- Escutar cliente		<p>Apoio da restante equipa interdisciplinar</p> <p>Materiais de Apoio</p>	
--	--	---	--	--	--

APÊNDICE 3

Planificação das sessões

PLANO DE SESSÃO DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA

INSTITUIÇÃO	SERVIÇO	DATA	PÚBLICO ALVO	Utentes internados, com esquizofrenia e baixo insight
Esquizofrenia	Projeto de Intervenção Psicoeducativa Eureka! Sessão n.º1	00/00/2020	PÚBLICO ALVO	Utentes internados, com esquizofrenia e baixo insight
TEMA	DESIGNAÇÃO DA AÇÃO	OBJETIVO GERAL	FORMADOR (ES)	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (a designar)
Promover a melhoria do <i>insight</i> do utente acerca da sua situação de saúde	Apresentação do formador individual dos formandos	Método Expositivo/ Método Interrogativo	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	DURAÇÃO APROXIMADA (min)
Promover o conhecimento do utente acerca da doença;	Esquizofrenia: o que é? Epidemiologia da esquizofrenia; Causas da doença; Principal sintomatologia; Gestão dos sintomas.	Método Expositivo/ Método Interrogativo/ Método Participativo	INSTRUMENTOS PEDAGÓGICOS	T/P P
	Dinâmica de grupo	Computador com ligação à internet Webcam Data Show Material necessário para a dinâmica de grupo	Observação	5
	Discussão da dinâmica de grupo			25
				15
				15
				OBS. Dinâmica de grupo sugerida: Quem sou eu?

PLANO DE SESSÃO DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA

INSTITUIÇÃO	SERVIÇO	DATA	PÚBLICO ALVO	Utentes internados, com esquizofrenia e baixo insight
TEMA	DESIGNAÇÃO DA AÇÃO	OBJETIVO GERAL	FORMADOR (ES)	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (a designar)
Esquizofrenia	Projeto de Intervenção Psicoeducativa Eureka! Sessão nº2	Promover no utente internado, com esquizofrenia e baixo insight competências para melhor gerir a sua situação de saúde, enfatizando a promoção do <i>insight</i> .		

OBJETIVOS ESPECÍFICO	TEMAS/ CONTEUDOS	MÉTODOS E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	INSTRUMENTOS PEDAGÓGICOS	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	DURAÇÃO APROXIMADA (min)		OBS.
					T/P	P	
Promover a adesão ao tratamento; Prevenir recaídas;	Síntese dos conteúdos abordados na sessão anterior Opções de tratamento na esquizofrenia; Plano terapêutico; Gestão do tratamento; Principal medicação utilizada no tratamento da esquizofrenia, efeitos esperados e efeitos colaterais. Como prevenir recaídas; Sinais de Alerta Elaboração de plano de emergência.	Método Expositivo/ Método Interrogativo Método Expositivo/ Método Interrogativo/ Método Participativo	Computador com ligação à internet Webcam Data Show Material necessário para a dinâmica de grupo	Observação/Aplicação da Escala MARS na 6ª sessãopsicoeducativa/ Avaliação de Indicador standatt	5	25	Dinâmica de grupo sugerida: Jogo de interpretação de papéis

PLANO DE SESSÃO DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA

INSTITUIÇÃO	I	SERVIÇO	Serviço de Psiquiatria	DATA	00/00/2020	PÚBLICO ALVO	Utentes internados, com esquizofrenia e baixo insight
TEMA	Esquizofrenia	DESIGNAÇÃO DA AÇÃO	Projeto de Intervenção Psicoeducativa Eureka! Sessão nº2	OBJETIVO GERAL	Promover no utente internado, com esquizofrenia e baixo insight competências para melhor gerir a sua situação de saúde, enfatizando a promoção do <i>insight</i> .	FORMADOR (ES)	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (a designar)

OBJETIVOS ESPECÍFICO	TEMAS/ CONTEUDOS	MÉTODOS E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	INSTRUMENTOS PEDAGÓGICOS	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	DURAÇÃO APROXIMADA (min)		OBS.
					T/P	P	
Promover a adesão ao tratamento;	Dinâmica de Grupo Análise da dinâmica de grupo	Método Expositivo/ Método Interrogativo/ Método Participativo	Computador com ligação à internet Webcam Data Show Material necessário para a dinâmica de grupo	Observação/Aplicação da Escala MARS na 6ª sessão psicoeducativa/ Avaliação de Indicador standart	15	15	Dinâmica de grupo sugerida: Jogo de interpretação de papéis
Prevenir recaídas;							

PLANO DE SESSÃO DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA

INSTITUIÇÃO	SERVIÇO	DATA	PÚBLICO ALVO
Esquizofrenia	Serviço de Psiquiatria	00/00/2020	Utentes internados, com esquizofrenia e baixo insight
TEMA	DESIGNAÇÃO DA AÇÃO	OBJETIVO GERAL	FORMADOR (ES)
Esquizofrenia	Projeto de Intervenção Psicoeducativa Eureka! Sessão nº3	Promover no utente internado, com esquizofrenia e baixo insight competências para melhor gerir a sua situação de saúde, enfatizando a promoção do <i>insight</i> .	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (a designar)

OBJETIVOS ESPECÍFICO	TEMAS/ CONTEÚDOS	MÉTODOS E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	INSTRUMENTOS PEDAGÓGICOS	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	DURAÇÃO APROXIMADA (min)		OBS.
					T/P	P	
Promover hábitos de vida saudáveis;	Síntese dos conteúdos abordados na sessão anterior	Método Expositivo/ Método Interrogativo	Computador com ligação à internet Webcam Data Show Material necessário para a dinâmica de grupo	Observação Registo das características do sono no Processo de Enfermagem	5		Dinâmica de grupo sugerida: A nossa história
	Hábitos de vida saudáveis O Sono e a sua importância; Abuso de substâncias -Tabaco -Álcool -Droga	Método Expositivo/ Método Interrogativo/ Método Participativo		Aplicação da Escala ASSIST na 6ª sessão psicoeducativa/	25		
Dinâmica de grupo:					15		
Análise da dinâmica de grupo					15		

PLANO DE SESSÃO DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA

INSTITUIÇÃO	SERVIÇO	DATA	PÚBLICO ALVO	Utentes internados, com esquizofrenia e baixo insight		
Esquizofrenia	Projeto de Intervenção Psicoeducativa Eureka! Sessão nº4	00/00/2020				
TEMA	DESIGNAÇÃO DA AÇÃO	OBJETIVO GERAL	FORMADOR (ES)	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (a designar)		
		Promover no utente internado, com esquizofrenia e baixo insight competências para melhor gerir a sua situação de saúde, enfatizando a promoção do <i>insight</i> .				
OBJETIVOS ESPECÍFICO	TEMAS/ CONTEÚDOS	MÉTODOS E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	INSTRUMENTOS PEDAGÓGICOS	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	DURAÇÃO APROXIMADA (min)	OBS.
Incentivar as relações interpessoais;	Síntese dos conteúdos abordados na sessão anterior	Método Expositivo/ Método Interrogativo	Computador com ligação à internet Webcam Data Show Material necessário para a dinâmica de grupo	Observação	5	Dinâmica de grupo sugerida: O Espelho
Promover a inclusão comunitária	Estigma: como lidar com ele; Relações interpessoais: -Família -Amigos -Trabalho -Comunidade Dinâmica de grupo: Análise e discussão da dinâmica de grupo	Método Expositivo/ Método Interrogativo/ Método Participativo		Aplicação da Escala EIC-APP na 6ª sessão psicoeducativa	10 15	
					15	
					15	

PLANO DE SESSÃO DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA

INSTITUIÇÃO	SERVIÇO	DATA	PÚBLICO ALVO
Esquizofrenia	Serviço de Psiquiatria	00/00/2020	Utentes internados, com esquizofrenia e baixo insight
TEMA	DESIGNAÇÃO DA AÇÃO	OBJETIVO GERAL	FORMADOR (ES)
Esquizofrenia	Projeto de Intervenção Psicoeducativa Eureka! Sessão nº5	Promover no utente internado, com esquizofrenia e baixo insight competências para melhor gerir a sua situação de saúde, enfatizando a promoção do <i>insight</i> .	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (a designar)

OBJETIVOS ESPECÍFICO	TEMAS/ CONTEÚDOS	MÉTODOS E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	INSTRUMENTOS PEDAGÓGICOS	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	DURAÇÃO APROXIMADA (min)		OBS.
					T	P	
Melhorar as estratégias de coping do utente com esquizofrenia.	Síntese dos conteúdos abordados na sessão anterior	Método Expositivo/ Método Interrogativo	Computador com ligação à internet Webcam	Observação	5		Dinâmica de grupo sugerida: Sessão de relaxamento
	Gestão do stress	Método Expositivo/ Método Interrogativo/ Método Participativo	Data Show Material necessário para a dinâmica de grupo	Aplicação da Escala Brief Cope na 6ª sessão psicoeducativa	5		
	Experiência individual de doença,				10		
	Situações particulares: -Suicídio -Gravidez -Sexualidade				15		
	Dinâmica de grupo				15		
Análise e discussão da dinâmica de grupo					15		

PLANO DE SESSÃO DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA

INSTITUIÇÃO		SERVIÇO	Serviço de Psiquiatria	DATA	00/00/2020	PÚBLICO ALVO	Utentes internados, com esquizofrenia e baixo insight
TEMA	Esquizofrenia	DESIGNAÇÃO DA AÇÃO	Projeto de Intervenção Psicoeducativa Eureka! Sessão nº6	OBJETIVO GERAL	Promover no utente internado, com esquizofrenia e baixo insight competências para melhor gerir a sua situação de saúde, enfatizando a promoção do <i>insight</i> .	FORMADOR (ES)	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (a designar)

OBJETIVOS ESPECÍFICO	TEMAS/ CONTEÚDOS	MÉTODOS E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	INSTRUMENTOS PEDAGÓGICOS	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	DURAÇÃO APROXIMADA (min)		OBS.
					T/P	P	
Avaliação das sessões formativas do PIP Eureka!	Síntese dos conteúdos abordados na sessão anterior	Método Expositivo/ Método Interrogativo	Computador com ligação à internet Webcam Data Show Material necessário para a dinâmica de grupo	Observação	5		Dinâmica de grupo sugerida: A carta
Preenchimento de instrumentos de Avaliação	Síntese e discussão das temáticas abordadas	Método Expositivo/ Método Interrogativo/ Método Participativo			10		
	Preenchimento de instrumentos de avaliação: -Medication Adherence Rating Scale (MARS). -ASSIST - Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test. - Brief Coping - Escala de integração comunitária de adultos com problemas psiquiátricos -Escala de Insight de Marková e Berrios -Questionário de Satisfação com a formação				15		
	Dinâmica de grupo de Encerramento				15		
	Conclusão				15		

APÊNDICE 4

Síntese da planificação do PIP Eureka!

Intervenções Psicoeducativas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Promoção do *Insight* na Pessoa com Esquizofrenia

Título: Projeto de Intervenção Psicoeducativa Eureka!

Data 06/2020

Justificação: Uma vez que a pessoa com esquizofrenia frequentemente apresenta diminuição do insight, as intervenções que fomentem a sua promoção são desejáveis, podendo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica implementar intervenções psicoeducativas nesse sentido.

Objetivo geral: Promover no utente internado, com esquizofrenia e baixo *insight* competências para melhor gerir a sua situação de saúde, enfatizando a promoção do *insight*.

Objetivos específicos: Perceber quais as repercussões da psicoeducação na pessoa com esquizofrenia;
 Promover a melhoria do *insight* do utente acerca da sua situação de saúde;
 Promover o conhecimento do utente acerca da doença;
 Promover a adesão ao tratamento;
 Prevenir recaídas;
 Promover hábitos de vida saudáveis;
 Incentivar as relações interpessoais;
 Promover a inclusão comunitária;
 Melhorar as estratégias de *coping* do utente esquizofrénico.

Sessão nº	Conteúdos principais
1	Apresentação dos formandos, formadores e programa. Epidemiologia da esquizofrenia, causas e sintomatologia Gestão dos sintomas
2	Plano terapêutico e gestão do tratamento A medicação e os seus efeitos colaterais Prevenção de recaídas/plano de emergência
3	Hábitos de vida saudáveis Sono Abuso de substâncias -Tabaco -Álcool -Droga
4	Estigma Família, amigos, trabalho e comunidade
5	Gestão do stress Experiência individual de doença Situações particulares -Suicídio -Gravidez -Sexualidade
6	Resumo dos conteúdos anteriormente abordados Avaliação

Tipo de Meios	Quantidade	Descrição	Custo
Recursos Humanos	1	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica	500,16 €
	1	Empresa de análise dados	600,00 €
Recursos Tecnológicos	1	Computador Portátil	800,00 €
	1	Projektor Multimédia	340,00 €
	1	Gerador de Código QR Ex: Gerador QR	0,00€
	1	Página de Facebook	0,00€
	1	Plataforma de áudio e vídeo online Ex: Zoom	0,00€
	1	Conjunto de aplicativos para escritório livre multiplataforma Ex: OpenOffice	0,00€
Recursos Materiais	6	Impressões de folheto papel de gramagem elevada	10,00€
	Vários	Materiais de Escritório	100,00 €
	1	Sala para apresentação	0,00€
	1	Participação em eventos científicos	500,00 €
	1	Outros custos	100,00 €
Total			2950,16 €

Custos associados ao PIP Eureka!

Planeamento das sessões do PIP Eureka!

Principais constrangimentos identificados
Plano não integra a família e os cuidadores.
Eventual falta de adesão e participação dos utentes
Eventual agudização de sintomatologia
Trabalho em grupo poderá gerar conflitos
Número de utentes internados em simultâneo baixo
Eventual alta durante o projeto

Principais constrangimentos identificados no PIP Eureka!

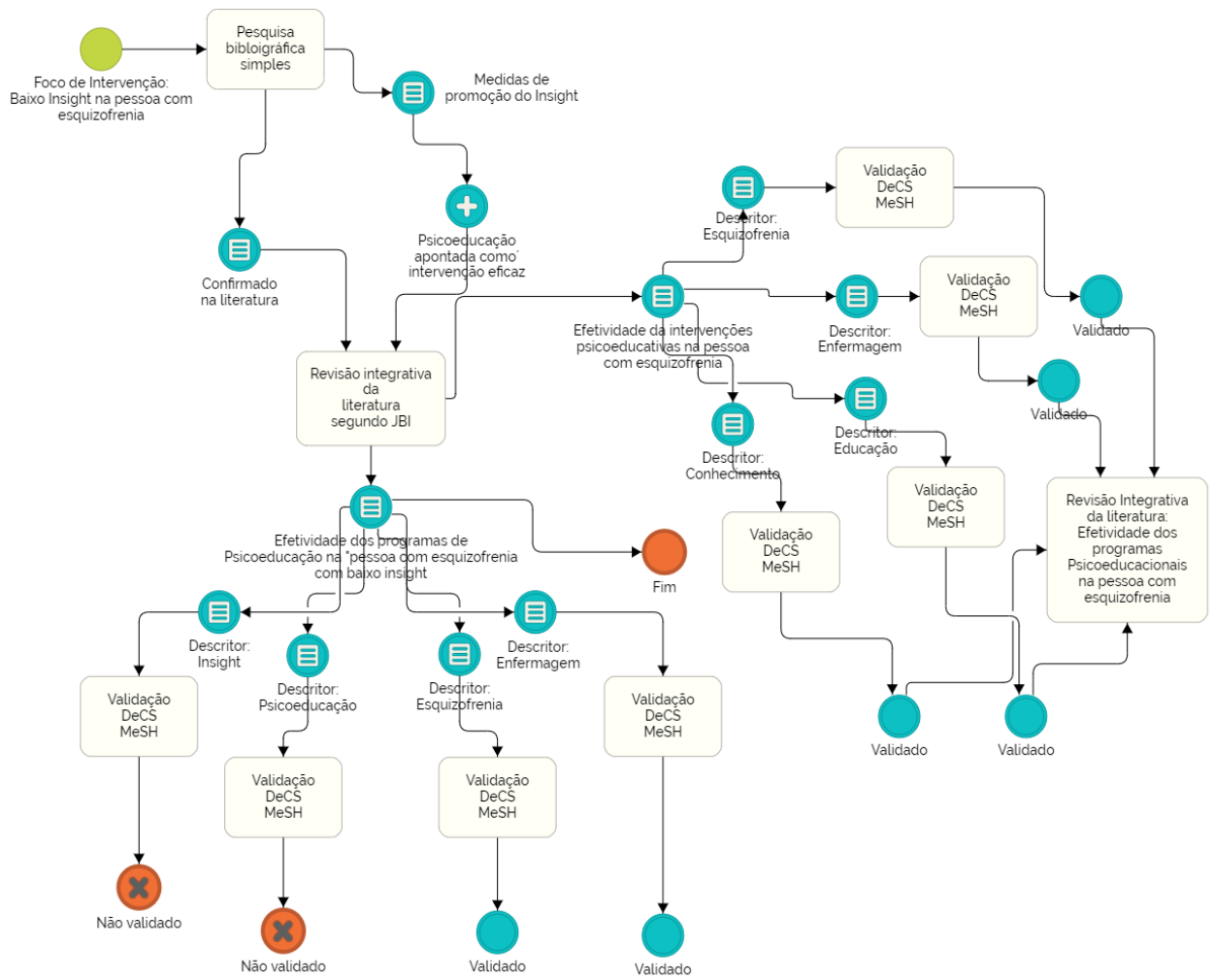
Principais constrangimentos
Revisão integrativa da literatura
Processo de Enfermagem
Escala de <i>Insight</i> de Marková e Berrios
Medication Adherence Rating Scale (MARS)
ASSIST - Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test
Brief Cope
EIC-APP-Escala de Integração Comunitária de Adultos com Problemas Psiquiátricos
Questionário de satisfação com a formação

Instrumentos de avaliação utilizados no PIP Eureka!

APÊNDICE 5

Fluxograma de processo da Revisão Integrativa da Literatura “Efetividade das intervenções psicoeducativas na pessoa com esquizofrenia”

Intervenções Psicoeducativas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Promoção do *Insight* na Pessoa com Esquizofrenia



APÊNDICE 6

Indicador PIP Eureka!

Indicador Standard de Eficiência do PIP Eureka!	
Indicador:	Taxa de Incidência de utentes com esquizofrenia que aumentaram o insight após frequência do PIP Eureka!
Objetivo	Demonstrar que a intervenção psicoeducativa do EESMP em utentes com esquizofrenia com baixo insight influenciam o mesmo
Standard do Serviço	Aumentar em 20% a Taxa de incidência utentes com score da Escala de Insight de Markova e Berrios > 15 após frequência do PIP Eureka! imediatamente após a conclusão do PIP Eureka! e 15% após 6 meses.
População Alvo	Utentes internados no Serviço de Psiquiatria Agudos com esquizofrenia e com baixo <i>insight</i>
Critérios de Exclusão	Utentes que não frequentaram todas as sessões do PIP Eureka! Utentes que abandonaram o PIP Eureka! Antes do seu término
Descrição do Indicador	Indicador epidemiológico que evidencia a relação entre o número de utentes com esquizofrenia com baixo insight e o número de utentes cujo score da Escala de Marková e Bérrios aumentou após frequência do PIP Eureka
Tipo de Falha Subjacente	Falha nos registos Recusa do utente Abandono precoce da frequência do PIP Eureka Recursos humanos inadequados ao Serviços
Objetivo de Monitorização	Determinar a percentagem de utentes esquizofrénico no qual o insight aumento após PIP Eureka!
Fórmula	Numerador: N ^o de utentes com esquizofrenia e com score da Escala de Insight de Markova e Berrios > 15 após frequência do PIP Eureka! (A) Denominador: N ^o de utentes que frequentaram e concluíram o PIP Eureka! $A/B \times 100$
Unidade de Medida	Percentagem
Frequência da Monitorização	1 ^a Avaliação: 00/00/2020 2 ^a Avaliação: após 6 semanas 3 ^a Avaliação: 6 meses após a 2 ^a avaliação
Fonte de Dados	Escala de Insight de Markova e Berrios
Responsável pela Colheita dos Dados	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica responsável pela implementação do Projeto de Intervenção Psicoeducativa Eureka!

APÊNDICE 7

Questionário de satisfação com a formação

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO ACERCA DO PIP EUREKA!

Data:

Caro participante

Chegámos ao fim destas 6 semanas de encontros e partilha de experiências.

Solicitamos o preenchimento deste questionário de forma anónima e sincera, pois só assim podemos melhorar e dar respostas mais adequada às suas necessidades.

Agradecemos a sua colaboração e a sua presença neste percurso que caminhámos juntos.

Coloque um x no quadrado que corresponda à sua opinião:

1. Avaliação das sessões

Qual a sua opinião relativamente:	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito bom	Excelente
1.1 Conteúdo das sessões					
1.2 Relevância dos temas					
1.3 À documentação recebida					
1.4 Aos recursos pedagógicos					
1.5 Aplicabilidade na sua vida diária					

2. Grau de satisfação de um modo geral:	Insatisfeito	Satisfeito	Totalmente satisfeito
2.1 Relativamente ao formador			
2.2 Relativamente às sessões			
2.3. Relativamente ao espaço			

3. Avaliação do formador

De um modo geral, qual a sua opinião relativamente:	Insatisfeito	Satisfeito	Totalmente satisfeito
3.1 Ao domínio dos temas e conteúdos abordados			
3.2 À dinamização e incentivo à participação			
3.3 À linguagem utilizada			

4. Qual/quais os temas que gostaria de ver abordado (s) em próximas oportunidades?

5. Que gostou mais ao longo destas sessões? E o que gostou menos? Que observações ou sugestões pretende apresentar?

Agradecemos a sua colaboração

APÊNDICE 8

Relato do caso estudado

EXPOSIÇÃO DO CASO

O Sr. João tem 24 anos, reside numa cidade alentejana fazendo parte do seu agregado familiar a mãe (antecedentes de Lúpus e doença mental, sem emprego), o pai (sem antecedentes de saúde conhecidos, camionista estando por motivos laborais ausente por longos períodos com frequência) uma irmã e o cunhado.

É o segundo, juntamente com uma irmã gémea, de uma frataria 4 irmãos, sendo o único do género masculino.

Deu entrada no serviço de urgência de um Hospital da região do Alentejo, no dia 06/05/2019, vindo do serviço de urgência do Hospital de São José em Lisboa.

Segundo observação efetuada no Hospital de São José estava vigíl, orientado e embora apresentasse contacto tenso não demonstrava a agitação nem agressividade, colaborando pouco na entrevista e negando qualquer problema. Aparentava ideação delirante de temática persecutória, ideias de auto-referência, alguma desorganização conceptual e humor predominantemente eutimico, não tendo insight para a situação, mas aceitando a realização de exames complementares de diagnóstico.

De acordo com o diário clínico, quando chegou Hospital da região do Alentejo apresentava-se um pouco sonolento, vestido com o pijama do hospital. Acedendo com facilidade à entrevista, apresentava atenção captável mas distraía-se facilmente com outro estímulo que não foi possível identificar. Ficou em internamento compulsivo.

Aquando a primeira observação médica apresentava o humor eutimico, evidenciando contacto sintónico, sendo afável, mas permanecendo distraído e olhando para as paredes, rindo-se sem motivo, o que sugeria a existência de algo merecedor da sua atenção. Segundo o psiquiatra que o observou por vezes evidenciava uma postura de escuta, apresentando discurso de débito normal, mas pouco elaborado, não se apurando alterações da forma, do curso nem do conteúdo do discurso. Exames complementares de diagnóstico aparentemente sem alterações e resultado de análises negativo para canabinóides anfetaminas, cocaína e opióides. Permanecia sem insight para a sua situação clínica.

A família afirma que o Sr. João “Sempre foi muito desconfiado. Se alguém olha para ele acha que estão a falar dele. Sempre se inferiorizou” (sic).

Referem também diversos episódios com ideias de auto-referência (por exemplo sair do autocarro muito antes do destino por achar e as pessoas falavam dele por estar a cheirar a suor). Descrevem o Sr. João como uma pessoa irrequieta e faladora, falando mais que as outras pessoas, muito infantil e pouco responsável, tendo grande apoio por parte das irmãs. Dizem também

que embora não tenha dívidas apresentava gastos excessivos, fazia muitas apostas nomeadamente no Placard, chegando a perder 100-200 euros. O pai repreendia-o por ele beber muito e não ter dinheiro para mais nada. A irmã relata um episódio que ocorreu quando o Sr João tinha 19 anos : “ Foi apanhado a dar banho numa fonte na rotunda...parecia bêbado mas os amigos disseram que ele pouco tinha bebido mas ele nunca quis falar disso e só diz que não se lembra de nada”(sic)

A irmã relata que na quinta-feira, 2 de maio ,notaram as primeiras alterações no comportamento do utente, referindo que “ começou a partilhar muitas coisas no Facebook, o que não era habitual .Olhava para o teto e parecia que estava a ouvir alguém... depois punha a TV cada vez mais alto... agarrava a cabeça dizendo que esta lhe doía. Só bebia leite e ria-se para a TV. Começou a esfregar as mãos com muita força e sem parar e a dizer que ia mudar de vida, que agora é que era” (sic).

Segundo a irmã “tirou a roupa dos armários, queria mudar de vida, queria mudar de estilo, que ia deixar de beber... deixou de dormir!”(sic). Refere também que “não reagia quando chamado, não queria sair de casa, ria-se para a televisão sem motivo, subia e descia o som de televisão, benzia-se muito enquanto olhava para as fotografias da família... ora ria, ora chorava” (sic).

A família relata também que o Sr. João sempre teve uma preocupação muito própria com os seus auto-cuidados, nomeadamente com a sua higiene pessoal, mas que nesse dia tomou banho 4 vezes e deitou a roupa para o lixo. Afirmam também que nos dias seguintes não dormiu e que na semana antes tinha batido à porta da irmã e acordado cunhado porque acreditava que a casa estava assombrada- aparentemente sugestionado por programa de televisão.

Pedia para lhe tirarem fotografias. foi cortar o cabelo e arranhou conflitos achando que estava a ser gozado. “Dizia eu estou a ficar maluco!” (sic) e depois disse ao cunhado “ não conheces a minha irmã”, benzendo-se repetidamente.

A irmã refere que a mãe tem Lúpus e doença mental afirmando que a mesma “ já teve um surto psicótico, é obsessiva-compulsiva, havendo ainda uma suspeita de esquizofrenia” (sic), dizendo “ainda não aprendemos a lidar com os problemas da minha mãe...e agora outro...”(sic).

Foi proposto o internamento na psiquiatria, que aceitou, com hipótese diagnóstica de psicose a esclarecer. Prescritos antipsicóticos, ansiolíticos e estabilizadores do humor.

Durante o internamento apresentou agitação psicomotora, correndo no corredor e fazendo flexões. Tem dificuldade em permanecer sentado e concentrado tem alguma atividade ou conversa por mais de 10 minutos.

Por vezes verborreico, difícil de interromper, com algumas respostas tangenciais. frequentemente parece que a sua atenção é captada por estímulos não identificáveis.

Durante a primeira entrevista de enfermagem interrompeu o discurso, fixou o olhar na parede, sorriu e disse “Sou o João, tenho 24 anos e sou magro e moreno” (sic). Posteriormente retomou a interação com a enfermeira.

Evidencia comportamentos bizarros, apresentando movimentos injustificados a nível dos membros superiores (refere que está a reproduzir os movimentos que fazia quando trabalhava na lenha), benzendo-se várias vezes erguendo as mãos para cima (diz benzer-se em benefício dos que lhe são queridos), cheira as axilas repetidamente (refere cheirar a tabaco e suor), troca frequentemente de roupa e lava os dentes várias vezes. Estes comportamentos parecem sugerir atividade delirante/alucinatória olfativa. Em momentos pontuais leva a mão à testa e faz uma expressão de dor/ desagrado, que justifica como estando a sentir “desilusão” (sic).

Apesar dos comportamentos referidos encontra-se colaborante quanto solicitado, orientado no espaço, no tempo e para a pessoa, evidenciando discreta irritabilidade, exacerbada quando se tenta explorar atividade alucinatória, referindo “Eu não sou maluco!” (sic).

Frequentemente não se recorda factos recentes, não conseguindo responder quando questionado a que se deve a determinado comportamento (por exemplo benzer-se), tentando alterar temática da conversa.

Embora nos contactos verbais o discurso seja perceptível, sem dificuldades de articulação, sem alterações do volume, sem alterações gramaticais e sintáticas evidentes, manifesta aceleração do pensamento, afrouxamento associativo de ideias e alguma dificuldade em responder de forma adequada ao que se lhe pergunta, assim como estruturar uma narrativa do que aconteceu recentemente, alternando por vezes um discurso aparentemente lógico com factos ou ideias descontextualizados ou que não correspondem claramente à realidade. Durante a entrevista afirma: “ eu estou a sofrer muito por amor... apaixonei-me pela Rita Pereira , namorava com ela, ela dizia que eu era o melhor até que o Angélico, mas só tenho feito porcaria... desiludi-a e ela agora não quer nada comigo”(sic) , seguidamente começa a cantar músicas do grupo musical D'ZRT e a dizer que “o meu sonho é participar na Casa dos Segredos” (sic). Muitas vezes, quando olha para o telefone vermelho que se encontra no corredor do serviço começa a cantar uma música, que segundo o utente corresponde a música do genérico da Casa dos Segredos.

Na 2ª entrevista refere ter tido vários relacionamentos fugazes com “várias mulheres fáceis” (sic) e “três namoradas a sério”(sic). Afirma que os relacionamentos terminaram por culpa dele, não querendo especificar o motivo, a não ser o último relacionamento, com a A.M, terminado à cerca de 6 meses, cujo o fim atribui aos ciúmes exagerados referindo que “até tinha ciúmes do meu melhor amigo, um irmão para mim” (sic). Afirma que por vezes “andava metido em confusões porque me gozavam e eu respondia e também por causa dos ciúmes dos amigos

andarem junto às minhas namoradas e falarem com elas...sabe, às vezes não me consigo controlar...fervo logo!"(sic). Refere ter uma relação conflituosa com a ex-namorada e uma relação distante com as outras duas. Nega ter qualquer relacionamento romântico de momento.

Diz frequentemente que "tenho de pedir desculpa a todos, à ex-namorada, aos amigos, à família e aos meus patrões, porque os desiludi a todos" (sic). Assume não ter namorado com a Rita Pereira, como tinha afirmado anteriormente, mostrando-se surpreso por ter feito essa afirmação.

Quando estimulado a relatar as suas vivências de forma escrita apresenta fuga de ideias, frases incoerentes e discurso desorganizado. Embora, mostre grande interesse e vontade de escrever inicia a narrativa escrita várias vezes sem sucesso, até conseguir concluí-la. (Figuras 1 a 4).

Durante as entrevistas negou aspetos negativos relacionados com o desenvolvimento psicomotor, descartando problemas com figuras de autoridade ou com os pares, referindo boa integração na escola. Nega reprovações ao longo do percurso escolar, referindo que terminou a escola aos 19 anos, tendo no último ano ficado a fazer melhoria de nota. Afirma ter concluído o 11º ano de escolaridade faltando uma disciplina para terminar 12º ano. Assume não ter terminado o secundário por não se conseguir concentrar nas aulas e no estudo em casa.

Após abandonar a escola tem tido diversos empregos, sobretudo a nível do sector primário (refere ter trabalhado na poda e desbaste de árvores, na limpeza de mato, juntar pedra) tendo desempenhado as suas atividades laborais essencialmente na área agrícola ou serviços associados (diz ter trabalhado na lenha, onde cortava e juntava os troncos que posteriormente seriam vendidos ao cliente), afirmando ainda que no ano passado trabalhou durante 3 meses numa grande superfície comercial, de onde foi despedido devido a chegar tarde vários dias seguidos, o que segundo o utente se deveu "às noitadas, às cervejas e às mulheres"(sic).

Afirma ter trabalhado agricultura até a cerca duas semanas antes da admissão no serviço, sendo despedido devido a conflitos com o chefe. Refere que "Quando sair tenho que pedir desculpa a muita gente, aos chefes, ao meu pai e à Rita" (sic).

Segundo o utente recentemente tem "feito muitas asneiras por causa do álcool e das mulheres fáceis" (sic). Diz ter começado a ingerir álcool e a fumar tabaco cerca dos 13 anos afirmando que "piorou quando deixei a escola. Tinha mais tempo livre e depois quando comecei a trabalhar ainda foi ainda pior porque tinha dinheiro no bolso para comprar. Agora desde que acabei com a minha namorada ainda é pior...bebo para esquecer" (sic). Acrescenta também que "envergonhei os meus pais... eu pensava que eles não sabiam mas o meu pai tem muitos amigos e soube... eu tinha a mania que sabia tudo e passava a noite acordado a gastar dinheiro e o dia a dormir enquanto o meu pai se fartava de trabalhar e eu só ficava em casa a fumar"(sic).

Afirma ter sentido aumento de energia e bom humor quando saia à noite mas de manhã não se conseguia levantar e “ ficava todo o dia no quarto a fumar enquanto a minha mãe estava fechada no quarto dela toda vestida de preto, triste, a ver o programa da Fátima Lopes e a precisar dos dentes novos”(sic). Refere dormir pouco devido a intensa atividade noturna mas diz sentir necessidade de dormir durante o dia, não conseguindo acordar de manhã. Não consegue explicar se haveria aumento da atividade psicomotora.

Quando questionado acerca das relações familiares que estabelece refere o que é uma família unida, manifestando maior proximidade com a mãe.

Afirma não saber porque a família levou para o hospital: “Não sei porque estou aqui, não me lembro de nada e eles não disseram mas sei que é por causa de estar apanhado no álcool!”(sic)

Muda de assunto quando se tenta esclarecer a história pregressa, nomeadamente a presença de períodos maníacos/ depressivos ou a prévia existência de sintomas psicóticos, referindo que não sabe nada acerca disso e que tem coisas mais importantes para falar.

Quando incentivado a falar dessas “coisas importantes” afirmar já não se recordar o que são essas coisas.

Refere, no entanto, que “eu já cheiro mal à muito tempo e nem tenho roupa de pessoa, não tenho nada em condições, toda a gente fala mal de mim é uma vergonha, não acha Senhora Enfermeira?” (sic).

Não considera estar doente, não reconhecendo a sua situação clínica e pedindo alta frequentemente. Afirma “se não me deixar sair a bem eu saio a mal...preciso de um táxi” (sic). Devido agitação e a insistência de alta foi necessário administrar medicação SOS diversas vezes. Por vezes recusa a medicação prescrita.

Após várias semanas de internamento nas quais foram feitos vários ajustes terapêuticos, implementada terapia ocupacional e intervenções especializadas de enfermagem, o Sr. João demonstra comportamentos bizarros com menos frequência, melhor controlo dos impulsos, nomeadamente a nível dos hábitos tabágicos, troca de roupa e uso de desodorizante excessivos, mantendo no entanto a sintomatologia anteriormente descrita, nomeadamente atenção facilmente dispersável, período em que manifesta comportamentos sugestivos de atividade alucina-tória a auditiva e visual, respostas evasivas quando se tenta explorar essa possibilidade, fuga de ideias e falta de insight para a sua situação clínica.

Parece manter-se sem crítica para o seu estado psicopatológico aceitando passivamente tratamento e internamento, aparentemente por assumir que está a ser punido/tratado para o seu problema com o álcool.

Nas últimas 2 semanas, de forma espontânea, sem aparente fator desencadeante, manifesta períodos de ansiedade referindo que “Estou mal! Preciso de falar! Tenho o coração a bater muito! Estou todo a tremer e a suar! Olhe as minhas mãos! Nem consigo respirar!” (sic). Não consegue dizer o que desencadeia esses episódios mas refere que “Não gosto de racismo! O racismo é mau! Tenho medo de ficar assim para sempre e deixar de ser quem sou! Eu não sou maluco. Acredita em segundas oportunidades Sra Enfermeira? Vou deixar o álcool, mudar de vida...” (sic). Quando se acalma pergunta “Eu estou maluco do álcool!? Isto passa!? Como é vou viver assim? Que vai ser de mim!?”

Autonomia a nível dos auto-cuidados mantida ao longo do internamento alimentando-se bem. Não consegue gerir a sua roupa, cigarros ou outros bens, manifestando comprometimento na sua funcionalidade. Atualmente assume-se como hipótese de diagnóstico médico esquizofrenia.

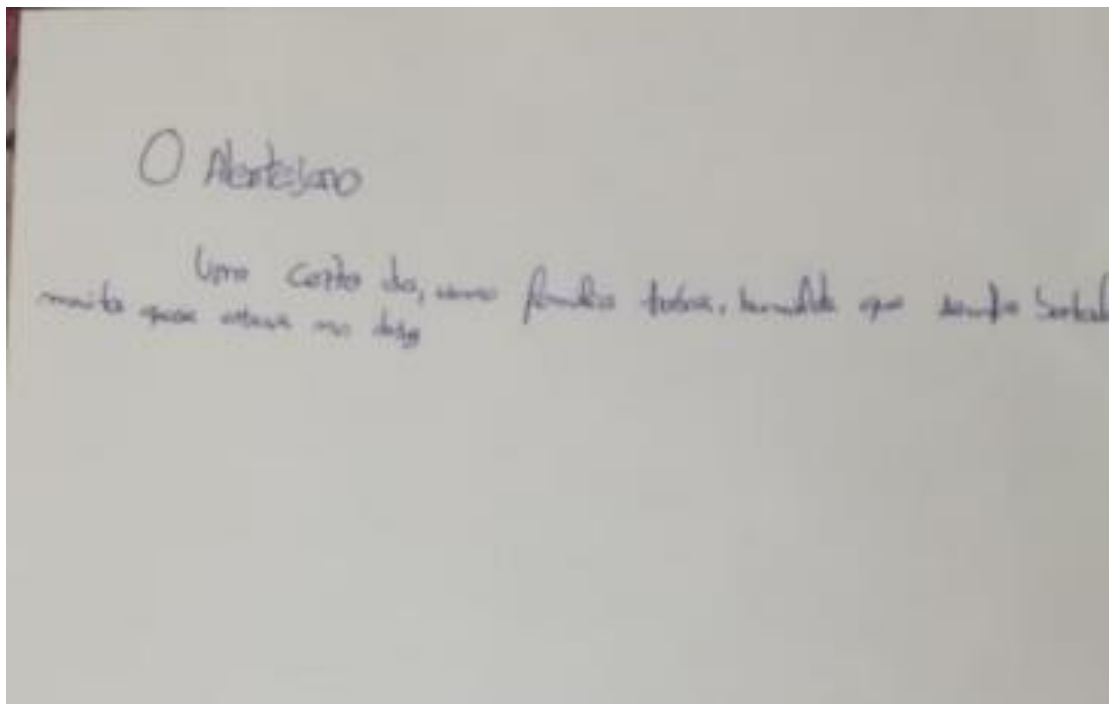


Figura 1. Narrativa de vida

Lição de vida

Um certo dia, um rapaz com os seus 23, 24 anos, de nome Teixeira, baixo, ~~uma~~ moreno que tinha a sua característica muito em brava. Forte, carregado ~~de~~ ^{de} os falares que consigo decorria toda onde guardava ~~uma~~ ^{uma} ~~agosto~~ ^{agosto} ~~estava~~ ^{em} esta angústia.

Ele sentia pena com os 3 irmãos, a ~~parte~~ ^{parte} A família e o Dinis pois os irmãos ^{decidem} ~~decidem~~ dos os seus passados (lesaram).

Uma família muito humilde, sem energia e tudo o que eles faziam nas na sua mesa de jantar era o seu pai; leite; feijão, entre outras coisas meteriais que os outros alunos faziam ~~to~~ ^{no} bem escalar. A irmã

Figura 2. Narrativa de vida 2

Admirador
História de vida

Conto da, uma jovem após de Akiba tomar uma a sua
capacidade numa situação normal?

É porque? Ela era um jovem luterano, de ideias firmes, pura,
mostrava a gostava muito dos P. CAT (bando musical) jogava
futebol mas a sua grande a desgracia sempre foi a alcool, este amigo
com quem ele se podia encontrar? (gostava de conversar e beberijos
ant Bieret (cerveja alemã). Popoz baixa, postura normal
mas de este sempre que queria, a idade se tornava, tornando a
a tal rapaz (Teixeira) não mudou (Gouveia) Rita, sim, Rita!
O suspense começa de tudo, Rita Teixeira, uma esposa muito
trabalhadora, cheia de objectivos mas, sem fofos e não se
muito que ~~passavam~~ passavam nos dias outros e nunca
jovens! "deus! tanta felicidade adulta, uma mãe lá
a outra e os dois e cas.

A medida de ~~o~~ Abril converso no sua terra a
colheita do feijão, sendo o destaque do flor em
Juncara, isto com tudo, por dizer que fora algumas
tudo de sensor -

letra

-OH AL E JAPA era como ~~chama~~ a sua que
amiga, parecia um a ~~uma~~ Come, já tem a sua
a dig "filha coliga sempre digna" a amiga da
"deve ser to fiz ai???" Pois é, a sua foi ~~uma~~ lha tua, hoje a
amada uma ~~uma~~ "E assim a foi ~~tal~~ tal foi, tal
Hoje em dia opaco ia ameta, dava a diabol e seu um
~~seu~~ trabalho ~~professor~~ banda, solteiro e muito com
si opaco, a fora termino, a ~~meu~~ meu nome melhora
Tálimo ~~Gouveia~~ primo da Teixeira e viva a vida no
que ~~constrói~~ constrói mais dia a dia Com ~~o~~ o muito mais de
Lopes, ~~o~~ ~~o~~ mas sempre preservado,

27/05/2019

Figura 4. Narrativa de vida 4

APÊNDICE 9

Caraterísticas dos instrumentos de avaliação utilizados

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA ESCALA DE INSIGHT MARKOVÁ E BERRIOS	
Nome original:	Marková And Berrios Insight Scale
Autor:	Marková E Berrios
Validação portuguesa	Vanelli et al (2010)
Tipo de instrumento:	Estruturado
Tipo de aplicação:	Heteroaplicado/Autoaplicado
Número de itens:	30
Tempo de aplicação:	10
Área Terapêutica:	Insight, juízo crítico
Descrição:	Esta escala é constituída por 30 questões com resposta dicotómica (sim/não) que representam aspetos de auto awareness de relevância para a doença do sujeito, perceção do ambiente envolvente e desejo de se compreender a situação atual.
Interpretação:	A cotação final estará compreendida entre 0 e 30, não existindo um valor a partir do qual se considere a presença de insight. Assim, à medida que a pontuação aumenta, maior é o nível de insight

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA MEDICATION ADHERENCE RATING SCALE (MARS)	
Nome original:	Medication Adherence Rating Scale (MARS)
Autor:	Rob Horne
Validação portuguesa	Vanelli et al (2011)
Tipo de instrumento:	Estruturado
Tipo de aplicação:	Heteroaplicado/Autoaplicado
Número de itens:	10
Tempo de aplicação:	10
Área Terapêutica:	Adesão terapêutica
Descrição:	A Medication Adherence Rating Scale (MARS) consiste num instrumento com dez itens de resposta dicotómica (sim/não) Foi desenvolvida a partir de duas escalas já existentes: a escala Drug Attitudes Inventory (DAI) e a Medication Adherence Questionnaire (MAQ).
Interpretação:	A cotação total oscila entre 0 (baixa probabilidade de adesão à medicação) e 10 (elevada probabilidade de adesão à medicação).

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA ASSIST - ALCOHOL SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST	
Nome original:	ASSIST - Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test
Autor:	OMS
Validação portuguesa:	Mostardinha et al (2019)
Tipo de instrumento:	Estruturado
Tipo de aplicação:	Autoaplicado/heteroaplicado
Número de itens:	10
Tempo de aplicação:	10
Área Terapêutica:	Consumo excessivo de tabaco, álcool e droga; dependência
Descrição:	Recomendado pela Norma nº 36 de 2014 da Direcção-Geral da Saúde. Este é composto por 10 subescalas ('Tabaco', 'Bebidas Alcoólicas', 'Cannabis', 'Cocaína', 'Estimulantes do tipo Anfetaminas', 'Inalantes', 'Sedativos ou comprimidos para dormir', 'Alucinogénios', 'Opióides' e 'Outros'). A primeira questão é de triagem. As questões 2 a 7 estão relacionadas com a avaliação do envolvimento com determinada substância. As respostas são dadas através de uma escala do tipo Likert de cinco pontos para as questões 2 a 5 e de três pontos para as questões 6 e 7. A pontuação para cada subescala (substância) é calculada pela soma das respostas obtidas nas questões correspondentes, obtendo-se assim a pontuação de consumo de risco para cada substância.
Interpretação:	Segundo este instrumento quanto maior a pontuação, maior o envolvimento do com determinada substância

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA BRIEF COPE

Nome original:	Brief Cope
Autor:	Charles Carver
Validação portuguesa:	Ribeiro et al (2004)
Tipo de instrumento:	Estruturado
Tipo de aplicação:	Autoaplicado/heteroaplicado
Número de itens:	28
Tempo de aplicação:	15
Área Terapêutica:	Stress e estratégias de coping
Descrição :	O Brief COPE é composto por 14 escalas, sendo que cada escala é constituída por 2 itens, perfazendo um total de 28 itens. Algumas escalas salientam aspetos teóricos enquanto outras destacavam a importância de aspetos particulares do coping. As 14 escalas são as seguintes: 1) Coping ativo; 2) Planeamento; 3) Utilização de suporte instrumental; 4) Utilização de suporte emocional; 5) Religião; 6) Reorganização positiva; 7) Culpabilização; 8) Aceitação; 9) Expandir; 10) Negação; 11) Auto-distração; 12) Comportamento de desprendimento; 13) Uso de substâncias; 14) Humor.
Interpretação:	Os itens estão descritos em termos de comportamentos que os indivíduos implementam, sendo a resposta dada numa escala de 1 (não tenho agido desta forma) a 4 (Tenho agido desta forma muitas vezes). A cada subescala é atribuída uma pontuação.

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA EIC-APP-ESCALA DE INTEGRAÇÃO COMUNITÁRIA DE ADULTOS COM PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS

Nome original:	Escala de integração comunitária de adultos com problemas psiquiátricos
Autor:	Cabral et al
Validação portuguesa:	Cabral et al (2012)
Tipo de instrumento:	Estruturado
Tipo de aplicação:	Autoaplicado
Número de itens:	30
Tempo de aplicação:	10
Área Terapêutica:	Integração comunitária, doença mental
Descrição:	Este instrumento foi desenvolvido para avaliar a integração da comunidade em adultos com problemas do foro psiquiátrico. As respostas são dadas numa escala que varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Esta escala é composta por 4 dimensões: dimensão Integração Física da Comunidade, a dimensão Integração da comunidade social, a dimensão Integração Psicológica da Comunidade, a dimensão independência
Interpretação:	Pontuações mais altas indicam níveis mais altos de integração da comunidade.

APÊNDICE 10

Póster Apresentado no X Congresso Internacional

ASPESM 2019: Novos Desafios na Saúde Mental

X Congresso Internacional ASPESM 2019: Novos Desafios em Saúde Mental

A influência da felicidade na saúde mental do idoso: Revisão Integrativa da Literatura

Autores: Marilinda Chavertana ¹, Cátia Martins ², Isilda Brazão ³, Vera Nabais ⁴, Célia Magno ⁵, João Claudino ⁶

- 1 - Enfermeira de Cuidados Gerais no Serviço de Bloco Operatório - HDJMG-Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano-EPE, Mestranda na Escola Superior de Saúde de Portalegre
- 2 - Enfermeira na Clisanu-Clinica Geral de Saúde, Lda, - Campo Maior, Mestranda na Escola Superior de Saúde de Portalegre
- 3 - Enfermeira de Cuidados Gerais no Serviço de Medicina Ala Direita-HDJMG-Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano-EPE, Mestranda na Escola Superior de Saúde de Portalegre
- 4 - Enfermeira de Cuidados Gerais na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa e Média Duração de Alter do Chão, Mestranda na Escola Superior de Saúde de Portalegre
- 5 - Enfermeira de Cuidados Gerais na Unidade de Recuperação de Menores de Assumar-Instituto das Irmãs Hospitaleiras, Mestrando na Escola Superior de Saúde de Portalegre
- 6 - Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde de Portalegre, Mestre em Ecologia Humana

Introdução e Justificação

A realidade demográfica atual torna a temática do envelhecimento um assunto de fulcral importância. Ao longo do ciclo vital o ser humano, no seu desenvolvimento, sofre inequivocamente ação de vários fatores que motivam um processo contínuo de adaptação. Essas alterações traduzem-se numa perceção menos positiva do envelhecimento, havendo o mito que este é uma fase soturna da vida da pessoa, sem saúde, sem objetivos de vida, sem felicidade. A evidência científica disponível põe em causa este preconceito, demonstrando que a felicidade é um estado subjetivo, que advém de vários fatores e das experiências vivenciadas por cada indivíduo ao longo do seu ciclo vital, nas várias dimensões, influenciando a sua saúde mental no seu processo de envelhecimento, podendo-se afirmar que esta sensação subjetiva está dependente da perceção que indivíduo tem de si, da vida e do que o envolve.

Objetivos

Pretendeu-se como objetivo geral: "Compreender a influência da felicidade na saúde mental do idoso".
Como objetivos específicos: "Identificar os fatores promotores da felicidade do idoso" e "Relacionar a felicidade com a saúde mental do idoso".

Metodologia

A análise incidiu essencialmente em estudos do tipo transversal, de revisão da literatura, de coorte, multifatoriais e randomizados. A pesquisa foi efetuada nas bases de dados científicas B-On e Cochrane, recorrendo ao operador booleano "AND" e utilizando as seguintes palavras-chave: Idoso, Saúde Mental, Felicidade, Happiness, Elderly e Well-being, validadas nos descritores MeSH e DeCS. A pesquisa foi realizada durante o mês de maio de 2019 tendo sido considerados os artigos com texto integral, publicados entre 2014 e 2019, revisados por pares, escritos em língua portuguesa, inglesa e espanhola. Na pesquisa nas bases obtiveram-se 691 artigos da B-on e 4 artigos da base de dados Cochrane. Após análise selecionaram-se 3 artigos da base de dados B-on e 2 da base de dados Cochrane, considerando os critérios de inclusão definidos.

Resultados

Tendo em conta os 5 artigos selecionados evidenciou-se que a qualidade de vida, a interação social, a relação familiar, a memória subjetiva, a adaptação, a gratidão e o perdão, geram uma atitude de saúde mental positiva no idoso, havendo uma relação entre estes e a felicidade.

Conclusões

A felicidade é um conceito subjetivo, dependente de vários fatores intrínsecos e extrínsecos da Pessoa. Conseguiu-se perceber os fatores mais comuns, o que poderá ser uma mais-valia nas intervenções do Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica, pois constitui-se como um elo de entreajuda, possuindo competências especializadas para promover o bem-estar na população idosa e consequentemente contribuir para a sua felicidade.

Referências Bibliográficas

- Arias CJ, Iacub R. ¿Por qué investigar aspectos positivos de la vejez? Contribuciones para un cambio de paradigma. *Publ UEPS Gênc: Humanis Linguis Lett & Artes*. 2013; 21 (2): 213-220. DOI: 10.2522/publicationxv212.00032
- Aziz M, Mubamran F, Ghajariash M, Dilekand-Aghadani A. The Effect of Individual Factors, Socioeconomic and Social Participation on Individual Happiness: A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2016; 11 (6): V01V034. doi: 10.7860/JCDR/2017/24658.9982
- Dux MC, Woodard JL, Calamari JE et al. The moderating role of negative affect on objective verbal memory performance and subjective memory complaints in healthy older adults. *J Int Neuropsychol Soc*. 2008; 14: 327-336. DOI:10.1017/S1556770808006517
- Giovana Zappellon Mazo, Fernando Luiz Cardoso, Daniela Lima de Aguiar. Programa de hidroginástica para idosos: motivação, autoestima e autoimagem. *Revista Brasileira de Gerontogeriatrics & Desempenho Humano*. 2006;(2):4772. <https://periodicos.ufr.br/index.php/brh/article/view/1883/1671>
- Institute: The Joanna Briggs. (2011). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. Adelaide: The Joanna Briggs.
- Maki Y, Yamaguchi T, Yamaguchi T et al. The impact of subjective memory complaints on quality of life in community-dwelling older adults. *Psychogeriatrics*. 2014; 14: 175-181. DOI:10.1111/ppg.12056
- Maria Luísa Martínez-Martí, María Dolores Aría, María José Hernández-Lloreda. The Effects of Counting Blessings on Subjective Well-Being: A Gratitude Intervention in a Spanish Sample. *The Spanish Journal of Psychology*. 2010, Vol. 13 No. 2, 886-896. DOI:10.1017/S1138741600002535
- Montserrat Puig Llobet, Nuria Rodríguez Ailla, Jaume Ferrás Ferrás, Maria Teresa Lluçà Canut. Qualidade de vida, felicidade e satisfação com a vida em anedais com 75 anos ou mais, atendidas num programa de atenção domiciliar. *Rev. Ibero-Am. Enfermagem*. 2011, 19(3) http://www.scielo.br/psic/index.php/psic/psic_04.pdf
- Nguyen AV, Chatters IM, Taylor R, Mowen DM. Social Support from Family and Friends and Subjective Well-Being of Older African Americans. *J Happiness Stud*. 2006; 11 (3): 395-412. DOI:10.1007/s10992-006-9026-4
- O'Brien WM, Bakker AB, Vanheule S. Finding the key to happy aging: A day reconstruction study of happiness. *J Gerontol & Psychol Sci*. 2011; 66 (5): 665-674. DOI:10.1093/geronb/gbr040
- OMS: Saúde mental depende de bem estar físico e social; dia OMS em dia mundial <http://naoconvidados.org/naoconvidados/depende-de-bem-estar-fisico-e-social-dia-da-saude-mental-mundial/>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento nº 515/2018 de 7 de Agosto: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República*, 2ª série, nº 151, 2142/21430. Disponível em <https://dre.pt/applicacoes/conteudo/215922570>
- Ordem dos Enfermeiros Dia Internacional da Pessoa Idosa - texto CEEC <https://www.ordem.enfermeiros.pt/arquivo-dep3n-antigas-ota-internacional-dia-internacional-da-pessoa-idosa-texto-ccc/>
- Ryff CD. In the eye of the beholder: views of psychological well-being among middle aged and older adults. *Psychol Aging*. 1989; 4:195-210. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.04.2.195>
- Ramirez, E., Ortega, A., Chamorro, A., Colmenero, I. (2014, Novembro). A program of positive intervention in the elderly: memories, gratitude and forgiveness. *Agire & Mental Health*
- Saibra J, Sarreita-Santos, Medeiros-García L, Costa A, Cardoso I & Figueiredo A. A felicidade em pessoas com doença mental: Uma revisão literária da literatura http://dx.doi.org/10.19131/psm.02011http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1617-21602018000100006&lng=en&lng=en



Portalegre, 30 e 31 de
outubro de 2019