



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

**Promoção da adesão ao regime terapêutico da pessoa
com doença mental grave**

Ana Cláudia Gonçalves Freixo

**Lisboa
2022**



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

**Promoção da adesão ao regime terapêutico da pessoa
com doença mental grave**

Ana Cláudia Gonçalves Freixo

Orientador: Professor Doutor Joaquim Manuel de Oliveira Lopes

**Lisboa
2022**

Lista de Siglas e acrónimos

AVD's - Atividades de Vida Diária

CCEE - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

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

CI - Cuidador Informal

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral da Saúde

DMG - Doença Mental Grave

DPP - Desenvolvimento Pessoal e Profissional

EEESMP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

HDP - Hospital de Dia de Psiquiatria

ICN - International Council of Nurses

IFP - Instituto de Formação Profissional

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

SU - Serviço de Urgência

UC - Unidade Curricular

Resumo

Com o presente Relatório de Estágio pretendo dar a conhecer a experiência e o trabalho desenvolvido durante o percurso de estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Assente nos modelos teóricos de enfermagem de Hildegard Peplau e Betty Neuman, tendo como finalidade a *“Promoção da adesão ao regime terapêutica da pessoa com doença mental grave”*, definiu-se como objetivos gerais: Promover a adesão ao regime terapêutico da pessoa com doença mental grave e Adquirir competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Em contexto de internamento e em hospital de dia, através da realização de intervenções especializadas de enfermagem, nomeadamente de âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional.

As intervenções foram centradas na Pessoa com abordagem do domínio relacional baseada na empatia, respeito e autenticidade, considerando as características, competências, necessidades e recursos do utente e do grupo.

A avaliação da eficácia das intervenções foi realizada através da observação de comportamento e atividades realizadas após a sessão.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem, Adesão ao Tratamento e Reabilitação Psiquiátrica.

Abstract

With this Internship Report I intend to make known the experience and work developed during the undergraduate course in Mental Health and Psychiatric Nursing.

Based on the theoretical models of nursing by Hildegard Peplau and Betty Neuman, with the purpose of "Promoting adherence to the therapeutic regime of the person with severe mental illness", defining itself as general objectives: Promoting adherence to the therapeutic regimen of the person with mental illness serious and Acquire skills of specialist nurses in mental health and psychiatric nursing.

In the context of hospitalization and in a day hospital, through the services of specialized nursing organizations, namely in the psychotherapeutic and psychoeducational scope.

The interventions were centered on the Person with an approach to the relational domain based on empathy, respect, and trust, considering the characteristics, skills, needs and resources of the user and the group.

The evaluation of the effectiveness of the interventions was carried out through the observation of behavior and activities carried out after a session.

Key words: Nursing Care, Medication Adherence and Psychiatric Rehabilitation.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, um agradecimento muito especial aos meus pais, irmão, marido e especialmente aos meus filhos, Gustavo e Guilherme, pelo apoio e incentivo, carinho e compreensão, que demonstraram sempre no decorrer deste meu “caminho”.

À minha colega e amiga Clara Luísa por ter aceitado realizar esta caminhada comigo, por estar ao meu lado e me ter “aturado” nos momentos bons, mas também nos mais desafiantes.

Agradeço também, em especial, ao Ex.mo Sr. Professor Doutor Joaquim Lopes pela disponibilidade e competência profissional e humana que demonstrou ao longo do meu percurso e a todos os Ex.mos Srs. Professores do 12º Curso que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, mas em especial, aos Ex.mos.

Srs. Professores Luís Nabais, Ana Melo e Paulo Seabra.

Às Ex.mas Sr.^a Enfermeiras EESMP Sara, Sara e Tânia e todos os enfermeiros com quem tive o prazer de

trabalhar, pela sua empatia, disponibilidade e competência profissional.

Gostaria de agradecer também aos meus amigos, colegas de trabalho e colegas da especialidade pela compreensão, companheirismo e incentivo que demonstraram durante a minha caminhada.

Índice

Introdução.....	9
Parte 1 – A adesão ao regime terapêutico na pessoa com doença mental grave.....	12
1) Problemática.....	12
2) Enquadramento Teórico	13
2.1) A pessoa com doença mental grave	13
2.2) A adesão ao regime terapêutico na pessoa com doença mental grave	14
2.3) A adesão ao regime terapêutico como foco de atenção.....	16
2.3.1) Intervenções especializadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.....	16
2.4) Referencial Teórico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Modelos de Hildegard Peplau e de Betty Neuman.....	19
3) Caracterização dos locais de estágio.....	27
3.1) Internamento de psiquiatria	27
3.2) Hospital de dia de psiquiatria	28
4) Intervenções especializadas desenvolvidas	28
4.1) Intervenções psicoeducativas	28
4.2) Intervenções psicoterapêuticas.....	31
4.3) Reflexão sobre a intervenção.....	35
5) Questões Éticas	36
Parte 2 – Análise reflexiva sobre aquisição e desenvolvimento de competência	38
6) Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	38
7) Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica	40
8) Conclusão	44
Bibliografia.....	46
Anexos	52
Anexo 1 - Método e Fluxograma da Revisão Integrativa da Literatura	53
Anexo 2 - Plano de atividades semanal do Programa de reabilitação do hospital de dia de psiquiatria	58

Anexo 3 - Tipologia de Procedimento para o programa psicoeducativo de Sousa, Sequeira, Ferré Grau, Neves & Leixà Fortuño (2016)	60
Apêndices.....	63
Apêndice 1 - Cronograma.....	64
Apêndice 2 - Plano de sessões e sessões psicoeducativas, individual e em grupo, realizadas em internamento de psiquiatria	66
Apêndice 3 - Plano das Sessões e Sessões de psicoeducação realizadas no hospital de dia de psiquiatria	86

Introdução

O presente relatório foi elaborado no âmbito do 12º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem na Área de Saúde Mental e Psiquiatria para a aquisição de grau de mestre. Foi desenvolvido a partir da realização de um Projeto em contexto hospitalar e comunitário num hospital da área metropolitana de Lisboa.

A OMS (2003) identificou a não-adesão ao tratamento como sendo um “problema mundial de magnitude impressionante”, sendo a taxa de adesão ao tratamento em doentes crónicos, nos países desenvolvidos, em média, só de 50%. Vários são os estudos que demonstram uma taxa elevada de não-adesão ao tratamento nas pessoas com doença mental, tendo, por exemplo, o estudo de Cramer & Rosenbeck (1998) constatado uma taxa de não-adesão de 37% a 42%. Em Portugal estima-se que cerca de 39% dos doentes mentais interrompe a medicação sem previamente consultar o médico e Estudos que têm como objetivo quantificar questões complexas da não-adesão observam taxas de abandono com valores próximos de 50% (Guia Orientador das Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação à Pessoa com Doença Mental Grave, 2021, p.44). Sendo as consequências da não-adesão refletidas na morbilidade e consequente incapacidade, mortalidade e resistência à medicação e tratamentos. Considerando as estatísticas, que apontam uma forte probabilidade de aumento da taxa de não-adesão, e, os fatores identificados que contribuem para este aumento é de extrema importância incidir e desenvolver ações nesta área. Sendo o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica detentor de um conhecimento próprio e especializado nesta área, juntamente com a equipa multidisciplinar, com a realização de intervenções especializadas para a promoção da adesão ao regime terapêutico contribuirá para a obtenção de ganhos em saúde e diminuição das consequências da não-adesão.

Defini como objetivos gerais: Promover a adesão ao regime terapêutico da pessoa com doença mental grave; adquirir competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Para a promoção da adesão ao regime terapêutico da pessoa com DMG defini como objetivos específicos: compreender o sofrimento mental do utente e do grupo; identificar e reconhecer

dificuldades e problemas com o utente e grupo; promover estratégias com o utente e grupo para a sua capacitação e autonomia. Para a aquisição de competências do EEESMP defini como objetivos específicos: desenvolver o auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal; desenvolver a relação terapêutica com o utente e grupo e desenvolver intervenções com o utente e o grupo com vista ao seu empoderamento e recuperação.

De forma a sustentar a minha prática na evidência realizei, uma revisão integrativa da literatura (RIL), através da plataforma EBSCO, nas bases de dados MEDLINE e CINALH (ANEXO 1 - método e o fluxograma da RIL), e, pesquisa bibliográfica (livros temáticos, literatura cinzenta).

A minha ação foi baseada no modelo das relações interpessoais de Hildegard Peplau para o estabelecimento da relação com o outro, e, pelo modelo dos sistemas de Betty Neuman para uma abordagem sistémica da pessoa.

Para a promoção da adesão ao regime terapêutico do utente e grupo com doença mental grave realizei intervenções especializadas de âmbito psicoterapêutico e psicoeducativos, em ambos os contextos.

Este processo compreendeu duas fases. A primeira fase correspondeu ao estágio de observação que decorreu durante um mês (junho de 2021), tendo-me permitido conhecer os serviços, definir os objetivos e as intervenções de acordo com as necessidades do utente e do grupo com doença mental grave (DMG), em ambos os contextos. A segunda fase caracterizada pelo desenvolvimento do projeto, decorreu em nove semanas, no Serviço de Internamento de Psiquiatria (outubro a dezembro de 2021) e no Hospital de Dia de Psiquiatria (janeiro e fevereiro de 2021) no mesmo hospital.

Foi desta forma que ao longo do estágio fui adquirindo e desenvolvendo as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019) nos quatro domínios, com o desenvolvimento de uma prática profissional, pela gestão dos cuidados, pela otimização da resposta na equipa de enfermagem e articulação com a equipa multidisciplinar e desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade (OE, 2011). A aquisição e desenvolvimento das competências do Enfermeiro

Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) (Regulamento n.º 515/2018) com o desenvolvimento e detenção de um elevado conhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira, considerando as minhas vivências e os processos de autoconhecimento com o desenvolvimento pessoal e profissional. Assisti “a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”, ajudei “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” e pela prestação de “cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa (...) mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”.

Para uma melhor compreensão e esquematização, o presente Relatório está dividido em duas partes. Na primeira parte, exponho a problemática da adesão ao regime terapêutico da pessoa com doença mental grave, seguido do enquadramento teórico com a abordagem onde dos modelos das teóricas de enfermagem, Hildegard Peplau e Betty Newman, onde baseei a minha prática de cuidados. Segue-se a caracterização de ambos os contextos de estágio e abordo as intervenções especializadas de enfermagem que desenvolvi para a promoção da adesão ao regime terapêutico, nomeadamente, a intervenção psicoterapêutica e a intervenção psicoeducativa. Termina esta parte com a reflexão das intervenções realizadas e as questões éticas.

Na segunda parte, faço uma análise da aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do EEESMP de acordo com os regulamentos em vigor.

O relatório atende às normas da American Psychological Association, 7ª edição.

Parte 1 – A adesão ao regime terapêutico na pessoa com doença mental grave

1) Problemática

A OMS (2013, p. 5) define saúde mental como, “*um estado de bem-estar no qual cada pessoa concretiza o seu próprio potencial, consegue lidar com os usuais eventos de vida stressantes, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera, e está apta para dar contributos à sua comunidade*”. Neste sentido, a saúde mental constitui a pedra basilar para o bem-estar e funcionamento pleno dos indivíduos e das comunidades.

As doenças mentais apresentam uma elevada prevalência e incidência na Europa e no mundo, sendo que de acordo com Xavier, *et al* (2013), a nível mundial constata-se que 12% das doenças são do foro mental, valor que sobe para os 23% nos países desenvolvidos. Nos últimos anos as doenças e as perturbações mentais tornaram-se na principal causa de incapacidade e numa das principais causas de morbilidade nas sociedades. Cinco das dez principais causas de incapacidade e de dependência psicossocial são doenças neuropsiquiátricas, nomeadamente, depressão, problemas ligados ao álcool, esquizofrenia, perturbação bipolar e demência (Programa Nacional para a Saúde Mental, DGS, 2012). A nível nacional, Portugal é o segundo país com a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas da Europa (Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 2013). As perturbações mentais e do comportamento representam 11,8% da carga global das doenças, mais do que as doenças oncológicas (10,4%) sendo apenas ultrapassadas pelas doenças cérebro-cardiovasculares (13,7%) (Portugal, 2014).

A DMG não tem cura, mas tem tratamento neste sentido o EEESMP desempenha um papel fundamental, sendo ele próprio um instrumento do cuidar com sabedoria e conhecimentos próprios. Na atuação aos três níveis de prevenção, com a identificação precoce, tratamento, reabilitação e apoio social evita o agravamento dos sintomas e progressão da doença mental. As intervenções especializadas de enfermagem indo ao encontro das necessidades e problemas do utente, família e/ou cuidadores contribuirão para a sua capacitação e adesão ao regime terapêutico. Consequentemente uma evolução positiva da sua recuperação, aumento da qualidade de vida, redução do risco de recaída e reinternamento.

2) Enquadramento Teórico

2.1) A pessoa com doença mental grave

A Doença Mental Grave é definida como a “doença psiquiátrica que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa” (Decreto-Lei nº8/2010, p. 258), comprometendo as suas capacidades e competências na realização de tarefas de subsistência, no estabelecer da relação com o meio ambiente e no participar na vida em sociedade, com repercussões na sua qualidade de vida (Guhne et al., 2015). A doença mental provoca profundas e persistentes alterações no funcionamento da pessoa, repercutindo-se nas áreas da sua vida, pelo que requer variadas e múltiplas intervenções da parte dos profissionais. Esta doença é caracterizada por provocar um forte impacto no sofrimento individual, conduzindo à perda da qualidade de vida, refletindo-se inevitavelmente nos grupos de pertença e subsistemas em que se insere a pessoa doente, sobretudo a família.

Existem diversas formas de definir a DMG. Para Ruggeri *et al.* (2000) o critério de diagnóstico de DMG pressupõe duas dimensões, que estão relacionadas com os critérios de duração e funcionalidade. Quanto à duração da doença, pressupõe o tempo de contacto com os serviços de saúde de pelo menos dois anos e, quanto à funcionalidade, o comprometimento da função social (interferência na produtividade, na gestão de relações interpessoais e contexto social adverso, que se traduzem nas capacidades ou habilidades específicas a nível social e interpessoal, nas capacidades de vida autónoma, nas capacidades ocupacionais e vocacionais e de gestão da doença. Podendo recorrer-se a escalas de avaliação funcional).

A doença mental grave não tem cura, mas tem tratamento, pelo que a estratégia de atuação na recuperação direciona a prática no sentido da prestação de cuidados que promovam os processos de *empowerment* (empoderamento) e *recovery* (recuperação), tendo por finalidade última a reabilitação e a inserção social da pessoa (Guia Orientador de Boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa cm doença mental grave, 2021). Tendo o *empowerment* (empoderamento) o objetivo de capacitar a pessoa para assumir o controlo da gestão da sua saúde/doença, resultando da evolução da autoconceção de autonomia e responsabilidade (...) Almeida e Amendoeira (2015) referem que, na pessoa com

DMG, a filosofia de cuidados centrada no *empowerment* evidencia a existência de um aumento da capacitação da pessoa, integrada no seu contexto biopsicossocial e cultural. Estando a *recovery* (recuperação) intimamente ligada aos processos de *empowerment* (empoderamento) da pessoa. Definindo a OE, *recovery* (recuperação) como sendo “*um processo profundamente pessoal, exclusivo de uma mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, habilidades e/ou funções. Envolvendo este processo o desenvolvimento de um novo significado e propósito na vida, assente no conhecimento e aceitação da doença mental*” (Ordem dos Enfermeiros, p. 17, 2011).

2.2) A adesão ao regime terapêutico na pessoa com doença mental grave

Segundo o ICN (2017) a adesão consiste numa “*ação autoiniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento*”. A adesão, segundo, o Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (tradução pela OE da ICN, 2017), engloba os seguintes focos de Enfermagem: adesão aos exames de diagnóstico, adesão ao regime dietético, adesão ao regime de exercício, adesão ao regime de medicação, adesão a precauções de segurança, adesão ao regime de ingestão de líquidos e adesão ao regime terapêutico.

A não-adesão é um “*problema mundial de magnitude impressionante*” (OMS, 2003). Vários são os estudos, internacionais e nacionais, que o demonstram com taxas de adesão ao tratamento somente de 50% e de não-adesão ao tratamento de 37% a 50% (Guia Orientador das Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação à Pessoa com DMG, 2021, p.44).

Segundo o ICN (2017) são vários os fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico, sendo estes, o baixo estatuto socioeconómico, o analfabetismo e o baixo nível educacional e o desemprego, as crenças culturais acerca da doença e do tratamento, onde se destaca o estigma da doença mental, a distância dos centros de

tratamento, o custo elevado do transporte e/ou da medicação, as características da doença que conduzem ao reduzido *insight*, a complexidade e duração do tratamento e os efeitos secundários dos antipsicóticos. Tendo também a OMS (2003) identificado como fatores contribuintes para a não-adesão, lacunas na comunicação e na relação terapêutica.

A não-adesão por sua vez diminui a probabilidade de recuperação da pessoa com doença mental grave, reduzindo a qualidade de vida, aumentando o risco de recaída e o número de internamentos, com consequente aumento dos custos em saúde e na economia. Aumenta a morbilidade e a mortalidade, para além de conduzir a maior frustração na pessoa, na família e nos profissionais de saúde. (OE, 2009, p.9)

No âmbito da adesão ao regime terapêutico o conhecimento e as capacidades da pessoa com doença mental grave assumem grande importância, sendo este o foco de atenção por estarem comprometidas. Na ausência de conhecimento ou de capacidades, o enfermeiro avaliará a potencialidade da pessoa para a sua aquisição. Esta é determinada pela consciencialização (perceção, conhecimento e reconhecimento), envolvimento (grau de compromisso que demonstra perante os processos de transição), a volição (o significado atribuído à mudança) e a crença de auto-eficácia (Meleis *et al.*, 2000).

Neste sentido, surge a seguinte questão: Como é que o EEESMP promove a adesão ao regime terapêutico da pessoa com doença mental grave?

2.3) A adesão ao regime terapêutico como foco de atenção

2.3.1) Intervenções especializadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

A atuação do EEESMP com a pessoa com doença mental grave tem especial importância por ser uma área que por via da sua intervenção pode contribuir de uma forma significativa para ganhos em saúde, quer na estabilização clínica como na maximização da autonomia. Assim, o EEESMP deve ter por princípio questões de recuperação da pessoa dando ênfase à *recovery* (recuperação) e ao *empowerment* (empoderamento), os quais têm repercussões positivas da vida da pessoa, família e comunidade (Guia Orientador de Boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa cm doença mental grave, 2021).

A enfermagem baseada na evidência consiste num processo através do qual o enfermeiro toma as decisões clínicas baseado na melhor evidência científica, na sua experiência e nas preferências da pessoa garantindo a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Vários estudos demonstraram a intervenção psicoeducacional sendo a mais eficiente na promoção da adesão ao tratamento pela *“melhoria no insight, na adesão ao tratamento, sintomas, taxas de recaída, conhecimento e compreensão”* (Pekkala & Merinder, 2002), *“aumento da adesão à medicação e menor necessidade de (re)internamentos”* (Bossema et al., 2011, citado em Choe et al., 2015) e *“(…) houve redução significativa no número de recaídas e recorrências da doença, aumento do tempo de aparecimento de sintomas hipomaníacos, maníacos, depressivos e episódios mistos, além da diminuição do número e do tempo de permanência nos hospitais”* (Colom et al., 2004; 2003a; 2003b).

O Guia Orientador das Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação à Pessoa com DMG (2021, p.37) define psicoeducação como *“uma intervenção que visa fornecer (in)formação à pessoa com doença mental e/ou família/CI ou ainda a grupos-alvo sobre a doença – o tratamento, o diagnóstico e o prognóstico – sobre os direitos enquanto pessoa com doença mental, e sobre as estratégias de adaptação à sua situação de saúde”*.

Sendo parte integrante do regime terapêutico, em complementaridade com outras intervenções terapêuticas e farmacológicas, combinando estratégias educacionais e comportamentais ajudando a pessoa e família a compreender e dar sentido à experiência vivida, permitindo que essa compreensão influencie positivamente o decurso da doença e o seu quotidiano, ou seja promoverá a integração, a adaptação e a autonomia do utente e família. Para além dos benefícios referidos anteriormente obtidos nos estudos, esta intervenção contribui para aumentar a autoestima, a esperança, favorecer a autodeterminação e o autocontrolo e apoiar o crescimento pessoal (Guia Orientador das Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação à Pessoa com DMG, 2021).

A psicoeducação integra uma componente educativa, que visa dotar de conhecimentos acerca do problema/doença, e uma componente de suporte (emocional), abordando a gestão das emoções, das expectativas, entre outras (Santos *et al.*, 2011).

Favrod & Maire (2014, p.47) citando McCann, T. & Clark, E. (2004) referem que *“as intervenções psicoeducativas decorrem no contexto de uma relação terapêutica em aprofundamento, caracterizada por uma aliança mútua, o que requer: uma identificação de áreas ou campos de entendimento mútuo; um acordo entre a pessoa e o cuidador quanto aos objetivos a atingir; uma abordagem aberta, participativa e igualitária”*. De forma a favorecer a autodeterminação e melhorar o controlo pessoal, as intervenções do âmbito psicoeducacional, segundo Favrod & Maire (2014, p.48) fornecem, *“informações para conhecer e compreender a doença, explicações sobre os cuidados e os tratamentos biopsicossociais, sendo uma ajuda para desenvolver capacidades ligadas à prevenção da recaída”*.

Pelo que deve ser focada na atualidade, ou seja, nas necessidades atuais da pessoa e pela técnica de resolução de problemas. Deve ser delimitada no tempo e estruturada em sessões. Os temas a incidir estão relacionados com as necessidades da pessoa, podendo ser, sinais e sintomas, diagnóstico, etiologia, prognóstico, tratamentos farmacológicos e não farmacológicos; estratégias de redução do stress; estratégias de *coping* para lidar com os sintomas e problemas; treino de competências sociais; autoestigma (Sampaio & Sequeira, 2020, p.174 citando Sousa, Mendes & Relvas, 2007).

Favrod & Maire (2014, p. 48-49) referem que devido “ao impacto que a doença tem no decorrer da vida da pessoa é importante considerar os fatores ligados à esperança, à autoestima e ao estigma. Consideram, os seguintes elementos como protetores da autoestima e favorecedores de esperança: apresentar as informações de um modo não intimidador, recorrendo a termos preferencialmente mais positivos e menos estigmatizantes; identificar problemas concretos da pessoa e ajudá-la a resolvê-los; consolidar e desenvolver a sua rede social; relançar a sua trajetória de vida” (...), “estabelecer “um quadro terapêutico que dê segurança, alicerçando na validação da vivência emocional, realçar os sintomas e problemas individuais (...), atenuar os estereótipos, desenvolver os contactos e transmitir informações relativas aos diferentes graus de revelação de si”.

Sampaio & Sequeira (2020, p.174) citando Pinho & Pereira (2015) referem que “*as intervenções de psicoeducação familiar têm-se revelado muito eficazes na prevenção de recaídas e de reinternamentos, contribuindo para melhorar a recuperação das pessoas e para preservar a saúde física e mental dos membros da família, bem como a qualidade de vida*”.

Favrod & Maire (2014, p.47) citando Provencher, H. (2006) refere que a família ou “*outros significativos contribuem para a recuperação da pessoa quando instilam nela esperança, designadamente quanto à possibilidade de esta ser ativa na melhoria da sua saúde*”.

Para além da psicoeducação, a OMS, pelo 13º Programa Geral, que contempla o período 2019-2023, dá ênfase e importância à saúde e bem-estar ao longo da vida, referindo os objetivos, prioridades e abordagens como partes integrantes de envolvimento com as artes, defendendo assim, intervenções de saúde baseadas nas artes. Defendem que este tipo de intervenção vai desencadear respostas na pessoa consoante a natureza do mediador expressivo, esta poderá desencadear uma respostas psicológicas, fisiológicas, sociais e/ou comportamentais. Com a resposta psicológica constata-se na pessoa a regulação das emoções pela sua expressão. A nível fisiológico, uma menor produção da hormona relacionada com o stress e aumento da função imunológica. Devido à estimulação cognitiva promove-se a aprendizagem e desenvolvimento de habilidades (importante na pessoa com demência e com depressão).

A interação social com outras pessoas, durante a atividade pode reduzir a solidão, além de interferir com a perda de capacidade cognitiva, funcional e motora.

O envolvimento da pessoa na sua obra vai permiti-lhe a captação da atenção e a ela estar no aqui-e-agora, consigo e a sua criação, conseguindo “afastar-se” do delírio ficando na realidade “do mundo real”, “(...) visa assim resgatar o homem em sua integralidade através de processos de autoconhecimento e transformação” (Philippini, 2014).

A adesão ao regime terapêutico é potenciada quando as intervenções vão ao encontro das necessidades do utente, quando a família é incluída no processo e quando a relação entre a equipa e o utente assenta numa visão existencial-humanista, que situa o utente no centro da intervenção profissional. Adotando o profissional *“ao longo das trocas e intervenções com a pessoa um conjunto de atitudes necessárias para a criação de uma aliança terapêutica, essencial ao desenvolvimento de uma relação de ajuda profissional”* (Chalifour, 2008, p.2).

O Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, designa a relação psicoterapêutica como um enunciado descritivo de qualidade definindo-o como *“um instrumento (...) que visa fornecer orientações para a definição de programas de melhoria contínua da qualidade, ambiente comunitário, respeitando a sua dignidade, valores, crenças e hábitos de vida, sendo capaz de tomar decisões sobre a sua saúde e bem-estar e sendo responsável pelo seu processo de cuidados”* (Regulamento n.º 356/2015 – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental).

2.4) Referencial Teórico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Modelos de Hildegard Peplau e de Betty Neuman

Silva e Graveto (2008), referem que os modelos teóricos de enfermagem permitem o crescimento da profissão, bem como pautar a sua prática, o que permitirá alcançar uma intervenção com objetivos comuns com ganhos para a pessoa com doença. Segundo estes autores, mais importante que o modelo adotado é que este seja utilizado por todos os envolventes no processo de cuidar (enfermeiro/pessoa com doença/cuidador) de modo a potenciar os ganhos em saúde.

Hildegard E. Peplau (1952) foi a primeira teórica da enfermagem psiquiátrica. A teoria do seu Modelo teve como base as teorias de Sullivan e Freud. É uma teoria de médio alcance e aponta para a necessidade de construção de relações interpessoais de forma a pessoa alcançar, com o enfermeiro, o seu desenvolvimento e crescimento pessoais, sendo um processo dinâmico (Peplau, 1990). Peplau correlaciona “os *estádios de desenvolvimento da personalidade da infância aos estádios através dos quais os clientes avançam durante a progressão de uma doença*” (...) “*acredita que quando se dá a realização de uma tarefa psicológica associada com a relação enfermeiro-cliente, as personalidades de ambos podem ser fortalecidas*” (Townsend, 2011, p. 44).

Os conceitos principais da sua teoria são: a *enfermagem*, a *enfermagem psicodinâmica* e os *papeis*. Sendo a *enfermagem* uma relação humana entre a pessoa que necessita de cuidados e o enfermeiro. A *enfermagem psicodinâmica* constitui o próprio comportamento para ajudar o outro na identificação das dificuldades sentidas e aplicar os princípios das relações humanas. Os *papéis* são um conjunto de valores e comportamentos específicos a posições funcionais dentro das estruturas. Identificando, Peplau, no enfermeiro o papel de conselheiro, professor, líder, perito técnico, substituto e uma pessoa de recurso.

Peplau considera as tarefas psicológicas lições de desenvolvimento que devem ser aprendidas durante o caminho para alcançar a maturidade da personalidade e associa-as aos estádios da infância e juventude descritos por Freud e Sullivan, que são os seguintes: aprender a contar com os outros, aprender a adiar a satisfação, identificar-se a si próprio e desenvolver capacidades de participação. Peplau (1991) relaciona estas quatro tarefas psicológicas às exigências feitas ao enfermeiro na sua relação com o cliente, referindo “(...) *que a enfermagem funciona como uma força de amadurecimento*”, “(...) *a doença é um acontecimento experienciado juntamente com sentimentos que derivam de experiências passadas e que são renovadas na relação do enfermeiro com o doente, a relação é vista como uma oportunidade para o enfermeiro ajudar o doente a completar as tarefas psicológicas inacabadas da juventude*” (Townsend, 2011, p. 45).

Para o desenvolvimento da relação interpessoal, Peplau propõe um processo de quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução. Estando estas inter-relacionadas, havendo a passagem para a seguinte após a resolução da fase anterior (Peplau, 1991).

A primeira fase, orientação, é o momento da primeira interação entre o enfermeiro e a pessoa e sua família, onde, juntos, deverão reconhecer, identificar e definir o problema ou dificuldade existente. Relaciona esta fase ao estágio de desenvolvimento da personalidade aprender a contar com os outros, dando como exemplo *“o recém-nascido que sendo capaz de experienciar conforto e desconforto, muito brevemente aprende a comunicar sentimentos que resultam no preenchimento das suas necessidades de conforto por parte da figura materna que lhe dá amor e cuidado incondicional”* (...). No entanto, *“quando os objetivos da figura materna se tornam mais importantes e o amor e carinho são desviados para a realização das necessidades do cuidador e não da criança, a realização da necessidade de dependência é inibida”*. Desta forma as necessidades da pessoa não são preenchidas e a pessoa torna-se dependente e regride durante a doença demonstrando comportamentos de dependência relacionados com este estágio de desenvolvimento (Townsend, 2011, p. 46).

A enfermeira deve ter consciência e conhecimento dos seus saberes, dos seus valores e crenças para que estes não interfiram no desenvolvimento da sua relação com a pessoa e na forma a desenvolver a flexibilidade necessária para aceitar de forma incondicional a pessoa.

A situação de doença que a pessoa está a vivenciar (neste caso a doença mental) deverá ser encarada como uma experiência de aprendizagem. As necessidades educativas da pessoa deverão ser consideradas, no entanto, há situações que exigem uma ação de enfermagem imediata, como por exemplo quando a pessoa constitui um perigo para si-mesma, nesta situação as ações educativas serão adiadas até que a pessoa possa compreender e participar no seu tratamento.

A enfermeira reconhecerá as necessidades de informação e compreensão da pessoa pelo que ela comunica, pela informação que dá, pelas questões que coloca, podendo ser acerca do significado da experiência que está a passar, expectativas e sentimentos.

Tendo a enfermeira a função de esclarecer para que a pessoa possa visualizar os limites e usar as suas energias para harmonizar as suas necessidades e objetivos e orientar no sentido de focar no problema, ajudando a pessoa a expressar os seus sentimentos para que possa ter consciência deles. A consciência dos sentimentos desenvolve a compreensão da situação tal como é vista pela pessoa (Peplau, 1991). O conhecimento dos serviços hospitalares existentes e disponíveis contribui para que a pessoa se sinta segura e confiante na equipa.

Na segunda fase, identificação, o enfermeiro ajudará a pessoa a identificar as principais estratégias para atender às suas necessidades, e, perante as estratégias a pessoa poderá responder de três formas, pelo estabelecimento de uma relação de interdependência, pela participação, ou pela independência com o isolamento, ou na base da impotência ou dependência (Peplau, 1991).

Peplau relaciona esta fase ao estágio com *“o início da infância, ou o primeiro passo para o desenvolvimento de relações sociais interdependentes”*. Relaciona esta fase ao estágio aprender a adiar a satisfação. As tarefas deste estágio ficam comprometidas ficando por realizar, quando este processo de desenvolvimento é realizado de *“forma rígida ou quando o comportamento apropriado é demonstrado como uma condição para o amor e carinho, sentindo-se a criança impotente e não aprende a satisfação de agradar os outros ao adiar a autogratificação de pequenas formas (...). Podendo manifestar comportamentos de rebeldia como resposta ao sentimento de impotência”* (Townsend, 2011, p.46).

A pessoa que não completou as tarefas deste estágio de desenvolvimento manifesta certos comportamentos, referindo Townsend (2011, p.46) citando Fromm (1949), são: *“exploração e manipulação dos outros para satisfazer as suas próprias necessidades porque não são capazes de o fazer independentemente; asseio e pontualidade desordenados; incapacidade de se relacionar com os outros através da partilha de sentimentos, ideias ou experiências (...).*

Pelo que a enfermeira ao observar este tipo de comportamento deve promover e encorajar a manifestação de sentimentos, dando espaço à pessoa, apoio e assistência.

A terceira fase, exploração, é relacionada ao estágio de desenvolvimento identificar-se a si próprio. Para Peplau (1991) “o *conceito de si* desenvolve-se como produto da interação com os adultos”. Refere que “o *modo como os adultos apreciam a criança e a maneira como ela funciona em relação às suas expectativas e percepção são assimiladas ou interiorizadas tornando-se na visão que a criança tem de si própria*”.

É nesta fase que a relação entre o enfermeiro e a pessoa será fortalecida, onde a pessoa pela sua participação ativa nos cuidados explora ao máximo os serviços de forma a tornar-se mais independente fazendo uso pleno dos seus recursos, explorando-os para o seu desenvolvimento e crescimento. Começando a orientar os seus objetivos, para a evolução, ocorrendo nesta fase uma extensão do self da pessoa (Peplau, 1991).

Durante o último estágio a criança irá desenvolver capacidades de participação, “*desenvolve capacidades de se comprometer, competir e cooperar com outros. Estas capacidades são consideradas básicas para a capacidade de a criança participar e colaborar com os outros*”. Ao longo do desenvolvimento deste estágio “a *criança começa a ver-se a si própria através dos olhos dos pares, ao que Sullivan (1953) chamou de validação consensual*”. Desenvolve-se também a capacidade de amar os outros, para além da figura materna” (Townsend, 2011, p.47). Este estágio está relacionado com a quarta e última fase do estabelecimento da relação interpessoal, a resolução. Esta fase corresponde ao momento em que a pessoa está capacitada para resolver os seus problemas pelo que, de forma gradual, “afasta-se” daqueles que a ajudaram. Esta fase é alcançada quando o problema está resolvido e o objetivo foi alcançado, quando ocorreu na pessoa, o desenvolvimento gradual da sua identificação com as pessoas que colaboraram neste processo e com o fortalecimento da sua capacidade de autonomia. A pessoa deve ficar com um plano de referência que a ajude a reconhecer e atuar perante sinais de alarme e contatos de Serviços de apoio. Um plano da toma da medicação, dosagens, periodicidade e efeitos secundários, datas das consultas terapêuticas de seguimento, também com informação acerca de hábitos de vida saudáveis relacionados com a dieta, exercício, ingestão de líquidos e toda outra informação importante. A realização de follow-up é fundamental para o esclarecimento de dúvidas, suporte e apoio.

Peplau com a sua Teoria das Relações Interpessoais "*possibilitou a compreensão de que o cuidado envolve contato, relação e interação*" (Aguiar, 1995). Constata-se uma relação das fases da teoria de Peplau com as fases do Processo de Enfermagem.

Em seguida vou abordar a teórica de enfermagem, Betty Neuman, que também deu um grande contributo à enfermagem psiquiátrica com o Modelo de Sistemas.

"O Modelo de Sistemas de Neuman. baseia-se na teoria geral dos sistemas reflete a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos". Neuman descreve a adaptação como o processo através do qual o organismo satisfaz as suas necessidades. existem muitas necessidades e cada uma pode perturbar a harmonia (...) por isso o processo de adaptação é dinâmico e contínuo" (...) Quando o processo de estabilização falha (...) ou quando o indivíduo fica num estado de desarmonia, ficando incapaz de satisfazer as suas necessidades, pode surgir a doença" (Freese, 2004, p.336).

O Modelo assenta em quatro conceitos fundamentais: *Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem*. A Pessoa é definida como um sistema aberto em constante interação com o Ambiente, podendo englobar a família, o grupo, a comunidade ou uma dimensão social (Freese, 2004, p.337). Sendo composta por cinco ordens de variáveis (Neuman, 1995):

- i) fisiológica, respeitante ao corpo biológico e ao seu funcionamento;
- ii) psicológica que engloba os processos mentais e relacionais;
- iii) sociocultural que remete para o sistema de relações sociais, os papéis e estatutos sociais
- iv) desenvolvimento que é relativo às fases do processo do ciclo de vida
- v) espiritual relativa aos sistemas de crenças na vida da pessoa.

O conceito de *Ambiente* refere-se ao contexto externo e ao contexto interno.

Um dos conceitos principais da Teoria de Neuman é o de *stressores*, sendo designado de "*estímulos produtores de tensão que ocorrem dentro das fronteiras sistema cliente (...)*" (Freese, 2004, p.338). Podendo ser positivos ou negativos, intrapessoais (quando ocorre na pessoa), extrapessoais (quando ocorre fora da pessoa) ou interpessoais (quando ocorre entre um ou várias pessoas).

Neuman, no seu modelo defende que o sistema cliente está envolto de três linhas concêntricas que constituem mecanismos de proteção da estrutura básica e da integridade da pessoa. As quais designou de linha de defesa normal, linha de defesa flexível e linha de resistência.

A linha de defesa normal “é o círculo sólido exterior do modelo. Representa *um estado de estabilidade para o indivíduo ou sistema. É preservada ao longo do tempo e funciona como padrão para apreciar os desvios do habitual bem-estar do cliente. Inclui variáveis e comportamentos do sistema, tais como os padrões normais de coping do cliente, estilo de vida e estágio de desenvolvimento*” (Neuman, 1995 citado por Freese, 2004, p.339).

A linha de defesa flexível é “*o anel externo quebrado do modelo (...) é entendida como um pára-choques protector para impedir que os stressores atravessem o normal estado de bem-estar, conforme representado pela linha de defesa normal. A relação das variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento) pode afectar o nível até ao qual os indivíduos são capazes de usar a sua linha flexível de defesa contra uma possível reacção a um stressor ou a stressores*” (Neuman, 1995 citado por Freese, 2004, p.339).

A linha da resistência são “*as séries de anéis quebrados que circundam a estrutura nuclear (...) representam os factores de recurso que ajudam o cliente a lutar contra um stressor*” (Neuman, 1995 citado por Freese, 2004, p.339).

Assim sendo, os fenómenos de *stress* ao penetrar na linha de defesa flexível ou na linha de defesa normal produzem tensões no sistema que conduzirão a resultados positivos ou negativos. A capacidade de resistência de um sistema é o resultado da interdependência das cinco variáveis do sistema cliente (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais) e da interação com o contexto do cliente, que inclui os recursos próprios e a auto percepção relativamente aos fatores de stress, correspondendo ao conceito de reconstituição, tendo Neuman definido como o “*estado de adaptação aos stressores no ambiente interno e externo*” (Freese, 2004, p.340). Estes poderão ser intrapessoais, interpessoais ou extrapessoais.

Assim, considera-se que o Modelo de Peplau fornece ao enfermeiro uma estrutura para interagir com a pessoa e desenvolver a relação terapêutica, sugerindo papéis que o enfermeiro pode assumir de forma a ajudar a pessoa a ultrapassar, progredir e alcançar o nível apropriado de desenvolvimento, melhorando a sua capacidade para a confrontação, resolução das dificuldades e problemas do dia-a-dia. O Modelo de Neuman guia a prática de enfermagem pela identificação dos stressores, das variáveis e dos mecanismos protetores da pessoa, permitindo uma abordagem sistémica contribuindo para o desenvolvimento, com a pessoa, de estratégias para lidar com os stressores, contribuindo para a sua adaptação.

Perante isto, a minha prestação de cuidados à pessoa com doença mental grave baseou-se no Modelo da relação interpessoal de Peplau e no Modelo dos Sistemas de Neuman, uma vez que só consigo chegar ao “outro” pelo estabelecimento de uma relação terapêutica, e, é na relação que consigo ter melhor conhecimento da pessoa como *um todo*. Como ferramentas terapêuticas irei fomentar o desenvolvimento da confiança, sendo esta a base da relação, o respeito e aceitação, pela consideração da pessoa como um ser único e merecedora, tendo Rogers (1951) definido de aceitação incondicional positiva. Pela autenticidade e empatia irei perceber o que a pessoa está a vivenciar internamente e irei comunicar-lhe a minha perceção das suas palavras e comportamentos em sentimentos.

Também Chalifour se inspirou no Modelo das relações de Peplau para definir as fases que caracterizam o desenvolvimento da relação terapêutica entre o profissional e a pessoa. Para o desenvolvimento das técnicas de comunicação irei recorrer ao Modelo da ajuda profissional de Jacques Chalifour com o intuito de estabelecer contacto com o outro, segundo Satir (1976) “(...) *o melhor presente que posso dar, é o de olhar, escutar, compreender e tocar uma outra pessoa (...)*” (Chalifour, 2007, p. 130).

3) Caracterização dos locais de estágio

3.1) Internamento de psiquiatria

O serviço de internamento de psiquiatria tem capacidade para dezoito utentes (sete quartos duplos e quatro quartos de isolamento/individuais), embora o serviço tenha sofrido algumas reestruturações pela situação atual de pandemia por SARS-Cov2.

A pessoa com indicação para internamento no Serviço de Psiquiatria (após avaliação pelo médico psiquiatra de urgência), é testada ao SARS-Cov2 no SU do hospital, antes de ser admitida no Serviço de Psiquiatria.

Durante o meu estágio constatei que as patologias mais frequentes são a esquizofrenia, psicose e doença bipolar.

O Serviço tem implementado um Programa de Metacognição, tendo a pessoa internada a possibilidade de participar, caso reúna os critérios de inclusão previamente estabelecidos.

O Programa tem por base os seguintes temas: transtornos do humor, transtornos psicóticos, transtornos da ansiedade e transtornos obsessivo-compulsivos, perturbações da personalidade, estigma e autoestima, adesão ao regime medicamentoso, não abuso de substâncias e competências sociais e hábitos de vida saudável.

Os critérios de inclusão são: estar internada no Serviço e aceitar participar, não estar agitado e/ou com outra alteração do comportamento que prejudique a aprendizagem individual/grupal. Caso cumpra os critérios a pessoa é convidada a participar. Antes de iniciar o programa e no final (caso o utente tenha completado todas as sessões), é aplicada a escala de *insight* de Marková e Berrius

As sessões decorrem durante duas semanas e com duração de 45 minutos/cada. São realizadas pela psicóloga com colaboração de uma enfermeira.

3.2) Hospital de dia de psiquiatria

O hospital de dia de psiquiatria (HDP) funciona junto ao serviço de internamento nos dias úteis. Neste momento tem capacidade para seis pessoas com doença mental grave. Cada pessoa fica em média cerca de seis meses no Programa de Reabilitação psicossocial.

Há um Programa de Reabilitação constituído por um Plano de Atividades semanal (Anexo 2), tendo como principais objetivos: a adesão terapêutica e o reabilitar/reinserir a pessoa com doença mental grave. O Programa é constituído por intervenções individuais e grupais dirigidas ao desenvolvimento de competências pessoais, familiares, sociais e cognitivas, sendo estas as seguintes: treino das AVD's, treino de competências, terapias expressivas, psicoeducação individual e em grupo, estimulação cognitiva, cineterapia, intervenção individual, programa viva + caminhada terapêutica e à sexta-feira um dos participantes apresenta um tema à sua escolha. A pessoa tem de aceitar participar no Programa e tem de ter capacidade cognitiva para a aquisição de conhecimentos e aprendizagens. Na admissão da pessoa ao HDP são aplicadas as escalas de Barthel e a escala de Lawton, e consoante os problemas identificados, são aplicadas outras escalas (por exemplo a escala de autoestima, a escala de ansiedade e depressão ou a escala de risco de suicídio...).

4) Intervenções especializadas desenvolvidas

Constatei, em ambos os locais, que os re-internamentos e reinserção psicossocial estão associados, na maioria dos utentes, à não-adesão ao regime terapêutico, sobretudo, ao abandono da medicação, falta de insight e à não aceitação da doença mental. Perante esta realidade e considerando a evidência científica as intervenções desenvolvidas foram de âmbito psicoeducativo e psicoterapêutico.

4.1) Intervenções psicoeducativas

Favrod & Maire (2014, p.49-50) referem que “as intervenções psicoeducativas são precedidas por uma fase de avaliação que permite conhecer a situação global da pessoa de forma a poder adaptar o conteúdo, a forma e o ritmo das intervenções”.

Consideram importante “apreciar o estado psíquico da pessoa, pesquisando a presença de sintomas psicóticos positivos e negativos, de perturbações do humor, de alterações cognitivas (...); conhecer a situação biopsicossocial, espiritual e cultural do paciente e das pessoas significativas; conhecer o modelo explicativo da pessoa com DMG e das pessoas significativas; as atribuições e a emoção expressa pela família; realizar o inventário das estratégias de coping; determinar o grau de consciência da doença e a fase de recuperação em que a pessoa se encontra”.

Para a colheita de dados utilizei a entrevista não estruturada sobretudo com perguntas abertas, dando tempo ao utente, e perguntas mais específicas para conduzir para determinadas áreas relevantes. Ouvi atentamente o utente de forma a obter informação acerca dos seus problemas e direcionei a entrevista com o intuito de explorar os sinais e sintomas evidentes. Indo desta forma ao encontro da opinião de Kaplan & Sadock (2017, p.168), em que de acordo com estes autores “a técnica mais importante para a obtenção da história psiquiátrica consiste em deixar o paciente contar a sua própria história, com as suas próprias palavras, na ordem que julgar mais importante”.

É nesta fase que o profissional e o utente tomam conhecimento um do outro. É pela aplicação de técnicas e estratégias de comunicação que se obtêm informações do utente, fazendo-o sentir-se à vontade para se exprimir e partilhar informações pessoais. O primeiro contato é muito importante pois vai determinar a evolução da interação e o desenvolvimento da relação.

Segundo Chalifour (2008), nesta fase deve favorecer-se a criação de um clima de confiança, clarificar os papéis assumidos por cada um, acompanhar o utente na expressão da sua necessidade de ajuda, informar acerca dos recursos humanos e esclarecer acerca das rotinas, políticas e regulamentos.

Para a realização de intervenções psicoeducativas ao utente e grupo guiei-me pela tipologia do programa psicoeducativo de Sousa, Sequeira, Ferré Grau, Neves & Leixà Fortuño, 2016 (Sampaio & Sequeira, 2020, p.175) (Anexo 3).

Este programa é constituído por 4 fases: fase 1 - preparatória, fase 2 - exploratória, fase 3 - educacional e a fase 4 - conclusão.

A estruturação foi realizada em sessões e focada nos problemas e necessidades da pessoa e do grupo, pela técnica de resolução de problemas.

O planeamento do programa foi realizado de forma flexível e ajustado sempre que necessário de acordo com as necessidades da pessoa/grupo.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: pessoa adulta ou idosa que aceite participar e que apresente o diagnóstico de doença mental grave. Como critérios de exclusão considere: pessoa com comportamento agressivo ou risco de comportamento agressivo, pessoa que recuse participar e a pessoa com défices cognitivos que não permitam a aquisição de conhecimentos e aprendizagem.

No serviço de internamento psiquiátrico foram planeadas e realizadas três sessões, individualmente, com o utente do meu estudo de caso, e em grupo. Ambas com duração de 30 – 45 minutos. Os temas abordados foram selecionados em conjunto com o utente e o grupo, de acordo com as suas necessidades e após discussão com a Sr^a Enf^a Orientadora e o Professor Dr. Orientador. Os temas foram os seguintes: na primeira sessão, sinais e sintomas e mecanismos e estratégias de coping, na segunda sessão, adesão à medicação e efeitos secundários. Na última sessão os utentes contruíram, individualmente, o plano de prevenção de recaídas. O plano das sessões e as sessões encontram-se no Apêndice 2.

No hospital de dia psiquiátrico também privilegiei as intervenções psicoeducativas. Guiei-me pelo programa psicoeducativo de Sousa, Sequeira, Ferré Grau, Neves & Leixà Fortuño, 2016 (Sampaio & Sequeira, 2020, p. 175) (Anexo 3).

Yalom (2007) identificou, como sendo essenciais para a mudança positiva na participação em grupo, alguns fatores terapêuticos como, a aprendizagem interpessoal que inclui a importância dos relacionamentos e da coesão do grupo, promovendo na pessoa inserida no grupo o conforto, a pertença, valorização e o altruísmo e ao apoio mútuo entre os membros do grupo. Sadock & Sadock (2017, p. 861) definem os seguintes objetivos da psicoterapia de grupo, *“aumentar a consciência do paciente de si mesmo por meio de suas interações com os outros integrantes no grupo, os quais fornecem retorno sobre o seu comportamento; proporcionar melhores habilidades interpessoais e sociais; ajudar os membros a se adaptarem a um local de internamento”*.

No hospital de dia psiquiátrico foram realizadas cinco sessões. De forma a manter o plano de atividades já existente, as sessões psicoeducativas foram realizadas às segundas-feiras às 14 horas, no horário da psicoeducação.

Na primeira sessão abordou-se o tema saúde mental e doença mental e posteriormente realizou-se uma atividade de recorte e colagem com o intuito de avaliar a sua eficácia. Na segunda sessão o tema foi, sinais e sintomas. Posteriormente os utentes, individualmente, construíram o seu plano de prevenção de recaídas. A adesão à medicação foi o tema da terceira sessão, seguindo-se a construção de um jogo acerca da adesão à medicação. Na quarta sessão abordou-se o tema resiliência e posteriormente jogou-se o jogo “desafiando os medos”. A felicidade foi o tema da quinta e última sessão, seguida de um momento reflexivo e noutro momento de uma aula de movimento ao som da música. As sessões encontram-se no Apêndice 3 (Intervenções psicoeducativas grupais realizadas no hospital de dia de psiquiatria).

4.2) Intervenções psicoterapêuticas

De acordo com Norcross in Zeig & Munion, citado por Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut (2014, p.104) a intervenção psicoterapêutica é *«the informed and intentional application of clinical methods and interpersonal stances derived from established psychological principles for the purpose of assisting people to modify their behaviors, cognitions, emotions, and/or other personal characteristics in directions that the participants deem desirable»*

Esta intervenção permite ao enfermeiro EESMP *“não de resolver o problema da pessoa, mas de ajudar a pessoa a que esta consiga escolher as melhores opções no sentido de o resolver, o que se traduzirá na evolução e/ou resolução dos diagnósticos de enfermagem”* (Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut, 2016).

As estratégias de intervenção psicoterapêutica escolhidas foram baseadas na evidência científica e de acordo com as necessidades, características e as expectativas do utente e do grupo com o objetivo de gerir sintomas, resolver problemas, promover a expressão de sentimentos, de autoconsciencialização e de promover o *insight*, pelo processo de resolução de problemas e pela terapia expressiva.

O processo de resolução de problemas tem como principal objetivo “*ensinar novas habilidades de resolução de problemas o invés de lhe fornecer uma panóplia de soluções*” (...) através da formulação dos seus problemas, de reconhecer os recursos, favorecer a autonomia e aumentar o sentimento de controlo (Chalifour, 2009, p.127).

De acordo com Sampaio & Sequeira (2009, p.133) citando Stuart (1995), “*o processo de cuidados é um processo interativo de resolução de problemas*”. sendo em enfermagem designado de Processo de Enfermagem. É composto por cinco etapas: a colheita de dados, diagnóstico de enfermagem, determinação dos resultados esperados, planeamento dos cuidados e prestação de cuidados e avaliação, sendo esta última etapa realizada constantemente.

A colheita de dados é um processo contínuo que se realiza constantemente ao longo dos encontros, com o utente e o grupo, uma vez que a pessoa está em contante mudança. Esta etapa visa o conhecimento da pessoa, a elaboração do diagnóstico de enfermagem, a compreensão do problema no funcionamento e qualidade de vida, para além da identificação os recursos da pessoa e do grupo. Para a obtenção de dados recorri à entrevista formal não estruturada encorajando o utente “*a envolver-se na relação e a partilhar a sua experiência, num clima de suporte, de consideração positiva, de empatia*” (...) contribuindo para “*um maior conhecimento de si*”, (...) ficando “*mais apto para resolver os problemas da vida corrente*”, sendo a principal finalidade deste tipo de entrevista “*favorecer a consciência de si e a emergência de recursos (...) permitindo ao cliente fazer escolhas em função das suas características e valores e considerando também, em simultâneo as condições do ambiente que o envolve*” (Chalifour, 2009, p.103).

Tendo presente a visão existencial-humanista a eficácia da intervenção está relacionada com a qualidade da relação. Sendo, em ESMP, “*a relação terapêutica como um cuidado-em-si* (Sampaio & Sequeira, 2020, p.247 citando Oliveira Lopes, 2010, 2014), *no qual o enfermeiro se oferece relacionalmente como um “outro” na procura do estabelecimento de uma relação pessoal/profissional que, no limite se poderá vir a tornar, para o utente, numa nova experiência relacional, mais sanígena, e na possibilidade do crescimento pessoal daí decorrente*” (Sampaio & Sequeira

(2020, p.247) citando Oliveira Lopes & Cutcliffe (2018)). Desenvolvi este cuidado seguindo o modelo de Peplau.

Baseando-me no modelo de B. Neuman avaliei as variáveis (fisiológicas, psicológicas - avaliação do estado mental -, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais), os fatores stressores e os mecanismos protetores do utente e do grupo. Os diagnósticos de enfermagem identificados foram baseados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 2 (2011) e as Tabelas versão 2013, sendo esta a classificação utilizada pelo hospital para a uniformização de linguagem de enfermagem. E, também, pelo Padrão Documental de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2019). Foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem: Aceitação do estado de saúde comprometida, Adesão ao regime terapêutico comprometido e Potencial e capacidade para melhorar a adesão.

Os objetivos esperados definidos visam retardar o agravamento dos sintomas e a capacitação do utente e do grupo para a sua gestão (Chalifour, 2009, p. 152). O planeamento e a prestação de cuidados realizados foram de acordo os objetivos definidos. A avaliação foi realizada constantemente, garantindo assim a individualização e personalização de cuidados.

Em contexto de internamento realizei um estudo de caso pela metodologia de processo de resolução de problemas. No entanto, não o incluí neste Relatório de forma a garantir a privacidade e confidencialidade da pessoa.

A terapia expressiva tem como finalidade favorecer o desenvolvimento da consciência-de-si, pelo convite à pessoa a falar de si, expressando sentimentos e emoções e a prestar atenção ao que se passa no seu interior e na relação com o outro. Esta estratégia foi desenvolvida durante os encontros com o utente e/ou o grupo tendo recorrido aos meus conhecimentos e habilidades, ao uso de técnicas comunicacionais e seguindo os princípios da comunicação verbal e não verbal. Foram realizadas, maioritariamente, com o grupo em hospital de dia de psiquiatria, após as sessões psicoeducativas. Para a escolha das atividades recorri à criatividade com o intuito de “*ser uma influência (...) e veículo para uma mudança*” (Gillam, 2013).

Pretendeu-se através do estímulo individual e coletivo, estimular a criatividade e a sua expressão, dando ênfase ao processo de criação. Sendo o importante não o resultado, mas todo o processo. Tendo sido posteriormente a pessoa estimulada a refletir sobre a sua construção simbólica, de forma a perceber o significado do porquê do seu produto. Permitindo à pessoa a reflexão sobre as suas angústias, medos, dificuldades e conflitos. E, pela interpretação e reflexão das vivências, durante a construção, vai-se apropriando e tomando consciência de si, levando a um conhecimento do seu-Eu, tornando-se sujeito ativo do seu processo terapêutico.

Foi realizado sobretudo em hospital de dia devido ao grupo esta numa fase “mais estabilizada”, mais recetivos e disponíveis. As técnicas seleccionadas foram de acordo com as características e a condição do grupo, tendo sido colagem, corte, a construção de um jogo didático, a música e movimento. Após a atividade houve partilha de experiências e a explicação da sua construção. Pelos mediadores expressivos o sofrimento poderá ser revivido de uma forma mais “serena e confortável” e ao ritmo permitido pelo seu Eu.

O corte por simbolizar uma rotura de um trabalho deve ser usado com precaução, pelo que optei pelo uso desta técnica só no hospital de dia. Contribuindo para a catarse e alívio de tensões. Foi solicitado o corte com as mãos em vez da tesoura, exigindo da pessoa mais controlo no uso da força, mais cuidado e preciosismo.

A criação do jogo didático contribuiu para o trabalho em equipa, interajuda, socialização, partilha e aprendizagem.

A música como mediador expressivo foi usada com o intuito de comunicar ideias e emoções, animação e pelo poder motivador. Através desta pode-se conseguir uma sensação de realização, em que a pessoa ao concentrar-se na melodia, no som ou na letra abstrai-se e envolve-se ficando com um sentimento positivo de realização e com a emoção de contentamento. Este mediador apresenta vantagens com o uso na pessoa com humor deprimido, pelo facto de recorrer a técnicas de expressão corporal através do movimento do corpo com música, obtendo-se a melhoria do seu humor.

As atividades realizadas encontram-se no Apêndice 3.

4.3) Reflexão sobre a intervenção

As intervenções especializadas de enfermagem aliadas ao desenvolvimento da relação terapêutica, baseada na confiança, empatia e respeito, contribuíram para o aumento do interesse e participação, do utente e do grupo, nas sessões e nas atividades sugeridas. Esta conclusão advém da observação do comportamento dos utentes e do grupo, da avaliação do estado mental, tendo na maioria dos utentes evidenciado uma melhoria, também constatei pela partilha, dos utentes e do grupo, de informação, de conhecimento e experiências.

Com a abordagem do tema *saúde mental, doença mental e sinais e sintomas*, obteve-se no final das sessões um plano de alarme construído por cada um dos utentes. Nas primeiras sessões promoveu-se a aquisição de conhecimento, a autorreflexão e o envolvimento da família neste processo, capacitando-a para a ação e na tomada de decisão. Com o tema acerca da *adesão à medicação*, abordou-se as indicações, os efeitos secundários que frequentemente pelas alterações e incapacidade, por vezes difícil de aceitar, conduzem a pessoa a uma grande angústia e sofrimento. Tendo o diálogo, a partilha e a troca de experiências contribuído para o lidar com esta situação e a aquisição de conhecimento acerca de estratégias para lidar com eles, mas também para a aceitação ou compreensão da necessidade da adesão à medicação e outros tratamentos. Indo o tema de mecanismos de coping e estratégias ao encontro das suas dificuldades e necessidades. Tendo sido promotora para a aquisição de conhecimento e motivadora para a mudança e aquisição de novos hábitos de vida saudáveis, mas também para o desenvolvimento do objetivo de vida. O tema *resiliência e felicidade* foram os últimos a serem abordados por serem temas sensíveis. Espoletam emoções e sentimentos que ajudam a “vir ao de cima” mais lembranças, emoções e sentimentos, desafiando mais a pessoa para a reflexão. Por outro lado, também foram temas promotores da motivação que impulsionaram para a ação, para a construção e desenvolvimento do seu “novo” *Eu*.

De acordo com Peplau, é no desenvolvimento da relação no qual o enfermeiro “trabalha” lado-a-lado com o outro, de acordo com as suas necessidades, que há a passagem para o próximo estágio e, crescimento. Este crescimento para além de ser constatado no outro, foi também visível em mim, indo ao encontro da premissa de Peplau, em que acredita que quando se dá a realização de uma tarefa psicológica

associada com a relação enfermeiro-cliente, as personalidades de ambos podem ser fortalecidas (Townsend, 2011, p.44).

Considero que as intervenções desenvolvidas foram adequadas e dirigidas à satisfação das necessidades do utente e do grupo tendo contribuído positivamente para a adesão ao regime terapêutico, empoderamento e recuperação.

5) Questões Éticas

A pessoa com doença mental sofre alterações a diversos níveis e está sujeita a situações de maior vulnerabilidade, estigmatização e incapacidade (WHO, 2008) pelo que é necessário garantir o respeito pela dignidade humana e assegurar a proteção dos seus direitos fundamentais pelo que Código Deontológico, pelo Perfil de Competências do EEESMP e pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Mental.

O enfermeiro tem um papel privilegiado e fundamental aos três níveis de atuação, na prevenção primária pela promoção da saúde mental, na prevenção secundária pelo diagnóstico precoce e tratamento e na prevenção terciária pela reabilitação e reinserção.

Tendo o EEESMP um vasto conhecimento que engloba a compreensão dos processos de sofrimento, das alterações e perturbações mentais, para além das técnicas psicoterapêuticas, tendo em Si-mesmo a capacidade de se mobilizar como instrumento terapêutico, o enfermeiro, terá a capacidade de ajudar a pessoa e família no processo de empoderamento e recuperação pelas intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas. O desenvolvimento deste processo tem como base a relação terapêutica. Vários são os estudos (Byrne, Cardoso & Xavier, 2016) que corroboram esta ideia, defendem que a adesão e o comprometimento no tratamento estão fortemente relacionados com a relação estabelecida entre a pessoa e o enfermeiro.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2009) a adesão é o comportamento de uma pessoa coincidente com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde.

Para promover a adesão ao regime terapêutico, as intervenções realizadas estão de acordo com o nível das capacidades e conhecimento da pessoa. O princípio da autonomia defende que a pessoa tem o direito de determinar o seu próprio destino e que a sua decisão deve ser respeitada, no entanto se a pessoa apresentar reduzidas capacidades e conhecimentos (por ex. agudização da doença mental representando a pessoa um perigo para si e para os outros), o dever de respeitar a autonomia é sobreposto por outro princípio devido à incapacidade da pessoa em tomar decisões informadas. Nesta fase, para além de administração da medicação foram privilegiadas intervenções para a estabilização e segurança. Neste caso, vigora o princípio da não-maleficência pois é mais importante evitar causar danos do que fazer o bem (sobrepõe-se também ao princípio da beneficência), protegendo-se os direitos e interesses da pessoa.

Quando a pessoa evidenciou algum grau de capacidade ou compreensão da sua situação, foram realizadas intervenções para a promoção de comportamentos com vista à sua autonomia. Primeiramente, realizou-se um levantamento das necessidades em conjunto com a pessoa pelo seu questionamento “O que precisa?”, “Como a posso ajudar?”, garantindo assim a qualidade dos cuidados prestados, pois como refere Fragata (2008) *“qualidade é cada vez mais definida como o encontro entre o serviço prestado e a “expectativa” dos utentes*”. Desta forma, consegui saber e identificar o potencial para a aquisição de conhecimentos e capacidades, referindo Sampaio & Sequeira (2020, p.155) citando Meleis *et al* (2000) defendem que são: a consciencialização, o envolvimento e a volição. Posteriormente foi realizado um plano de cuidados em conjunto com a pessoa e o grupo (princípio da autonomia).

As intervenções especializadas de enfermagem, realizadas individualmente e em grupo, dirigidas à promoção da adesão ao regime terapêutico, com o objetivo de ajudar a pessoa na modificação de comportamentos, cognições, emoções (...) e através de estratégias educacionais e comportamentais conduzir à consciencialização da pessoa e família através de informações para conhecer e compreender a sua doença, pela explicação dos cuidados e dos tratamentos biopsicossociais, dos efeitos secundários da medicação, da necessidade de mudança de comportamentos, das estratégias de coping, respeitando *“o direito da pessoa de saber acerca do diagnóstico, tratamento e prognóstico”* (Townsend, 2011, p.79) – princípio da veracidade.

Estas intervenções vão ao encontro do desenvolvimento da competência do domínio das aprendizagens profissionais e à 4ª competência do EEESMP do Regulamento n.º 515/2018.

Foram mobilizados os recursos disponíveis para capacitar a pessoa, família e/ou grupo, estando subjacente o direito da pessoa a ser tratada de modo igual e justo (princípio da justiça).

No exercício da prestação de cuidados à Pessoa e família de acordo com o Artigo 106º - dever de sigilo - do Código Deontológico do Enfermeiro, guardarei segredo profissional de tudo o que tome conhecimento, respeitando a privacidade e confidencialidade da pessoa, grupo e família.

Adicionalmente neste Relatório estão sempre garantidos os anonimatos da instituição, dos enfermeiros orientadores clínicos e dos utentes a quem prestei cuidados.

Parte 2 – Análise reflexiva sobre aquisição e desenvolvimento de competência

6) Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista (CCEE), de acordo com o Regulamento nº140 de 2019, faço a análise referente a cada domínio.

a) Responsabilidade profissional, ética e legal, desenvolvi esta competência por um agir de acordo com, as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo e respeitando os direitos humanos. Desempenhando um exercício seguro, profissional e ético pela utilização de habilidades de tomada de decisão assentes em conhecimento próprio e a avaliação continua. Na prestação de cuidados, assente na relação terapêutica, garanti e respeitei os valores e costumes, crenças espirituais, o acesso à informação, a escolha e autodeterminação. Na realização de registos de enfermagem, passagens de turno e outras atividades como a realização de jornais de aprendizagem, estudo de caso e atividades garanti e respeitei e confidencialidade e fomentei a segurança e a privacidade do utente, grupo e família.

b) Melhoria contínua da qualidade garanti um papel dinamizador pela participação em reuniões multidisciplinares semanais onde se discutiu a evolução dos utentes e foram tomadas medidas referentes ao processo de recuperação. Participei em reuniões com familiares dos utentes que tiveram como objetivo solicitar a colaboração do familiar no desenvolvimento deste processo. Participei na primeira entrevista de admissão, de um utente, ao hospital de dia.

Na prestação de cuidados garanti um ambiente terapêutico pela gestão do ambiente centrado na pessoa promovendo a sua segurança e o bem-estar. Garanti um ambiente seguro como, por exemplo, pela redução de estímulos prevenindo a escalada do comportamento agressivo e prevenindo incidentes pela aplicação de princípios, por exemplo, na preparação e administração da terapêutica.

c) Gestão de cuidados, esta competência foi desenvolvida na prestação de cuidados em que procedi a uma análise e estabelecimento de prioridades consoante as necessidades do utente e do grupo. A minha “ação” foi desenvolvida inserida na equipa multidisciplinar no papel de enfermeira em formação e futura colega especialista nesta área. As intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas foram integradas na dinâmica dos serviços e articuladas com a equipa multidisciplinar, nomeadamente, o médico psiquiatra, a psicóloga e a terapeuta ocupacional. Os temas abordados nas sessões, para além de irem ao encontro das necessidades e preferências dos utentes e do grupo, foram previamente discutidos em equipa de forma a averiguar a sua pertinência e eficácia e a promover o trabalho em equipa. Desenvolvi esta competência também na dinamização de atividades de fim-de-semana através de jogos com o intuito de promover a estimulação cognitiva, motora e sensorial. Os cuidados prestados foram de acordo com os recursos existentes, e utilizados de forma eficiente, garantindo a qualidade e segurança.

d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, sucedeu-se na prestação de cuidados em que algumas situações vividas me motivaram à auto-reflexão e hétero-reflexão com os orientadores e colegas e à realização de jornais de aprendizagens. A pesquisa bibliográfica foi realizada continuamente durante este percurso pela necessidade de esclarecimento e aquisição de conhecimentos, desde a relação, as patologias, a medicação, etc. Tendo estas ações contribuído para a minha autoconsciencialização e autoconhecimento enquanto pessoa e enfermeira.

A minha prática de cuidados foi, tanto quanto possível, baseada na evidência científica pela realização de uma revisão integrativa da literatura acerca da promoção da adesão ao regime terapêutico da pessoa e pesquisa bibliográfica, pela realização e participação de atividades no serviço como, por exemplo, nas sessões do programa de metacognição. Na prestação de cuidados ao utente e família na consulta de enfermagem, através de ensinamentos, esclarecimentos, pela articulação com outras especialidades sempre que necessário, pela administração de medicação (NAP) e na preparação da medicação. Participação no projeto do serviço *emcorpora* e na dinamização de atividades desenvolvidas por mim e participação nas atividades desenvolvidas por outros profissionais. Também tive a oportunidade de assistir online ao Curso “Programa de intervenção no primeiro surto psicótico” integrado no XII Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental 2021 e a outros mesas temáticas.

7) Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica

Referente à primeira competência, *a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional*, iniciei o desenvolvimento desta competência na Unidade Curricular de Desenvolvimento Pessoal e Profissional pela realização de atividades e trabalhos de autorreflexão, os quais desencadearam em mim questões e me impulsionaram à sua compreensão. Contribuindo para o desenvolvimento da minha autoconsciencialização e aperfeiçoamento da identificação de emoções, sentimentos, valores pessoais, crenças e características.

Este processo permitiu-me identificar e compreender alguns comportamentos tendo motivado em mim a necessidade de mudar alguns comportamentos, este foi um ponto positivo por aumentar a minha autoconfiança.

Pelo facto de ter vivenciado este desenvolvimento em mim e de considerar importante e gratificante este crescimento e, também de acordo com a evidência científica, considero importante a estimulação e promoção deste desenvolvimento no outro (utente) como forma de crescimento pelo que nas minhas intervenções tive como foco, também, a autorreflexão do outro (utente), individual e em grupo.

Na prestação de cuidados estabeleci relação terapêutica com o utente e o grupo, com o desenvolvimento de habilidades pessoais e comunicacionais. Perante as situações de contra-transferência os momentos de partilha e reflexão com os orientadores e a autorreflexão facilitaram a resolução da situação.

A segunda competência *b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental*, foi desenvolvida na prestação de cuidados pelo desenvolvimento da relação terapêutica baseando-me no modelo de H. Peplau. Realizei entrevistas (semi-estruturada com perguntas abertas) a utentes, de forma a avaliar o estado mental, e identificar os problemas e necessidades, seguindo o modelo de B. Neuman.

Desenvolvi esta competência, também, pela realização dos registos de enfermagem com atualização dos diagnósticos e intervenções no SClinico e passagens de informação dos utentes nas passagens de turno. Avaliei os parâmetros vitais e sinalizei as alterações, preparei e administração medicação de acordo com a prescrição, pé-ros e intramuscular, e, realizei ensinios acerca das indicações, possíveis efeitos adversos e estratégias para lidar com estes. Auxiliei os utentes na satisfação das necessidades humanas básicas de acordo com o seu grau de dependência. Participei nas sessões de metacognição realizadas pela psicóloga do serviço e dinamizei atividades em fins-de-semana.

Realizei um estudo de caso a um utente em internamento e contemplei: a) História de enfermagem com a identificação, história pessoal, antecedentes pessoais de saúde, antecedentes familiares e caracterização familiar com o genograma familiar e a história de saúde, b) Caracterização e fundamentação da situação clínica, c) Análise segundo a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman (com a avaliação das variáveis e dos fatores stressores e protetores) e a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, d) Tratamentos farmacológicos, e) Plano de cuidados, com a identificação dos diagnósticos segundo a CIPE, os objetivos esperados, as intervenções e as avaliações, em anexos coloquei os instrumentos utilizados, a Escala de risco de comportamento agressivo de Broset e a Medida de adesão aos tratamentos, e, em apêndice o Programa de psicoeducação individual desenvolvido com o utente; Com este estudo de caso assisti o utente ao nível da prevenção primária pela promoção da sua saúde mental (mas também ao nível da prevenção secundária e terciária).

A competência 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*, foi desenvolvida pela prestação de cuidados ao utente, grupo e família. Sustentada na evidência científica e guiando-me pelos modelos de enfermagem de H. Peplau e B. Neuman, identifiquei as características típicas e atípicas da perturbação mental, no utente e no grupo, diferenciando perturbações orgânicas de alterações específicas associadas a problemas de saúde mental.

Detetei comportamentos de agressividade com risco para o utente e restantes utentes e evitei a escalada da agressividade pela participação na sua contenção de acordo com a Circular Normativa – *Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes: contenção física* - e a Orientação- *Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*.

Fiz o processo de enfermagem de utentes, de acordo com a CIPE, com a identificação das necessidades e os diagnósticos de enfermagem e as intervenções com o utente e o grupo, implementação das intervenções e monitorização dos resultados e reajuste das intervenções sempre que necessário.

Simultaneamente, desenvolvi o programa *saber para melhor viver* com sessões de psicoeducação, tendo os temas derivado das necessidades do utente e grupo e também as atividades. Tendo por base o estabelecimento de relação terapêutica pelo uso dos modos de contacto e pela utilização das técnicas de comunicação verbal e não verbal.

Participei nos cuidados de enfermagem, realizei registos de enfermagem e passagens de turno, avaliei os parâmetros vitais, preparei e administrei a medicação e apoiei os utentes na satisfação das necessidades humanas básicas. Participei nas sessões do programa de metacognição e realizei atividades de fim-de-semana. Contribuindo desta forma para o desenvolvimento do *insight*, das capacidades cognitivas, raciocínio e memória, em suma, na atuação ao nível da prevenção secundária com foco a evitar a progressão da doença mental e recuperação da saúde mental.

A última competência 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*, foi desenvolvida pela realização de intervenções psicoterapêuticas e intervenções psicoeducativas. Para a seleção destas intervenções realizei uma RIL de forma a basear a minha prática na evidência científica, tanto quanto possível.

Desenvolvi as intervenções psicoterapêuticas através da terapia expressiva pela promoção da expressão de sentimentos e emoções, pela escuta ativa, observação, comunicação verbal e não-verbal, com a avaliação do estado mental e identificação dos problemas e necessidades do utente e do grupo, seguindo o processo de enfermagem. Pela intervenção psicoeducativa promovi a capacitação do utente e do grupo através das sessões e atividades que contribuíram para uma maior compreensão do seu problema e consequentemente uma participação mais ativa no seu tratamento com a adesão ao regime terapêutico. Em internamento, desenvolvi um programa psicoeducativo, *Saber para Melhor Viver*, constituído por três sessões. Os temas foram de acordo com as necessidades do utente e do grupo, tendo sido: sinais e sintomas, adesão à medicação e estratégias de coping. A ordem dos temas teve como objetivo promover a identificação de sinais e sintomas existentes antes do internamento e também o desencadeamento uma reflexão acerca do antes e após o internamento de forma que cada um dos utentes identificasse e reconhecesse as suas estratégias de coping e desenvolve-se a sua autoconsciencialização.

No hospital de dia os temas das sessões psicoeducativas, também foram de acordo com as necessidades do grupo, tendo sido: saúde mental e doença mental, sinais e sintomas, adesão à medicação, resiliência e felicidade. Para o desenvolvimento das sessões desenvolvi todo um processo compreendido desde o estabelecimento da relação com o utente com a realização de entrevistas, a participação nas atividades com o grupo, a constante avaliação do seu estado mental e identificação das suas necessidades e evolução mental e física, reuniões com o orientadores, com a equipa multidisciplinar, a realização de pesquisas bibliográficas, a escolha do meio audiovisual, dos materiais e das atividades mais apropriadas de forma a garantir a eficácia da intervenção contribuindo para o processo de recuperação da saúde mental e reinserção do utente e do grupo.

8) Conclusão

Uma das características da pessoa com DMG, são as alterações da percepção e do pensamento, que por sua vez conduzem a comportamentos de abandono do regime terapêutico. Ao incidir nesta problemática, a não-adesão ao regime terapêutico, já estou a ir ao encontro das necessidades e problemas do utente e do grupo, pelo que considero que a escolha desta problemática foi muito adequada.

O facto de procurar desenvolver a prática baseada na evidência, guiando a minha intervenção ao utente e grupo, pelos modelos das teóricas de enfermagem que me auxiliaram no estabelecimento e desenvolvimento da relação com o outro e identificação de fatores stressores e protetores e pelo desenvolvimento de intervenções especializadas de enfermagem e considerando o utente o centro da minha atuação e eu um instrumento do cuidar pelo desenvolvimento da relação terapêutica assente na empatia, esperança, autenticidade e no respeito considero que consegui promover a adesão ao regime terapêutico pelos resultados obtidos. Embora o empoderamento e a recuperação sejam um processo que se desenvolve ao longo do tempo pela participação ativa do utente, constatei, pela observação, na maioria dos utentes, uma mudança de comportamento, pelo que posso concluir, que as intervenções realizadas com o utente e o grupo desencadearam um processo reflexivo e/ou uma melhor compreensão do seu problema, e consequentemente o desenvolvimento de estratégias e uma ação participativa na sua recuperação.

O facto de não ter experiência a trabalhar num serviço de psiquiatria, senti inicialmente, alguma dificuldade e constrangimento na abordagem e comunicação com o utente. Sobretudo ao nível da comunicação verbal e não verbal, nomeadamente na abordagem ao utente com comportamento agressivo e durante a entrevista ao ter contacto com algumas histórias de vida. As dificuldades e constrangimentos foram resolvidos através da partilha com os meus orientadores e pela auto-reflexão.

Desta forma, considero que desenvolvi as competências comuns de EE e as competências específicas do EEESMP.

Sendo o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica um elemento fundamental no processo de promoção, empoderamento e recuperação à pessoa e sua família por ser possuidor de um conhecimento e sabedoria próprio, pretendo num futuro próximo aplicar e desenvolver o meu conhecimento e habilidades no meu local de trabalho, UCI de Cardiologia, no projeto de reabilitação cardíaca do utente no pós-enfarte e utentes transplantados ou a aguardar transplante cardíaco.

Bibliografia

- Afonso, P., Figueira, M., & Sampaio, D. (2014). Manual de Psiquiatria Clínica.
- Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, A., Gusmão, R., Corrêa, B., & Silva, J. (2013). Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório. *Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.*
- Angst, R. (2009). Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura. *Psicologia argumento*, 27(58), 253-260.
- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2019). *Padrão Documental de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Guarda: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/18654/ponto-3_padr%C3%A3o-documental-enfermagem-sa%C3%BAdede-mental-psiqui%C3%A1trica_aprovado.pdf
- Benner, Patrícia (2001). De Iniciado a Perito – Excelência e poder na prática clínica de enfermagem (Edição comemorativa). Coimbra: Quarteto editora. ISBN: 972-8535-97-X
- Carvalho, F. T. D., Morais, N. A. D., Koller, S. H., & Piccinini, C. A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), 2023-2033.
- Chalifour, Jacques (2008). A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda (volume 1). Loures: Lusodidacta. ISBN 9-989-8075-05-5
- Chalifour, Jacques (2009). A Intervenção Terapêutica: Estratégias de intervenção (volume 2). Loures: Lusodidacta. ISBN 979-989-8075-21-5
- Comissão das Comunidades Europeias (2005). Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia. Bruxelas

De Jesus, M. F. M. (2009). *Carl Rogers: Uma Conceção Holística do Homem- Da terapia centrada no cliente à pedagogia centrada no aluno*. Millenium - repositório.ipv.pt

Deglin, J., Vallerand, A. (2009). Guia farmacológico para enfermeiros (10ªed). Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-44-8.

Direção Geral da Saúde (2012). Programa Nacional para a Saúde Mental. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>

Direção Geral da Saúde (2014). Portugal, Saúde Mental em Números 2014. Programa Nacional para a Saúde Mental, 2014. Disponível: www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014.aspx

Favrod, J., Maire, A. (2014). Recuperar da esquizofrenia – Guia prático para profissionais. Loures: Lusociência.

Freese, B (2002). Modelo de Sistemas. In Tomey, A & Alligood, M (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.

Goleman, D., (2014). Foco – O motor oculto da excelência. Lisboa: Temas e debates. ISBN 9789896442415

Grossi, F. P., Fajardo, R. S., Fazollo, J., Lalucce, T. M. E., Pereira, N. A., & Zavanelli, A. C. (2015). P-005 A intervenção psicoeducacional e impacto sobre o estresse nas disfunções temporomandibulares. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, 4(1).

Hielscher, E. Diminic, S., Kealton, J., Harris. M., Lee, Y. Y., & Whiteford, H. (2019). Hours of care and caring tasks performed by Australian carers of adults with mental illness: results from an online survey. *Community mental health journal*, 55 (2), 279 – 295.

Mendes, K., Silveira, R.-, Glavão, C. (2008). Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 17 (4), 758 – 764.

Ordem dos Enfermeiros (2009). Código deontológico do enfermeiro. Estatuto da OE.

Ordem dos Enfermeiros (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e famílias para promover a adesão ao tratamento. Catálogo da CIPE.

Ordem dos Enfermeiros (2011) – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Mental. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento nº 356/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário Da República*, 2ª Série, (122-25), 17034-17041.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 515/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República*, 2ª Série (Nº 151 de 07-08-2015).

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª Série (Nº 26 de 06-02-2019).

Ordem dos Enfermeiros (junho de 2021). Guia Orientador de Boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa cm doença mental grave. Lisboa: Papa-letras. ISBN:978-989-8444-57-8.

Organização Mundial de Saúde - OMS (2008) - *Closing the gap in a generation; health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinantes Health, Genev: World Health

Organization. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=1E4FB25639F5ED0A4663E8427CC19E0B?Sequence=1

Organização Mundial de Saúde - OMS (2013) – *Mental Health action Plan 2013-2020*. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/

Peplau, H. E. (1952/1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Springer Publishing Company

Sadock, Kaplan & Sadock, Virginia A. & Ruiz, Pedro (2017). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (11ª edição). Porto Alegre: ABDR.

Sampaio, Francisco, Sequeira, Carlos, & Lluch-Canut, Teresa. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe1), 103-108. Disponível em: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000100017&lng=pt&tlng=pt.

Seabra, P., Sarreira-Santos, A., Medeiros-Garcia, L., Costa, A., Cardoso, I., & Figueiredo, A. S. (2018). A felicidade em pessoas com doença mental: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19, 45-53.

Slade, M. (2012). *100 Modos de Apoiar a Recuperação Pessoal: Um Guia para Profissionais da Saúde Mental*. Porto: Edição Portuguesa Encontrar+se.

Sequeira, Carlos; Sampaio, Francisco (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda

- Townsend, Mary C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência*. (6ª Edição). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas Lda.
- Treichler, E. B., Li, F., O'Hare, M., Evans, E. A., Johnson, J. R., & Spaulding, W. D. (2019). Psychosocial and functional contributors to personal recovery in serious mental illness. *Journal of Mental Health*.
- Vilar, T., Nogueira, M. J., Valentim, O., & Seabra, P. (2019). A Psicoeducação na adesão terapêutica em utentes com esquizofrenia: Uma Scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 103.
- World Health Organization (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence practice. Disponível: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- World Health Organization (2014) Mental health: strengthening our response. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.
- World Health Organization. (2019). What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J. M., Magalhães, P., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal—rationale, design and fieldwork procedures. *International journal of mental health systems*, 7(1), 1-19. Disponível em <http://www.ijmhs.com/content/7/1/19>
- Yalom ID, Leszcz M. (2007). *Psicoterapia de grupo, teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed
- Zegwaard, M. I., Aartsen, M. J., Grypdonck, M. H., & Cuijpers. P. (2015). Mental health nurses 'support to caregivers of older adults with severe mental illness: a qualitative study. *BMC nursing*, 14 (1), 1-10

http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf

www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticasdesaude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014.aspx

<http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/190>

Anexos

Anexo 1 - Método e Fluxograma da Revisão Integrativa da Literatura

MÉTODO E FLUXOGRAMA DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Com o objetivo de identificar, analisar, confirmar e decidir a(s) intervenção(ões) de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica eficaz para a promoção da adesão ao regime terapêutico da Pessoa com doença mental grave, realizei uma revisão integrativa da literatura (RIL). Seguidamente, partilho o Método e o Fluxograma desta RIL.

Para a formulação da questão norteadora da investigação tive por base a mnemónica “PICO”: População, fenómeno de Interesse e Contexto, correspondentes a estudos de natureza qualitativa. Tendo formulado a seguinte questão norteadora: Como é que o enfermeiro promove a adesão ao regime terapêutico da pessoa com doença mental grave?

A RIL regeu-se pelos critérios estabelecidos pelo PRISMA dirigido a revisões sistemáticas, no qual estão contempladas as seguintes etapas: identificação da temática e questão principal norteadora da revisão; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos; extração de dados dos estudos selecionados; avaliação dos estudos a serem incluídos, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento científico (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

Como critérios de inclusão foram incluídos estudos qualitativos publicados entre janeiro de 2015 e janeiro de 2021, em língua portuguesa ou inglesa. A população correspondeu a pessoas com doença mental, com idades compreendidas entre os 19 – 85 anos de idade. O fenómeno de interesse foi a adesão ao regime terapêutico em qualquer *setting* em que a pessoa seja alvo de cuidados de enfermagem.

Como critérios de exclusão, define estudos com pessoas com idades inferiores a 18 anos.

A pesquisa foi realizada em junho e julho de 2021, na plataforma EBSCO, nas bases de dados CINAHL complete e MEDLINE complete. Como descritores utilizados com respetivos operadores booleanos, selecionei os seguintes: (mental disease) OR (mental illness) AND (therapeutic adhesion) OR (adherence to the therapeutic regimen) AND (nurse) AND (psychoeducation). Os termos naturais foram

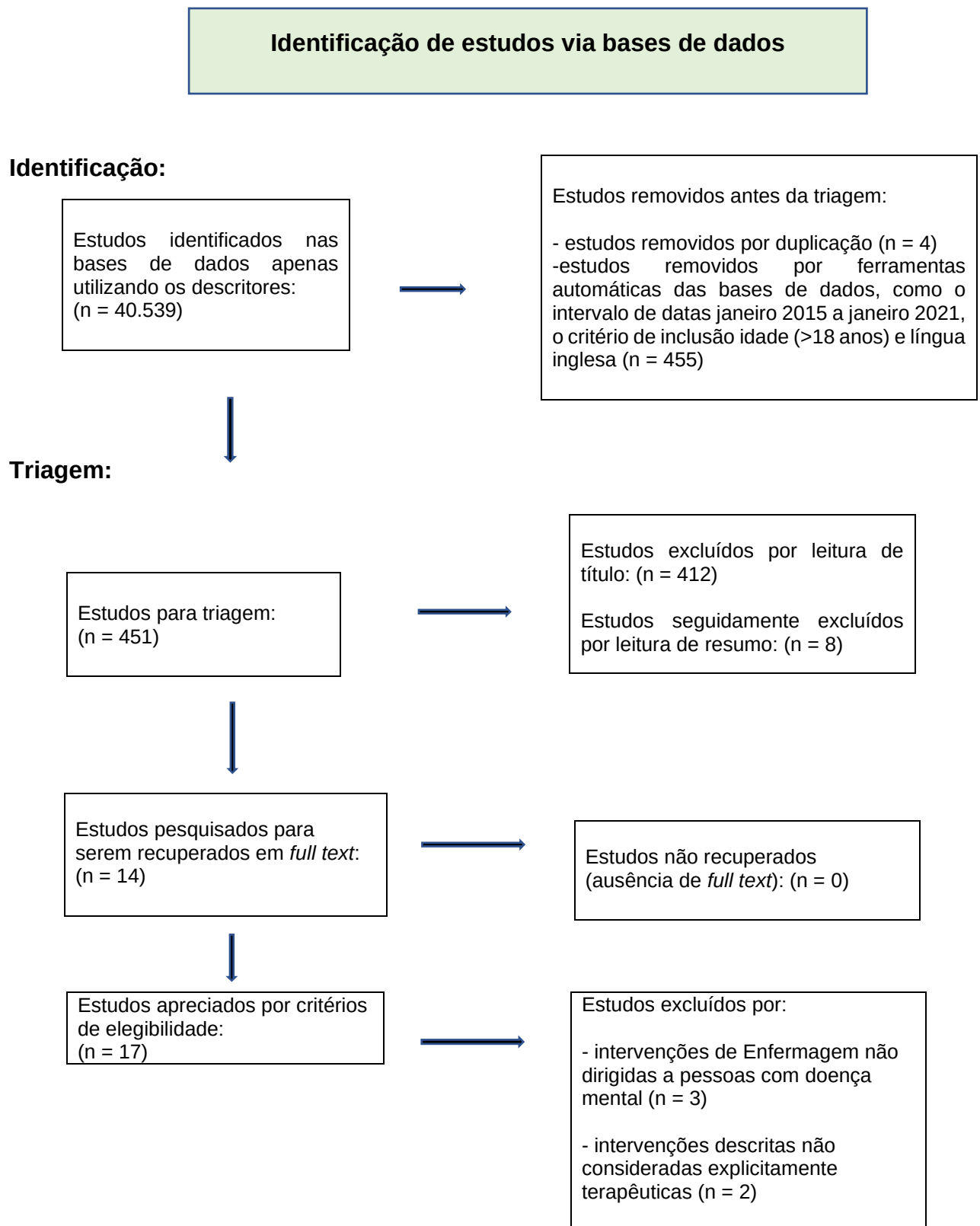
confirmados em relação à sua terminologia e conteúdo, pesquisando os descritores nos “Títulos de tema CINAHL” e “MeSH 2020. (Quadro 1 – termos de pesquisa).

Quadro 1 – Termos de pesquisa

Mnemónica	Títulos de tema CINALH	MEDLINE (MeSH,2020)
P	- mental disease - mental illness	- mental disease - mental illness
I	- therapeutic adhesion - adherence to the therapeutic regimen	- therapeutic adhesion - adherence to the therapeutic regimen
Co	- nurse - psychoeducation	- nurse - psychoeducation

A seleção dos artigos seguiu a orientação das guidelines PRISMA com o intuito de identificar, selecionar e, posteriormente, incluí-los. A análise foi realizada por mim. Obtive uma amostra inicial total de 455 artigos, obtendo no final 15 artigos (Fluxograma 1).

Fluxograma 1 – Processo de seleção de estudos



Incluídos:



Estudos de suporte utilizados e a utilizar: (n = 12)

- suporte à fundamentação teórica (n = 6)
- referentes a psicoeducação familiar/grupo e individual (n = 4)
- referentes à atividade física e medicação (n = 2)

Anexo 2 - Plano de atividades semanal do Programa de reabilitação do hospital de dia de psiquiatria

PLANEAMENTO DE ATIVIDADES - HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

	Horário	Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
Terapeuta Ocupacional (TO)	9.00h - 9.30h	PEQUENO-ALMOÇO (TOMA ASSISTIDA DA MEDICAÇÃO)				
	9.30h - 11.00h	Café da manhã (TO + Enf. + Psiq.) Treino AVD's	Treino AIVD's (TO + Enf.)	Cineterapia	Ludoterapia (TO + Enf. + Psiq.) Treino de Competências	Movimento
Enfermagem	11.00h – 11.30h	MEIO DA MANHÃ (INTERVALO)		9h Reunião Equipa	MEIO DA MANHÃ (INTERVALO)	
	11.30h – 13.00h	Adesão terapêutica	Programa Viva + Terapias Expressivas	Cineterapia Debate	SOS Cuidados Básicos de Saúde	Tema Livre
	13.00h - 14.00h	ALMOÇO (TOMA ASSISTIDA DA MEDICAÇÃO)				
Psicologia	14.00H – 15.00H	Psicoeducação	Estimulação Cognitiva	Treino de Competências	Estimulação Cognitiva	Relaxamento

Anexo 3 - Tipologia de
Procedimento para o programa
psicoeducativo de Sousa, Sequeira,
Ferré Grau, Neves & Leixà Fortuño
(2016)

TIPOLOGIA DE PROCEDIMENTO PADRÃO DO PROGRAMA PSICOEDUCATIVO

(Sousa, Sequeira, Ferré Grau, Neves & Leixà Fortuño, 2016)

- Pré – Intervenção (Fase 1: Preparatória)

- . Identificar fatores internos ou externos potenciadores de melhorar o conhecimento e a motivação para a capacitação;
- . Propor a intervenção explicando o seu objetivo e conceito;
- . Envolver a pessoa e estabelecer um contrato terapêutico;
- . Informar a data e a hora da primeira sessão.

- Sessão 1 (Fase 2: Exploratória)

- . Clarificar o motivo e objetivo da intervenção em função dos diagnósticos de Enfermagem. (aplicação de instrumentos de avaliação);
- . Negociar a programação da realização da intervenção;
- . Informar sobre objetivos e expectativas;
- . Esclarecer crenças e valores de saúde;
- . Informar a data, hora e tema da sessão seguinte.

- Sessão 2 e seguintes (Fase 3: Educacional)

- . Identificar o tema a ser abordado e objetivos a alcançar na sessão;
- . Apresentar os conteúdos relativos ao assunto;
- . Fomentar a expressão de dúvidas e esclarecer;
- . Avaliar o trabalho desenvolvido e dar feedback;
- . Informar a data, hora e tema da próxima sessão.

- Última Sessão (Fase 4: Conclusão)

- . Breve resumo da sessão anterior;
- . Avaliar o trabalho desenvolvido (aplicação de instrumentos de avaliação) e obter feedback sobre a intervenção;
- . Efetuar separação física e orientar para os recursos na comunidade/vigilância de saúde.

Apêndices

Apêndice 1 - Cronograma

CRONOGRAMA

	11- 17 out	18 - 24 out	25- 31 out	1 – 7 nov	8- 14 nov	15- 21 nov	22- 28 nov	29- 5 dez	6- 12 dez	13- 19 dez	10- 16 jan	17- 23 jan	24- 30 jan	31- 6 fev	7- 13 fev	14- 20 fev	21- 25 fev
Estágio em internamento de Psiquiatria	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Estágio em hospital de dia de Psiquiatria											X	X	X	X	X	X	X
Desenvolver a pesquisa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estudo de Caso									X								
Realização de intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas		X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	
Apresentação do projeto à equipa	X				X					X	X		X				X
Avaliação de estágio	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação do projeto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração de relatório	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Orientação tutorial		X		X		X		X		X	X		X		X		X

Apêndice 2 - Plano de sessões e sessões psicoeducativas, individual e em grupo, realizadas em internamento de psiquiatria

Com o intuito de desenvolver a 4ª competência do EEESMP, “*Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica de (...) grupo (...), de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde*” (Regulamento n.º 515/2018) e após avaliação das necessidades de alguns utentes internados no Serviço de Psiquiatria selecionei um grupo de utentes que cumprindo os critérios de inclusão pudessem participar nas intervenções psicoeducativas. Os critérios de inclusão são os seguintes: pessoa adulta ou idosa que aceite participar e que apresente o diagnóstico de doença mental grave. E os critérios de exclusão são: a pessoa com comportamento agressivo ou risco de comportamento agressivo. A pessoa que recuse participar e a pessoa com défices cognitivos que não permitam a aquisição de conhecimentos e aprendizagem.

O grupo foi constituído por seis utentes do sexo masculino com idades compreendidas entre os 19 e 86 anos.

Após avaliação das necessidades do grupo constatei que seria benéfico abordar os seguintes temas: sinais e sintomas, adesão à medicação e estratégias de coping. Tendo, assim, o programa psicoeducativo desenvolvido em três sessões, o qual intitulei de *Saber para Melhor Viver*. Na primeira sessão abordou-se os sinais e sintomas, mecanismos e estratégias de coping, na segunda sessão, a adesão à medicação e efeitos secundários e a terceira sessão (individual) os utentes construíram o seu plano de prevenção de recaídas, plano de alarme.

Ao escolher como primeiro tema do programa, sinais e sintomas, tinha como objetivo promover no utente a identificação de sinais e sintomas pré internamento e a reflexão de comportamentos. O objetivo foi promover o *insight* e a expressão de sentimentos e emoções, facilitando a tomada de consciência de si próprio e refletindo sobre o seu estado atual, comparativamente à entrada. No fundo, orientar o utente para a realidade, fazendo-o tomar consciência das razões da alteração psicológica, cognitiva, social, física e comportamental, e, consequentemente promover a definição de mecanismos de coping.

Antes da sessão os seis utentes identificaram os sinais e sintomas que apresentaram antes do internamento numa folha de papel.

1ª SESSÃO PSICOEDUCATIVA: *Saber para Melhor Viver 1 - Sinais e Sintomas*

1.1. Plano da Sessão

CURSO	12º Curso de Mestrado em Enfermagem área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
UNIDADE CURRICULAR	Estágio com relatório
TEMA DA SESSÃO	Saber para Melhor Viver 1 – Sinais e Sintomas
POPULAÇÃO ALVO	6 Utentes com doença mental grave internados no serviço de psiquiatria
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Utente adulto ou idoso que aceite participar e que apresente o diagnóstico de doença mental grave.
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	Utente com comportamento agressivo ou risco de comportamento agressivo. Utente que recuse participar. Utentes com défices cognitivos que não permitam a aquisição de conhecimentos e aprendizagem.
FORMADORES	Estudante de Mestrado: Cláudia Freixo Enfermeira Orientadora: Docente Orientador: Prof Dr. Joaquim Lopes

OBJETIVO GERAL	Promover o <i>insight</i> do utente para a sua situação patológica.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Identificar sinais e sintomas sentidos antes do internamento; Incentivar a partilha entre os elementos do grupo; Promover a reflexão acerca dos comportamentos prévios ao internamento; Capacitar o utente a encontrar mecanismos de coping eficazes para lidar com situações futuras adversas; Promover o empoderamento do utente.

DURAÇÃO DA SESSÃO	35 minutos
DATA	9/novembro/2021
LOCAL	Biblioteca do serviço de internamento de psiquiatria

ETAPAS	TEMÁTICAS	MÉTODO	MEIOS AUDIOVISUAIS	AVALIAÇÃO	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação do tema Justificação do tema	Comunicação oral e diapositivos	Computador	---	5'
DESENVOLVIMENTO	Identificação e escrita dos sinais e sintomas numa folha de papel Partilha de experiências Identificação de mecanismos de coping eficazes no pós-alta	Comunicação oral e diapositivos	Folha de papel e lápis	---	25'
CONCLUSÃO	Conclusão Validação de conhecimentos adquiridos	Comunicação oral	---	---	5'

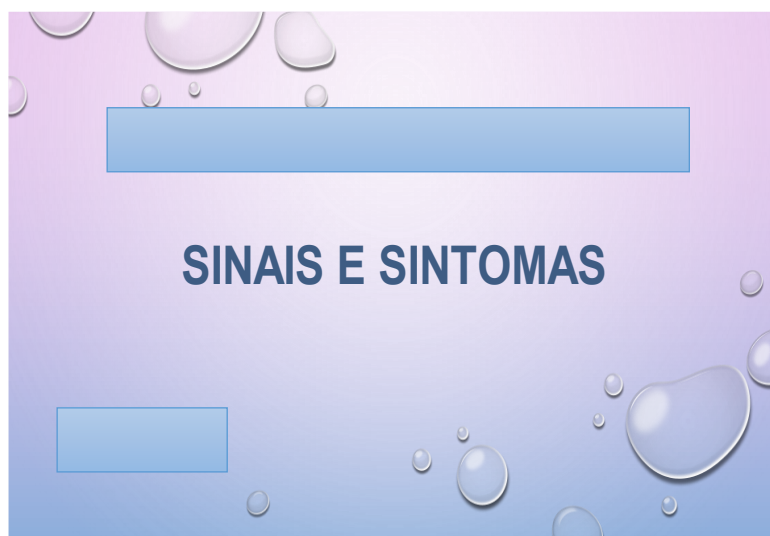
1.2. Resultados da Sessão Psicoeducativa:

- *Saber para Melhor Viver 1 - Sinais e Sintomas*

Três utentes identificaram as razões da melhoria do seu estado de saúde, tendo referido a medicação, a relação profissional de saúde-utente e também estratégias de coping para o pós-alta e para as situações futuras adversas, referiram: *“Vou fazer o 12º ano e fazer o curso de informática”*. *“Vou deixar as ganzas. Hoje reconheço que me prejudicaram muito e não me fazem falta”*, *“Vou tirar o curso de desporto, sempre foi o meu sonho”*. *“Sinto-me muito melhor, sinto-me bem”*, *“Vou retomar o contacto com os meus amigos e jogar golf”*, *“Não vou deixar a medicação, faz-me falta”*.

1.3. Diapositivos da Sessão Psicoeducativa:

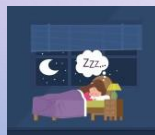
- *Saber para Melhor Viver 1 – Sinais e Sintomas*



SINAIS E SINTOMAS

Esquizofrenia	Perturbação Afetiva Bipolar	Depressão
- Delírios - Alucinações - Alterações do pensamento - Alterações do comportamento (agressividade, isolamento) - Dificuldade em expressar sentimentos e emoções - Anedonia	PAB do tipo I : - Humor eufórico - Pensamento acelerado com ideias de grandeza - Atividade motora aumentada com diminuição da necessidade de sono PAB do tipo II: - Humor depressivo - Perda de interesse e gosto pela vida - Sintomas somáticos	- Tristeza patológica (é diferente de tristeza normal) - Irritabilidade fácil, Labilidade emocional - Pensamento pessimista, perda de esperança e sentimentos de culpa - Sintomas somáticos (alteração sono, apetite) - Lentificação dos movimentos corporais - Dificuldade na tomada de decisão

MECANISMOS DE COPING OU ESTRATÉGIAS



Obrigada!

2ª SESSÃO PSICOEDUCATIVA: *Saber para Melhor Viver 2 – Adesão à Medicação.*

De acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave (2021, p.44), citando Monterroso, Pierdevara & Joaquim (2012), refere que “segundo um estudo realizado para a Federação Mundial para a Saúde Mental, em Portugal estima-se que cerca de 39% dos doentes mentais interrompe a sua medicação sem previamente consultar o médico (...), os diversos estudos que têm sido desenvolvidos (...), observaram valores de taxas de abandono (...) muito elevadas, podendo mesmo em alguns casos atingir valores próximos dos 50%”.

Situação que se constata no Serviço de internamento de psiquiatria, sendo o motivo de internamento da maioria dos utentes o abandono da medicação.

2.1. Plano da sessão psicoeducativa:

- *Saber para Melhor Viver 2 – Adesão à Medicação*

CURSO	12º Curso de Mestrado em Enfermagem área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
UNIDADE CURRICULAR	Estágio com relatório
TEMA DA SESSÃO	Saber para Melhor Viver 2 – Adesão à Medicação
POPULAÇÃO ALVO	Utentes com doença mental grave internados no serviço de psiquiatria
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Utente adulto ou idoso que aceite participar e que apresente o diagnóstico de doença mental grave.
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	Utente com comportamento agressivo ou risco de comportamento agressivo. Utente que recuse participar. Utentes com défices cognitivos que não permitam a aquisição de conhecimentos e aprendizagem.
FORMADORES	Estudante de Mestrado: Cláudia Freixo Enfermeira Orientadora: Docente Orientador: Prof Dr. Joaquim Lopes

OBJETIVO GERAL	Promover a adesão ao regime medicamentoso do utente com doença mental grave.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Ensinar ao utente os ganhos em saúde por aderir ao regime medicamentoso. Ensinar ao utente sobre o risco de doença aumentado se não-adesão ao regime medicamentoso. Ensinar ao utente sobre o regime medicamentoso, nomeadamente indicações e efeitos secundários. Desmistificar as ideias pré-concebidas acerca da medicação. Promover a partilha de experiências entre os utentes do grupo.

DURAÇÃO DA SESSÃO	35 minutos
DATA	10/novembro/2021
LOCAL	Biblioteca de serviço de internamento de psiquiatria

ETAPAS	TEMÁTICAS	MÉTODO	MEIOS AUDIOVISUAIS	AVALIAÇÃO	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação do tema Justificação do tema	Expositivo	Computador	---	5'
DESENVOLVIMENTO	Pré-sessão: os utentes responderam a umas perguntas com verdadeiro e falso ¹		Papel e caneta		

	Definição de medicamento Definição de adesão Importância da adesão ao regime medicamentoso Consequências da não-adesão ao regime medicamentoso Indicação e efeitos-secundários dos seguintes grupos farmacológicos: antipsicóticos, antidepressivos, estabilizadores do humor e ansiolíticos.	Expositivo	Projetor, Computador, caneta e papel	---	25'
CONCLUSÃO	Conclusão Validação de conhecimentos adquiridos	Expositivo Interrogativo	Projetor e computador	Perguntas antes e após a Sessão (verdadeiro/falso)	5'

¹ As perguntas encontra-se a seguir, no separador 2.2.

2.2. Perguntas realizadas aos utentes, em suporte papel, antes e após a Sessão (Verdadeiro ou Falso).

	verdadeiro	falso
1 - Os medicamentos são substâncias que ajudam a tratar os sintomas da doença.		
2 - Posso tomar medicamentos aconselhados por amigos/familiares/vizinhos?		
3 - Quando tiver alta, não preciso de tomar a medicação, os sintomas não vão voltar a surgir?		
4 - Posso reduzir ou aumentar a dose da minha medicação sempre que achar que for o melhor para mim?		
5 - Quando me sentir melhor posso deixar de tomar a medicação?		
6 - Os efeitos secundários da medicação desaparecem ao fim de alguns dias.		
7 - Caso sinta algum efeito secundário devo comunicar a um profissional de saúde.		
8 - Quantos mais comprimidos tomar, maior é a minha doença?		
9 - Devo manter-me informado sobre a minha medicação, pesquisando e questionando os profissionais de saúde.		
10 - Ao tomar corretamente os medicamentos, tenho menos probabilidade de sofrer recaídas e re-internamentos.		

Obrigada!

2.3. Resultados da Sessão Psicoeducativa:

- Saber para Melhor Viver 1 – Adesão à Medicação

Na tabela abaixo, encontram-se as respostas dadas às perguntas *antes* e *após* a Sessão:

PERGUNTA	ANTES DA SESSÃO	APÓS A SESSÃO
1 - Os medicamentos são substâncias que ajudam a tratar os sintomas da doença	V - 6 F - 0	V - 6 F - 0
2 - Posso tomar medicamentos aconselhados por amigos/familiares/vizinhos?	V - 0 F - 6	V - 0 F - 6
3 - Quando tiver alta, não preciso de tomar a medicação, os sintomas não vão voltar a surgir?	V - 0 F - 6	V - 0 F - 6
4 - Posso reduzir ou aumentar a dose da minha medicação sempre que achar que for o melhor para mim?	V - 1 F - 5	V - 0 F - 6
5 - Quando me sentir melhor posso deixar de tomar a medicação?	V - 2 F - 4	V - 2 F - 4
6 - Os efeitos secundários da medicação desaparecem ao fim de alguns dias.	V - 5 F - 1	V - 5 F - 1
7 - Caso sinta algum efeito secundário devo comunicar a um profissional de saúde.	V - 6 F - 0	V - 6 F - 0
8 - Quantos mais comprimidos tomar, maior é a minha doença?	V - 1 F - 5	V - 0 F - 6
9 - Devo manter-me informado sobre a minha medicação, pesquisando e questionando os profissionais de saúde.	V - 6 F - 0	V - 6 F - 0
10 - Ao tomar corretamente os medicamentos, tenho menos probabilidade de sofrer recaídas e re-internamentos.	V - 6 F - 0	V - 6 F - 0

Perante os resultados constata-se que os utentes demonstram conhecimento acerca do tema, tendo respondido adequadamente a seis perguntas antes e após a sessão. Responderam corretamente às perguntas, 1, 2, 3, 7, 9 e 10.

Constata-se que houve alteração da resposta às perguntas 4 e 8, tendo inicialmente 1 utente respondido erradamente a cada uma das perguntas antes da sessão. Após a sessão todos responderam corretamente. Pode-se concluir que houve aquisição de conhecimento.

Houve dois utentes que responderam erradamente à pergunta 5 e após a Sessão manteve a mesma resposta (errada). Constata-se não aquisição de conhecimento. O mesmo aconteceu com a pergunta 6, tendo 1 utente respondido erradamente antes e depois da sessão. Não houve aquisição de conhecimento. As perguntas foram as seguintes:

- *Quando me sentir melhor posso deixar de tomar a medicação?*

- *Os efeitos secundários da medicação desaparecem ao fim de alguns dias?*

A resposta incorreta a estas questões é de grande importância pois ao manterem esta opinião podem ser futuramente motivos para abandono terapêutico.

A análise destas respostas não foi realizada em tempo útil de forma a reforçar e resposta correta pelo que numa próxima sessão esta análise será realizada o mais breve possível de forma a esclarecer os utentes para a aquisição de conhecimento adequado e correto.

No entanto, constata-se que a maioria das pessoas do grupo apresentam conhecimentos corretos e adequados para a tomada de decisão relativamente com o regime terapêutico.

2.4. Diapositivos da Sessão:

- *Saber para Melhor Viver 1 – Adesão à Medicação*

ADESÃO À MEDICAÇÃO

O que são medicamentos?



“**Substâncias** ou **composições de substâncias** que possuem propriedades **curativas** ou **preventivas** das **doenças** e dos seus **sintomas**, com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou a **restaurar, corrigir** ou **modificar** as suas funções” (Infarmed, 2016).

Que efeitos positivos sentem com a medicação?

Antipsicóticos(olanzapina, paliperidona, aripiprazol, zuclopentixol,...)

Antidepressivos(venlafaxina, sertralina...)

Estabilizadores do Humor (lítio, valproato de sódio...)

Benzodiazepinas(diazepam, lorazepam, oxazepam...)

CONSEQUÊNCIAS DA TOMA DA MEDICAÇÃO:

- Estabilização dos sintomas
- Melhoria dos sintomas
- Aumento da qualidade de vida da pessoa e família
- Menos internamentos e menos recaídas
- Aumento da auto-estima



- Guia Orientador das Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação à Pessoa com DMG, 2021.

CONSEQUÊNCIAS DA NÃO ADESÃO À MEDICAÇÃO:

- Agravamento dos sintomas
- Necessidade de internamento
- Necessidade de aumento das doses e mais medicação
- Descontentamento e tristeza



OMS, 2003

Porque é que algumas pessoas deixam de tomar a medicação?

- Esquecimento, sentir -se melhorado, falta de recursos económicos, efeitos secundários, crenças pessoais/religiosas, mudança rotinas...



(Guia Orientador das Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação à Pessoa com DMG, p. 43, 2021)

Que cuidados devo ter com a medicação?

CUIDADOS COM A MEDICAÇÃO

- Ter a medicação num local onde se tomam
- Tomar a medicação à hora certa
- Numa folha o nome da medicação, a dosagem e a hora
- Caso necessário, ter uma caixa com os medicamentos ou uma agenda da medicação (para marcar à medida que se toma);
- Controlar o stock da medicação
- Pedir esclarecimento ao profissional de saúde em caso de dúvidas ou no caso de efeitos adversos



Que efeitos secundários sentem com a medicação?

Alguns efeitos adversos

Boca seca, náuseas,
Visão turva, fotossensibilidade
Obstipação, retenção urinária
Hipotensão ortostática
Taquicardia, arritmias, hipotensão
Aumento de peso
Insónia, agitação
Cefaleia

Guia farmacológico para Enfermeiros 2009

- Todos os fármacos têm efeitos secundários, assim como os psicofármacos, cuja intensidade pode variar de pessoa para pessoa;
- Os efeitos secundários são geralmente moderados e desaparecem, em regra, ao fim de alguns dias;
- O utente deve comunicar sempre ao médico/enfermeiro quais os efeitos secundários sentidos.

Guia farmacológico para Enfermeiros, 2009

- Deve continuar a tomar a medicação mesmo que os sintomas da doença ainda não tenham passado;
- Não deve parar de tomar o fármaco abruptamente (fazê-lo pode causar sintomas de abstinência ou reocorrência de sintomas);

Guia farmacológico para Enfermeiros, 2009

- Não deve ingerir bebidas alcoólicas enquanto cumpre a terapia com psicofarmacos;
- Deve evitar medicações vendidas sem receita medica sem aprovação do medico;
- Deve ter sempre consigo um cartão ou outro documento que descreve a medicação que está a tomar.

Guia farmacológico para Enfermeiros, 2009

BIBLIOGRAFIA

- Deglin, J., Vallerand, A. (2009). Guia farmacológico para enfermeiros (10ªed). Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-44-8.
- Ordem dos Enfermeiros (Junho de 2021). Guia Orientador de Boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave. Lisboa: Papa-letas. ISBN:978-989-8444-57-8.
- Sampaio, D., Figueira, M. L., & Afonso, P. (2014). Manual de Psiquiatria Clínica. Lisboa: Lide.



3ª SESSÃO PSICOEDUCATIVA: *Saber para Melhor Viver 3* – Plano de Alarme

Segundo Favrod & Maire (2014, p.55) “certos acontecimentos críticos particulares provocam a ativação de esquemas pessoais desencadeando mudanças emocionais, cognitivas e comportamentais que criam terreno favorável à reemergência de sintomas (...), cada recaída é precipitada por problemas similares e manifesta-se por sinais percursores análogos”.

O reconhecimento e identificação de sinais constitui uma atividade importante permitindo à pessoa conhecer os seus sinais de alarme. O processo de identificação poderá conduzir a pessoa à reflexão dos acontecimentos, à consciencialização.

Permite também englobar a família e/ou a pessoa significativa, tornando-se um membro ativo neste processo.

Mantendo a individualidade de cada pessoa e de forma a individualizar e personalizar os cuidados esta sessão foi realizada individualmente com quatro utentes.

3.1. Plano da sessão psicoeducativa:

- Saber para Melhor Viver 3 – Plano de Alarme

TEMA DA SESSÃO	Saber para Melhor Viver – Plano de Alarme.
OBJETIVO GERAL	Promover o <i>insight</i> do utente para a sua situação patológica.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Promover a reflexão acerca dos comportamentos prévios ao internamento relacionados com o toma da medicação; Identificar os medicamentos que toma e suas indicações; Identificar reações adversas e formas de alívio; Capacitar o utente a encontrar mecanismos de coping eficazes para lidar com situações futuras adversas; Promover o empoderamento do utente. Realizar um Plano de Alarme.

3.2) Resultado da sessão psicoeducativa:

- *Saber para Melhor Viver 1 – Plano de Alarme*

Realizaram um plano de alarme, seguindo o seguinte modelo:

Perante os Sinais e sintomas:

- xxx
- xxxx
- xxxxx

Devo:

- Em 24 horas contactar a (pessoa de referência) e/ ou o psiquiatra e dirigir-me ao Serviço de Urgência de psiquiatria do Hospital xxx.

Contacto da pessoa de referência: xxxxxxxx

Contato do Psiquiatra: xxxxxxxx

Contacto do Serviço de Urgência de psiquiatria do Hospital: xxxxx

Apêndice 3 - Plano das Sessões e Sessões de psicoeducação realizadas no hospital de dia de psiquiatria

Mike Slade (2009, p. 10) defende que recuperação clínica é diferente de recuperação pessoal e citando Anthony, define recuperação pessoal como “*um processo único e profundamente pessoal de alteração das próprias atitudes, valores, sentimentos, objetivos, competências e/ou papéis. É uma forma de viver uma vida satisfatória, com esperança e útil, mesmo dentro dos limites causados pela doença. A recuperação implica o desenvolvimento de novos sentidos e objetivos da vida de uma pessoa à medida que esta vai ultrapassando os efeitos catastróficos a doença mental.*”

A recuperação implica a realização de quatro tarefas, a primeira, consiste na *criação de uma identidade positiva*, uma identidade que a pessoa valorize e se sinta bem consigo. A segunda tarefa, *enquadrar a “doença mental”*, pela compreensão da “experiência” como fazendo parte de-si, mas não sendo esta que define a pessoa como um todo. A terceira, denominada de *autogestão da doença mental*, é quando a pessoa consegue fazer a autogestão de forma independente e satisfatória, solicitando ajuda sempre que necessite. Caracterizada pelo restabelecimento da responsabilidade individual. A última tarefa, consiste em *desenvolver papéis sociais valorizados*, em que a pessoa readquire, modifica ou assume novos papéis, contribuindo para a solidificação e estruturação da sua identidade emergente.

O enfermeiro, no Hospital de dia de saúde mental e psiquiatria, em colaboração com a equipa multidisciplinar, tem como objetivos apoiar a pessoa com experiência de doença mental na sua recuperação, promovendo a adesão ao regime terapêutico e a reabilitação/reinserção minimizando o impacto da doença mental e maximizando o seu bem-estar.

O desenvolvimento das tarefas é um processo individual e tem de ser realizado pela própria pessoa. Sendo variável de pessoa para pessoa. É um processo que tem o seu tempo e por vezes com recuos.

Slade (2009), baseando-se nos testemunhos de pessoas com doença mental, refere que as formas de apoiar a recuperação são através da esperança e do *empowerment*., indo ao encontro dos benefícios referidos por Yalom (2007, p. 23) acerca da terapia de grupo. Sendo alguns deles, a instilação de esperança, universalidade, partilha de informação, altruísmo, desenvolvimento de técnicas de socialização, a aprendizagem interpessoal, coesão grupal, catarse.

A recuperação da saúde mental é um processo evolutivo no qual há um esforço de todos os intervenientes através da interação e partilha para a aquisição de novos conhecimentos, aprendizagens e transformações.

De acordo com Yalon, *O grupo* tem um grande poder no desenvolvimento pessoal de cada um dos participantes. Referindo Yalom “*os membros ganham por darem, não apenas por receberem ajuda como parte da sequência recíproca de dar e receber, mas também por se beneficiarem com algo que é intrínseco ao ato de dar*” (Yalom, 2007, p. 29). Para além do desenvolvimento de técnicas de socialização e aprendizagem social, pela realização de todo o processo, desde a combinação à realização efetiva, houve anteriormente uma aprendizagem interpessoal pelo relacionamento desenvolvido pelos utentes no grupo.

Para o desenvolvimento deste processo foram realizadas intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas. Estando neste *setting* a pessoa com doença mental mais estabilizada a nível estado mental e não em fase aguda as atividades desenvolvidas solicitaram a processos de reflexão mais frequentes.

Com o objetivo de conhecer os utentes, de me dar a conhecer e de desenvolver a relação terapêutica comecei por entrevistar cada utente, individualmente, recorrendo à entrevista formal não-estruturada. Questionei o grupo acerca de temas que gostariam de ser desenvolvidos. Após a identificação dos diagnósticos do grupo, iniciei o planeamento e a realização das sessões e atividades. A escolha dos temas foi realizada ao longo do desenrolar dos encontros, sendo realizada de forma criteriosa e organizada, indo ao encontro das necessidades do grupo.

O grupo foi constituído por seis utentes, duas utentes do sexo feminino e quatro do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 25 e 58 anos.

1ª SESSÃO PSICOEDUCATIVA GRUPAL: Saúde mental e doença mental

1.1. Plano de sessão

CURSO	12º Curso de Mestrado em Enfermagem área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
UNIDADE CURRICULAR	Estágio com relatório
TEMA DA SESSÃO	Saúde Mental e Doença Mental
POPULAÇÃO ALVO	Utentes com doença mental grave em Hospital de dia de psiquiatria.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Utente adulto ou idoso que aceite participar e que apresente o diagnóstico de doença mental grave.
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	Utente com comportamento agressivo ou risco de comportamento agressivo. Utente que recuse participar. Utentes com défices cognitivos que não permitam a aquisição de conhecimentos e aprendizagem.
FORMADORES	Estudante de Mestrado: Cláudia Freixo Enfermeira Orientadora: Docente Orientador: Prof Dr. Joaquim Lopes

OBJETIVO GERAL	Promover o <i>insight</i> do utente para a sua situação patológica.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Compreender os conceitos saúde mental e doença mental; Identificar sinais e sintomas de saúde mental e doença mental; Incentivar a partilha entre os elementos do grupo; Capacitar o utente a encontrar mecanismos de coping eficazes para lidar com situações futuras adversas; Promover o empoderamento do utente.

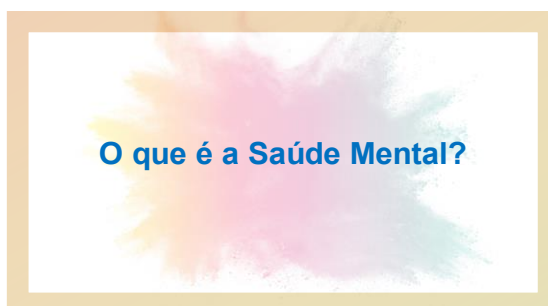
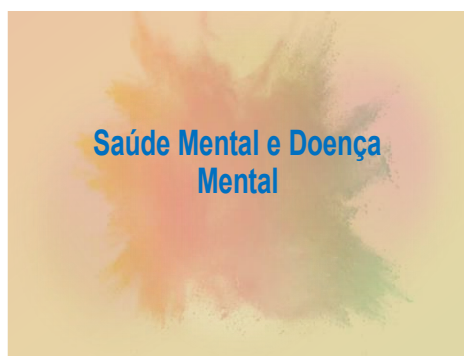
DURAÇÃO DA SESSÃO	35minutos + 75 minutos
DATA	17/janeiro + 18 e 21 janeiro/2022
LOCAL	Hospital de dia de psiquiatria

ETAPAS	TEMÁTICAS	MÉTODO	MEIOS AUDIOVISUAIS	AVALIAÇÃO	TEMPO
INTRODUÇÃO	Apresentação do tema; Justificação do tema;	Comunicação oral e diapositivos	Computador	---	5'
DESENVOLVIMENTO	Definição do conceito de Saúde Mental; Identificação comportamentos promotores de Saúde Mental; Definição do conceito de Doença Mental; Definição dos conceitos de stress e gestão do stress; Identificação de comportamentos promotores da gestão do stress; Partilha de experiências;	Comunicação oral e diapositivos		---	25'

CONCLUSÃO	Conclusão; Validação de conhecimentos adquiridos;	Comunicação oral;	Revistas e folhetos; 2 folhas A4; Cola;	--- 18 e 21 jan	5' 75'
------------------	--	-------------------	---	------------------------	---------------

1.2. Diapositivos da Sessão:

- Saúde mental e doença mental



É definida como um estado de bem-estar no qual cada pessoa concretiza o seu próprio potencial, consegue lidar com os usuais eventos de vida stressantes, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera, e está apta para dar contributos à sua comunidade (OMS, 2014).



A pessoa auto-realizada possui:

- A capacidade de se aceitar a si próprio, aos outros e à natureza humana;
- Capacidade de manifestar espontaneidade;
- A capacidade de se concentrar na resolução de problemas;
- Independência, autonomia;
- Intensidade de reacção emocional;
- Uma identificação com a humanidade;
- A capacidade de alcançar relações pessoais satisfatórias;
- Criatividade.

(Townsend, p.14, 2011)

Stress é definido como uma relação entre a pessoa e o ambiente que é entendida pela pessoa como algo que sobrecarrega ou excede os seus recursos e põe em risco o seu bem-estar (Lazarus e Folkman, 1984).



Avaliação primária
Avaliação secundária



Resposta

(Fatores predisponentes)

(Townsend, p. 5-6, 2011)

Fatores Predisponentes

Influências
genéticas

Condições
existentes

Experiências
passadas

(Townsend, p. 5-6, 2011)

Resposta



Adaptativa (ajuda a restabelecer a homeostasia e impedem o desenvolvimento de doenças de adaptação. Promove o crescimento da Pessoa)



Não adaptativa (o conflito não é resolvido. O efeito é uma vulnerabilidade significativa à doença física e mental)

(Townsend, p. 5-6, 2011)

O que é a Doença Mental?

É definida como um estado de desequilíbrio entre o ambiente e os sistemas biopsicológicos e socioculturais implicando na pessoa, a incapacidade de exercer os seus papéis sociais (familiares, laborais ou comunitários). (Sampaio & Sequeira, p. 4, 2020).

O que posso fazer para promover a minha Saúde Mental?



Estratégia adaptativas de Coping

- Relaxamento
- Meditação
- Comunicação interpessoal com uma pessoa que se preocupa
- Resolução de problemas
- Anímalis de estimação
- Música
- (...)

Townsend, p. 7-8, 2011)

Bibliografia

- Sequeira, Carlos; Sampaio, Francisco (2020). Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda
- Townsend, Mary C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência. (6ª Edição). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas Lda.
- Imagens retiradas do Google



1.3. Atividade da sessão e resultados

Foi solicitado ao grupo de utentes que recolhessem informação (imagens ou texto) acerca da sessão - saúde mental e doença mental - em revistas ou folhetos. Seguidamente, teriam de retirar essa informação pela técnica de recorte, com as mãos, e colar numa folha de papel A4. Numa folha colocariam os recortes referentes à saúde mental e noutra folha os recortes referentes à doença mental.

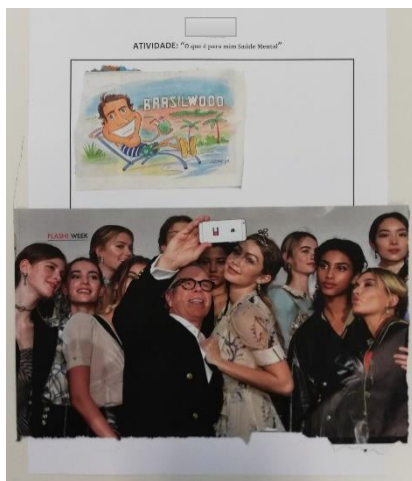
No final cada utente apresentaria o seu trabalho ao grupo.

De forma a manter a privacidade dos utentes vou identificá-los de B, P, N, EC, EA e C. Seguem-se os trabalhos.

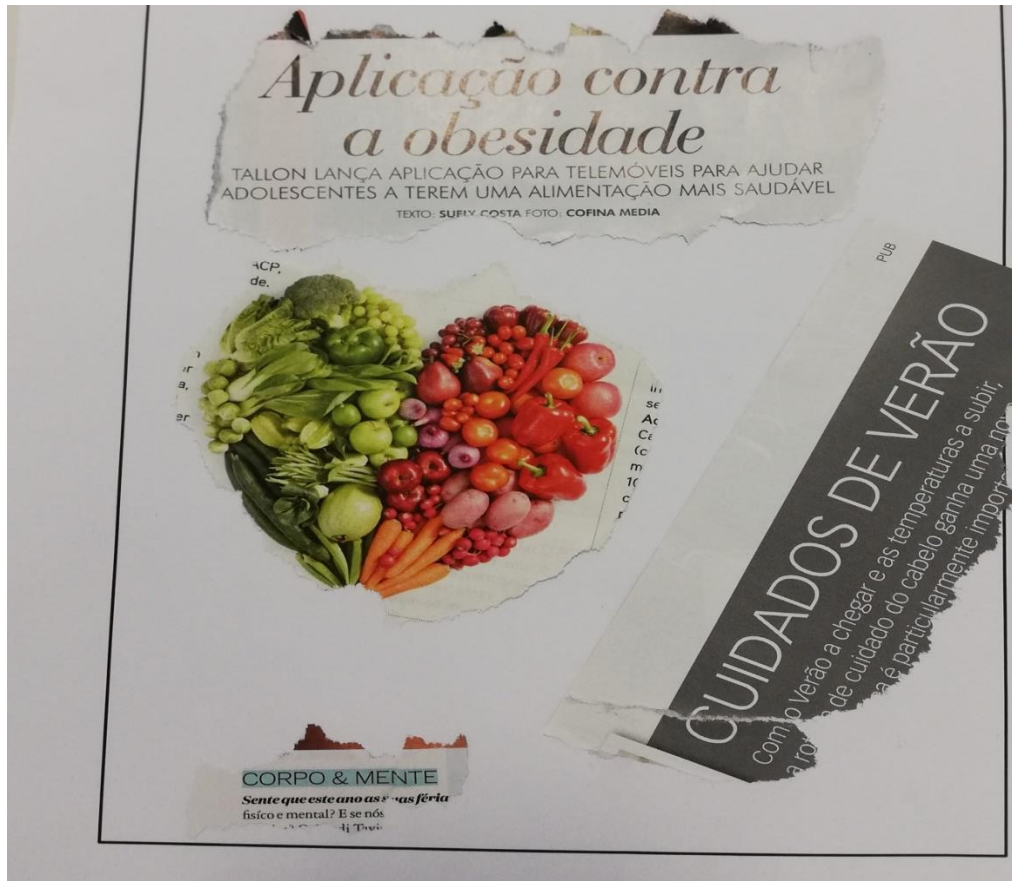
O trabalho da EA. À esquerda referente à saúde mental e à direita doença mental.



O trabalho do N.



O trabalho do B, primeiro referente à saúde mental e depois à doença mental.



Cristina Go.

CORPO DE *PRAIA*

Há uns meses vi no Instagram uma im-
s. Era um

A importância do **SONO**

4 factos a reter

Em busca do
corpo perfeito

O trabalho do P.



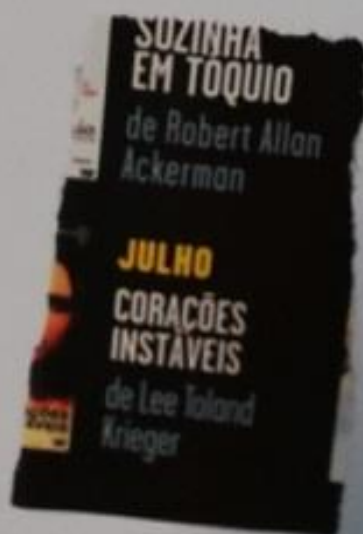
ATIVIDADE: "O que é para mim a Doença Mental"

As coisas são tão bonitas ou medíocres que não ajudam a escolher a vida tradicional. E esses têm sempre um preço.

Mas não insiste que é obcecada pela organização e organização. «A minha vida é caótica, por isso a minha casa é muito simples. Tudo tem que estar limpo. Se a desordem se vê. Esta máxima estende-se à sua presença digital também. «Não me dá o dia, apago tudo aquilo que não é uma informação. Não consigo viver

AS OBSESSÕES RECURRENTE

«As minhas obsessões estão presentes em cada desfile. Camisa é uma delas. Trabalhei-a de todas as formas: preta, branca, colorida. O grande



Resultados

Embora o grupo seja constituído por seis utentes, esta atividade foi realizada por quatro utentes. Uma das utentes estava internada no Serviço de internamento de psiquiatria e o outro utente estava em isolamento devido a infeção por SARS-Cov2.

A primeira parte da atividade foi realizada do dia 18 de janeiro. Durante a sua realização os utentes permaneceram em silêncio e concentrados no seu trabalho. Foi colocado música ambiente de forma a promover um ambiente calmo e tranquilo.

No início da atividade um utente referiu ter dificuldades em encontrar informações acerca do tema, mas com o passar do tempo e com orientação conseguiu concluir a atividade. Após saberem que teriam de recortar a informação “rasgando” a maioria ficou um pouco desagrada, referiram que preferiam cortar com tesoura para ficar perfeito. No entanto, constatou-se que uma utente gostou desta técnica de recorte, tendo-se observado a “rasgar” com várias intensidades e a machucar as folhas.

A segunda parte da atividade foi realizada no dia 21 de janeiro somente por dois utentes, o B e o P. Faltaram dois utentes, um por falecimento de um familiar e outro por estar em isolamento profilático.

Seguidamente vou referir a discussão do B e do P.

Em relação à saúde mental, o B selecionou imagens relacionadas com a alimentação saudável, com mais legumes e frutas, também selecionou a frase “*Sentir-se bem com o corpo e a mente*”. Esta seleção está relacionada com os seus antecedentes, tendo o utente referido o distúrbio alimentar, em que desde a infância teve excesso de peso e na adolescência fez dietas tendo tido uma grande perda de peso (não referiu bulimia nem anorexia). Referiu, “*atualmente sinto-me bem com o meu corpo*”, “*já vou à piscina sem problema e dispo a t-shirt*”, “*também já fiz ginásio e atualmente estou à procura de um (...) tive que parar devido à cirurgia*” (devido à síndrome de Cushing). Referiu que após ingressar no Hospital de dia ajuda o pai na oficina de automóveis na realização de orçamentos e na faturação. Atualmente “*convivo com os meus amigos, antes nem queria sair de casa (...) ainda ontem fomos ao cinema*”. O utente identifica e relaciona as situações que desencadeiam doença mental e as estratégias a adotar para a saúde mental, e, reconhece melhorias significativas atualmente.

Em relação à doença mental o B selecionou frases relacionadas com a imagem corporal sendo elas, “*em busca de um corpo perfeito*” e “*um corpo perfeito*”. Relaciona a obsessão de ter um corpo perfeito com doença mental.

O utente escolheu também uma frase acerca do sono tendo referido “*a falta de sono*” como sendo um sinal de alerta.

O P optou por fazer o trabalho só com frases. Para definir saúde mental deu importância à natureza, às flores, selecionou o desporto (“*nadar, andar, fazer elíptica, jogging...*”). “Viajar sozinho” e “Não ter medo de envelhecer”.

O P também identificou o tema de acordo com as suas necessidades “*gosto de estar com a natureza*” e identificou estratégias de coping eficazes. No entanto, ainda não refere a socialização como uma necessidade, constata-se que ainda mantém a sua fobia. Refere ir ao supermercado e que faz as compras muito rápido para estar o menor tempo possível com as outras pessoas. Refere “*gosto de observar o mar, dá-me calma, na rocha*” (sozinho). Recentemente referiu ter levado o pai a uma consulta, mas, ficou no carro.

Em relação a doença mental, identificou as seguintes frases, “*obsessão constante*” e “*corações inquietos*”, como promotoras deste estado.

O P identifica e relaciona o tema consigo próprio, constata-se uma melhoria na relação com o *outro*, mas ainda não sente nem verbaliza a necessidade de socialização. Refere, recentemente, diminuição da intensidade das alucinações auditivas (em que as vozes referem “*não vales nada*”, “*estás a incomodar*”). Não verbaliza melhoria do seu estado, mas aceita a opinião do grupo.

Após a apresentação e discussão dos trabalhos selecionaram-se aleatoriamente duas revistas. Desfolhou-se com o grupo e discutiram-se as imagens e frases que surgiam relacionadas com o tema. Os objetivos foram sensibilizar os utentes para a identificação de estratégias de coping e para a promoção da saúde mental e prevenção e recuperação da doença mental. Contribuindo também para o desenvolvimento do pensamento abstrato e criatividade.

Constata-se que os utentes conseguiram selecionar informação corretamente e relacionada com os temas. Identificaram estratégias de coping e conseguiram posicionar-se no seu processo terapêutico.

2ª SESSÃO PSICOEDUCATIVA: Sinais e sintomas

2.1. Plano de sessão

CURSO	12º Curso de Mestrado em Enfermagem área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
UNIDADE CURRICULAR	Estágio com relatório
TEMA DA SESSÃO	Sinais e sintomas
POPULAÇÃO ALVO	Utentes com doença mental grave em Hospital de dia de psiquiatria
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Utente adulto ou idoso que aceite participar e que apresente o diagnóstico de doença mental grave.
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	Utente com comportamento agressivo ou risco de comportamento agressivo. Utente que recuse participar. Utentes com défices cognitivos que não permitam a aquisição de conhecimentos e aprendizagem.
FORMADORES	Estudante de Mestrado: Cláudia Freixo Enfermeira Orientadora: Docente Orientador: Prof Dr. Joaquim Lopes

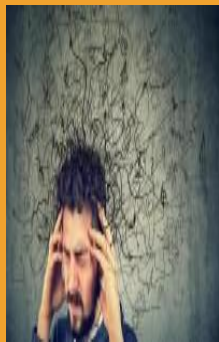
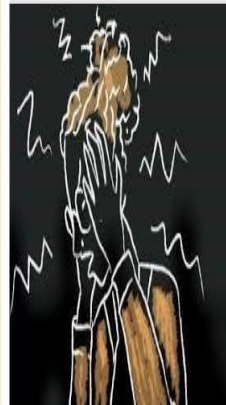
OBJETIVO GERAL	Aprender a identificar sinais e sintomas prodrómicos de descompensação
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	- Identificar sinais e sintomas prodrómicos de descompensação; - Incentivar a partilha entre os elementos do grupo; - Promover a reflexão acerca dos comportamentos prévios à crise; - Capacitar o utente para atuar em situações futuras de crise; - Promover o empoderamento do utente.

DURAÇÃO DA SESSÃO	45 minutos
DATA	24/janeiro/2022
LOCAL	Hospital de dia de psiquiatria

ETAPAS	TEMÁTICAS	MÉTODO	MEIOS AUDIOVISUAIS	AVALIAÇÃO	TEMPO
INTRODUÇÃO	- Apresentação do tema; - Justificação do tema;	Comunicação oral e diapositivos	Computador	---	5'
DESENVOLVIMENTO	- Compreensão do conceito crise; - Identificação de situações potenciadoras de desenvolver a crise; - Identificação de sinais e sintomas prodrómicos de descompensação; - Partilha de experiências; - Atuação perante a crise;	Comunicação oral e diapositivos;	---	---	30'
CONCLUSÃO	- Conclusão; - Validação de conhecimentos adquiridos;	Comunicação oral e diapositivos;		---	10'

2.2. Diapositivos da sessão Sinais e sintomas

Sinais e sintomas de crise



O que é a crise?



Estado temporário de desorganização, habitualmente associado a um **desequilíbrio emocional**, que advém da ineficácia das estratégias de *coping* que a pessoa utiliza num determinado momento (Sampaio & Sequeira, p. 220, 2020).

Exemplos de crise?



Exemplos de crise

(acidental, situacional ou de desenvolvimento)



Quais os sinais e sintomas de recaída?

- Insónias
- Alucinações (visuais, auditivas, táteis);
- Delírios;
- Alterações do pensamento (desorganizado);
- Alterações do comportamento (agressividade, isolamento);
- Alterações do Humor (euforia, tristeza);
- Incapacidade para o auto-cuidado;
- Ideias de morte, culpa ou desesperança;

Sadock&Sadock et al, 2017

O que fazer, quando eu “sentir” que “algo não está bem”?



Quando eu “sentir” que “algo não está bem”, o que fazer?

1º - **Identificar** os sinais e sintomas de recaída (utente e/ou família)

2º - **Pedir ajuda:**

Marcar consulta de urgência com o Psiquiatra

2ª a 6ª até às 17h
SUxxx

Fins-de-semana,
8h – 20h Hxxx

Fins-de-semana,
20h – 8h Hxxx

Bibliografia

- Favrod, J., Maire, A. (2014). Recuperar da esquizofrenia – Guia prático para profissionais. Loures: Lusociência.
- Sadock, Kaplan & Sadock, Virginia A. & Ruiz, Pedro (2017). Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica (11ª edição). Porto Alegre: ABDR.
- Sequeira, Carlos; Sampaio, Francisco (2020). Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda
- Townsend, Mary C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência. (6ª Edição). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas Lda.



2.3. Atividade da sessão e resultados

Durante a sessão iniciou-se partilha de experiências, tendo alguns utentes identificado os seus sinais e sintomas. Numa 2ª fase, foi proposta uma atividade que consistiu na construção do plano de prevenção de recaídas, tendo os utentes preenchido, primeiro, o modelo abaixo.

Plano de Prevenção de Recaídas					
Sinais e Sintomas	Pessoa Referência	Contacto	Psiquiatra	Local de Saúde	Horários

Nesta atividade participaram três utentes, dois utentes não estiveram presentes por infeção à SARS-Cov2 e outro utente por falecimento de um familiar.

Cada utente preencheu o seu plano de prevenção de recaídas identificando os sinais e sintomas, a pessoa significativa referindo o seu nome e contacto. Identificaram o seu médico psiquiatra e o local que gostariam de ser encaminhados em caso de necessidade e o horário de funcionamento desse local.

Os utentes foram aconselhados e partilhar o plano com a pessoa de referência e a colocarem-no num local visível de forma a ser lembrado e utilizado sempre que necessário.

De forma a manter a privacidade dos utentes e de outros não mostro os trabalhos realizados.

3ª SESSÃO PSICOEDUCATIVA: Adesão à medicação

3.1. Plano de sessão

CURSO	12º Curso de Mestrado em Enfermagem área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
UNIDADE CURRICULAR	Estágio com relatório
TEMA DA SESSÃO	Adesão à medicação
POPULAÇÃO ALVO	Utentes com doença mental grave em Hospital de dia de psiquiatria.
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Utente adulto ou idoso que aceite participar e que apresente o diagnóstico de doença mental grave.
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	Utente com comportamento agressivo ou risco de comportamento agressivo. Utente que recuse participar. Utentes com défices cognitivos que não permitam a aquisição de conhecimentos e aprendizagem.

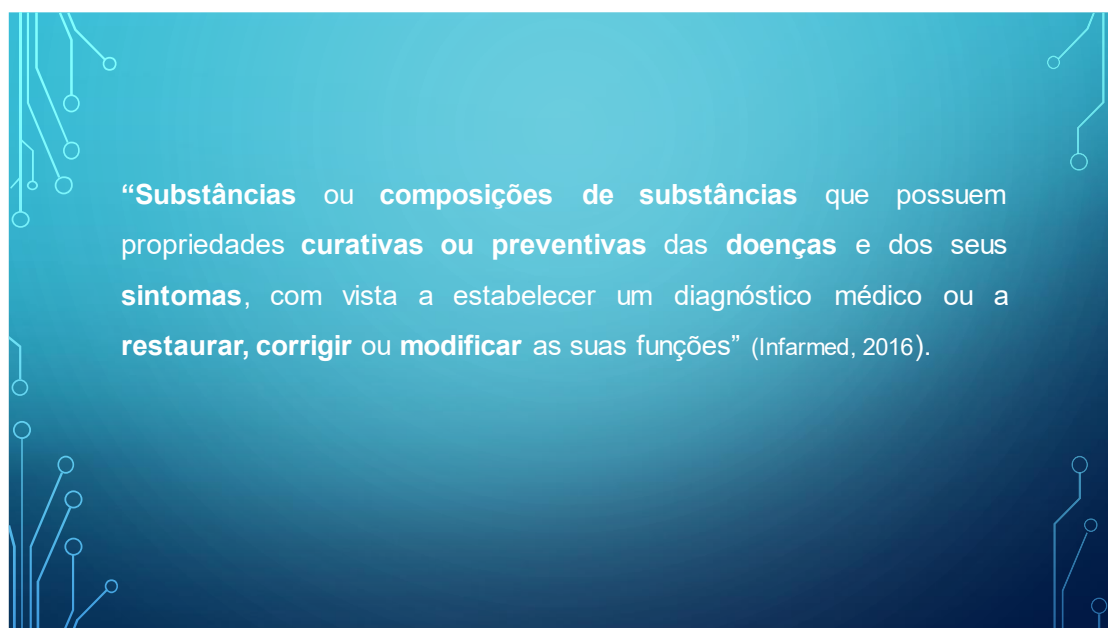
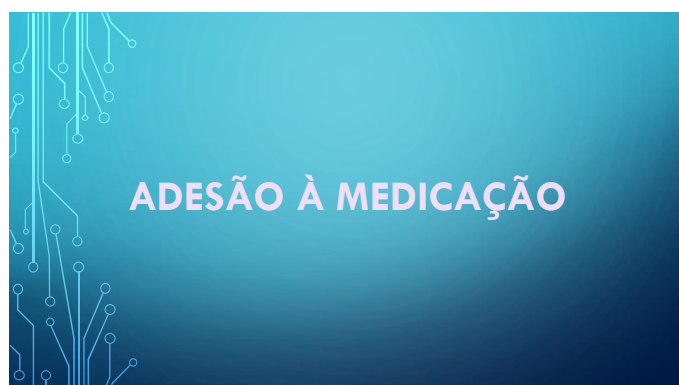
FORMADORES	Estudante de Mestrado: Cláudia Freixo Enfermeira Orientadora: Docente Orientador: Prof Dr. Joaquim Lopes
------------	---

OBJETIVO GERAL	Promover a adesão ao regime medicamentoso do utente com doença mental grave.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	- Ensinar ao utente os ganhos em saúde por aderir ao regime medicamentoso. - Ensinar ao utente sobre o risco de doença aumentado se não-adesão ao regime medicamentoso. - Ensinar ao utente sobre o regime medicamentoso, nomeadamente indicações e efeitos secundários. - Desmistificar as ideias pré-concebidas acerca da medicação. - Promover a partilha de experiências entre os utentes do grupo

DURAÇÃO DA SESSÃO	45 minutos
DATA	31/janeiro/2022
LOCAL	Hospital de dia de psiquiatria

ETAPAS	TEMÁTICAS	MÉTODO	MEIOS AUDIOVISUAIS	AVALIAÇÃO	TEMPO
INTRODUÇÃO	- Apresentação do tema; - Justificação do tema;	Comunicação oral e diapositivos	Computador	---	5'
DESENVOLVIMENTO	- Definição de medicamento; - Definição de adesão; - Importância da adesão ao regime medicamentoso; - Consequências da não-adesão ao regime medicamentoso; - Indicação e efeitos-secundários dos seguintes grupos farmacológicos: antipsicóticos, antidepressivos, estabilizadores do humor e ansiolíticos.	Comunicação oral, diapositivos e interrogativo;	Computador	---	30'
CONCLUSÃO	- Conclusão; - Validação de conhecimentos adquiridos;	Comunicação oral, diapositivos e interrogativo;	Folha papel e caneta;	Questionário antes e após a sessão (verdadeiro/falso)	10'

3.3. Diapositivos da sessão Adesão à medicação



Que efeitos positivos sentem com a medicação?

Antipsicóticos(olanzapina, paliperidona, aripiprazol, zuclopentixol,...)

Antidepressivos(venlafaxina, sertralina...)

Estabilizadores do Humor (lítio, valproato de sódio...)

Benzodiazepinas(diazepam, lorazepam, oxazepam...)

CONSEQUÊNCIAS DA TOMA DA MEDICAÇÃO:

- Estabilização dos sintomas
- Melhoria dos sintomas
- Aumento da qualidade de vida da pessoa e família
- Menos internamentos e menos recaídas
- Aumento da auto-estima



- Guia Orientador das Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação à Pessoa com DMG, 2021.

CONSEQUÊNCIAS DA NÃO ADESÃO À MEDICAÇÃO:

- Agravamento dos sintomas
- Necessidade de internamento
- Necessidade de aumento das doses e mais medicação
- Descontentamento e tristeza



OMS, 2003

Porque é que algumas pessoas deixam de tomar a medicação?

- Esquecimento, sentir -se melhorado, falta de recursos económicos, efeitos secundários, crenças pessoais/religiosas, mudança rotinas ...



(Guia Orientador das Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação à Pessoa com DMG , p. 43, 2021)

Que cuidados devo ter com a medicação?

CUIDADOS COM A MEDICAÇÃO

- Ter a medicação num local onde se tomam
- Tomar a medicação à hora certa
- Numa folha o nome da medicação, a dosagem e a hora
- Caso necessário, ter uma caixa com os medicamentos ou uma agenda da medicação (para marcar à medida que se toma);
- Controlar o stock da medicação
- Pedir esclarecimento ao profissional de saúde em caso de dúvidas ou no caso de efeitos adversos



Que efeitos secundários sentem com a medicação?

Alguns efeitos adversos

Boca seca, náuseas,
Visão turva, fotossensibilidade
Obstipação, retenção urinária
Hipotensão ortostática
Taquicardia, arritmias, hipotensão
Aumento de peso
Insónia, agitação
Cefaleia

Guia farmacológico para Enfermeiros 2009

- Todos os fármacos têm efeitos secundários, assim como os psicofármacos, cuja intensidade pode variar de pessoa para pessoa;
- Os efeitos secundários são geralmente moderados e desaparecem, em regra, ao fim de alguns dias;
- O utente deve comunicar sempre ao médico/enfermeiro quais os efeitos secundários sentidos.

Guia farmacológico para Enfermeiros, 2009

- Deve continuar a tomar a medicação mesmo que os sintomas da doença ainda não tenham passado;
- Não deve parar de tomar o fármaco abruptamente (fazê-lo pode causar sintomas de abstinência ou reocorrência de sintomas);

Guia farmacológico para Enfermeiros, 2009

- Não deve ingerir bebidas alcoólicas enquanto cumpre a terapia com psicofármacos;
- Deve evitar medicações vendidas sem receita médica sem aprovação do médico;
- Deve ter sempre consigo um cartão ou outro documento que descreve a medicação que está a tomar.

Guia farmacológico para Enfermeiros, 2009

BIBLIOGRAFIA

- Deglin, J., Vallerand, A. (2009). Guia farmacológico para enfermeiros (10ªed). Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-44-8.
- Ordem dos Enfermeiros (Junho de 2021). Guia Orientador de Boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa cm doença mental grave. Lisboa: Papa-letras. ISBN:978-989-8444-57-8.
- Sampaio, D., Figueira, M. L., & Afonso, P. (2014). Manual de Psiquiatria Clínica. Lisboa: *Lide*.



3.3. Atividade da sessão e resultados

Antes e após a sessão foi pedido a cada utente que respondesse ao questionário que se encontra abaixo. Teriam de assinalar a resposta que considerassem correta. Realizei este questionário previamente com o intuito de analisar o seu conhecimento antes, e após com o intuito de validar a aquisição de conhecimento.

Assinale com um “X” a resposta que considera correta.

	verdadeiro	falso
1 - Os medicamentos são substâncias que ajudam a tratar os sintomas da doença.		
2- Posso tomar medicamentos aconselhados por amigos/familiares/vizinhos.		
3 - Quando tiver alta, não preciso de tomar a medicação, os sintomas não vão voltar a surgir.		
4 - Posso reduzir ou aumentar a dose da minha medicação sempre que achar que for o melhor para mim.		
5 - Quando me sentir melhor posso deixar de tomar a medicação.		
6 - Os efeitos secundários da medicação desaparecem ao fim de alguns dias.		
7 - Caso sinta algum efeito secundário devo comunicar a um profissional de saúde.		
8 - Quanto mais comprimidos tomar, maior é a minha doença.		
9 - Devo manter-me informado sobre a minha medicação, pesquisando e questionando os profissionais de saúde.		
10 - Ao tomar corretamente os medicamentos, tenho menos probabilidade de sofrer recaídas e re-internamentos.		

Obrigada!

Em relação às respostas dos utentes antes da sessão só um utente respondeu erradamente a uma questão, à questão 6. No entanto, após a sessão o mesmo utente respondeu corretamente.

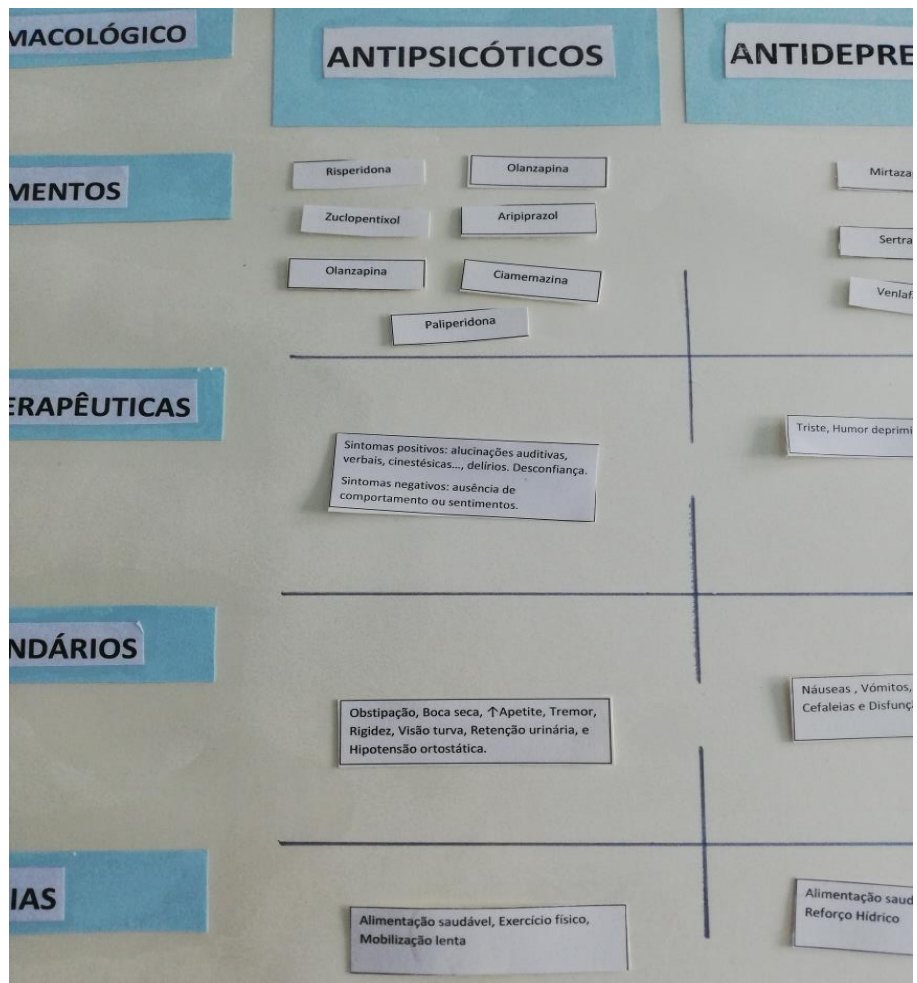
Constata-se que o grupo está bem informado acerca deste tema e que a sessão contribuiu para solidificar conhecimentos.

Posteriormente construiu-se um jogo acerca da medicação. Cada utente escreveu no computador o nome da sua medicação antipsicótica, a indicação, efeitos secundários e estratégias para lidar com esses efeitos. Seguidamente, imprimiu-se em cartolina, recortou-se e plastificou-se. Estes cartões foram colocados numa caixa. Desenhou-se em cartolina uma tabela que contemplava os quatro grupos farmacológicos – antipsicóticos, antidepressivos, estabilizador do humor e benzodiazepina – e a cada um dos grupos far-se-ia corresponder o nome do medicamento, indicações, efeitos secundários e estratégias para lidar com esses efeitos, tal como mostra a figura.

GRUPO FARMACOLÓGICO	ANTIPSIÓTICOS	ANTIDEPRESSIVOS	ESTABILIZADORES DE HUMOR	BENZODIAZEPINAS
MEDICAMENTOS	Haloperidol, Clozapina, Risperidona, Quetiapina, Aripiprazol, Olanzapina, Amisulprida, Clotiapina, Ziprasidona	Mirtazapina, Sertralina, Venlafaxina	Lítio, Valproato	Clonazepam
INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS	Transtorno esquizo-frenético, Transtorno bipolar, Transtorno de personalidade, Transtorno de ansiedade, Transtorno de stress pós-traumático, Transtorno de identidade de género	Transtorno de ansiedade, Transtorno de stress pós-traumático	Transtorno de humor	Transtorno de ansiedade, Transtorno de stress pós-traumático
EFEITOS SECUNDÁRIOS	Alterações de peso, Tensão arterial, Tonturas, Náuseas, Vômitos, Alterações cardíacas e respiratórias	Náuseas, Vômitos, Alterações de peso, Tensão arterial, Tonturas, Alterações cardíacas e respiratórias	Cefaleias, Tonturas, Náuseas e vômitos, Alterações de peso, Tensão arterial, Tonturas, Alterações cardíacas e respiratórias	Cefaleias, Tonturas, Náuseas e vômitos, Alterações de peso, Tensão arterial, Tonturas, Alterações cardíacas e respiratórias
ESTRATÉGIAS	Alimentação saudável, Exercício físico, Meditação, Sono	Alimentação saudável, Exercício físico, Meditação, Sono	Alimentação saudável, Exercício físico, Meditação, Sono	Alimentação saudável, Exercício físico, Meditação, Sono

Seguem-se algumas fotos do jogo.

GRUPO FARMACOLÓGICO	ANTIPSIÓTICOS	ANTIDEPRESSIVOS	ESTABILIZADORES DE HUMOR	BENZODIAZEPINAS
MEDICAMENTOS	Haloperidol, Clozapina, Risperidona, Quetiapina, Aripiprazol, Olanzapina, Amisulprida, Clotiapina, Ziprasidona	Mirtazapina, Sertralina, Venlafaxina	Lítio, Valproato	Clonazepam
INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS	Transtorno esquizo-frenético, Transtorno bipolar, Transtorno de personalidade, Transtorno de ansiedade, Transtorno de stress pós-traumático, Transtorno de identidade de género	Transtorno de ansiedade, Transtorno de stress pós-traumático	Transtorno de humor	Transtorno de ansiedade, Transtorno de stress pós-traumático
EFEITOS SECUNDÁRIOS	Alterações de peso, Tensão arterial, Tonturas, Náuseas, Vômitos, Alterações cardíacas e respiratórias	Náuseas, Vômitos, Alterações de peso, Tensão arterial, Tonturas, Alterações cardíacas e respiratórias	Cefaleias, Tonturas, Náuseas e vômitos, Alterações de peso, Tensão arterial, Tonturas, Alterações cardíacas e respiratórias	Cefaleias, Tonturas, Náuseas e vômitos, Alterações de peso, Tensão arterial, Tonturas, Alterações cardíacas e respiratórias
ESTRATÉGIAS	Alimentação saudável, Exercício físico, Meditação, Sono	Alimentação saudável, Exercício físico, Meditação, Sono	Alimentação saudável, Exercício físico, Meditação, Sono	Alimentação saudável, Exercício físico, Meditação, Sono



IZADORES
UMOR

BENZODIAZEPINAS

alpróico

Lorazepam

Alprazolam

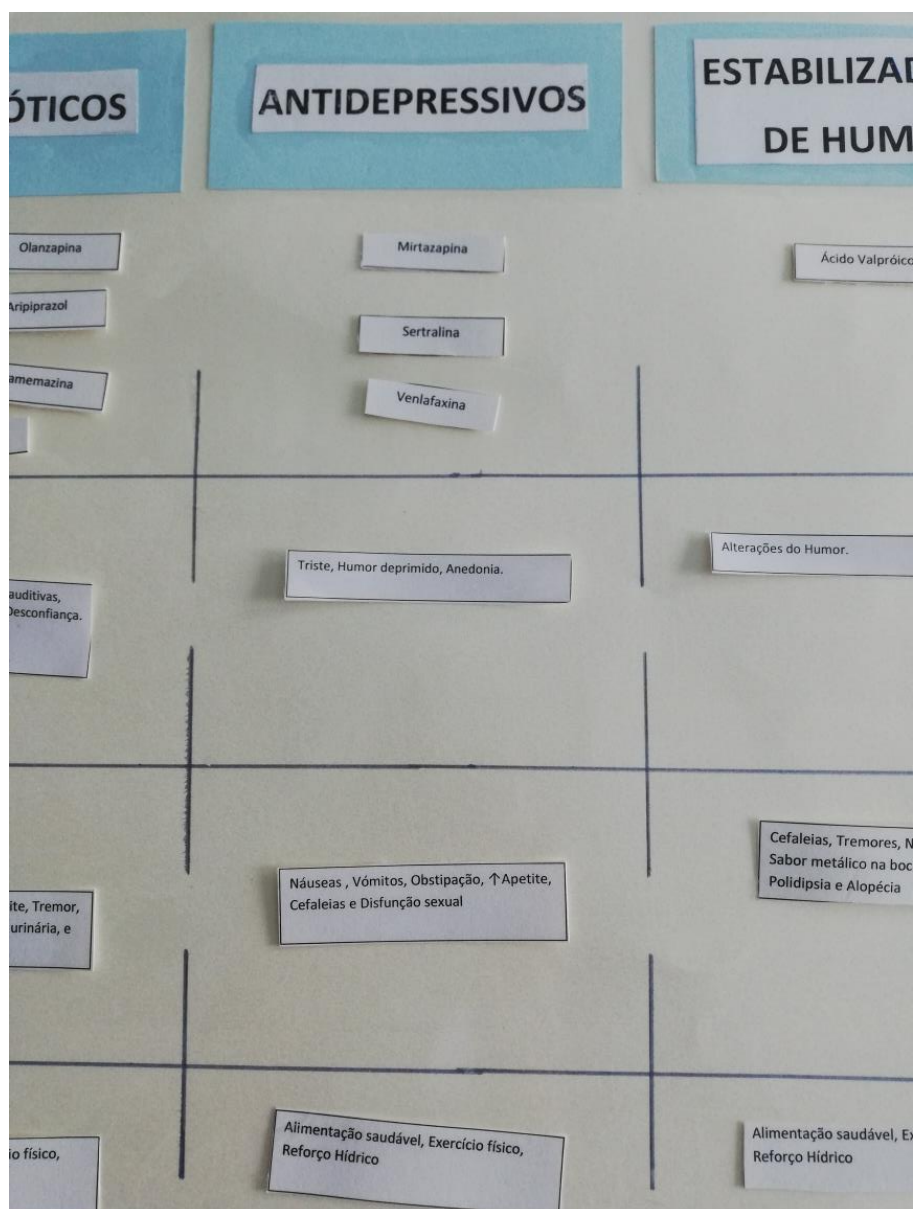
Ansiedade e indução ou manutenção do sono.

Náuseas e Vômitos,
pca, ↑Apetite,

Fadiga, Cefaleias e Sonolência

exercício físico,

Evitar álcool, Exercício físico, Higiene do Sono



Após a construção do jogo, os utentes jogaram-no. Cada utente tinha que tirar um cartão da caixa e fazer corresponder o cartão ao grupo farmacológico e às restantes categorias. Quem colocasse corretamente os cartões nas categorias recebia um ponto e quem tivesse mais pontos ganhava.

No início do jogo os utentes não estavam muito motivados, mas à medida que iam acertando nas várias categorias a sua motivação aumentava. Constatou-se interação entre os elementos do grupo.

4ª SESSÃO PICOEDUCATIVA: Resiliência

4.1. Plano de sessão

CURSO	12º Curso de Mestrado em Enfermagem área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
UNIDADE CURRICULAR	Estágio com relatório
TEMA DA SESSÃO	Resiliência
POPULAÇÃO ALVO	Utentes com doença mental grave em Hospital de dia de psiquiatria
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Utente adulto ou idoso que aceite participar e que apresente o diagnóstico de doença mental grave.
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	Utente com comportamento agressivo ou risco de comportamento agressivo. Utente que recuse participar. Utentes com défices cognitivos que não permitam a aquisição de conhecimentos e aprendizagem.
FORMADORES	Estudante de Mestrado: Cláudia Freixo Enfermeira Orientadora: Docente Orientador: Prof Dr. Joaquim Lopes

OBJETIVO GERAL	Promover o desenvolvimento da resiliência do utente com doença mental grave.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	- Ensinar ao utente os ganhos em saúde de um comportamento resiliente. - Ensinar ao utente sobre comportamentos facilitadores da resiliência. - Ensinar ao utente sobre estratégias para desenvolver a resiliência. - Promover a partilha de experiências entre os utentes do grupo

DURAÇÃO DA SESSÃO	45 minutos
DATA	7/fevereiro//2022
LOCAL	Hospital de dia de psiquiatria

ETAPAS	TEMÁTICAS	MÉTODO	MEIOS AUDIOVISUAIS	AVALIAÇÃO	TEMPO
INTRODUÇÃO	- Apresentação do tema; - Justificação do tema;	Comunicação oral e diapositivos	Computador	---	5'
DESENVOLVIMENTO	- Definição do conceito de resiliência; - Importância do comportamento resiliente; - Identificação de comportamentos facilitadores da resiliência; - Explicação de estratégias para desenvolver a resiliência;	Comunicação oral, diapositivos e interrogativo;	Computador	---	30'
CONCLUSÃO	- Conclusão; - Validação de conhecimentos adquiridos;	Comunicação oral, diapositivos e interrogativo;			10'

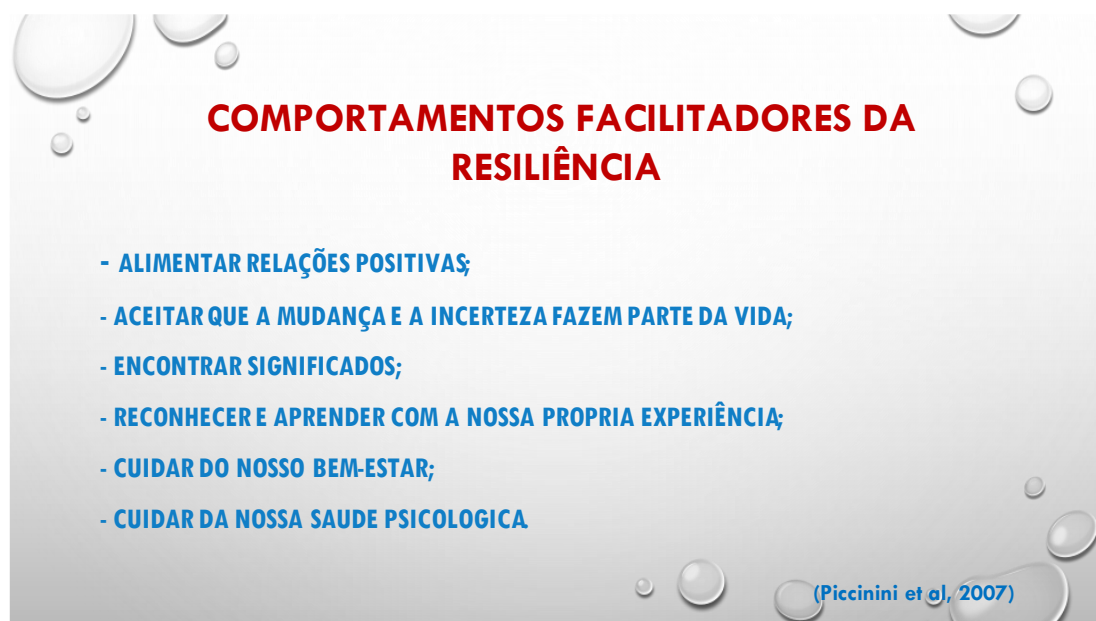
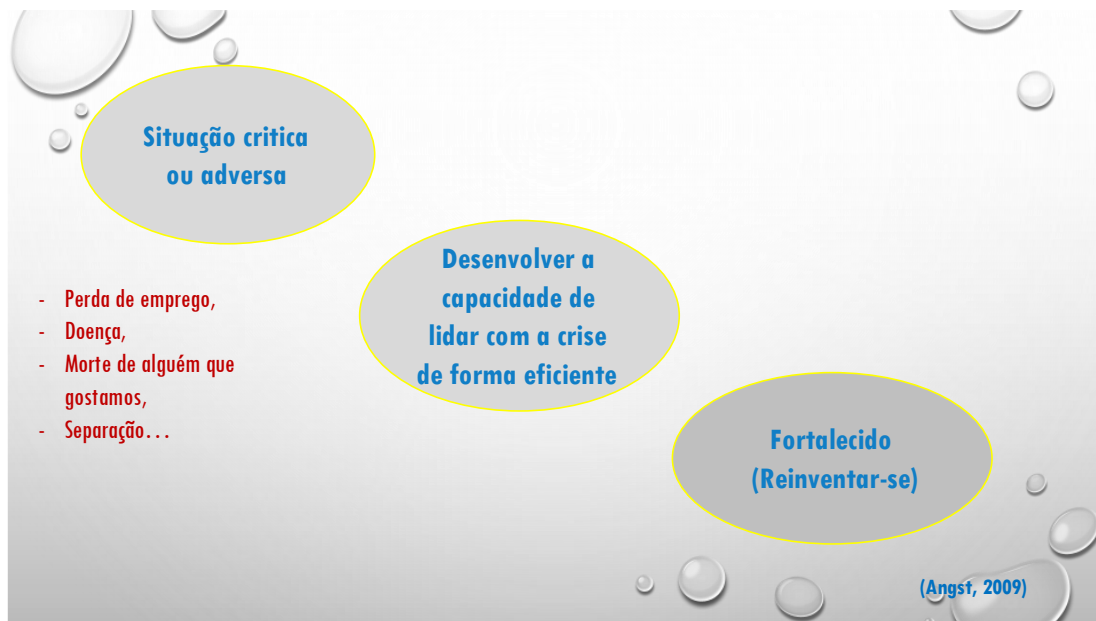
4.2. Diapositivos da sessão Resiliência



O QUE É RESILIÊNCIA?

É a “reafirmação da capacidade humana de superar adversidades e situações potencialmente traumáticas”.

(Junqueira & Deslandes, p. 233, 2003)



ESTRATÉGIAS PARA DESENVOLVER A RESILIÊNCIA

1) ACREDITAR NAS MINHAS CAPACIDADES

2) FAZER PLANOS E CUMPRIR

3) SER PRÓ-ATIVO

4) DESENVOLVER HABILIDADES

5) ACEITAR A MUDANÇA

(Piccinini et al, 2007)

1) Acreditar nas minhas capacidades

- Pensamento positivo (acreditar em si)
- Confiança

2) Fazer planos e cumprir

- Diário: definir os objetivos (realistas)
- Analisar as ações: identificar o que fiz bem, reconhecer as vitórias, focar nos objetivos

3) Ser pró-ativo

- O resultado consegue-se fazendo
- Perante a dificuldade não desistir

4) Desenvolver habilidades

- Procurar para desenvolver
- Pedir ajuda

5) Aceitar a mudança

- Aceitar os problemas ou as dificuldades

- **Todos temos um grau de resiliência;**
- **Todos podemos lidar com situações desafiantes;**
- **Advém de cada experiência que a pessoa “cultiva”;**
- **Dedicação diária (desafios diários);**
- **É adquirida através das aprendizagens e experiências;**
- **Quantas mais habilidades a pessoa tiver, mais problemas consegue resolver;**

(Piccinini et al, 2007)

BIBLIOGRAFIA

- ANGST, R. (2009). PSICOLOGIA E RESILIÊNCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA. PSICOLOGIA ARGUMENTO, 27(58), 253-260.
- CARVALHO, F. T. D., MORAIS, N. A. D., KOLLER, S. H., & PICCININI, C. A. (2007). FATORES DE PROTEÇÃO RELACIONADOS À PROMOÇÃO DE RESILIÊNCIA EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS. CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA, 23(9), 2023-2033.
- GOLEMAN, D., (2014). FOCO – O MOTOR OCULTO DA EXCELÊNCIA. LISBOA: TEMAS E DEBATES. ISBN: 9789896442415
- TREICHLER, E. B., LI, F., O'HARE, M., EVANS, E. A., JOHNSON, J. R., & SPAULDING, W. D. (2019). PSYCHOSOCIAL AND FUNCTIONAL CONTRIBUTORS TO PERSONAL RECOVERY IN SERIOUS MENTAL ILLNESS. JOURNAL OF MENTAL HEALTH.



4.3. Atividade desenvolvida acerca da Resiliência

Num segundo tempo foi realizada, no horário da ludoterapia, o jogo “*Medo de desafios*” com o grupo, tendo como objetivos mostrar como cada pessoa tem receio/medo diante de situações que possam representar perigo ou vergonha, demonstrar que enfrentar e superar o medo de agir relativamente a passos na vida fortalecem as pessoas e desenvolver a confiança individual de forma a potenciar o reconhecimento e desenvolvimento de capacidades.

Para a dinâmica do jogo foi pedido à turma que formassem um círculo.

O material utilizado foram duas caixas forradas, papel de jornal, um chocolate, dois envelopes, folhas com mensagens e uma aparelhagem de som.

Foi colocado dentro de um envelope a seguinte mensagem: “*Tens de escolher entre uma das caixas que se encontram à tua frente. Numa encontrarás a oportunidade de passar a vez numa última oportunidade a outro participante, enquanto na outra encontrarás uma tarefa que terás mesmo que cumprir*”.

Dentro de uma das caixas foi colocado um bilhete com a seguinte mensagem:

“*Parabéns! Tens agora a oportunidade de optares entre ceder a tua vez ou de cumprir a tarefa que se encontra na outra caixa a outra pessoa.*” E dentro da outra caixa foi colocado papel de jornal amarrotado, de forma que não se perceba o que é que está dentro da caixa por baixo do papel. Tendo sido colocado no fundo desta caixa um chocolate e um bilhete dizendo: “*Coma o Chocolate. Este é o prémio por confiar em si e nas suas capacidades!*”.

Foi explicado ao grupo o jogo, tendo sido dito o seguinte: “*dentro do envelope está uma ordem e que terá que ser cumprida, vamos jogar à batata quente com o envelope, ao som da música, sendo que quando a música parar, quem ficar com o envelope terá que aceitá-la e cumprir a tarefa sem reclamar, ninguém poderá ajudar e o desafio deverá ser cumprido apenas por quem ficar com a caixa*”.

Nesta atividade participaram cinco utentes, uma utente faltou por motivos pessoais.

Após a explicação do jogo os utentes ficaram apreensivos referindo “*o que é que aí vem?*”. Durante o jogo da batata quente tentaram livrar-se rapidamente do

envelope, passando ao colega do lado. O primeiro utente que ficou com o envelope demonstrou indecisão na escolha, precisando de algum tempo para realizar a sua escolha. Tendo escolhido dar a sua vez a outro colega. Este colega evidenciou um comportamento mais decidido e motivado tendo escolhido imediatamente realizar a tarefa da segunda caixa. Ao encontrar o chocolate ficou admirado e contente, referiu “foi divertido”, “estava à espera de pior”. O utente que tinha cedido a sua vez ficou admirado um pouco triste por não ter ganho o chocolate e referiu “fui levado a passar a vez”.

No fim do jogo os utentes partilharam a sua opinião com o grupo e conseguiram transpor ideia para o quotidiano, tendo referido “não devemos desistir à primeira dificuldade”, “devo ultrapassar o medo e não deixar que ele me comande”.

Partilharam o chocolate entre todos.

5º SESSÃO PSICOEDUCATIVA: Felicidade

5.1. Plano de sessão

CURSO	12º Curso de Mestrado em Enfermagem área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
UNIDADE CURRICULAR	Estágio com relatório
TEMA DA SESSÃO	Felicidade
POPULAÇÃO ALVO	Utentes com doença mental grave em Hospital de dia de psiquiatria
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Utente adulto ou idoso que aceite participar e que apresente o diagnóstico de doença mental grave.
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	Utente com comportamento agressivo ou risco de comportamento agressivo. Utente que recuse participar. Utentes com défices cognitivos que não permitam a aquisição de conhecimentos e aprendizagem.

FORMADORES	Estudante de Mestrado: Cláudia Freixo Enfermeira Orientadora: Docente Orientador: Prof Dr. Joaquim Lopes
------------	---

OBJETIVO GERAL	Promover a perceção da felicidade do utente com doença mental grave.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	- Ensinar ao utente a relação entre felicidade e saúde. - Ensinar ao utente sobre o desempenho da felicidade nas várias dimensões da pessoa. - Ensinar ao utente sobre os fatores que contribuem para aumentar a perceção da felicidade. - Ensinar ao utente sobre os fatores que contribuem para diminuir a perceção da felicidade. - Dar a conhecer, o resultado de um estudo, acerca da perceção da felicidade de pessoas com experiência em doença mental. - Promover a partilha de experiências entre os utentes do grupo

DURAÇÃO DA SESSÃO	45 minutos
DATA	14/fevereiro//2022
LOCAL	Hospital de dia de psiquiatria

ETAPAS	TEMÁTICAS	MÉTODO	MEIOS AUDIOVISUAIS	AValiação	TEMPO
INTRODUÇÃO	- Apresentação do tema; - Justificação do tema;	Comunicação oral e diapositivos	Computador	---	5'
DESENVOLVIMENTO	- Definição do conceito de felicidade; - Importância do papel da felicidade no desempenho das dimensões da pessoa; - Identificação de fatores que contribuem para diminuir a percepção da felicidade; - Apresentação do resultado de um estudo acerca da felicidade realizado com pessoas com experiência de doença mental;	Comunicação oral, diapositivos e interrogativo;	Computador	---	30'
CONCLUSÃO	- Conclusão; - Validação de conhecimentos adquiridos;	Comunicação oral, diapositivos e interrogativo;			10'

5.2. Diapositivos da sessão Felicidade

Felicidade

O que é Felicidade?

É uma **emoção básica** caracterizada por um estado **emocional positivo**, com **sentimentos de bem-estar** e de **prazer**, associados à percepção de **sucesso** e à compreensão coerente e lúcida do mundo.

(Ferraz, Tavares e Zilberman, 2007)

- ▶ Não existe uma definição consensual;
- ▶ É um fenómeno subjetivo, relacionado com traços psicológicos, socioculturais e genéticos;
- ▶ Menos relacionado com eventos isolados e externos;

(Ferraz et al., 2007; Plamer et al., 2014)

▶ **Desempenha um papel importante na dimensão:**

- ▶ Física
- ▶ Mental/bem-estar
- ▶ Nas relações sociais
- ▶ Nas emoções
- ▶ Na cognição
- ▶ Desenvolvimento moral
- ▶ Desempenho

(Seabra et al., 2018)

Felicidade

- ▶ Pessoal → Na relação consigo próprio. O seu *Eu*
- ▶ Com o outro (relacional) → Múltiplos contextos sociais: trabalho, família, religião...

(Seabra et al., 2018)

Fatores que contribuem para aumentar a percepção de felicidade

► Pessoal:

- Mais autoestima
- Estabilidade emocional
- Controlo e satisfação com a sua vida
- Sentir-se com mais energia
- Mais resiliência
- Mais otimismo
- Bem-estar espiritual
- Atividade recreativa

(Seabra et al., 2018)

► Relacional:

- Laços afetivos (família)
- Sentir ajuda por parte de outras pessoas
- Suporte psicossocial
- Ter amigos
- Interação social e ocupacional
- Receber uma remuneração pelo trabalho

(Seabra et al., 2018)

Fatores que contribuem para diminuir a percepção de felicidade

► Pessoal:

- A toma da medicação ainda associada ao medo de não ser considerado “normal”
- Cronicidade da doença mental
- Stress
- Sintomas negativos
- Menor resiliência

(Seabra et al., 2018)

► Relacional:

- Medo (insegurança)
- Solidão e isolamento
- Ausência de atividades ocupacionais e disfunção social

(Seabra et al., 2018)

**Resultados
de um estudo:**



- Menos absentismo
- Recorrem menos aos serviços de saúde
- Usam menos medicação analgésica
- Funcionam melhor psicologicamente
- Mais energia
- Atitude mais relaxada
- “mesmo lidando com os sintomas da sua perturbação sentem-se felizes muitas vezes”.

(Bergsma et al., 2011)

“A felicidade está interligada à vivência social e ao bem-estar, à resiliência, a fatores protetores internos da própria pessoa”.

(Seabra et al., 2018)

Bibliografia

- Seabra, P., Sarreira-Santos, A., Medeiros-Garcia, L., Costa, A., Cardoso, I., & Figueiredo, A. S. (2018). A felicidade em pessoas com doença mental: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19, 45-53.

Obrigada!



5.3. Resultados da atividade Felicidade

No início da sessão os utentes participaram referindo a sua opinião acerca do que é felicidade, tendo referido alguns fatores que contribuem para a felicidade como, “não haver conflitos familiares”, “não ter relações que façam mal”, “começar a trabalhar”. No entanto, a partir desta fase começaram a participar menos, mas, mantiveram a atenção. Questionei-os acerca deste comportamento, uns responderam “estou a pensar”, outros acenaram com a cabeça mostrando concordância com a resposta dada. Constatei pelas expressões não verbais que estavam a pensar no tema. Sendo a felicidade um objetivo fundamental de todas as pessoas, torna-se um tema sensível para o grupo. Estando os utentes em processo de recuperação é um tema positivo podendo contribuir para a autorreflexão e consciência acerca de si, da sua felicidade, e, consequentemente motivar para a ação.

No fim da sessão pedi os utentes para pensarem acerca do tema. No dia a seguir, alguns partilharam algumas experiências “felizes” e outras “menos felizes” e também referiram o que poderão fazer para se sentirem “bem” e “felizes”.

O processo de recuperação desenvolve-se ao longo do tempo pela dedicação, participação ativa e motivação. Considero que contribui para a tomada de decisão.

5.4. Atividade da sessão Felicidade

Foi realizada uma atividade de movimento corporal coreografada ao som da música. A música selecionada foi de acordo com os gostos dos utentes e a coreografia também tendo em consideração algumas limitações de uma utente.

A atividade contribuiu para o alívio de tensões, para exercitar o corpo e fortalecer os músculos. Constatou-se momentos divertidos, manifestados por gargalhadas e risos, em que os utentes se riam dos seus passos de dança. Foi um momento de descontração que contribuiu para a coesão, interajuda, partilha no grupo, mas também para o autoconhecimento.