



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

**Adesão ao Regime Terapêutico em Pessoas com  
Doença Mental**

Therapeutic Regimen Adherence of People with Mental Illness

**Daniela Sofia Matias Do Ó Afonso**

---

**Lisboa  
2024**



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

**Adesão ao Regime Terapêutico em Pessoas com  
Doença Mental**

**Daniela Sofia Matias Do Ó Afonso**



Orientador: Prof. Doutor Luís Nabais

**Lisboa  
2024**

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar numa alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Gustav Jung

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor Luís Nabais pela orientação e paciência neste meu percurso,

Ao professor Doutor e chefe António Nabais por me ter incentivado a dar o passo para iniciar este percurso, pelo apoio e orientação durante todo o caminho,

À minha família que sempre me apoiou e incentivou a seguir os meus sonhos, principalmente à minha mãe que sem ela não teria sido possível a conclusão desta caminhada,

Ao Tiago por todos os momentos de reflexão, amizade, descoberta e apoio

Aos meus colegas Enf<sup>o</sup> António e Enf<sup>a</sup> Anabela por todos os conselhos sábios e aprendizagens,

Aos meus colegas de mestrado pelo companheirismo, apoio e amizade,

Aos meus orientadores de campos de estágio e respetivas equipas multidisciplinares que contribuíram para o meu desenvolvimento,

E aos amores da minha vida, José e Emma, que me deram força para continuar e não desistir e que foram o farol nas noites mais escuras e turbulentas e foram toda a força que precisava para continuar,

Emma iniciei esta caminhada ainda eras um pequeno feijão e termino contigo nos braços, foste a minha maior motivação!

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AVD's – Atividades de Vida Diária

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EE – Enfermeiro Especialista

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EM – Entrevista Motivacional

HD – Hospital de Dia

OMS – Organização Mundial de Saúde

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

## RESUMO

A promoção ao regime terapêutico é um tema que tem vindo a ser estudado e trabalhado pelos enfermeiros ao longo dos anos. Os utentes com patologia psiquiátrica apresentam níveis de não adesão ao regime terapêutico muito elevados, em comparação com os utentes com patologia orgânica. Fatores como a presença de sintomas psicóticos, ausência de *insight*, défices cognitivos contribuem para a não adesão terapêutica que conseqüentemente resulta no agravamento de sintomas, reinternamentos, recaídas, maiores défices cognitivos e diminuição da qualidade de vida. A intervenção do enfermeiro especialista na promoção da adesão terapêutica irá ser fundamental, de forma a minimizar as conseqüências de ausência de tratamento, melhorar o prognóstico, minimizar os riscos de uma nova recaída, melhorar a qualidade de vida e diminuir as hospitalizações. Delinear um projeto de intervenção que promova a adesão ao regime terapêutico torna-se fundamental e prioritário de forma a melhorar prognósticos e a prevenir sequelas incapacitantes. Foram definidos como objetivos deste projeto de intervenção: Identificar comportamentos de não adesão ao regime terapêutico e compreender os motivos de não adesão ao regime terapêutico e promover a adesão ao regime terapêutico com recurso a intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas, utilizando a entrevista motivacional e os mediadores expressivos como estratégia, recurso facilitador e promotor de mudança de comportamento. O projeto de intervenção foi aplicado na população adulta de ambos os sexos, entre os 18 e os 82 anos de idade. Os resultados das intervenções são qualitativos com base em feedback dos utentes, dos profissionais de saúde, da observação comportamental e dos registos elaborados. Os resultados obtidos comprovam a eficácia das intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais, tendo havido melhores resultados no contexto de internamento em comparação com contexto de Hospital de Dia, onde os utentes mostraram maior ambivalência.

**Palavras chaves:** saúde mental, adesão ao regime terapêutico, enfermagem psiquiátrica, entrevista motivacional, psicoeducação

## **ABSTRACT**

Promoting the therapeutic regimen is a topic that has been trained and worked on by nurses over the years. Users with psychiatric pathology have very high levels of non-adherence to the therapeutic regimen, compared to users with organic pathology. Factors such as the presence of psychotic symptoms, lack of insight, cognitive deficits reduced to therapeutic non-adherence which consequently result in worsening of symptoms, readmissions, relapses, greater cognitive deficits, and decreased quality of life. The intervention of the specialist nurse in promoting therapeutic adherence will be fundamental, to minimize the consequences of the absence of treatment, improve the prognosis, minimize the risks of a new recovery, improve the quality of life, and reduce hospitalizations. Outlining an intervention project that promotes adherence to the therapeutic regimen becomes fundamental and a priority to improve predictions and prevent disabling sequelae. The objectives of this intervention project were defined as: identifying behaviors of non-adherence to the therapeutic regimen and understanding the reasons for non-adherence to the therapeutic regimen and promoting adherence to the therapeutic regimen using psychotherapeutic and psychoeducational interventions, using motivational interviewing and expressive mediators as a strategy, facilitating resource and promoter of behavior change. The intervention project was applied to the adult population of both sexes, between 18 and 82 years of age. Intervention results are qualitative based on feedback from users, healthcare professionals, behavioral observation, and reviewed records. The results obtained proved the effectiveness of psychotherapeutic and psychoeducational interventions, having obtained better results in the inpatient context compared to the Day Hospital context, where users demonstrated greater ambivalence.

**Keywords:** mental health, treatment adherence, psychiatric nursing, motivacional interviewing, psychoeducation

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** - Estádios de Mudança dos utentes na primeira entrevista.....30

**Tabela 2**- Score pela escala MAT.....31

**Tabela 3** - Estádios de Mudança dos utentes na última entrevista .....31

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>PARTE I - ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA PESSOA COM DOENÇA MENTAL .....</b>	<b>8</b>
1.1 A doença mental.....	9
1.2 Adesão ao regime terapêutico.....	10
1.3 O papel do enfermeiro especialista na promoção da adesão ao regime terapêutico.....	13
1.3.1 Intervenção Psicoterapêutica .....	14
1.3.1.1 Entrevista motivacional.....	15
1.3.1.2 Mediadores Expressivos.....	16
1.3.1.3 Relaxamento muscular progressivo de Jacobson .....	18
1.3.1.4 <i>Role-Playing</i> .....	18
1.3.2 Intervenção Psicoeducação.....	18
1.4 Contributos do Modelo de Tidal para a promoção do regime terapêutico....	19
<b>PARTE II - PERCURSO E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....</b>	<b>21</b>
2.1. Objetivos .....	21
2.2 Caracterização de contextos.....	22
2.2.1 Contexto de Ambulatório.....	22
2.2.2. Contexto de Internamento .....	23
2.3. Participantes .....	23
2.4. Instrumentos de intervenção.....	24
2.4.1 Intervenção Psicoterapêutica .....	25
2.4.1.1. Entrevista Motivacional .....	25
2.4.1.2. Sessões com mediadores expressivos .....	25
2.4.1.3. Sessão de relaxamento.....	26
2.4.1.4. <i>Role Playing</i> .....	26
2.4.2. Intervenção Psicoeducação .....	26
2.4.3. Escala Medida de Adesão ao Tratamento .....	27
2.4.4. Jornais de aprendizagem e reflexões .....	27

2.4.5. Estudo de Caso.....	27
2.5. Atividades desenvolvidas em Contexto Clínico.....	28
2.5.1 Intervenções Psicoterapêuticas .....	28
2.5.1.1. Entrevista Motivacional .....	28
2.5.1.2. Sessão mediada por Mediadores Expressivos .....	30
2.5.1.3. Sessão de relaxamento .....	36
2.5.1.4. Sessão de role-play .....	36
2.5.2. Intervenções de psicoeducação.....	39
<b>PARTE III - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>41</b>
3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista .....	41
3.2. Competências específicas do enfermeiro especialista .....	44
3.3. Competências de Mestre.....	46
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>48</b>

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

### **ANEXOS**

ANEXO I – Plano de atividades semanal

ANEXO II – Escala MAT

### **APÊNDICE**

Apêndice I - Método e Fluxograma da Revisão Integrativa da Literatura

Apêndice II – Entrevistas Motivacionais

Apêndice III – Planeamento de sessões com recurso a mediadores expressivos realizadas em HD

Apêndice IV – Planeamento de sessões com recurso a mediadores expressivos realizadas em Internamento

Apêndice V – Planeamento da sessão de Relaxamento

Apêndice VI – Planeamento da sessão de Role-Playing

Apêndice VII– Planeamento das sessões de Psicoeducação

Apêndice VIII– Apresentação da Sessão de Psicoeducação

Apêndice IX– Questionário de avaliação sobre o Regime Medicamentoso

Apêndice X– Questionário

## INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e pretende descrever o processo de desenvolvimento de um projeto de intervenção realizado na Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório ocorrido ao longo de 18 semanas, em dois contextos diferentes (Hospital de Dia e Internamento). O presente relatório resulta de um processo de aprendizagem com o objetivo de desenvolver Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE), Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) e competências de Mestre em Enfermagem.

O projeto de intervenção, que resultou neste relatório, foi elaborado de acordo com os objetivos profissionais, uma vez que é observado diariamente na prática clínica as consequências da não adesão ao tratamento, havendo a oportunidade de refletir sobre a importância da promoção da adesão ao tratamento na pessoa com doença mental, de forma a melhorar o seu prognóstico e a prevenir as consequências do incumprimento do regime de tratamento, que provoca graves consequências interferindo na autonomia, funcionalidade e qualidade de vida.

A adesão ao tratamento é um conjunto de comportamentos dinâmicos e variáveis ao longo do tempo para o mesmo utente (Descalço & Afonso, 2018).

Existem múltiplos fatores internos e externos, que contribuem para a adesão ao regime de tratamento. Uma das condições principais para a adesão é o comprometimento do utente ao tratamento, para tal depende a perceção do utente sobre o seu estado de saúde, que consequentemente implica que este aceite o seu novo estado de saúde, o conhecimento dos benefícios do tratamento e as limitações que o próprio utente coloca à adesão (efeitos secundários, horários e custo do medicamento) (Camarneiro, 2021; Descalço & Afonso, 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization [WHO], 2021), o comportamento de não adesão ao tratamento constitui um

problema mundial com impacto na vida pessoal, familiar, comunidade, sistemas de saúde e, ainda, na economia do país.

A realização deste projeto tem como finalidade a promoção da adesão terapêutica à pessoa com doença mental, compreender qual o papel do enfermeiro especialista na promoção da adesão terapêutica, identificar comportamentos de não adesão e compreender os motivos para estes comportamentos.

O papel do enfermeiro é essencial para capacitar os utentes para a adesão ao regime de tratamento (Conselho Internacional de Enfermagem e Ordem dos Enfermeiros, 2010, citados por Martins et al., 2021). A promoção da adesão ao tratamento engloba todos os aspetos do cuidar e que deve ser analisada de forma holística, sendo o EEESMP o profissional mais preparado para promover a adesão terapêutica junto aos utentes, através do estabelecimento de uma relação terapêutica que irá facilitar a adesão ao regime de tratamento (Martins et al., 2021).

A prática de cuidados foi baseada no Modelo de Tidal, de forma a sustentar o papel do enfermeiro, colocando a narrativa do utente no centro dos cuidados e desta forma promover o seu papel ativo no seu plano terapêutico, estabelecendo uma aliança terapêutica.

De forma a sustentar a prática com evidência foi realizado uma revisão integrativa da literatura (RIL), através da plataforma EBSCO, com as bases de dados MEDLINE e CINAHL (Apêndice I) e através de pesquisa bibliográfica com recurso a livros e literatura cinzenta.

Este relatório apresenta-se organizado em três partes. Na primeira parte é apresentado a problemática, seguida do enquadramento teórico e da apresentação do modelo de Tidal, onde foi baseado e prática de cuidados. Na segunda parte é apresentada a metodologia do projeto realizado, onde serão apresentados os objetivos, os contextos de estágio, os participantes e as intervenções desenvolvidas e os instrumentos utilizados. Na terceira parte é realizada uma reflexão sobre o percurso de desenvolvimento de competências do EE, do EEESPM e de Mestre em Enfermagem.

Em suma, o presente relatório pretende demonstrar o percurso realizado ao longo de dois contextos de estágio diferentes de forma a desenvolver intervenções promotoras da adesão ao regime terapêutico na pessoa com doença mental, refletindo nos resultados das mesmas intervenções e as suas contribuições para a aquisição de competências de enfermeiro especialista e de mestre.

Este relatório encontra-se elaborado segundo as normas da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e redigido segundo a APA 7<sup>a</sup>. Edição.

## **PARTE I - ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA PESSOA COM DOENÇA MENTAL**

A OMS (World Health Organization, 2003) refere que a adesão terapêutica corresponde ao “grau ou extensão em que o comportamento da pessoa em relação à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e à alteração de hábitos ou estilos de vida corresponde às recomendações veiculadas pelos profissionais de saúde” (p.2). Já a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem ([CIPE], 2020) define adesão como uma

ação auto iniciada 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 (p.3)

Monterroso et al., (2012) refere que em Portugal, cerca de 50,8% dos doentes psiquiátricos aderem ao regime terapêutico de forma descontinuado, sendo que o primeiro ano é o período mais crítico para a tomada de decisão de manter o tratamento, contudo 50% dos doentes cessa o tratamento nos primeiros três meses.

Descalço e Afonso (2018) referem que nos utentes psiquiátricos, os níveis de adesão terapêutica são mais baixos comparativamente aos utentes com patologia orgânica. Fatores como a presença de sintomas psicóticos, défices cognitivos que afetam a perceção do utente e ausência de *insight* contribuem para a não adesão terapêutica que conseqüentemente resulta na recorrência ou agravamento de sintomas, reinternamentos, recaídas, perda de funcionalidade e défices cognitivos que tendem a piorar e a agravar ao longo da evolução clínica de um utente,

consequentemente existe uma diminuição da qualidade de vida e aumento de comportamentos de risco (Descalço & Afonso, 2018; Vanelli et al., 2011).

O prognóstico é prejudicado pela não adesão terapêutica, podendo levar à presença crónica de sintomatologia psicótica (Descalço & Afonso, 2018; Vanelli et al., 2011).

Desta forma, é fundamental a intervenção do enfermeiro especialista na promoção da adesão terapêutica de forma a minimizar as consequências de ausência de tratamento na doença mental, de forma a melhorar o prognóstico, minimizar os riscos de uma nova recaída, melhorar a qualidade de vida, diminuir as hospitalizações e diminuir as consequências a longo prazo causada pela doença mental.

De forma a melhorar o prognóstico da pessoa com doença mental e promover a adesão terapêutica de forma a minimizar as sequelas incapacitantes provocadas pela doença, considerou-se pertinente a realização de um projeto de intervenção psicoeducativa e psicoterapêutica.

## **1.1. A doença mental**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde mental como um estado de bem-estar no qual cada pessoa concretiza o seu próprio potencial, consegue lidar com os usuais eventos da vida stressantes, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera (Sequeira et al., 2022).

A doença mental é um conjunto de situações que interferem no bem-estar da pessoa, causa sofrimento e pode ser altamente incapacitante. Sequeira et al., (2022) referem que a doença mental é uma situação patológica na qual a pessoa apresenta distúrbios na sua organização mental.

A doença mental pode variar em transtornos leves a graves, que causam sofrimento e consequências pessoais e sociais e são caracterizadas por sintomas e sinais específicos (Martins, et al., 2021). Segundo os mesmos autores, a doença mental provoca profundas e persistentes alterações no funcionamento da pessoa, que se reflete nas diferentes áreas da vida, pelo que se torna importante haver uma intervenção precoce por parte dos profissionais de saúde.

Guhne et al. (2015) referem que a doença mental compromete a capacidade e competência 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.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), é estimado que entre as dez principais causas de incapacidade, cinco são do foro psiquiátrico: transtorno depressivo (13%), transtorno decorrente do uso de álcool (7,1%), esquizofrenia (4%), transtorno bipolar (3,3%) e transtorno compulsivo obsessivo (2,8%) (citado por Martins et al., 2021; Sequeira et al., 2022). A doença mental representa 12% do total das doenças do mundo e afetam mais de 4% da população adulta (Sequeira et al., 2022). A nível nacional, Portugal é o segundo país da Europa com maior prevalência de doenças psiquiátricas (Sequeira et al., 2022).

A doença mental provoca um forte sofrimento e diminuição da qualidade de vida, que é refletido nos diversos subsistemas em que a pessoa está inserida. Sendo que a doença mental não tem cura, mas tem tratamento, torna-se fundamental que a estratégia de atuação promova o empoderamento e a recuperação, tendo como objetivo final a reabilitação e a inserção social (Martins et al., 2021).

Neste sentido, o enfermeiro de saúde mental tem um papel importante e fundamental na vida da pessoa com doença mental, tendo de intervir de forma precoce de forma a minimizar o sofrimento, a melhorar prognósticos, a promover o empoderamento e a recuperação, sendo que precisa, ainda intervir na família, uma vez que também este subsistema é afetado pela doença mental. Para que o enfermeiro consiga atingir estes objetivos na sua prática de cuidados, deve ter como uma das prioridades a promoção da adesão ao regime terapêutico, uma vez que o utente cumprindo o mesmo regime está a contribuir para um melhor prognóstico, minimiza o seu sofrimento, aumenta a sua qualidade de vida e a sua funcionalidade.

## **1.2. Adesão ao Regime Terapêutico**

Adesão consiste numa “ação auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações (...) cumpre o regime de

tratamento, tomar os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor (...) e obedece às instruções relativas ao tratamento” (International Council of Nurses, 2017, citado por Sequeira et al., 2022, p. 155).

O regime terapêutico engloba manter as consultas médicas de forma regular, cumprir com a medicação prescrita, assim como seguir o plano terapêutico instituído e seguir as recomendações dos profissionais de saúde (Alemayehu et al., 2022; Ata et al., 2020; Ertem & Duman, 2019). Pelo que se considera que um utente tem baixa adesão ou não adere ao regime terapêutico quando não cumpre com o esquema terapêutico prescrito, falta a consultas e não cumpre com o follow-up (Ertem & Duman, 2019).

De acordo com Gudeta et al., (2023), no mundo há uma percentagem de 40 a 60% de não adesão ao regime terapêutico em doentes com patologia psiquiátrica, sendo que nos países em desenvolvimento este número poderá ser superior, com tendência a aumentar.

Ertem e Duman (2019) mencionam como benefício da adesão ao regime terapêutico, melhor controlo sintomático, aumento da qualidade de vida, redução do risco de recaídas e re-internamentos, aumento de funcionalidade.

As causas da não adesão ao regime terapêutico são multifatoriais. Existem múltiplos fatores internos e externos, que contribuem para a adesão terapêutica. Uma das condições principais para a adesão terapêutica é o comprometimento do utente ao tratamento, para tal depende a percepção do utente sobre o seu estado de saúde, que consequentemente implica que este aceite o seu novo estado de saúde, o conhecimento dos benefícios do tratamento e as limitações que o próprio utente coloca à adesão (efeitos secundários, horários e custo do medicamento) (Alemayehu et al., 2022; Ertem e Duman, 2019; Gudeta et al., 2023).

Os fatores para a não adesão terapêutica relacionados com a própria pessoa é a idade, abuso de substâncias, ausência de *insight* (aceitação do estado de saúde comprometido) e a presença de crenças religiosas e culturais (Alemayehu et al., 2022; Ertem e Duman, 2019; Gudeta et al., 2023).

Os fatores relacionados diretamente com o tratamento farmacológico que contribuem para a não adesão terapêutica é a presença de efeitos secundários, tais

como os efeitos extrapiramidais, aumento de peso, diabetes, Lentificação psicomotora, tremores, entre outros (Alemayehu et al., 2022; Ertem e Duman, 2019; Gudeta et al., 2023).

Os fatores ambientais encontram-se relacionados com a aliança terapêutica e o apoio social, económico e familiar (Alemayehu et al., 2022; Ertem e Duman, 2019; Gudeta et al., 2023).

O estigma e o auto-estigma também são fatores importantes que contribuem para a não adesão terapêutica, assim como para o isolamento da pessoa com patologia psiquiátrica e contribuem para a relutância em procurar ajuda médica, promovendo o medo e/ou vergonha de assumir a sua doença. Afeta ainda a capacidade da família de aceitar que o seu familiar se encontra doente, contribuindo para a não aceitação do estado de saúde, vergonha e recusa em realizar o tratamento (Alemayehu et al., 2022; Campos, 2022; Descalço & Afonso, 2018; Ertem e Duman, 2019; Gudeta et al., 2023).

Alemayehu et al. (2022) referem que a gravidade da doença, assim como o tempo de evolução da doença ou a cronicidade da mesma, contribuem para a não adesão ao regime terapêutico.

Os indicadores de não adesão ao regime terapêutico, segundo Ata et al. (2020), são não cumprir com o regime medicamentoso, ou aderir apenas parcialmente, faltar a consultas médicas e suspender o follow-up.

A não adesão ao regime terapêutico leva a recaídas, aumenta a necessidade de re-internamentos, diminui a funcionalidade, dificultando o retorno da funcionalidade, aumenta o risco de défices cognitivos, permanência de sintomas, contribui para um mau prognóstico, aumenta o risco e as tentativas de suicídio, aumenta o risco de consumos, aumenta o risco de cronicidade, aumenta os níveis de mortalidade e morbidade, causa prejuízos no desempenho escolar e laboral, provoca conflitos familiares, causa isolamento social e diminui a qualidade de vida, aumenta o risco da pessoa se tornar violenta, para além de aumentar os custos hospitalares (Ata et al, 2020; Ertem & Duman, 2019; Gudeta et al., 2023).

A ausência de *insight* encontra-se associada a uma baixa adesão ao regime terapêutico, uma vez que o utente com baixo *insight* ou mesmo com ausência de

*insight*, rejeitam o seu diagnóstico, não reconhecendo que se encontram doentes, pelo que não identificam benefício nem necessidade de cumprir um regime de tratamento. Desta forma, torna-se importante promover o *insight* a par da promoção da adesão ao regime terapêutico.

### **1.3. O papel do enfermeiro especialista na promoção da adesão ao regime terapêutico**

Os enfermeiros desempenham um papel essencial na promoção da capacitação dos utentes para uma adesão eficaz do regime terapêutico (Martins et al., 2021), sendo estes os profissionais de saúde que interagem mais com os utentes, pelo que têm a responsabilidade de promover e aumentar a adesão ao regime terapêutico, monitorizar os efeitos secundários da medicação, esclarecer dúvidas, aumentar o *insight* e deverá intervir na família de forma a promover o suporte familiar, esclarecendo dúvidas e receios (Ertem & Duman, 2019).

Os enfermeiros fazem a ponte entre os utentes e os médicos e o tratamento prescrito. A promoção da adesão terapêutica engloba todos os aspetos do cuidar e que deve ser analisada de forma holística, sendo o EEESMP o profissional mais preparado para promover a adesão terapêutica junto aos utentes, através do estabelecimento de uma relação terapêutica que irá facilitar a adesão ao regime terapêutico (Martins et al., 2021).

Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave, disponibilizado pela Ordem dos Enfermeiros, refere que a melhor abordagem para promover a adesão terapêutica é a combinação de três tipos de estratégias: educativa, motivacional e comportamental (Martins et al., 2021).

O mesmo guia apresenta como intervenções do EEESMP para a promoção da adesão terapêutica a entrevista motivacional, a relação de ajuda, a comunicação terapêutica, o *follow-up*, a expressão de sentimentos e emoções, as intervenções de psicoeducação e psicoterapêuticas.

Quando o enfermeiro identifica que o utente tem baixa adesão ao regime terapêutico deverá apurar as razões da não adesão para intervir de forma eficaz.

Vários autores indicam que as estratégias promotoras da adesão ao regime medicamentoso são a psicoeducação, nomeadamente sobre a medicação e patologia de forma a aumentar o *insight* da pessoa, aconselhamento e *follow-ups*, intervenção familiar e a entrevista motivacional (Ata et al., 2020; Ertem & Duman, 2019).

Ata et al. (2020) referem que a abordagem a ter com o doente deve ter por base a abordagem cognitivo-comportamental, aplicada de forma individual, colocando o utente no centro dos cuidados e que a equipa de profissionais de saúde deverá ser estável e que providencia apoio e suporte emocional.

Ertem e Duman (2019) referem que o enfermeiro é responsável por realizar intervenções de psicoeducação de forma a esclarecer o tratamento, a medicação e os seus efeitos secundários, de esta forma irá promover a adesão ao regime terapêutico.

Para além das intervenções de psicoeducação e psicoterapêuticas é fundamental que o enfermeiro de saúde mental saiba comunicar com utente e que consiga estabelecer uma forte relação terapêutica e aplicar os seus cuidados centrados no utente, desta forma os enfermeiros conseguem que os utentes compreendam a importância de colaborarem no tratamento, para além de fortalecerem a confiança na equipa e conseqüentemente aumentam a adesão ao regime terapêutico (Ata et al, 2020; Ertem & Duman, 2019; Gudeta et al., 2023).

Desta forma, torna-se importante o recurso às intervenções psicoterapêuticas e de psicoeducação na prática do enfermeiro especialista para conseguir intervir de forma eficaz e benéfica com o utente, de forma a conseguir que este aderira ao seu regime terapêutico, em internamento e ambulatório.

### 1.3.1. Intervenção Psicoterapêutica

Sequeira e Lluch Canut (2014) citados por Martins et al. (2021), definem intervenção psicoterapêutica como a aplicação informada e intencional de métodos clínicos e posturas interpessoais derivadas de princípios psicológicos estabelecidos

com o propósito de ajudar as pessoas a modificarem os seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais.

As intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas tiveram como base o modelo de intervenção psicoterapêutica em Enfermagem, desenvolvido por Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut em 2017.

#### 1.3.1.1. Entrevista motivacional

A entrevista motivacional (EM) foi descrita pela primeira vez em 1983 como uma intervenção breve para o alcoolismo e em 1990 começou a ser utilizada para promover a mudança de comportamento para vários problemas de saúde. A EM atua utilizando como recurso a própria motivação do utente para a mudança e adesão ao tratamento (Rollnick et al., 2010).

É considerada como uma forma de aconselhamento através da conversa construtiva com foco no utente para estimular e promover a mudança de comportamento, utilizando como técnicas a escuta ativa e a empatia para compreender a perspetiva do utente e minimizar a resistência à mudança, sendo, ainda, um dos objetivos descobrir e resolver a ambivalência (Rollnick et al., 2010; Sequeira et al., 2022).

A EM é caracterizada pela sua atitude colaborativa (colaboração entre profissional e utente), evocativa (promover a motivação e recursos para a mudança) e de respeito pela autonomia do utente (é o utente que decide a mudança) e assente em quatro princípios orientadores que o profissional deve ter em consideração: resistir à tentação de forçar a mudança no utente; entender as motivações do utente, escutar com empatia e fortalecer (Rollnick et al., 2010). Os mesmos autores destacam cinco métodos específicos da EM: as questões abertas, escuta reflexiva, apoiar/reforçar; sumariar e evocar discurso de mudança.

A EM é um método muito eficaz para os utentes que apresentam relutância na mudança com pensamentos e sentimentos ambivalentes. É, também, referida por vários autores como uma intervenção psicoterapêutica fundamental e eficaz

para a adesão ao regime terapêutico, tendo esta que ser aplicada o mais precocemente possível.

Segundo o *Guia de Orientação de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem* a EM é uma intervenção psicoterapêutica de enfermagem caracterizada pela promoção da mudança de comportamento através de uma conversa construtiva (Sampaio et al., 2023).

O papel do enfermeiro na entrevista motivacional tem por base cinco princípios: expressar empatia e compaixão; utilizar a escuta ativa; evitar a argumentação e a confrontação; aceitar a resistência; promover, colaborar e apoiar a autonomia para a mudança, desta forma o enfermeiro irá conseguir diminuir a resistência para a mudança (Sampaio et al, 2023; Rollnick et al., 2010).

Desta forma, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, consegue através da EM promover a mudança de comportamentos e consequentemente promover a adesão ao regime terapêutico, uma vez que após as sessões de EM os utentes conseguirão identificar quais os efeitos da medicação e quais os sintomas da patologia e conseguiram reconhecer os benefícios da medicação no controlo sintomático.

#### 1.3.1.2. Mediadores Expressivos

Um mediador expressivo é “toda a ação, atividade, instrumento e técnica proposta a um cliente ou participante, para o levar a se expressar livremente” (Ferraz, 2009, p.19), permitindo que a pessoa expresse o seu “eu interior” e a sua relação com o ambiente (Sousa, 2020).

Os mediadores expressivos facilitam a comunicação de assuntos que poderão ser difíceis de abordar, permitindo que ocorra a catarse pela expressão e exploração do *self*, emoções, pensamentos, comportamentos e relações interpessoais e desta forma a pessoa ganha consciência de si e dos seus pensamentos e emoções (Ferraz, 2009; Sousa, 2020).

Ferraz (2009) refere que existem quatro tipos principais de mediadores expressivos: **lúdico**, **ritualístico**, **artístico** e **sensorial**. Cada tipo de mediador

possui inúmeras possibilidades de atividades que podem ser desenvolvidas. Os vários tipos de mediadores complementam-se pelo que não precisam de ser utilizados de forma isolada, havendo mais ganhos terapêuticos com a sua associação.

Existem vários benefícios ao utilizar os mediadores expressivos como intervenções terapêuticas, tais como melhoria na comunicação intrapessoal e interpessoal, promove a resolução de problemas, facilita e promove os comportamentos de adesão, promove a valorização pessoal e aumento da confiança e autoestima, estimula a autonomia e o autoconhecimento (Ferraz, 2009).

Para a utilização dos mediadores expressivos é importante que exista um espaço expressivo que transmita tranquilidade, segurança, contenção e liberdade expressiva. Ferraz (2009) defende a criação deste tipo de espaço, uma vez que irá permitir que os utentes que participam nestas sessões sintam que têm espaço para se expressarem e irá, ainda, estimular o desenvolvimento da criatividade.

É importante, ressaltar, que as intervenções terapêuticas com recurso aos mediadores expressivos, nomeadamente do tipo artístico, o foco não é a obra ou a finalização da expressão, nem a sua qualidade ou estética, mas a atividade criadora, a vivência, a experiência, as sensações e as emoções desencadeadas durante o processo de criação. Contudo, Ferraz (2009) refere que o terapeuta poderá avaliar e interpretar a obra, uma vez que as intervenções terapêuticas com recurso aos mediadores expressivos iram atuar como um espelho para o mundo interior do utente.

Em suma, os mediadores expressivos facilitam e promovem a comunicação, a relação terapêutica e permitem a intervenção psicológica, atuando, ainda, como um mediador entre o mundo interno e externo da pessoa, facilitando o processo de reflexão e de autoconhecimento.

No projeto realizado foi dado mais enfoque aos mediadores expressivos artísticos (pintura, desenho e colagem) com o objetivo de estabelecer e fortalecer uma relação terapêutica e de forma a promover a expressão de emoções e sentimentos relacionados com os comportamentos de (não) adesão ao regime

terapêutico. Neste sentido foi possível compreender os motivos dos utentes e intervir de forma promotora da adesão ao regime terapêutico.

#### 1.3.1.3. Relaxamento muscular progressivo de Jacobson

O relaxamento é definido como um estado de consciência, através do qual se alcançam sensações positivas e que permite afastar pensamentos negativos, assim como stress (Sequeira et al., 2022).

Sendo os seus benefícios a promoção do relaxamento, do bem-estar e tranquilidade, torna-se uma intervenção psicoterapêutica muito eficaz para a diminuição de estados de ansiedade e permite que a pessoa desenvolva a capacidade de gerir os sintomas físicos provocados pela ansiedade e stress.

O relaxamento muscular progressivo consiste em contrair e descontrair os vários grupos musculares de todo o corpo, dando atenção às sensações provocadas pela contração e pelo relaxamento (Payne et al., 2003, citado por Sampaio et al., 2023).

Existem vários tipos de relaxamento, sendo o relaxamento progressivo de Jacobson um dos mais conhecidos e praticados. Foi uma das primeiras técnicas de relaxamento a ser utilizadas como intervenção psicoterapêutica. Surgiu nos anos 30 e consiste no relaxamento profundo de todos os grandes grupos de músculos corporais (Sequeira et al., 2022). Este relaxamento permite não só gerir a ansiedade e os seus sintomas físicos, como permite que o utente desenvolva meta-consciência e permite, ainda, desenvolver a consciência corporal. Esta prática de relaxamento pode ser utilizada em qualquer psicopatologia.

#### 1.3.1.4. *Role-Playing*

O *Role-playing* é uma técnica que permite vivenciar uma determinada experiência num ambiente controlado (Sequeira et al., 2022). Tem como objetivo o controlo da ansiedade, resolução de problemas e treino de assertividade de forma que a pessoa melhore a comunicação assertiva.

O *role-playing* propõe a encenação de uma situação real ou imaginária de forma que os participantes tenham a oportunidade de treinar a sua resposta a essa mesma situação.

### 1.3.2. Intervenção Psicoeducação

Chavertana (2020) define intervenção psicoeducativa como atividades “temporalmente limitadas, obedecendo a uma estrutura previamente definida, direcionada à concretização dos objetivos propostos e resolução de problemas, centrada no cliente, nas suas vivências e no contexto que o rodeia” (p.40), As intervenções psicoeducativas devem fornecer informação ao utente e família sobre a patologia, tratamento, manifestações clínicas, medicação e principais efeitos, sinais de alerta, estratégias de gestão da doença e estratégias de coping. Ao ser associada ao tratamento farmacológico, consegue orientar os utentes na estabilização de humor, diminuir os internamentos e torna o utente funcional nas suas diversas dimensões (American Psychiatric Association, 2019; Huxley et al, 2000, citado por Chavertana, 2020; Passadas & Manso, 2015).

A psicoeducação não consiste apenas em fornecer informação, mas também em promover a literacia dos utentes, através de uma abordagem didática e psicoterapêutica, de forma a desenvolver estratégias educacionais e terapêuticas, capacitando-as para gerir, lidar e conviver com a sua doença, de modo a serem capazes de alterar comportamentos e atitudes e de cumprir o seu tratamento (Borah, 2019).

Al-yahya(2014) e Von Maffei et al (2015) referem que a psicoeducação é a melhor intervenção para a promoção da adesão terapêutica, aumentando o conhecimento, diminuição das recaídas e aumento da consciencialização sobre a doença, permite ainda, potenciar a autodeterminação, a autonomia e a funcionalidade, promover a capacidade de gerir a própria vida, promover a gestão de emoções, diminuir o estigma sobre a doença mental, estimular a percepção da realidade, promover as capacidades sociais (Campos, 2022; Chavertana, 2020). Lucas (2013) acrescenta que a psicoeducação apresenta bons resultados a longo prazo e quanto mais precoce for implementada melhores resultados apresenta.

Desta forma a psicoeducação vai permitir que o utente adquira conhecimentos sobre a sua patologia, sinais e sintomas, medicação e reconheça sinais de alarme, o que irá contribuir para a promoção do insight e consequentemente para a adesão ao regime terapêutico.

#### **1.4. Contributos do Modelo de Tidal para a promoção da Adesão ao Regime Terapêutico**

O Modelo de Tidal (“Teoria da Maré” em português) foi criado por Phil Barker e Poppy Buchanan-Barker, tendo sido introduzido na prática pela primeira vez em 1998 em duas enfermarias de psiquiatria (Maduro, 2013).

É uma teoria de médio alcance (Silva et al, 2016), desenvolvida para o cuidado em saúde mental, sendo considerado um modelo de cuidado interdisciplinar (Monteiro et al., 2015, citado por Lima et al., 2022). Este modelo tem como base a teoria do relacionamento interpessoal de Peplau, o modelo de empoderamento no cuidado em saúde mental de Mile Musker e Byrne e na teoria do caos (Barker, 2001, citado por Lima et al., 2022).

A avaliação das necessidades, assim como a individualização das intervenções é realizada em conjunto com o paciente, tendo este um papel ativo na elaboração do seu plano de cuidados (Freitas, et al., 2020; Teixeira, et al., 2018).

Este modelo coloca a pessoa, a sua experiência com a doença mental e a sua narrativa no centro dos cuidados, sendo o enfermeiro quem ajuda o utente a encontrar o sentido e a compreensão para a sua doença de forma a facilitar a sua recuperação, pelo que podemos dizer que este modelo é um modelo facilitador. Ao colocar o utente no centro dos cuidados, permitimos que este tenha um papel ativo no seu plano terapêutico, assim como promovemos o seu *empowerment*, e reforçamos a relação terapêutica.

A pessoa não é definida pelo seu diagnóstico, nem mesmo por acreditar que tem uma doença mental. O que define a pessoa é a sua história, o relato narrativo da sua vida. Este modelo assume que a experiência da pessoa pode ser acedida através da narrativa da história da pessoa, sendo essa narrativa desenvolvida em

colaboração com o profissional de saúde (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Desta forma é estabelecida uma aliança terapêutica.

Ao utilizar a Teoria das Marés na promoção da adesão ao regime terapêutico, permitimos que o utente conte a sua narrativa, partilhe os motivos da não adesão e os seus sentimentos em relação ao seu tratamento. Neste sentido, o enfermeiro especialista consegue adaptar as suas intervenções promotoras da adesão ao regime terapêutico, promover uma aliança e relação terapêutica sólida e, ainda, promover o *empowerment* do utente de forma que este tenha um papel ativo no seu plano terapêutico.

## PARTE II – PERCURSO E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O método de investigação-ação é um método criado por Kurt Lewin e tem a finalidade de procurar e promover uma mudança, transformação e a resolução de problemas de forma colaborativa e participativa de forma a melhorar a vida das pessoas envolvidas (Fonseca, 2012; Traqueia, Pacheco & Taveira, 2021).

Este método permite uma intervenção profissional para promover uma mudança psicossocial de forma a contribuir para um melhoramento e aumento da qualidade de vida da pessoa, assim como para melhorar a prática clínica.

Segundo Fonseca (2012), é um “processo reflexivo que vincula dinamicamente a investigação, ação e a formação realizada por profissionais (...) acerca da sua própria prática” (p.18), utilizando técnicas de pesquisa para fundamentar uma ação para melhorar uma prática clínica (Tripp, 2005, citado por Fonseca, 2012). O método de Investigação-ação tem como características ser participativa e colaborativa, situacional (preocupação por um diagnóstico de um problema), cíclica (a investigação envolve um conjunto de ciclos, onde descobertas iniciais geram possibilidades de mudança) e auto-avaliativa (Fonseca, 2012).

Desta forma, foi elaborado um projeto com as mesmas características, cuja metodologia é apresentada de seguida.

### 2.1 Objetivos

Foram definidos como objetivos do projeto que originou este Relatório: **(1)** Identificar comportamentos de não adesão ao regime terapêutico; **(2)** compreender os motivos de não adesão ao regime terapêutico; **(3)** promover a adesão ao regime terapêutico; **(4)** dinamizar grupos de intervenção com recurso a mediadores expressivos; **(5)** desenvolver a capacidade de comunicação e de relação terapêutica; **(6)** promover a autonomia e a participação ativa do utente no seu plano terapêutico.

O estágio e a realização do projeto, tiveram, ainda como objetivos o desenvolvimento de competências de EE, EEESMP e de Mestre em Enfermagem.

## **2.2. Caracterização de contextos**

O estágio decorreu em 18 semanas, divididas por dois contextos, cada um com uma duração de 9 semanas, tendo sido o primeiro num Hospital de Dia e o segundo no internamento de agudos de adultos.

### **2.2.1. Contexto de Ambulatório**

O primeiro estágio ocorreu num Hospital de Dia de um Centro Hospitalar na área de Lisboa. O Hospital de Dia (HD) é um serviço de internamento parcial para utentes que necessitem de acompanhamento diário. Está indicado para utentes em fase de recuperação de episódio agudo de tenha determinado internamento completo, para prevenção de episódios de agudização e para utentes de difícil controlo sintomático ou com dificuldade de adesão ao tratamento.

O internamento em HD possui um plano de tratamento individualizado constituído por intervenções individuais e de grupo com os objetivos de prevenção de recaídas, desenvolvimento de competências sociais e pessoais, promoção da adesão terapêutica, reinserir a pessoa com doença mental, estimulação cognitiva, psicoeducação individual e em grupo, treino de competências, treino das atividades de vida diárias (AVD's), reabilitação psicossocial e preparação para a alta. O plano de atividades semanal encontra-se em Anexo I.

O HD funciona com dois grupos de utentes, cada grupo com, existe apenas um grupo a funcionar com 11 utentes. Cada utente permanece uma média de 3 meses no HD.

A equipa é multidisciplinar, sendo constituída por Psiquiatras, Enfermeiro e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), psicólogos e Terapeuta Ocupacional.

Os utentes que frequentam o HD têm entre 18 a 57 anos. Os utentes que se encontram, atualmente, no HD apresentam como diagnóstico clínico: Esquizofrenia,

Perturbação Esquizoafetiva, Perturbação Bipolar, Perturbação Depressiva Major, Perturbação da Personalidade e Perturbação Obsessivo Compulsivo.

### 2.2.2. Contexto de Internamento

O segundo estágio decorreu num serviço de internamento de psiquiatria de adultos em situação de agudização de doença de um Hospital Geral da área da grande Lisboa.

O serviço tem capacidade para 30 utentes, a partir dos 18 anos de idade, sendo um serviço misto.

As patologias mais frequentes são do foro Psicótico, Perturbação Afetiva Bipolar e Esquizofrenia.

A equipa multidisciplinar é constituída por 17 enfermeiros, 7 assistentes operacionais, três equipas médicas, uma terapeuta ocupacional e uma assistente social. A equipa de enfermagem realiza actividades terapêuticas adequadas às necessidades dos utentes. As atividades realizadas são principalmente psicoeducativas, contudo também realizam intervenções para controlo de impulsos e de comportamentos agressivos, treino de competências sociais, treino de assertividade, controlo e gestão de ansiedade.

## 2.3. Participantes

Os dois contextos de estágio ocorreram com população adulta, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 82 anos.

Como critérios de inclusão para a participação do projeto foram definidos: utentes estabilizados do ponto de vista psicopatológico; utentes com o diagnóstico de enfermagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), *“comportamento de adesão ao regime terapêutico comprometido”*; utentes que não apresentem data de alta clínica para breve; utentes com o diagnóstico CIPE *“pensamento distorcido de conteúdo delirante: ausente”* e *“utente com comportamento de agitação psicomotora ausente”*;

Como critérios de exclusão foram definidos os seguintes critérios: apresentar um quadro de incapacidade cognitiva, doença degenerativa ou outra condição que interfira ou impossibilite a participação nas atividades de grupo; utentes que se encontrem em crise.

As patologias mais comuns dos participantes são do quadro de esquizofrenia, perturbação afetiva bipolar e perturbação depressiva.

## **2.4. Instrumentos de Intervenção**

As principais causas dos múltiplos re-internamentos são a não adesão ao regime terapêutico (medicamentoso, psicoterapêutico e seguimento em consulta) e a não aceitação ao estado de saúde. Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave, disponibilizado pela Ordem dos Enfermeiros, refere que a melhor abordagem para promover a adesão terapêutica é a combinação de três tipos de estratégias: educativa, motivacional e comportamental (Martins et al., 2021). Neste sentido, com o objetivo de promover a adesão ao tratamento na pessoa com doença mental, realizei um projeto de intervenção com base em intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas.

As intervenções realizadas em Hospital de Dia não foram as mesmas que as realizadas em internamento, à excepção de duas (uma sessão com recurso a um mediador expressivo e uma sessão de psicoeducação). O facto de serem contextos diferentes de estágio com utentes em fases distintas da sua recuperação, ditou que as intervenções tivessem de ser adaptadas a cada contexto, pelo que consequentemente realizei intervenções diferentes em cada contexto.

Neste subcapítulo será apresentado as atividades desenvolvidas assim como os instrumentos utilizados, no próximo subcapítulo será apresentado uma análise descritiva e apresentado os principais resultados das atividades realizadas.

## 2.4.1. Intervenção Psicoterapêutica

### 2.4.1.1. Entrevista Motivacional

A entrevista motivacional foi realizada apenas em internamento, tendo sido realizadas 18 entrevistas (Apêndice II). O objetivo das entrevistas motivacionais foi perceber os motivos da não adesão ao regime terapêutico e trabalhar a aceitação do estado de saúde e a necessidade em cumprir com o regime terapêutico, de forma a mudar comportamentos, esclarecendo os benefícios da adesão ao regime terapêutico e conseqüentemente, promovendo a sua adesão.

### 2.4.1.2. Sessões com mediadores expressivos

No hospital de dia foram realizadas quatro atividades com recurso a mediadores expressivos, nomeadamente a mediadores artísticos (escrita e colagem). O planeamento das sessões pode ser encontrado em Apêndice III.

Realizou-se duas sessões com colagem, a primeira sessão foi realizada com o objetivo de desmistificar a doença mental e a segunda foi após uma sessão expositiva/interrogativa sobre a adesão ao regime terapêutico, com o objetivo de avaliar a aquisição de conhecimentos.

A primeira sessão com recurso à escrita teve como objetivo explorar os projetos de vida futuros e o processo de recovery, refletindo sobre quem são os utentes no presente e quem gostariam de ser no futuro e que mudanças podem fazer para atingirem esses objetivos. A segunda sessão com recurso à escrita teve por base a reflexão sobre a adesão ao regime terapêutico e qual a importância do mesmo.

No internamento foram realizadas 4 atividades com recurso a mediadores expressivos, nomeadamente o desenho, a escrita e a música. O planeamento das sessões pode ser encontrado em Apêndice IV.

Realizou-se três sessões com recurso exclusivo ao desenho, a primeira sessão foi explorada as sensações, sentimentos e emoções antes e depois a cumprir o regime medicamentoso. Na segunda sessão com recurso ao desenho, foram explorados os sentimentos em relação ao futuro. Na terceira sessão, foi utilizada a

música e o desenho, sendo o objetivo perceber os sentimentos que a música provoca.

A sessão com recurso à escrita, foi uma das actividades realizadas no Hospital de Dia, onde os utentes foram desafiados a refletir sobre quem são e quem gostaria de ser no futuro e que mudanças poderiam fazer e que obstáculos encontram para essa mudança.

#### 2.4.1.3. Sessão de relaxamento

Durante o estágio em contexto de internamento surgiu a oportunidade de realizar uma sessão de relaxamento para dar resposta às necessidades apresentadas por duas utentes.

Desta forma, foi realizada uma sessão de relaxamento utilizando a técnica de relaxamento progressivo de *Jacobson*, com uma duração aproximada de 45 minutos. A sessão de relaxamento decorreu segundo o plano elaborado (Apêndice V) cumprindo com os objetivos propostos. Previamente à sessão, preparei a sala com colchões, música relaxante e com uma temperatura agradável.

#### 2.4.1.4. *Role Playing*

A sessão de *role-playing* foi realizada no internamento. Nesta sessão foram trabalhadas as competências sociais e a promoção da adesão ao regime terapêutico através da dramatização, onde os utentes interpretaram vários cenários. A sessão de *role-playing* decorreu segundo o plano elaborado (Apêndice VI) cumprindo com os objetivos propostos.

#### 2.4.2. Intervenção Psicoeducação

Em ambos os locais de estágio foi realizado, uma sessão expositiva e interrogativa com recurso ao PowerPoint, com o objetivo de aumentar os conhecimentos e estratégias adaptativas para lidar com a doença, tratamento e gestão de sintomatologia. Esta sessão, promoveu, ainda, o aumento da literacia e o aumento de conhecimento sobre a terapêutica, tendo sido esclarecidas dúvidas

relacionadas com a medicação e efeitos secundários. O planeamento das sessões pode ser encontrado no Apêndice VII e a apresentação realizada em Apêndice VIII.

#### 2.4.3. Escala Medida de Adesão ao Tratamento

Para a seleção dos participantes foi solicitado aos utentes o preenchimento de uma escala de avaliação de adesão ao tratamento, a escala de *Medida de Adesão ao Tratamento* (Anexo II), versão validada para a população portuguesa.

A MAT foi adaptada e validada por Artur Barata Delgado e Maria Lima em 2001. É composto por sete questões, cujas respostas são obtidas por uma escala de Likert de seis pontos. O grau de adesão é obtido através da soma dos valores de cada resposta, dividindo-se pelo total de itens, se o valor for entre 1 a 4, significa que o utente apresenta uma baixa adesão ao tratamento (Delgado & Lima, 2001; Borba et al, 2018).

#### 2.4.4. Jornais de aprendizagem e reflexões

Este percurso foi marcado pela reflexão e análise crítica em relação à prática clínica e sobre as situações vivenciadas nos estágios, permitindo realizar um caminho de autoconhecimento, tomada de consciência e de desenvolvimento profissional. Foram realizados dois jornais de aprendizagem tendo por base o Ciclo de Gibbs em cada contexto de estágio. Foi ainda realizado reflexões sobre a prática clínica que contribuiram para o desenvolvimento de competências.

#### 2.4.5. Estudo de Caso

Os estudos de caso têm como objetivo realizar um estudo aprofundado sobre os problemas e necessidades da pessoa, família e comunidade (Galdeano et al., 2033, citado por Simões, 2017). É um método de pesquisa estruturada, que pode ser aplicado em vários contextos (Andrade, Ruoff, Piccoli, Schmit, Ferreira & Xavier, 2017).

Neste sentido, realizou-se um estudo de caso no HD, que teve por base a entrevista ao utente e a análise dos dados clínicos informáticos disponibilizados no

processo do utente. Foi realizada uma análise dos dados que foram colhidos, foi feita uma caracterização do fenómeno em relação à saúde mental e elaborado diagnósticos de enfermagem para posteriormente realizar um plano de cuidados adaptado.

## **2.5. Atividades desenvolvidas em Contexto Clínico**

Ao desenhar o projeto para realizar em estágio, planeou-se um conjunto de atividades, contudo as mesmas tiveram de ser adaptadas aos locais de estágio. Para além das atividades planeadas, foram outras atividades para dar resposta às necessidades dos utentes.

Neste capítulo será apresentada uma descrição e análise das intervenções e atividades desenvolvidas.

### **2.5.1. Intervenções psicoterapêuticas**

#### **2.5.1.1. Entrevista motivacional**

As entrevistas motivacionais foram realizadas apenas no contexto de internamento. No total foram realizadas 18 entrevistas a 6 utentes.

Para a realização das entrevistas motivacionais foram selecionados, inicialmente quatro utentes com base nos critérios de inclusão e exclusão definidos anteriormente, através da aplicação da escala "*medida de adesão ao tratamento*" (MAT), das avaliações relatadas nos processos clínicos e de recolha e partilha de informação com a equipa de enfermagem. Contudo um dos utentes teve alta, pelo que não foi possível ter dado continuidade, tendo substituído por outra utente, que após ter realizado a primeira entrevista, infelizmente teve uma descompensação no seu processo de tratamento, pelo que foi selecionado outro utente.

Foi realizado com cada um dos utentes, uma primeira sessão com o objetivo de apresentar o meu projeto e de obter o consentimento informado verbal para a participação do mesmo e pedir a colaboração na participação das intervenções. Esta primeira sessão, teve ainda como objetivo, identificar em que fase do estadio de

mudança se encontravam e qual a adesão ao regime terapêutico através da aplicação da escala MAT.

Foi apresentado o projeto e explicado os seus objetivos, de seguida foi questionado, ao utente, se este se sentiria à vontade para participar no projeto, tendo sido, ainda, apresentado os benefícios para o seu plano terapêutico e de que forma poderia, através da participação no projeto, contribuir para o processo de recuperação. Foi explicado que a participação no projeto seria anónima e voluntária e que seria respeitada a tomada de decisão, assim como seria salvaguardado a sua privacidade, respeitando os seus direitos, crenças e valores. Foi reforçado que poderia desistir em qualquer momento e que a participação no projeto e as partilhas realizadas não iriam influenciar a alta. Foram esclarecidas dúvidas acerca do projeto e da participação do mesmo. Após este esclarecimento foi obtido consentimento informado verbal dos quatros utentes.

De forma a avaliar o estadio de mudança, foi questionado qual o motivo que identificam para o internamento, se cumpriam regime terapêutico no domicílio, se tinham acompanhamento clínico e se conseguiam identificar algum benefício no cumprimento medicamentoso. Através das respostas a estas questões, foi possível identificar os estádios de mudança de cada utente, apresentados de seguida:

**Tabela 2**

*Estádios de Mudança dos utentes na primeira entrevista*

<b>Utente</b>	<b>Estadio</b>
J.	Fase de Preparação
S.	Fase de Preparação
P.	Fase Contemplativa
L.	Fase de pré-contemplação
C.	Fase Contemplativa
A.	Fase Contemplativa

No final da sessão, foi solicitado a cada utente o preenchimento da escala MAT, explicando em que consistia a escala e qual seria o objetivo do seu preenchimento. Os resultados obtidos foram:

**Tabela 2**

*Score pela Escala MAT*

<b>Utente</b>	<b>Score</b>
J.	3,71
S.	3,14
P.	4
L.	3,28
C.	3,85
A.	3,57

No final das entrevistas, constatou-se que alguns utentes encontravam-se em estádios de mudança diferentes ao que se encontravam no início das entrevistas.

**Tabela 3**

*Estádios de Mudança dos utentes na última entrevista*

<b>Utente</b>	<b>Estadio</b>
J.	Fase de Preparação
S.	Fase de Ação
C.	Fase de Ação
A.	Fase de Preparação

### 2.5.1.2. Sessão mediada por técnicas expressivas

No HD foram realizadas quatro sessões com recurso a mediadores expressivos. A **primeira sessão** foi com recurso à colagem e teve como objetivo desmistificar a saúde e a doença mental. Participaram 6 utentes, onde cada um, à vez, teria de retirar um papel que continha uma frase e ler para os colegas e em grupo tinham de avaliar se a frase era verdade ou se era mito. Todos os utentes tiveram a oportunidade de tirar uma frase e colar posteriormente num quadro. Esta atividade foi muito bem recebida pelos utentes que participaram com agrado e mostraram-se muito interessados. Realizaram várias discussões em grupo onde refletiram sobre a doença mental e o preconceito que ainda existe associado. As frases que se encontravam para serem refletidas eram: “Se tenho uma doença mental quer dizer que sou louco”; “As pessoas com doença mental são perigosas”; “Uma pessoa com doença mental pode ter uma vida *normal*”; “O estigma e o preconceito podem ser mais difíceis que a doença”; “Tristeza e depressão são a mesma coisa”; “a saúde mental é tão importante como a saúde física”; “Tenho uma doença mental por minha culpa, porque sou fraco”; “A psicoterapia e a medicação são fundamentais para o tratamento”.

Durante a atividade houve espaço para partilha de sentimentos, emoções e pensamentos em relação à saúde e doença mental. Foi discutido o impacto de viver com uma doença mental e como cada um se sente tendo uma doença mental.

Foi realizada psicoeducação em relação ao estigma e preconceito existente sobre a saúde mental, estratégias para aceitação do estado de saúde e promoção à adesão ao tratamento.

Os utentes no final da atividade mostraram agrado com a atividade, tendo os objetivos da atividade sido cumpridos.

Ao realizar esta atividade, senti-me muito bem. Acho importante desmistificar alguns conceitos e suposições existentes em relação à saúde e doença mental, de forma a combater o auto-estigma, o preconceito e promover a aceitação do estado de saúde, assim como a adesão ao tratamento. Foi sentido muito interesse da parte dos utentes em abordar os vários temas. Houve uma grande necessidade, da parte dos utentes, em verem estes temas trabalhados com a família e amigos próximos,

de forma a conseguirem compreender e apoiar melhor os utentes, pelo que seria interessante adaptar esta sessão às famílias para educar e instruir sobre a doença mental, de forma a conseguirem apoiar e compreender melhor os seus entes queridos.

Na **segunda sessão** foram utilizados o desenho e a escrita como mediadores de expressão. A atividade consistiu em, numa folha dividida em três, desenharem e/ou escreverem a pessoa que são no presente no canto esquerdo e no canto direito a pessoa que gostaria de ser no futuro. No centro da folha deveriam escrever e planejar como poderiam fazer para atingirem a pessoa que gostaria de ser, que mudanças teriam de realizar. Na parte de trás da folha teriam de escrever ou desenhar o que impedia essa mudança de acontecer. Esta sessão realizou-se com um grupo de 8 utentes na sala de atividades. Foi interessante observar a dificuldade que os utentes apresentaram na descrição deles no presente, sendo mais fácil escreverem sobre quem gostariam de ser no futuro. De um modo geral, observou-se que os utentes apresentaram dificuldade em refletir sobre eles próprios e nas mudanças que teriam de ocorrer nas suas vidas para atingir os seus objetivos.

Na **terceira atividade** foi utilizada a colagem como mediador de expressão e teve como objetivo validar conhecimentos sobre a sessão expositiva/interrogativa sobre a adesão ao tratamento. A atividade consistiu em preencher uma tabela com os grupos psicofarmacológicos, as principais indicações e os principais efeitos secundários. Nesta atividade participaram 7 utentes que neste dia encontravam-se pouco participativos pelo que foi necessário incentivar a sua participação.

Os utentes realizaram a atividade em grupo. Foram questionando-se uns aos outros o lugar de cada palavra e comentando o que estavam a fazer.

Constatou-se ao longo da atividade que haveria alguns erros na tabela, e de forma a perceberem em grupo onde estariam os erros, cada um leu em voz alta para o restante grupo o slide de cada grupo terapêutico para que em grupo verificassem onde estaria o erro. Depois de descobrirem o erro (amissulprida e a obstipação estavam no grupo do estabilizador de humor), foi reforçado novamente, as estratégias para gerir os efeitos secundários, principalmente a gestão do aumento de apetite.

Após completarem a tabela, foi distribuído a cada um pequeno questionário (Apêndice X) para validar conhecimentos e um questionário de Avaliação (Apêndice XI). Constatou-se que ainda existiam algumas dúvidas, que pensou-se que teriam ficado esclarecidas na primeira parte da atividade, pelo que foi de novo esclarecido e reforçado alguns pontos mais importantes. No final da atividade os utentes deram um bom feedback, tendo partilhado que gostaram da sessão e que consideram que foi um tema muito importante para ser abordado.

Na **quarta atividade** foi utilizada a escrita como mediador, com o objetivo de refletir sobre os benefícios da adesão ao regime terapêutico. A atividade consistia em decorar uma árvore de natal com bolas, onde cada bola deveria escrever um método de tratamento (exemplo, tomar a medicação, ir às consultas, autocuidado,...) e dentro da árvore deveriam escrever os benefícios de cumprir o regime terapêutico. A atividade teve a participação de 9 utentes, tendo uma utente recusado participar, por não comemorar o Natal e consequentemente também não participava em actividades sobre esta data comemorativa. Foi explicado que poderia fazer a atividade utilizando outro desenho ou apenas escrevendo numa folha em branco, mas a utente recusou, preferindo ficar apenas a assistir.

A atividade decorreu com a participação ativa de todos os utentes, que demonstraram muito interesse na atividade.

Os utentes demonstraram alguma dificuldade em preencher as bolas de natal com estratégias que identificam que ajudam o seu tratamento. Os vários benefícios do tratamento, referiram ter sido mais fácil de preencher.

No final da atividade, os utentes conseguiram identificar vários fatores que contribuem para o sucesso do seu tratamento, assim como conseguiram identificar os vários benefícios de manter o tratamento.

Em contexto de internamento, foram realizadas também quatro atividades com recurso a mediadores expressivos.

A **primeira atividade**, foi uma atividade que também foi desenvolvida em HD. Tal como no HD, os utentes após dividirem a folha em três era solicitado que no canto esquerdo desenhassem ou escrevessem sobre a pessoa que são no

presente e no canto direito a pessoa que gostariam de ser no futuro. No centro da folha deveriam escrever e planear como poderiam fazer para atingirem a pessoa que gostaria de ser, que mudanças teriam de realizar. Na parte de trás da folha teriam de escrever ou desenhar o que impedia essa mudança de acontecer. Esta sessão realizou-se com um grupo de 5 utentes no refeitório dos utentes do internamento. O desenvolvimento desta atividade não foi fácil uma vez que dois dos utentes mantiveram-se desadequados pelo que influenciou a dinâmica do grupo, assim como a concentração do restante grupo.

No final da atividade foi explicado que apenas podem mudar os seus próprios comportamentos e não o das outras pessoas, a importância de serem responsáveis pelos seus comportamentos e ações, não devendo atribuir apenas responsabilidade a terceiros. Explicado ainda, que a mudança de comportamentos só depende deles, da sua vontade e empenho.

Reforçado que o primeiro passo para a mudança é cumprir o regime medicamentoso de forma a estabilizarem, a aumentarem a qualidade de vida e funcionalidade.

Sentiu-se que os utentes apresentaram uma grande dificuldade em projetar-se no futuro e pensarem neles e nos seus comportamentos, tendo sido mais fácil identificarem o que gostariam de ter em relação a bens materiais.

Quase todos os utentes responsabilizam terceiros pelos comportamentos que apresentam e para não mudarem de atitude e comportamentos, não assumindo o seu papel na mudança de comportamento.

Na **segunda sessão** foi utilizado o desenho como mediador expressivo, tendo sido abordado os sentimentos dos utentes. A atividade consistiu numa folha dividida ao meio, de um lado desenharem como se sentiam antes de cumprir com o regime terapêutico e do outro lado como se sentem agora ao cumprirem com o regime terapêutico. A atividade decorreu com 5 utentes. Vários utentes foram questionados se queriam participar na atividade, mas recusaram. Nesta atividade, a par das outras, também houve baixa adesão, tendo os utentes preferido a ficar a ler ou deitados na cama.

Os utentes que participaram mostraram interesse na atividade, tendo participado de forma empenhada e realizando várias partilhas.

Foi interessante que todos os utentes à exceção de dois, descreveram que antes de cumprirem com o regime medicamentoso se sentiam outras pessoas, mais negativos, reconheceram que tinham comportamentos errados e tóxicos e que agora ao cumprirem com o regime medicamentoso se sentem melhores, com o pensamento mais claro e organizado. Duas utentes, verbalizaram que antes de tomarem a medicação se sentiam mais livres e com mais capacidades cognitivas e que ao seguirem o regime medicamentoso se sentem retraídas, presas, com maior dificuldade em socializar e desconfortáveis.

Finalizou-se a sessão realizando ensinamentos sobre a medicação, principalmente sobre os efeitos secundários, reforçando a importância de falarem com um profissional de saúde de referência sobre o que sentem ao tomar a medicação e se sentem algum efeito secundário.

A **terceira sessão** teve como objetivo explorar a saúde mental positiva através do desenho. A atividade contou com a participação de três utentes, que foram desafiados a desenhar o que sentiam em relação ao futuro. Foi muito interessante ver que conseguiram identificar não só o que gostariam que acontecesse no futuro, mas também conseguiram identificar a importância de manter o seguimento psiquiátrico após a alta, assim como a importância de cumprir com o regime medicamentoso. Foi desafiante e interessante observar o método de desenho de cada um, a forma como pegavam no lápis e a força que faziam, a escolha das cores e as imagens desenhadas. No final da atividade foi reforçada a importância de cumprirem com o regime medicamentoso e lembrando os seus benefícios. Foi ainda, exploradas formas de prevenção de recaídas, uma vez que um utente mostrou interesse em adquirir esse conhecimento.

Para a **quarta sessão** foi utilizada a música e o desenho como mediadores expressivos. Nesta atividade participaram quatro utentes e aconteceu no refeitório do serviço. A atividade consistia em ouvir uma música e desenhar as emoções que essa mesma música transmitia. No total foram colocadas oito músicas.

Iniciei a atividade com uma pequena introdução sobre o que são as emoções e o efeito das mesmas no corpo. Discutimos o impacto da música em cada um e como esta poderá ser uma estratégia para gerir ansiedade, stress, frustrações ou na regulação emocional.

Os utentes partilharam os efeitos que a música tem neles, havendo quem referisse que não vivia sem música, uma vez que a música provocava tranquilidade. Foi curioso que a maior parte das músicas trouxe lembranças e memórias felizes.

Finalizamos a atividade fazendo um pequeno resumo do que foi dito no início da atividade, destacando, como a mesma música causou sentimentos e emoções diferentes uns nos outros. Foi muito interessante realizar esta atividade, uma vez que a música pode trazer emoções muito diferentes a várias pessoas. Foi interessante ver a forma como reagiram à música que não faz parte do gosto musical destes utentes. As músicas utilizadas foram: Matias Damásio, "Como Antes"; António Variações, "Canção de engate"; Madredeus, "Oxalá"; Ana Moura, "Andorinhas"; Bárbara Bandeira e Ivandro, "Como tu"; Carlos Paião, "Playback"; Calema, "A nossa dança"; Os Quatro e meia, "Olá Solidão".

#### 2.5.1.3. Sessão de Relaxamento

Foi realizada uma sessão de relaxamento com duração de aproximadamente 45 min. A sessão ocorreu no ginásio do serviço, tendo este sido preparado antes da sessão. Foi ajustada a temperatura e a luminosidade da sala, foi colocado colchões no chão e preparado uma coluna ligada a um computador com música.

A sessão decorreu apenas com duas utentes, que apresentaram maior dificuldade em gerir a ansiedade e stress.

O facto de a sessão ter sido realizada apenas com duas utentes, permitiu um ambiente mais intimista e permitiu dar mais atenção à resposta corporal das utentes e perceber se estavam relaxadas. A música ambiente relaxante facilitou o processo de relaxamento.

Foi observado alguma resistência em relaxar no início da sessão, contudo a mesma foi desaparecendo à medida que a sessão progredia. No final da sessão, as

utentes conseguiram relaxar e mostraram agrado com a sessão, tendo partilhado que se sentiam calmas e tranquilas e pediram para repetir a sessão mais vezes.

No final da sessão exploramos a importância de serem utilizadas estratégias não farmacológicas para o controlo da ansiedade e gestão de stress e expliquei de que forma poderão utilizar técnicas de relaxamento sozinhas para controlo de pensamentos intrusivos e ansiedade. Foi explicado, ainda, que a utilização destas estratégias é também uma forma de tratamento, onde têm total autonomia para a sua realização.

#### 2.5.1.4. Sessão de role-playing

A sessão de role-playing foi realizada no internamento com três utentes. A sessão aconteceu no ginásio do internamento, após preparação da sala. Iniciei a sessão com a realização de um exercício de quebra-gelo com recurso a cartas de conversação, onde cada utente e eu tiramos, à vez, uma carta que continha uma pergunta que teriam de responder. Após esta pequena atividade, fizemos alguns alongamentos para aquecer de forma a dar início ao desenvolvimento da sessão. Foram realizados cinco cenários, sendo que o último foi realizado em três versões de forma a que todos os utentes interpretassem a mesma situação.

No primeiro cenário, recriamos uma situação social passada numa mercearia. Os utentes apresentaram alguma timidez no início, rindo muito durante a representação.

No segundo cenário recriamos uma situação ocorrida numa escola, onde a S. representou a criança que caiu na escola e C. a mãe que teria de ir buscar a filha à escola para irem ao hospital. A dinâmica entre as duas utentes foi fluída e não mostraram constrangimentos ou dificuldades.

No terceiro cenário demos continuação ao anterior. Neste cenário recriamos uma situação social onde a mãe chega às urgências do hospital com a sua filha, onde o utente J. representou o médico. Neste cenário, o utente J. mostrou-se mais contido no comportamento, indo buscar materiais que estariam presentes no ginásio para auxílio da sua representação, mas de forma adequada.

No quarto cenário representamos uma situação frequente no serviço de internamento de psiquiatria. Recriamos uma situação de administração de medicação à hora da refeição. A utente C, representou o utente internado e os utentes S. e J. os enfermeiros. A C. representou uma situação de recusa de medicação, onde eu estaria ao lado, fazendo também de utente, a incentivar a recusa da toma de terapêutica. A utente S., explicou a C., que esta teria de fazer a medicação e enumerou as vantagens e benefícios. Com a recusa de C. em tomar a terapêutica, a resposta de S. foi ameaçar com contenção e injeção incentivada pelo J. No final deste cenário, refletimos sobre de que forma podemos explicar a importância de tomar a medicação e quais os seus benefícios e como o recurso a ameaça poderá ser prejudicial.

O último cenário teve três versões. Recriou-se uma consulta de psiquiatria, onde os três utentes representaram à vez os psiquiatras e o utente. Primeiramente foi a vez da utente S., no papel de utente, enquanto os outros utentes representaram os médicos psiquiátricos. A S., utilizou as suas próprias vivências e questionou, de forma assertiva, o porquê da demora da sua resolução social e que os médicos teriam de arranjar outras opções de solução para o seu caso. A utente C., tentou dar resposta ao problema levantado de forma contentora, calma e adequada. O utente J. utilizou as suas próprias vivências recentes para dar resposta ao problema de S., utilizando a mesma solução que os médicos lhe apresentaram.

Repetimos este cenário, agora com o J. no papel de utente, e C. e S. como médicas psiquiátricas. O utente também questionou a demora da sua resolução social, não elaborando muito. As utentes C. e S. mostraram empatia pela situação e transmitiram calma e paciência ao utente, valorizando os seus sentimentos. O utente J. abordou que teria medo de dormir com “aquela máquina, tenho medo de morrer” (sic). Expliquei que a máscara CPAP irá permitir um sono mais tranquilo e que irá respirar melhor durante o sono, diminuindo a probabilidade de morte.

Realizamos uma última versão deste cenário, desta vez com a utente C. como utente que demonstrou preocupação em lidar com a sua ansiedade e pensamentos negativos. A utente S., valorizou a preocupação e sentimentos de C., apresentando, também, algumas estratégias para gerir a sua ansiedade. A utente C., verbalizou,

ainda, vontade de ir morar para Cabo Verde. Os utentes J. e S., questionaram se foi uma decisão ponderada e se teria a certeza, questionando como daria seguimento ao seu tratamento. C., respondeu que tinha pensado bem sobre o assunto e que gostaria de dar continuação ao seu tratamento em Cabo Verde.

Terminamos a atividade partilhando sentimentos e emoções que sentiram durante a realização dos vários cenários. Questionei se sentiram dificuldade em estar no papel do outro. O J. respondeu que não sentiu nenhuma dificuldade, C., referiu que apenas sentiu dificuldade em responder às questões das cartas e S., que tinha sentido muita dificuldade no papel de mãe. Falamos que nem sempre é fácil colocar-nos no papel do outro, até porque não sabemos o que o outro está a sentir e a pensar, apenas vemos o seu comportamento. Foi reforçada a importância de conseguirmos nos expressar para que o outro consiga nos compreender e a importância de comunicarem aos profissionais de saúde que os acompanha o que sentem e pensam de forma a conseguirmos dar a ajuda necessária. Abordamos, ainda, a importância do cumprimento do tratamento.

O exercício de quebra-gelo com as cartas de conversação é uma atividade interessante de se realizar, uma vez que promove a reflexão e a expressão de sentimentos e emoções. Os vários cenários realizados correram bem. Foi muito interessante observar que os utentes utilizam as suas próprias vivências e os acontecimentos recentes como forma de expressar os sentimentos e emoções.

### 2.5.2. Intervenções de psicoeducação

A sessão de psicoeducação com o tema adesão ao regime terapêutico, foi realizada em ambos os contextos. Foram abordados os vários grupos psicofarmacológicos, onde foi explicada as indicações de cada grupo, os efeitos secundários mais frequentes e estratégias para gerir os efeitos secundários, foi desmistificado alguns mitos relacionados com os efeitos secundários e foram apresentados os benefícios da adesão ao regime medicamentoso e as consequências da não adesão.

No HD participaram 9 utentes. Durante a apresentação por método expositivo e interrogativo, os utentes mostraram-se muito atentos e interessados, colocando várias questões sobre a medicação, principalmente sobre os efeitos secundários. Foi reforçado que todos os medicamentos têm efeitos secundários e que estes são temporários. Explicou-se a diferença entre efeitos secundários e a intolerância a determinado medicamento. Os utentes partilharam alguns efeitos que já sentiram, tal como o aumento de apetite, a sonolência, tremor, boca seca e obstipação. Foi reforçado a importância de partilharem os efeitos secundários que sentem com o seu técnico de referência e de não deixar de tomar a medicação devido a esses efeitos.

Mostraram-se interessados em adquirir novos conhecimentos e mantiveram-se muito participativos sempre que eram questionados. No final da sessão os utentes deram um feedback muito positivo

No contexto de internamento estiveram presentes 4 utentes. A sessão aconteceu no refeitório dos utentes. A sessão foi interrompida duas vezes, tendo dois utentes terem abandonado a sessão, não assistindo até ao fim. Contudo durante a sessão os utentes mostraram-se muito interessados, tendo realizado várias questões, principalmente sobre os efeitos secundários. Um dos utentes tirou algumas notas ao longo da sessão. Durante a sessão partilharam as suas experiências com a medicação, onde foi reforçado a importância de cumprir o regime terapêutico. Finalizou-se a apresentação reforçando algumas ideias importantes, tais como a importância de manter hábitos de vida saudáveis (como a alimentação e a prática regular de exercício físico), a importância de não deixar de tomar a medicação e de comunicar ao técnico de referência qualquer efeito que sintam com a toma da medicação.

A atividade cumpriu os objetivos, contudo existiu baixa adesão à atividade por parte dos utentes e infelizmente, dois utentes que mostraram muito interesse na sessão tiveram de sair mais cedo.

## **PARTE III - AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

O processo formativo, que decorreu em contexto de estágio, permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e as competências de mestre.

Neste sentido, o presente capítulo vem apresentar a reflexão do meu percurso e atividades realizadas para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e as competências de mestre. Ao longo dos dois estágios tive a oportunidade de ser confrontada com situações novas, em diferentes contextos, que foram desafiantes a nível profissional e pessoal, mas que através de um processo de reflexão e de autoconhecimento permitiram o meu crescimento e desenvolvimento profissional.

A Ordem dos Enfermeiros (2016) considera a formação e o desenvolvimento profissional “um pilar fundamental e determinante para a melhoria contínua da qualidade do desempenho profissional” (p.1), desta forma para realizar o meu processo de formação e de desenvolvimento profissional, a integração da prestação de cuidados e as intervenções desenvolvidas em ambos os locais de estágio, foram realizadas com base numa permanente pesquisa bibliográfica, produção de reflexões sobre a prática clínica, desenvolvimento da dimensão relacional e comunicacional, assim como o desenvolvimento da relação terapêutica.

### **3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista**

O enfermeiro especialista deve ter conhecimentos técnicos, deve ser capaz de tomar decisões, comunicar de forma eficaz, ser flexível, responsável e criativo, ter espírito crítico, ter iniciativa e possuir uma conduta ética e deontológica (Benner, citado por Pinto, 2015). Benner (2001, citado por Pinto, 2015) refere que o enfermeiro perito “tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva

cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis articulando a sua formação teórica com a sua experiência prática” (p.21).

O Regulamento nº140/2019 (2019) descreve o enfermeiro especialista como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p. 4744). No sentido de adquirir estas competências, desenvolvi ao longo do estágio algumas atividades.

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, segundo o Regulamento nº140/2019 (2019), encontram-se divididas em quatro domínios: domínio A: “Responsabilidade profissional, ética e legal”; domínio B: “Melhoria contínua da qualidade”; domínio C: “Gestão dos cuidados”; domínio D: “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”.

O “Domínio A: Responsabilidade profissional, ética e legal” engloba duas competências, “A1- Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “A2- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº140/2019, 2019). Desenvolvi esta competência através de uma prática de cuidados de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontológicos. Durante o estágio procurei sempre manter o respeito por todos os princípios éticos e evitei juízos de valor, respeitando a pessoa e a família na sua totalidade.

Estabeleci relações terapêuticas com os utentes através da relação de ajuda, confiança e respeito pelos seus valores e direitos, as suas crenças culturais e espirituais, promovendo desta forma o cuidado centrado na pessoa, respeitando o seu direito de tomada de decisão, incluindo o direito de recusar cuidados e assistência.

A tomada de decisão ocorreu através de conhecimento próprio e avaliação contínua, assim como através de reflexões. A confidencialidade e a privacidade dos

utentes foram respeitadas e garantidas nas passagens de turno, na realização de registos, na elaboração de jornais de aprendizagem e no estudo de caso. No estágio ocorrido em contexto de internamento, aconteceu uma situação muito delicada que colocou algumas questões éticas relevantes, pelo que foi necessário a realização de uma reflexão mais profunda de forma que a tomada de decisão não fosse influenciada pelas experiências de vida, processos de transferência e contratransferência, valores e crenças pessoais.

Em relação ao domínio B: “Melhoria contínua da qualidade”. Para a aquisição e desenvolvimento deste domínio contribuiu a minha participação em reuniões multidisciplinares, onde eram discutidos os planos terapêuticos e a evolução clínica dos utentes; participei e realizei entrevistas de admissão nos dois contextos de estágio e participei em reuniões com familiares para obter a colaboração dos mesmos no plano terapêutico e para realizar psicoeducação.

Na minha prestação de cuidados procurei sempre promover um ambiente terapêutico e seguro, respeitando a pessoa, a sua privacidade, dando espaço necessário, estando presente e utilizando a relação de ajuda e a escuta ativa, colocando a pessoa no centro dos cuidados. Tive, ainda, a oportunidade de participar em sessões do Grupo de Ajuda-Mútua e Grupo de Apoio a Famílias que contribuíram para o desenvolvimento deste domínio.

O domínio C: “Gestão dos cuidados” foi desenvolvido através da análise contínua de prioridades, segundo as necessidades dos utentes. As minhas intervenções foram validadas e discutidas com a equipa e inseridas na dinâmica dos serviços e articuladas com a equipa. Após a realização das minhas intervenções partilhei os resultados das mesmas com a equipa. Os temas partilhados foram previamente discutidos com os enfermeiros orientadores e foram de acordo com as necessidades identificadas dos utentes, pelo que acabei por realizar intervenções que não estavam previamente planeadas, mas que identifiquei como necessidades a serem trabalhadas com os utentes.

Para o desenvolvimento do domínio D: “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”, tive a oportunidade de realizar um caminho de autoconhecimento através da análise reflexiva de várias situações ocorridas nos estágios através da realização de jornais de aprendizagem que promoveram, ainda, a reflexão da minha prática e da prestação dos cuidados. As reuniões com o enfermeiro orientador e com o professor orientador ajudaram-me a refletir sobre a minha prática e de que forma posso melhorar a qualidade dos meus cuidados. O processo de autoconhecimento é fundamental para o desenvolvimento profissional de um enfermeiro, uma vez que é importante que um enfermeiro se conheça a si próprio, as suas capacidades e competências, o seu papel na equipa e quais os seus limites.

Procurei basear a minha prática de cuidados em evidência científica, pelo que ao longo dos estágios realizei várias pesquisas para adquirir novos conhecimentos e de forma a fundamentar os cuidados prestados.

Tive ainda, a oportunidade de participar em congressos e seminários ao longo dos estágios que contribuíram para o desenvolvimento de novas aprendizagens profissionais.

### **3.2. Competências específicas do enfermeiro especialista**

O Regulamento nº515/2018 (2018) refere que o EEESMP “compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais” (p.21427), neste sentido a “enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradoras de sofrimento, alteração ou doença mental” (Regulamento nº515/2018, 2018, p. 21427). O regulamento mencionado refere que existem quatro competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Ao longo do estágio realizei algumas atividades e participei em alguns eventos e formações no sentido de desenvolver estas competências.

Para o desenvolvimento da competência “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Regulamento nº515/2018, 2018, p.21428) refleti sobre mim, o outro e o contexto da prática, através de momentos de partilha de experiências com os enfermeiros dos dois locais de estágio, os enfermeiros orientadores e o professor orientador, e também em momentos de autorreflexão. Os momentos de autorreflexão permitiram-me identificar emoções e sentimentos que poderiam interferir na relação terapêutica, assim como gerir processos de transferência e contratransferência. Permitiu-me, ainda, identificar as minhas limitações e tomar consciência das minhas dificuldades de forma a conseguir contorná-las e incentivando-me a sair da minha zona de conforto.

Os jornais de aprendizagem permitiram refletir sobre as vivências ocorridas no estágio, contribuindo, também, para o processo de autoconhecimento de forma a ultrapassar os obstáculos, a refletir sobre a minha prática de cuidados e conduta de maneira a evoluir como profissional.

A segunda e terceira competência, descritas no Regulamento nº515/2018 (2018) são “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” e “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” , respetivamente (p.21428) e para o desenvolvimento destas competências tive a vantagem de realizar o estágio de Hospital de Dia inserido no mesmo centro hospitalar que trabalho, o que permitiu fazer um acompanhamento de doentes que tinha prestado cuidados em internamento, agora noutra contexto, o que me permitiu dar continuidade aos cuidados numa fase diferente da doença, permitiu ainda fazer um acompanhamento também à família, onde participei em entrevistas familiares e no grupo de apoio às famílias. Também, em contexto de internamento, tive a

oportunidade de intervir com as famílias durante as visitas e participei numa visita vigiada, que acabei por refletir sobre a mesma num dos jornais de aprendizagem.

A quarta e última competência é “Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (Regulamento nº515/2018, 2018, p.21429) foi desenvolvida através das intervenções planeadas para a realização do projeto que foram do âmbito da psicoeducação e psicoterapêuticas. Realizei, ainda, intervenções de terapia expressiva para expressão de sentimentos e emoções. Para além dos utentes, intervimos também com as famílias, realizando psicoeducação sobre as patologias, terapêutica, promovendo a expressão de sentimentos e emoções e esclarecendo questões.

### **3.3. Competências de Mestre**

Segundo o Decreto-Lei nº65/2018 de 16 de Agosto, o grau de mestre é conferido àqueles que demonstrem:

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1o ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei nº65/2018, 2018, p.4162)”.

Considerando a primeira competência, os conhecimentos que adquiri na licenciatura, ou seja, no 1º ciclo de estudos foram desenvolvidos e aprofundados, tendo estes sido a base teórica e de conhecimento para a minha prática durante este estágio, tendo sempre a premissa de melhorar estes conhecimentos e consequentemente melhorar a minha prática de cuidados. Para aumentar e aprofundar os meus conhecimentos senti a necessidade, ao longo do estágio, de realizar pesquisas para basear as minhas intervenções em evidência científica.

As competências de mestre foram desenvolvidas através de uma constante procura e investigação de evidência científica para fundamentar as minhas intervenções na prática clínica, o que permitiu, também, aumentar os meus conhecimentos e colocá-los em prática, o que me permitiu sair da minha zona de conforto, enfrentando situações e contextos que não me são familiares. Ao longo do estágio deparei-me com dilemas éticos, onde tinha pouca informação, o facto de ter os meus orientadores disponíveis para realizar um processo de reflexão, ajudou-me na tomada de decisão de forma a não emitir juízos de valor.

Para todas as intervenções realizadas realizei um registo das mesmas com os resultados e partilhei essas informações com a equipa e enfermeira orientadora, de forma a contribuir para a continuidade de cuidados. Durante os estágios, houve a oportunidade de partilhar conhecimentos com as equipas, o que foi muito enriquecedor tanto a nível pessoal como a nível profissional.

O meu percurso nos dois locais de estágio e ao longo de todo o curso de mestrado permitiu-me adquirir as competências de enfermeiro especialista e de mestre e permitiu-me adquirir conhecimentos, atitudes e desenvolver capacidades e habilidades de forma a progredir no processo de desenvolvimento profissional e pessoal.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório tem a finalidade de apresentar o resultado de um trabalho de dois anos, composto por reflexões, aprendizagens, trabalho e conquistas pessoais e profissionais.

A escolha do tema surgiu de uma preocupação profissional. É frequente deparar-me, na minha prática, com utentes com baixa adesão ao regime terapêutico, o que resulta em várias recaídas, com re-internamentos e com uma visível deterioração cognitiva. Pessoalmente, considero prazeroso o desafio de trabalhar a adesão terapêutica com estes doentes de forma a contribuir para um melhor rumo da doença e melhorar o seu prognóstico através da aceitação do novo estado de saúde, diminuindo as recaídas (que tendem a ser mais graves a cada nova recaída), os re-internamentos e prevenindo o declínio cognitivo, assim como melhorar a qualidade de vida destes utentes.

Após a realização do projeto que culminou neste relatório posso concluir que é fundamental a intervenção do enfermeiro especialista na promoção da adesão ao regime terapêutico para melhorar a qualidade de vida da pessoa com doença mental, de forma a evitar recaídas, mau prognóstico e deterioração cognitiva, para que o utente possa ter uma vida o mais saudável possível.

Ao finalizar o projeto, não obtive resultados quantitativos sobre as intervenções realizadas na promoção do regime terapêutico, mas obtive resultados qualitativos, através do feedback recebido dos utentes ao longo das sessões e dos profissionais dos serviços onde apliquei o projeto, assim como pelos registos que os colegas faziam em relação aos diagnósticos de adesão.

Foram obtidos resultados positivos onde os utentes mostraram comportamentos de adesão ao regime terapêutico. Após a realização das entrevistas motivacionais, houve utentes que alteraram a sua fase do ciclo de mudança em que se encontravam inicialmente, verbalizaram compreender a necessidade de cumprir com o seu tratamento e demonstraram conhecimento para o seu estado psicopatológico, sintomas, medicação e sinais de alerta.

Em ambos os contextos de estágio, observou-se resultados positivos, contudo no contexto de internamento foi possível observar melhores resultados, havendo maior

adesão ao regime terapêutico, sendo que os utentes internados em HD apresentaram maior ambivalência na adesão ao regime terapêutico. Esta diferença de resultados pode ser explicada por ter existido maior intervenção psicoterapêutica e de psicoeducação no contexto de internamento.

Contudo, de um modo geral, podemos concluir que os objetivos estabelecidos foram cumpridos.

Com a realização dos estágios e seguidamente com a elaboração do presente relatório, consegui desenvolver e adquirir competências essenciais para um enfermeiro especialista na área de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, assim como competências de mestre. Após estes dois anos de muito trabalho consegui tornar-me melhor profissional, mais competente, mais atenta às necessidades dos utentes e melhorei o meu pensamento crítico. Os momentos de reflexão e de partilha, de autoconhecimento e de aprendizagem permitiram-me crescer profissionalmente e pessoalmente, o que me tornou uma pessoa mais completa e com a determinação de querer fazer mais e melhor na minha prática clínica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alemayehu, Y.; Asfaw, H. & Girma, M. (2022). Magnitude and factors associated with treatment non-adherence among patients with depressive disorders at St. Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia, 2019: A cross sectional study. *Plos One*, 17 /7 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271713>
- Al-Yahya, N. (2014). Efeitos da intervenção na educação psicológica na melhoria da percepção e Conformidade com medicamentos de clientes esquizofrênicos. *World Journal of Medical Sciences* 11 (3): 289-300. DOI: [10.5829/idosi.wjms.2014.11.3.84256](https://doi.org/10.5829/idosi.wjms.2014.11.3.84256)
- American Psychiatric Association. (2019). Practice Guideline For The Treatment Of Patients With Schizophrenia . Disponível em <https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/Clinical%20Practice%20Guidelines/APA-Draft-Schizophrenia-Treatment-Guideline-Dec2019.pdf>
- Andrade, S.R.; Ruoff, A.B.; Piccoli, T; Schmitt, M.D.; Ferreira, A. & avier, A.C.A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto Contexto Enfermagem*, 26(4), 1-12. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- Ata, E.E; Bahadir-Yilmaz, E & Bayrak, N.G. (2020). The impact of side effects on schizophrenia and bipolar disorder patients' adherence to prescribed medical therapy. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56, 691-696 <http://dx.doi.org/10.1111/ppc.12483>
- Barker, P.; Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model - A guide for Mental Health Professionals*. (1ªed). Taylor & Francis E-Library.
- Borah, A. (2019). Psychoeducation for mental illness: a review analysis. *International Journal of advanced research*, 7(5), 193-197 DOI <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/9021>

- Borba, L. O.; Capistrano, F.C.; Ferreira, A., C., Z.; Kalinke, L., P.; Mantovani, M. F. & Maftum, M.A. (2018). Adaptação e validação do Medida de adesão ao tratamento para saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(5), 2243-50. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0796>
- Camarneiro, A. P. F. (2021). Adesão terapêutica: Contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20145, 1-8, <https://doi.org/10.12707/RV20145>
- Campos, S. I. C. (2022). *Insight e adesão ao regime terapêutico na pessoa com esquizofrenia – intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* (dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Beja.
- Chavertana, M. I. S. (2020). *Intervenções Psicoeducativas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica para Promoção do insight na Pessoa com Esquizofrenia* (dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Portalegre.
- Delgado, A. B. & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, saúde & Doenças*, 2(2), 81-100. Disponível em <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1114/1/PSD%202001%20%282%292%2081-100.pdf>
- Descalço, N. & Afonso, P. (2018). Adesão à terapêutica nos doentes com esquizofrenia: uma revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Psiquiatria*, 3, 25-33.
- Ertem, M.Y. & Duman, Z.Ç.(2019). The Effect of motivational interviews on treatment adherence and insight levels of patient with schizophrenia: a randomized controlled study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55, 75-86. <https://doi.org/10.1111/ppc.12301>
- Ferraz, M. (Org.) (2009). *Terapias Expressivas Integradas*. Tuttirév Editorial Lda
- Fonseca, K. H. O. (2012). Investigação-ação: uma metodologia para a prática e reflexão docente. *Revista Onis Ciência*, 1(1),16-31.

- Freitas, R., Araújo, J., Moura, N., Oliveira, G., Feitosa, R., & Monteiro, A. (2020). Cuidado de enfermagem em saúde mental fundamentado no TIDAL MODEL: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira Enfermagem*, 1-11. Obtido de <https://www.scielo.br/j/reben/a/BcgMBds58t8Cm866dkLHskS/?format=pdf&lang=pt>
- Gudeta, D. B.; Leta, K.; Alemu, B. & Kandula, U. R. (2023). Medication adherence and associated factors among psychiatry patients at Asella Referral and Teaching Hospital in Oromia, Ethiopia: institution based cross sectional study. *Plos One*, 18(4), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283829>
- Guhne, U.; Weinmann, S.; Arnold, K.; Becker, T. & Riedel-Heller, S. G. (2015). Guideline on psychosocial therapies in severe mental illness: evidence and recommendations. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 265, 173-188 <https://doi.org/10.1007/s00406-014-0558-9>
- Lima, J.L.R.; Gonçalves, H.M.; Belo, F.M.P.; Francisco, L.C.F.L.; Silva, L.K.B.; Alves, N.R.; Santos, M.Z.A.L.; Albuquerque, M.C.S. (2022). Aplicabilidade do Tidal Model por enfermeiros de Saúde Mental: uma revisão de escopo. *Research, Society and Development*, 11(1), 1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.25168>
- Lucas, C.O. (2013). *Intervenções Psicossociais no domínio das Perturbações Psicóticas*. O portal dos psicólogos. *Psicologia.com.pt* Disponível em <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0673.pdf>
- Martins, M. G. A. (coord.), Machado, A. P. M., Gouveia, M. C. S. & Renca, P. F. N. N. (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave*. Ordem dos Enfermeiros
- Monterroso, L., Pierdevara, L., & Joaquim, N. (2012). Avaliação da adesão regime terapêutico dos utentes seguidos na consulta externa de psiquiatria do centro hospitalar barlavento algarvio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 39-45. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n7/n7a07.pdf>

- Pasadas, C. & Manso, F. (2015). Psychoeducation: A Strategy for Preventing Relapse in Patients with Schizophrenia. *International journal of nursing*, 2(1), 89-102 DOI <http://dx.doi.org/DOI: 10.15640/ijn.v2n1a10>
- Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, série II (nº26 de 6 de Fevereiro de 2019), 4744-4750.
- Regulamento nº515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, série II (nº151 de 7 de Agosto de 2018), 21427-21430.
- Rollnick, S.; Miller, W. R. & Butler, C. C. (2010). *Entrevista Motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento*. Artmed Editora.
- Sampaio, F. M. C. (coord.); Martins, A. E. C.; Marques, J. P. R.; Barreto, M. O. C.; Seabra, P. R. C. & Lopes, S. C. (2023). Guia orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.
- Sequeira, C. (coord); Sampaio, F. (coord.); Mendes, A.C.; Sequeira, A.; Gonçalves, A.; Carvalho, A. C.; Teixeira, A. C.; Teixeira, A. I. C.; Querido, A.; Carvalho, A. P.; Miguel, A. H.; Amaral, A. C.; Santos, B.; Ventura, C. A. A.; Grau, C. F.; Chaves, C. B.; Santos, C.; Pereira, D.; Freitas, D., ... Abreu, W. (2022). *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções*. Lidel
- Silva, L.A.; Santos, I.; Silva, A.V.; Clos, A.C. (2016). *Cuidar em enfermagem em saúde mental - apropriação de princípios filosóficos do Tidal Model e da Sociopoética*. In Actas do 5º Congresso ibero-americano em investigação qualitativa, (27-35).
- Simões, J.F.F.L. (2017). Metodologia de Estudo de Caso no Ensino Clínico de Enfermagem (poster). Teaching Day. A investigação no ensino-aprendizagem: práticas de articulação. Universidade de Aveiro.

Sousa, M. A. G. B. (2020). *Mediadores Expressivos Artísticos: facilitadores da Relação Terapêutica junto da pessoa com Manifestações de Ansiedade* (relatório de Estágio). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>

World Health Organization (2021). Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030. World Health Organization. Geneva. Disponível em <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf?sequence=1>

Teixeira, L. A., Monteiro, A. R., Guedes, M. V., Silva, L. d., & Freitas, M. C. (2018). The Tidal Model: analysis based on Meleis's perspective. *Revista Brasileira de Enfermagem*(71), 488-494

The Joanna Briggs Institute. (2016). The JBI Model of Evidence-based Healthcare: A model reconsidered.

Traqueia, A.; Pacheco, E. & Taveira, E. (2021). Reflexões em torno de metodologias de investigação: métodos. Universidade de Aveiro. UA Editora.

Von Maffei ,C. , Görge, F. , Kissling, W., Schreiber, W., Rummel-Kluge, C. (2015). Using films as a psychoeducation tool for patients with schizophrenia: a pilot study using a quasiexperimental pre-post design. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/1510.1186/s12888-015-0481-2>

