



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

**Treino Metacognitivo: Intervenção de Enfermagem com a
Pessoa com Doença Mental**

Sara Sofia Silva Santareno



**Lisboa
2022**

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

**Treino Metacognitivo: Intervenção de Enfermagem com
a Pessoa com Doença Mental**

Sara Sofia Silva Santareno



Orientador: Professora Maria Isabel Costa e Silva



**Lisboa
2022**

“Never let your memories be greater than your dreams”

Douglas Ivester

Dedico este trabalho à minha mãe, que teve um importante contributo neste percurso, e que sempre me apoiou e incentivou a seguir os meus sonhos. A tua maior felicidade era ver-me feliz, e onde estiveres sei que estarás orgulhosa de mim!

Agradecimentos

À Professora Isabel Costa e Silva, por me ter acompanhado neste longo percurso e pela sua disponibilidade e incentivo, mesmo quando parecia que seria impossível chegar ao fim.

À Enfermeira Mónica e à Enfermeira Andreia, pela forma como me receberam e acarinharam e por tudo aquilo que me permitiram aprender convosco. Tornaram este caminho muito mais rico.

À Instituição que me recebeu em estágio, que tão bem me acolheu e que permitiu que pudesse implementar o projeto.

Aos colegas de curso, pelo companheirismo e partilha de experiências. E um agradecimento especial à Carina, que esteve sempre presente desde o primeiro dia – obrigada por todas as conversas, por todos os *brainstormings* e por todo o apoio e motivação.

Aos meus colegas de trabalho, por terem sido compreensivos e me ajudarem a conseguir frequentar este curso.

Aos meus amigos que estão sempre presentes, mesmo quando eu tantas vezes não estive.

Por último, e não menos importante, à minha família, especialmente ao meu pai, por me apoiar sempre.

A todos o meu sincero obrigado!

Lista de abreviaturas e siglas

APA – American Psychiatric Association

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

RNCCISM – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental

RTA – Residência de Treino de Autonomia

sic – segundo informação colhida

SPPSM – Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TMC – Treino metacognitivo

RESUMO

A esquizofrenia tem sido tradicionalmente tratada com terapêutica farmacológica, no entanto, têm vindo a surgir novas abordagens complementares, que se mostram eficazes na redução e melhoria de alguma sintomatologia, como é o caso do treino metacognitivo, cujo *target* é a diminuição da atividade delirante e melhoria do *insight*.

Os objetivos de estágio foram: identificar os problemas da pessoa com doença mental em contexto de internamento e comunitário; realizar intervenções especializadas de enfermagem, nomeadamente implementar o treino metacognitivo; demonstrar um elevado nível de autoconhecimento e tomada de consciência enquanto pessoa e profissional, nos contextos de estágio.

O estágio decorreu entre Novembro de 2020 e Abril de 2021, em contexto de internamento e comunitário.

A metodologia passou por implementar o treino metacognitivo, segundo os autores Moritz & Woodward. Este programa comportou oito sessões de cerca de 45 minutos, com a frequência de uma a duas vezes por semana. Participaram em cada sessão seis utentes no contexto de internamento e cinco em contexto comunitário. O método foi expositivo e interativo, com recurso a exercícios práticos.

Mediante a avaliação do *insight*, antes e após as oito sessões, através da escala de *insight* de Marková & Berrios, verificou-se que no total dos onze utentes que participaram no programa, três apresentaram um aumento nos valores do *insight* e dois mantiveram. Os restantes seis desceram ligeiramente a pontuação, podendo este fenómeno estar associado ao facto de a escala ser de autopreenchimento e algumas perguntas poderem ser ambíguas.

Em conclusão, verificou-se que o treino metacognitivo obteve melhores resultados nos utentes em contexto de internamento.

Palavras-chave: doença mental, doente mental, esquizofrenia, enfermagem psiquiátrica, treino metacognitivo

ABSTRACT

Schizophrenia has traditionally been treated with pharmacological therapy, however, new complementary approaches have been emerging, which are effective in reducing and improving some symptoms, such as metacognitive training, whose target is the reduction of delusional activity and insight improvement.

The internship objectives were: to identify the problems of the person with mental illness in an inpatient and community context; performing specialized nursing interventions, namely implementing metacognitive training; demonstrate a high level of self-knowledge and awareness as a person and professional, in internship contexts.

The internship took place between November 2020 and April 2021, in an inpatient and community context.

The methodology involved implementing metacognitive training, according to the authors Moritz & Woodward. This program comprised eight sessions of about 45 minutes, with a frequency of one to two times a week. Six users participated in each session in the inpatient context and five in the community context. The method was expository and interactive, using practical exercises.

Through the assessment of insight, before and after the eight sessions, using the Marková & Berrios insight scale, it was found that in the total of the eleven users who participated in the program, three showed an increase in the values of insight and two kept constant. The remaining six scored slightly lower, and this phenomenon may be associated with the fact that the scale is self-completed and some questions may be ambiguous.

In conclusion, it was found that the metacognitive training obtained better results in patients in an inpatient context.

Keywords: mental illness, mentally ill, schizophrenia, psychiatric nursing, metacognitive training

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1 Pessoa com esquizofrenia	14
1.2 O Treino Metacognitivo.....	19
1.3 Modelo Teórico de Enfermagem de Hildegard Peplau.....	22
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES REALIZADAS	25
2.1 Contexto de internamento	26
2.1.1 Atividades realizadas no contexto de internamento	26
2.2 Contexto comunitário	40
2.2.1 Atividades realizadas no contexto comunitário	41
3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	47
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	59
ANEXO I – Escala de <i>insight</i> de Marková & Berrios (adaptado de Vanelli et.al, 2010)	60
APÊNDICES.....	63
APÊNDICE I – Avaliação do <i>insight</i> antes e após a realização do TMC, em contexto de internamento	64
APÊNDICE II – Grelha de observação e avaliação dos utentes durante as sessões de TMC.....	66
APÊNDICE III – Avaliação do <i>insight</i> antes e após a realização do TMC, em contexto comunitário.....	68

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio tem como finalidade permitir uma síntese e reflexão global sobre as competências desenvolvidas e sobre a forma como as intervenções planeadas e desenvolvidas concorreram para as atingir.

Não sendo a minha área de prática de cuidados a psiquiatria, após alguns anos de experiência enquanto enfermeira de cuidados gerais, os últimos dos quais na área de hemato-oncologia, e tendo em conta a complexidade dos cuidados exigida, senti a necessidade de investir numa formação especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Uma formação que me permitisse prestar cuidados de excelência e diferenciados com uma abordagem à pessoa como um todo, tendo em conta as suas fragilidades físicas, mas também psicológicas e que, muitas vezes, ficam desvanecidas no meio da tecnologia e inovação.

As doenças mentais têm vindo cada vez mais a tomar uma posição de destaque na sociedade moderna, sobretudo pela sua prevalência, mas também pela importância que têm vindo a ganhar ao nível dos cuidados de saúde e do investimento crescente na sua prevenção e tratamento por parte das instituições e organizações responsáveis pelos cuidados de saúde. De facto, os problemas de saúde mental interferem em diferentes áreas, como a vida pessoal, familiar e profissional. É, portanto, fundamental que se invista na capacitação da pessoa com doença mental, mobilizando-a a si própria, bem como os seus familiares e sociedade.

Segundo o relatório do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2019), em Portugal existe uma prevalência de 22,9% de perturbações psiquiátricas, o que corresponde a um preocupante segundo lugar entre os países europeus. Embora não seja das perturbações mais frequentes, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2013), a esquizofrenia corresponde a cerca de 2,8% da população mundial e as suas consequências são particularmente nefastas a longo prazo. Perante o leque de doenças mentais causadoras de sofrimento na sociedade, a esquizofrenia deverá corresponder aos internamentos mais prolongados, a um maior caos na vida familiar e a um elevado custo para os indivíduos e governos.

O facto de ser uma ameaça à vida e à felicidade e, sendo as suas causas ainda desconhecidas, a esquizofrenia tem sido largamente estudada, em comparação com outras perturbações psiquiátricas (Townsend, 2011). Neste sentido, o papel do

enfermeiro nos cuidados à pessoa com esquizofrenia toma particular importância e deve ser diferenciado, pois é um elemento constante desde o momento do diagnóstico até uma fase mais avançada, tomando como foco da sua atuação a reabilitação ou *recovery*, nomeadamente através da capacitação pessoal, familiar e social.

Tal como referido, os internamentos relacionados com a esquizofrenia são longos e as suas consequências acabam por ser devastadoras e refletem-se a nível pessoal, familiar e social, interferindo com a capacidade da pessoa afetada e a sua família lidarem com a situação. O mesmo acontece à pessoa a quem é diagnosticada uma doença oncológica, nomeadamente hemato-oncológica, cuja vida será subitamente alterada e se deparará com vários internamentos, frequentemente longos e difíceis. De facto, a par do que acontece à pessoa com esquizofrenia, o doente oncológico experiencia um processo longo e doloroso, que acaba por afetar não só a si como aos seus familiares, em diferentes vertentes. A sua autoestima é também largamente afetada, não apenas pelas expectáveis alterações da imagem corporal, mas também pela dificuldade em aceitar e lidar, de forma eficaz, com o diagnóstico e assumir o controlo do seu autocuidado e juízo crítico sobre a sua situação de saúde-doença.

Desta forma, ao optar por trabalhar com utentes com o diagnóstico de esquizofrenia, e existindo alguns aspetos em comum no que diz respeito à evolução prolongada e à incapacidade de lidar com a situação, pretendo desenvolver competências que me permitam estabelecer uma ponte com a oncologia, e que possam ser transpostas para o meu contexto profissional.

Segundo Vieira (2013), os défices cognitivos presentes numa grande percentagem de pessoas com esquizofrenia, são sintomas que têm de ser valorizados no curso da doença. Assim, toma particular relevância o estudo da eficácia das intervenções de reabilitação psicossocial, nomeadamente no que respeita à reabilitação cognitiva, que envolve um conjunto de terapias heterogéneas, mas que tem vindo a demonstrar resultados favoráveis nestes clientes (Vieira, 2013). A reabilitação cognitiva é, portanto, uma das áreas de atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), tendo em conta o seu papel promotor da adaptação das respostas desajustadas da pessoa, considerando o contexto de transição que esta atravessa e, simultaneamente, evitando o agravamento da doença mental, promovendo a sua recuperação e melhoria da qualidade de vida (Silva e Seabra, 2018).

Para além da reabilitação cognitiva, surge um conceito mais recente, que corresponde ao treino metacognitivo (TMC). Segundo Zalzala et.al (2019), a capacidade metacognitiva é a consciência e compreensão dos próprios processos de pensamento e como eles influenciam os comportamentos. É, portanto, a capacidade de pensar sobre os pensamentos (Sampaio, Pinho, Sequeira e Ferré Grau, 2020). O TMC aplicado à pessoa com esquizofrenia tende a reduzir a atividade delirante, estimando-se que o formato de terapia individual seja particularmente útil para permitir dar resposta a sintomas positivos, vieses cognitivos e ao défice de *insight*.

Nesta perspetiva, com base na revisão da literatura, a problemática do projeto foi: “o contributo do TMC para melhorar o *insight* na pessoa com doença mental”.

Neste sentido, foram definidos como objetivos:

1. Identificar os problemas da pessoa com doença mental em contexto de internamento e contexto comunitário;
2. Realizar intervenções especializadas de enfermagem que permitam dar resposta aos problemas identificados na pessoa com doença mental, em contexto de internamento e comunitário;
3. Implementar intervenções psicoterapêuticas, no âmbito do treino metacognitivo, para melhorar o *insight* na pessoa com doença mental;
4. Demonstrar um elevado nível de autoconhecimento e tomada de consciência enquanto pessoa e profissional, nos contextos de estágio.

O desenvolvimento de um projeto no âmbito da enfermagem pressupõe que a sua sustentação tenha por base uma teoria de enfermagem, que permita fundamentar e orientar a atuação do enfermeiro. Nesse sentido, este projeto foi sustentado pela Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau.

Este relatório encontra-se dividido em quatro capítulos. No primeiro, o enquadramento teórico, onde serão caracterizados os conceitos de esquizofrenia, pessoa com esquizofrenia e TMC. As intervenções de enfermagem encontram-se ancoradas na Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. No segundo capítulo será descrito o percurso realizado durante o estágio, bem como as atividades desenvolvidas em ambos os contextos, com vista ao desenvolvimento das competências de EESMP. Seguidamente, será efetuada uma análise destas mesmas competências. Por fim, no quarto capítulo, serão as considerações finais, onde se

sintetiza o desenvolvimento profissional à luz das competências do cuidado especializado em saúde mental, avaliando o percurso realizado, dificuldades sentidas e implicações no trabalho futuro.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo apresenta os resultados da revisão da literatura, inerente a todo o percurso, explicitando os conceitos essenciais ao longo do estágio e elaboração do relatório. Será também abordado, de forma mais aprofundada, o modelo teórico que sustentou a minha prática e me permitiu ter uma base na interação com a pessoa com doença mental.

Foi efetuada uma revisão integrativa da literatura, recorrendo à pesquisa na plataforma ESBCO, nomeadamente nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, através dos termos “metacognitive training”, “schizophrenia” e “nursing”. Foram considerados artigos disponíveis em texto integral, em português e inglês, compreendidos entre 2016 e 2021. Com estes critérios foram obtidos e analisados 5 artigos. Foram igualmente consultadas obras de referência na área da enfermagem de saúde mental e, mais especificamente, no âmbito do treino metacognitivo aplicado à esquizofrenia. Esta pesquisa permitiu aceder a resultados recentes, que vêm corroborar a pertinência da implementação do TMC por parte do EESMP e a sua eficácia na melhoria do *insight* e redução da atividade delirante na pessoa com esquizofrenia.

1.1 Pessoa com esquizofrenia

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018, p.1), saúde mental é “um estado de bem-estar em que o indivíduo reconhece as suas próprias capacidades, consegue lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e proveitosa, e é capaz de contribuir para a sua comunidade”. De acordo com o relatório do CNS (2019), a saúde mental constitui-se como a base para o bem-estar e funcionamento pleno dos indivíduos e das comunidades.

O conceito de saúde mental definido pela OMS tem gerado alguma controvérsia, particularmente no que diz respeito ao bem-estar, o que levou a que outros autores partilhassem a sua própria definição, que inclui aspetos como: capacidade de estabelecer relações ajustadas com o outro; participar de forma construtiva com o meio e com o ambiente; resolver ou gerir os seus conflitos internos; investir em realizações sociais (Sequeira & Sampaio, 2020).

Estes autores (2020) propõem também a definição de doença mental como “a desarmonia ou desequilíbrio da generalidade da organização da personalidade da pessoa, entendendo-se por personalidade os traços próprios e as características constituídas a partir dos fatores afetivos, relacionais, genéticos, biológicos, sociológicos, de aprendizagem, etc” (2020, p.4). Porém, o termo doença mental não é fácil de conceptualizar, devido à complexidade dos fenómenos psíquicos. Numa abordagem mais recente, considera-se doença mental como uma alteração em três domínios fundamentais: a integração, a adaptação e a autonomia (Sequeira & Sampaio, 2020).

Considerando a multiplicidade de perturbações mentais e, por vezes, o seu difícil diagnóstico, é fundamental que a pessoa seja encarada com todas as suas dimensões, sendo as intervenções de enfermagem individualizadas e adaptadas a cada indivíduo. Há, portanto, que compreender que as intervenções desenvolvidas com uma pessoa que apresenta uma perturbação depressiva deverão ser distintas daquelas planeadas para uma pessoa com diagnóstico de esquizofrenia.

O *core* deste estágio centrou-se na pessoa com esquizofrenia que, embora não seja a perturbação psiquiátrica mais frequente, é das que causa mais sofrimento no próprio indivíduo e nos que o rodeiam, pois apresenta-se como uma forte ameaça à felicidade e sem causa conhecida (Townsend, 2011).

O termo esquizofrenia deriva do grego *skhizo* (dividir) e *phren* (mente). Esta perturbação apresenta como sintomas uma vasta gama de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais, sendo que nenhuma delas é específica desta patologia. O diagnóstico implica que haja o reconhecimento de um conjunto de sinais e sintomas associados a um funcionamento profissional ou social prejudicado. Segundo a American Psychiatric Association (APA, 2014), são critérios para o diagnóstico de esquizofrenia a presença de alteração em um ou mais de cinco domínios: delírios, alucinações, pensamento/discurso desorganizado, comportamento motor desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos.

Sendo esta perturbação com clínica heterogénea, cada indivíduo apresentará variações substanciais nas características (APA, 2014). No entanto, o padrão de desenvolvimento da esquizofrenia pode ser classificado em quatro fases, como descreve Townsend (2011):

Fase I – pré-mórbida: caracteriza-se por um período de funcionamento normal, embora possam ocorrer acontecimentos que contribuam para o desenvolvimento da doença. Inclui fatores como indicadores da psicose pré-mórbida, que podem agrupar-se em duas categorias: precursores iniciais de interesse etiológico (história familiar psiquiátrica, complicações perinatais e obstétricas e défices neuro-comportamentais) e traços de personalidade e comportamentais que assinalam doença mental latente (timidez e isolamento, fracas relações interpessoais, comportamento antissocial e sentir-se mal na escola).

Fase II – prodromal: surgem sinais e sintomas que precedem as manifestações características da doença aguda. Inicia-se com uma alteração do funcionamento pré-mórbido e prolonga-se até ao início dos sintomas psicóticos abertos. A sua duração média é entre 2 e 5 anos. Nesta fase, é importante reconhecer os sintomas e atuar precocemente, de forma a otimizar os resultados a longo prazo. Prevêem-se intervenções terapêuticas que apoiem os problemas identificados, terapias cognitivas de forma a minimizar a perturbação funcional e intervenções familiares, com o intuito de melhorar o *coping*. Não é recomendada terapêutica farmacológica nesta fase, devido ao risco-benefício.

Fase III – Esquizofrenia: corresponde à fase ativa da perturbação, com sintomas psicóticos presentes. O foco deverá ser a confirmação do diagnóstico, nomeadamente através dos critérios de diagnóstico definidos pela APA (2014), como seja a presença de sintomas característicos: delírios, alucinações, linguagem desorganizada, comportamento catatónico, sintomas negativos.

Fase IV – residual: ausência dos sintomas que predominaram na fase aguda. Podem manter-se os sintomas negativos, bem como a afeição e a perturbação no funcionamento.

Sabe-se que as manifestações da esquizofrenia surgem, habitualmente, entre o fim da adolescência e início dos 30 anos. A idade de pico do início do primeiro episódio psicótico é entre o início e a metade da faixa dos 20 anos para o sexo masculino e fim dos 20 anos para o feminino. O início pode ser abrupto ou insidioso, mas a maioria dos indivíduos manifesta um desenvolvimento lento e gradual de uma variedade de sinais e sintomas clinicamente importantes (APA, 2014). A sua causa é incerta e o mais provável será dever-se a uma multiplicidade de fatores influenciáveis entre si, incluindo biológicos, psicológicos e ambientais (Townsend, 2011).

De acordo com a APA (2014), esta perturbação prevê que haja o reconhecimento de um conjunto de sinais e sintomas que envolvem o prejuízo do funcionamento profissional e social. Kaplan, Sadock & Grebb (2003), enumeram diferentes sinais e sintomas a considerar no diagnóstico. De entre os descritos, podem salientar-se: presença de delírio, alucinações auditivas ou visuais, volição, alteração nos afetos, embotamento afetivo, perda do sentimento da realidade, pensamentos bizarros e irrealistas, fraco *insight*.

Para Pinho et.al (2019), na maioria dos casos, o tratamento exclusivo com medicação não é totalmente eficaz e mostra-se insuficiente para pessoas em reabilitação. Adicionalmente, o *insight* reduzido e a baixa adesão ao tratamento requerem a implementação de intervenções que complementem a ação dos neurolépticos, como por exemplo o TMC.

Em termos da apreciação de enfermagem, importa salientar que este processo é complexo e, por vezes, difícil. No entanto, vale a pena referir que os sintomas da esquizofrenia se classificam frequentemente em positivos ou negativos. Segundo Townsend (2011), os sintomas positivos manifestam um exagero ou distorção das funções normais, estando associados às estruturas cerebrais normais numa tomografia axial computadorizada (TAC) e a boas respostas ao tratamento. São exemplos as alterações do conteúdo do pensamento (delírios, religiosidade, paranóia, pensamento mágico), da forma do pensamento (neologismos, salada de palavras, mutismo), da percepção (alucinações) e do sentido do *self* (ecolalia, ecopraxia, despersonalização). Os sintomas negativos demonstram uma diminuição ou perda das funções normais e são mais difíceis de tratar, sendo os mais prejudiciais para o indivíduo. São exemplos a alteração do afeto (inapropriado, indiferente, embotamento), da volição (ambivalência emocional, incapacidade de iniciar uma atividade tendo em conta os objetivos), do comprometimento do funcionamento interpessoal e relacionamento com o mundo exterior (autismo, aparência deteriorada), do comportamento psicomotor (flexibilidade cérea, anergia), das características associadas (anedonia, regressão) (Townsend, 2011).

Intimamente associado à esquizofrenia surge o conceito de *insight*. Corresponde a um termo inglês que, traduzido para português, significa, de forma geral, uma clara e profunda capacidade, por vezes súbita, de compreender uma situação ou problema complicado (traduzido do Cambridge Dictionary, 2021). Esta definição diz respeito ao termo *per se*, no entanto, tal como afirma Cardoso (2008), o *insight* é mais do que a

sua definição, é um fenómeno complexo e multidimensional, sendo a sua etiologia pouco clara. O *insight*, ou mais especificamente, o seu défice ou ausência corresponde a uma característica tipicamente associada à esquizofrenia ou doença bipolar. Segundo Giotakos (2017), como manifestação do *insight* comprometido pode ocorrer um conjunto de fenómenos, no âmbito da psicose, tal como dificuldade em reconhecer sinais, sintomas ou doença em si, falha em desenvolver representações cognitivas apropriadas, mesmo havendo reconhecimento da doença, e atribuição incorreta da fonte ou causa da doença. Sendo uma característica fenomenológica independente e prevalente nas perturbações psicóticas em geral, e na esquizofrenia em particular, não se sabe, contudo, se os delírios nesta patologia são o resultado de uma tentativa “normal” de explicar experiências percetivas anormais ou um produto de experiência anormal, mas de raciocínio normal. As abordagens teóricas sobre o *insight* comprometido incluem a perturbação da perceção, prejuízo da ligação entre o pensamento e a emoção e a quebra do processo de autoconsciência e tomada de consciência de erros (Giotakos, 2017).

Tal como referido, o *insight* é um fenómeno complexo, o que leva a que possa ser difícil de avaliar, sobretudo de forma objetiva. Nesse sentido, e após pesquisa bibliográfica, foi possível encontrar a Escala de *Insight* de Marková e Berrios, adaptada para português por Vanelli et al (2010) e que permite obter uma avaliação mais fidedigna da extensão deste fenómeno (ANEXO I). Esta escala foi desenvolvida originalmente por Marková e Berrios em 1992, tendo como base a premissa de que o *insight* é “uma subcategoria da consciencialização mais do que uma característica independente da perturbação psicótica” (Vanelli et al 2010, p. 1012). Esta escala é constituída por 30 questões, com resposta “sim/não”, de autopreenchimento, que correspondem a aspetos de *awareness*, perceção do ambiente envolvente e desejo de se compreender a situação atual. A cotação poderá ser entre 0 e 30, porém não existe um valor a partir do qual se considere existir *insight*. Ou seja, existe sim uma relação direta entre o aumento da pontuação e o aumento no nível de *insight*. A aplicação desta escala revela-se uma ferramenta útil, a par com as entrevistas clínicas, para avaliar o *insight* e perceber se os utentes reúnem condições para participar no programa de TMC.

Tendo por base a sintomatologia atrás referida, e numa perspetiva de avaliação e do estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, o “delírio” apresenta particular relevância, bem como o “potencial de recuperação/*recovery*”. Estes diagnósticos de

enfermagem surgem no Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2018), emitido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), e que engloba um conjunto de propostas de diagnósticos de enfermagem e intervenções específicas para o EESMP. Segundo este documento da OE, que cita Jaspers (1979) e Dalgarrondo (2008), o delírio engloba três indícios externos “convicção extraordinária (certeza subjetiva), ser impossível a sua modificação pela experiência (irremovível) e ser o seu conteúdo impossível, falso (...) incluindo que é também uma produção idiossincrática em relação ao grupo cultural do doente” (2018, p.25). Para este diagnóstico são propostas várias intervenções específicas sendo de salientar, neste caso, “executar treino metacognitivo”.

1.2 O Treino Metacognitivo

Segundo Silva, Araújo & Sousa (2020), a cognição diz respeito à capacidade do indivíduo de apreender e utilizar informação, de forma a poder adaptar-se às exigências do meio ambiente. Este processo é complexo e, ao encontrar-se comprometido, pode afetar as atividades básicas e instrumentais do quotidiano. A cognição abrange a capacidade de processar informação, de aprender e de generalizar, e pode dividir-se em funções como: atenção, memória, orientação ou raciocínio (Silva et al, 2020).

À cognição sobre a cognição e ao conhecimento sobre o próprio conhecimento dá-se o nome de metacognição. A metacognição envolve diferentes processos que permitem detetar estados mentais sobre si próprio e sobre os outros, e raciocinar sobre os mesmos de forma a inferir emoções, pensamentos e comportamentos (Risco, 2019). Pessoas com esquizofrenia apresentam dificuldade nestas habilidades, bem como em apreender que um acontecimento pode dever-se a diferentes causas. Segundo Risco (2019), tem vindo a perceber-se uma correlação entre défice metacognitivo e sintomas negativos da esquizofrenia e que estes vieses cognitivos levam à formação de delírios e à diminuição da consciência sobre a doença. Como tal, o desenvolvimento de terapias metacognitivas torna-se fundamental de forma a tratar a psicose, uma vez que as habilidades metacognitivas têm um papel importante na evolução da doença, para que possa haver uma melhoria no autoconhecimento e autocontrolo.

O programa de treino metacognitivo para pessoas com esquizofrenia foi desenvolvido por Moritz & Woodward em 2007 e corresponde a uma das terapias não farmacológicas que têm comprovado ser mais eficazes na redução de delírios, baseando-se numa fusão de conceitos tradicionais da terapia cognitivo-comportamental, psicoeducação, reabilitação cognitiva, treino de cognição social, entre outras. O seu objetivo é reduzir de forma significativa a confiança nas interpretações subjetivas e melhorar o *insight*, através da criação de dúvidas relativas às suas próprias crenças, no entanto, sem utilizar a confrontação direta. Pretende, portanto, modificar os processos cognitivos e metacognitivos implicados na criação e manutenção dos delírios. Durante este programa as pessoas aprendem formas mais eficazes de processar a informação, pelo que, se altera a infraestrutura cognitiva da ideação delirante, promovendo a prevenção das recaídas psicóticas (Risco, 2019).

O TMC tem vindo a ser utilizado mais recentemente, pelo que ainda não existem muitos estudos relativos ao mesmo e que atestem largamente a sua aplicabilidade e resultados. Porém, os estudos disponíveis revelam que o seu desenvolvimento em pessoas com esquizofrenia tem demonstrado benefícios, nomeadamente no aumento do *insight* e na redução e controlo dos sintomas positivos. Segundo uma meta-análise conduzida por Zalzal et al (2019), os resultados obtidos demonstraram evidência de que a melhoria da capacidade metacognitiva contribui para um aumento do *insight* sobre a doença, bem como na redução da sintomatologia e melhoria nas competências vocacionais em indivíduos com esquizofrenia. Referem também que as diferenças positivas encontradas no comportamento e resultados no emprego podem ser explicadas pela capacidade que um indivíduo apresenta de pensar e corrigir os seus pensamentos neste contexto. Igualmente especificam que, quem tem capacidade de reconhecer preconceitos no seu pensamento pode melhorar e ser capaz de encontrar novas formas de pensar e responder aos desafios do local de trabalho.

Também uma revisão narrativa da literatura desenvolvida por Moritz e colaboradores em 2014, atesta existir um número considerável de estudos que comprovam que o TMC em pessoas com esquizofrenia cumpre o seu objetivo, ou seja, reduz a atividade delirante e que o seu formato de terapia individual demonstra ser especialmente eficaz na redução dos sintomas positivos, vieses cognitivos e défice de *insight* (Sampaio, Pinho, Sequeira e Ferré Grau, 2020).

Eichner & Berna (2016) e Liu et al (2018), conduziram duas meta-análises, que confirmaram igualmente resultados positivos no que diz respeito à redução da gravidade dos delírios.

A evidência científica destes estudos remete para o potencial de recuperação ou *recovery*, sendo este conceito definido, segundo a OMS (2013, citado no Padrão Documental da OE, 2018), numa perspetiva de pessoa com doença mental, como ganhar e reter a esperança, sendo capaz de compreender as suas capacidades e fragilidades, empenhar-se numa vida ativa, com autonomia, identidade social, significado e objetivos de vida e uma visão positiva de si. Também para Davidson (2016) citado no Padrão Documental da OE, o *recovery*

“pode ser descrito como um estado de recuperação ou restabelecimento de funções psíquicas, físicas e sociais no funcionamento quotidiano, que pode ou não ser temporário e assenta em duas premissas fundamentais que consideram que pessoas com uma doença mental (independentemente da severidade) podem recuperar dessa doença e podem viver uma vida produtiva mesmo com manifestação de sintomas” (2018, p.34)

O TMC foi desenvolvido por Moritz & Woodward em 2007 e, deve obedecer a algumas regras. Corresponde a uma intervenção desenvolvida em grupo e que é dividida em oito módulos, sendo que cada módulo demonstra um estilo de pensamento que pode ser associado ao desenvolvimento de atividade delirante. Prevê-se que seja divertido e interativo, para que capte a atenção dos participantes e promova um impacto e efeito duradouro no tempo. Este programa prevê uma periodicidade de duas vezes por semana, com cerca de 45 a 60 minutos por sessão. Cada sessão foca-se num tema específico e inclui uma primeira parte mais expositiva, e uma segunda parte mais demonstrativa e interativa (Sampaio, Pinho, Sequeira & Ferré Grau, 2020). Os temas pré-definidos para o TMC, segundo Moritz, Woodward & Rocha (2017), são os seguintes:

- Atribuição – culpar e atribuir o crédito a si próprio (módulo 1): pretende demonstrar que pode existir mais do que uma causa para um acontecimento, sendo estas baseadas em três pressupostos: o próprio, os outros e as situações;
- Saltar para conclusões (módulo 2 e 7): pretende estimular a que haja uma avaliação de diversos fatores para tirar uma conclusão, ao invés de assumir um facto prematuramente;

- Mudar crenças (módulo 3): propor que as crenças individuais podem estar erradas;
- Empatizar (módulo 4 e 6): demonstrar que, por vezes, as interpretações que são feitas da expressão do outro podem ser erradas e podem até, estar relacionadas com as suas próprias emoções;
- Memória (módulo 5): coloca a memória em perspetiva, sugerindo que esta pode ser enganadora e devem ser colocadas outras hipóteses;
- Autoestima e humor (módulo 8): pretende divulgar estratégias que aumentem a autoestima e melhorem o humor.

Ao estabelecer os diagnósticos de enfermagem “delírio” e “potencial de recuperação” e com a implementação do programa de TMC, pretende-se que haja uma diminuição da atividade delirante, bem como uma estimulação das competências sociais e relações interpessoais, nomeadamente através do aumento do *insight*, que demonstrem ser um contributo positivo no processo de reabilitação e reinserção social das pessoas com esquizofrenia.

1.3 Modelo Teórico de Enfermagem de Hildegard Peplau

Na elaboração e implementação de um projeto existe por base uma teoria de enfermagem que o sustenta. Neste caso será considerada a Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem, desenvolvida por Hildegard E. Peplau e que foi publicada em 1952 no livro *Interpersonal Relations in Nursing*. O *core* desta teoria incide sobre o potencial terapêutico do relacionamento pessoa-pessoa e a forma como o enfermeiro e utente se influenciam mutuamente nas suas interações individuais (Santos & Nóbrega, 1996). De forma a otimizar as interações individuais, esta teórica descreveu as fases da relação interpessoal, os papéis nas situações de enfermagem e os métodos para o estudo da enfermagem como um processo interpessoal centrado no desenvolvimento das relações entre o utente e o enfermeiro, que têm como base o interacionismo, a fenomenologia, o existencialismo filosófico e o humanismo (Santos & Nóbrega, 1996). Para Peplau a conceção de enfermagem está ancorada em:

“(...) um processo significativo, terapêutico e interpessoal. Trabalha em cooperação com outros processos humanos que tornam possível a saúde dos indivíduos nas comunidades. Em situações específicas em que um profissional da equipa de saúde oferece serviços de saúde, a enfermeira participa na organização das condições que facilitam a continuidade das tendências naturais nos

organismos humanos. A enfermagem é um instrumento educativo, uma força de amadurecimento que aspira a promover o progresso da personalidade na direção de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária” (1990, p.14).

É, portanto, um processo interpessoal e terapêutico, ou seja, que consiste em ações que exigem a partilha entre duas ou mais pessoas, que beneficiam destas interações, sendo estas, muitas vezes, mais esclarecedoras do desenlace do problema do que muitos procedimentos técnicos sistemáticos (Peplau, 1990). Segundo Santos & Nóbrega (1996), Peplau considera como elementos essenciais, nas interações entre enfermeira e utente, as necessidades humanas básicas, a frustração, o conflito e a ansiedade, sendo que estes devem ser tidos em conta, de forma a favorecer o crescimento e o desenvolvimento saudável da personalidade. Estas experiências proporcionam energia que é transformada em alguma forma de ação. Portanto, à medida que o enfermeiro assiste a pessoa utilizando a relação interpessoal como ferramenta principal, cresce, fomentando o seu autoconhecimento, e ajuda o utente a crescer também. Com o objetivo de promover o papel de assistência do enfermeiro, Peplau estabeleceu etapas que seguem um determinado padrão terapêutico, no centro do qual se encontra a relação enfermeiro-utente, que é flexível e se baseia nos princípios científicos da aquisição de papéis, que se inter-relacionam à medida que o processo evolui na direção de uma solução. Estas etapas são:

- **Orientação** – corresponde ao início da relação interpessoal. Surge quando a pessoa/família toma consciência da necessidade de ajuda. Ambos trazem as suas experiências passadas e têm um papel igualmente importante na interação interpessoal. O foco é a dimensão educativa da relação;
- **Identificação** – utente reage seletivamente ao enfermeiro. É necessário esclarecer as perceções e expectativas mútuas. No final desta fase, o utente começa a lidar com o problema, o que diminui a sensação de impotência e desesperança do enfermeiro, criando uma atitude otimista;
- **Exploração** – nesta fase, o utente começa a sentir-se parte integrante do ambiente de cuidados e pode solicitar o enfermeiro de uma forma excessiva, com vista a obter mais atenção. Pode apresentar um conflito dependência-independência. É fundamental que o enfermeiro saiba usar os princípios da técnica de entrevista, bem como proporcionar uma atmosfera neutra e utilizar uma comunicação adequada, esclarecendo, escutando, aceitando e

interpretando corretamente a informação fornecida, de forma a ajudar o cliente na exploração dos caminhos possíveis;

- **Solução** – fase final do processo interpessoal. Prevê-se que as necessidades da pessoa tenham sido satisfeitas através da cooperação enfermeiro e utente. Ocorre a dissolução do elo da relação terapêutica.

Ainda de acordo com Peplau (1990), a enfermeira assume diferentes papéis profissionais, tais como: “professor” – partilha conhecimentos sobre uma necessidade ou interesse; “recurso” – faculta informações específicas que facilitam na compreensão de um problema ou situação, de determinadas habilidades e atitudes, auxilia a outra pessoa no enfrentamento, aceitação de solução de problemas que interferem na sua capacidade de viver de forma feliz e eficiente; “líder” – executa o processo de início e manutenção das metas do grupo, através de interação; “especialista técnico” – providencia cuidados físicos, demonstrando capacidades clínicas e de utilização de equipamentos adequados; “substituto” – assume o lugar do outro (Santos & Nóbrega, 1996).

Os pressupostos da Teoria das Relações Interpessoais encontram-se em linha com a intervenção do enfermeiro na área da saúde mental e psiquiátrica, nomeadamente no que respeita à interação entre enfermeiro e cliente e, sobretudo, ao potencial desta interação para incutir em ambos os envolvidos o seu próprio crescimento e desenvolvimento sendo, portanto, uma relação que traz benefícios mútuos.

Nesta perspetiva, pretendeu-se implementar um conjunto de intervenções especializadas de enfermagem, que permitissem desenvolver as competências explicitadas nos objetivos definidos, bem como estimular o *insight* e a capacitação pessoal e social da pessoa com doença mental, mais especificamente com esquizofrenia. De entre as intervenções desenvolvidas destaca-se a implementação do programa de TMC, sendo este o elemento central do projeto de estágio.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES REALIZADAS

Este capítulo pretende expor o percurso que desenvolvi ao longo do estágio e o seu contributo para o desenvolvimento das competências de EESMP, bem como as inerentes ao grau de mestre. Assenta na aplicação de conhecimentos teóricos, previamente adquiridos e consolidados ao longo deste período, mas também na componente prática, o que permitiu que fossem desenvolvidas e planeadas intervenções, com vista a ir ao encontro das necessidades identificadas em ambos os contextos e concorrer para o desenvolvimento das competências supracitadas.

O estágio decorreu em contexto de internamento e comunitário, numa IPSS, na área da grande Lisboa. Esta instituição desenvolve a sua atividade no âmbito da psiquiatria e saúde mental, prestando também cuidados ao nível de alcoologia, toxicodependência, medicina física e de reabilitação e integrando projetos ligados à Rede Nacional de Cuidados Continuados em Saúde Mental (RNCCISM). A sua missão passa pela prestação de cuidados de saúde e apoio social humanizados, especializados e com rigor científico.

Seguidamente, opto por relatar as experiências vividas em cada um dos contextos, bem como as atividades desenvolvidas. Houve uma auscultação prévia em ambos os locais de estágio, com vista a validar a viabilidade de implementação do projeto, tendo sido obtida uma avaliação favorável, o que permitiu uma continuidade, desde a elaboração até à avaliação do mesmo, passando pelo seu desenvolvimento, em dois contextos diferentes. No entanto, o período de estágio não se resume à implementação do projeto, pelo que foram avaliadas as diferentes necessidades e planeadas atividades paralelas, de forma a dar resposta às mesmas e contribuir para atingir os objetivos definidos.

De ressaltar que, durante o período de estágio, tendo em conta o contexto de pandemia por SARS-CoV-2, houve muitas limitações, que acabaram por condicionar o desenvolvimento de certas atividades em grupo. De igual forma, a utilização contínua de máscara de proteção acabou por tornar-se, em parte, uma barreira na comunicação, em particular na comunicação não verbal. Em circunstâncias “normais”, sem restrições, os utentes participam em *ateliers* de atividades ocupacionais

estruturadas, como por exemplo, atividades de treino de competências domésticas e sociais e reuniões comunitárias.

2.1 Contexto de internamento

A primeira fase do estágio decorreu no período de 30/11/2020 a 09/03/2021, numa unidade de longo internamento, de apoio moderado, com uma população de 46 pessoas com doença mental, do sexo masculino. A patologia mais frequente nesta unidade era a esquizofrenia, sendo reduzido o número pessoas com perturbação afetiva bipolar e perturbação da personalidade. Existia uma EESMP, que era a coordenadora da unidade, 4 enfermeiros generalistas e 7 assistentes operacionais. Havia duas monitoras que davam apoio à unidade e desenvolviam atividades estruturadas com os utentes em articulação com a terapeuta ocupacional. Esta terapeuta desenvolvia também trabalho no âmbito da acção social e auxiliava os utentes quando era necessário tratar de questões burocráticas, relacionadas com pensões sociais e rendimentos, bem como da referenciação para outras unidades/comunidade. Faziam, igualmente, parte da equipa um médico de clínica geral, que acompanhava os utentes uma vez por semana, uma psiquiatra e um psicólogo, que iam à unidade uma vez por semana, mas que podiam ser contactados para observar os utentes, se necessário.

2.1.1 Atividades realizadas no contexto de internamento

Numa fase inicial, foi fundamental uma integração no serviço e junto da equipa, o que me permitiu perceber as dinâmicas da unidade e, simultaneamente, conhecer os utentes, clarificando o meu papel.

À medida que o tempo foi passando, comecei a sentir-me mais confiante e mais à vontade junto dos utentes, pois senti que estes confiavam e que recorriam a mim enquanto enfermeira, não apenas como estudante de enfermagem em estágio, solicitando a minha presença em diferentes atividades e colocando questões sobre as minhas intervenções. Senti que esta confiança cresceu, sobretudo após a primeira

entrevista aos utentes que viriam a participar nas sessões de TMC e, posteriormente, no desenrolar das mesmas.

Para Phaneuf (2005), é no decorrer de uma entrevista, em que se procura compreender profundamente o outro e a forma como ele encara a situação e percebe os meios que dispõe para gerir os seus problemas, que se desenvolve a relação de ajuda. Considero que é no tempo dedicado e investido no outro, que nos permitimos a desenvolver esta relação, o que transmite à pessoa ajudada confiança e capacidade para perceber e enfrentar as suas dificuldades e permite à enfermeira aproximar-se desta e ser um veículo promotor do seu crescimento. Acredito que foi esta disponibilidade que me permitiu conhecer melhor os utentes e levou ao desenvolvimento desta relação, que se refletiu na confiança no meu trabalho enquanto EESMP.

Ao longo deste estágio realizei várias entrevistas com os utentes, com diferentes objetivos. Alguns dos objetivos das entrevistas foram: averiguar quem poderiam ser os participantes no programa de TMC, avaliação do estado mental, intervenções pontuais em situação de ansiedade e delírio.

No decorrer das primeiras entrevistas, expliquei aos utentes qual seria o meu objetivo ao longo daquele período. Tendo em conta as limitações pela pandemia de SARS-CoV-2 e as próprias recomendações dos autores na aplicação do TMC, foram selecionados 6 participantes. Como critérios de inclusão foram considerados: o diagnóstico de esquizofrenia, a presença de atividade delirante e a capacidade cognitiva para participar no programa. Como critérios de exclusão foram considerados: utentes com quadro psicótico não compensado, agitação psicomotora e cognição comprometida. Esta seleção foi efetuada em conjunto com a Enfermeira Orientadora, com vista a agilizar o processo e ser possível, posteriormente, dar continuidade ao mesmo. A realização de entrevistas iniciais com os participantes, onde foi solicitado que preenchessem a escala de *insight*, permitiu aproximar-me destes, conhecê-los melhor, bem como investir na relação terapêutica. Esta fase foi fundamental, pois criou uma base sólida para as semanas que se seguiram. Para além do contributo referido, as entrevistas semi-diretivas decorridas em diferentes momentos, foram um importante momento de aprendizagem e de aplicação de técnicas de comunicação, mas também de estabelecimento de limites e capacidade de lidar com diferentes situações.

Destaco um momento que me marcou e que acabei por relatar numa das reflexões críticas elaboradas ao longo do estágio. Tratou-se de uma entrevista com o utente que acompanhava com mais frequência, por me encontrar a fazer o estudo de caso sobre este senhor. O seu delírio relacionava-se com questões religiosas/místicas e megalomania. No decorrer da conversa sobre o delírio, procurava orientar o Sr.C. para a realidade validando algumas questões e, simultaneamente, apelando ao seu lado racional, igualmente presente de forma marcada. Tivemos que terminar a entrevista, pois estava na hora da refeição e tínhamos de ir para o refeitório. Chegado a este local, já na sua mesa de refeição e com todos os utentes presentes, o Sr.C. dirigiu-se a mim em voz alta e questionou “quais são as suas crenças religiosas? Acredita em Deus?” (sic). Naquele momento senti-me não só surpreendida, mas também desconfortável com a questão, até porque alguns dos outros utentes ficaram a olhar para mim expectantes. Pensei de imediato: “E agora, o que vou dizer? Como é que vou sair desta situação?” Não pensei que o Sr.C. tivesse colocado a questão deliberadamente para me intimidar ou testar, uma vez que o tema era decorrente da entrevista que tínhamos tido e se encontrava relacionado com o seu delírio, o que acabou por deixá-lo mais expansivo, excitado e até eufórico.

Considero que foi inoportuno e me deixou, de certa forma inquieta, contudo, fez-me refletir sobre o assunto, bem como realizar pesquisa bibliográfica e procurar evidências que me permitissem ter mais ferramentas para atuar numa situação futura.

Tal como refere a primeira competência do EESMP, definida pela OE (2018), este “detém um elevado conhecimento de si”, e este elemento é fundamental para que possa agir em concordância com as suas crenças e ideias, mas também seja capaz de se exprimir com clareza e assertividade e adequar a sua atuação às diferentes circunstâncias. Também Chalifour (2009) afirma que, as pessoas que realmente vivem são as que no seu dia a dia “assumem a responsabilidade do seu bem-estar e trabalham para o seu próprio desenvolvimento de uma forma criativa” (p.12). O mesmo autor (2009) enumera um conjunto de condições necessárias para assumir a responsabilidade do seu bem-estar, sendo que estas condições passam, simultaneamente, pela tomada de consciência de si e pelo foco no autoconhecimento.

Este episódio é um exemplo entre tantos outros, aparentemente simples e até casuais, mas quando analisados e sujeitos a uma reflexão profunda e deliberada sobre os mesmos, se mostram extremamente enriquecedores e se revelam um importante

contributo para a tomada de consciência do meu comportamento e atitudes, e como estes podem ter impacto no outro e no desenvolvimento da relação terapêutica.

Após as entrevistas iniciais e análises dos dados obtidos através da escala de *insight*, comecei a implementação do TMC. Tal como descrito anteriormente, o programa é composto por oito sessões, com a duração de 45 minutos. Procurei realizar 2 sessões por semana, de acordo com o previsto pelos autores, porém, em algumas semanas, foi realizada apenas uma única sessão. As sessões foram padronizadas, de forma a existir um momento inicial de “quebra-gelo” e um momento final de avaliação, por parte dos participantes. Como “quebra-gelo”, na primeira sessão foi pedido aos participantes que se apresentassem e dissessem uma palavra ou frase que pudesse servir como apresentação ou descrição de outro participante. Nas sessões seguintes, foi pedido que, numa frase, recordassem a sessão anterior.

A primeira parte das sessões foi expositiva, mas com interação entre enfermeira e participantes, contribuindo para a participação destes últimos. Este diálogo permitiu a descontração grupal, bem como fomentar a criação de expectativas para a aquisição de novos conhecimentos e competências. Com este método objetivou-se a aquisição de novos conhecimentos, ferramentas e estratégias, que os utentes pudessem transpor e reproduzir na sua vida. Durante as apresentações, foram colocadas questões e os participantes foram incentivados a partilhar as suas experiências, de forma a contribuir para uma interação rica, bem como a relação entre o grupo e crescimento pessoal. Com a avaliação desta partilha, foram delineadas as sessões seguintes, adaptadas às necessidades sentidas e verbalizadas pelo grupo.

Foram seguidas as recomendações de Miguel e Ruiz (2020), para quem o *setting* em que se desenvolve a prática é fundamental. Recomendam um sítio confortável e calmo, com iluminação não excessiva e uma temperatura agradável, reservado de distrações e ruídos. Assim, as sessões tiveram lugar numa sala de atividades, junto ao salão principal, facilmente acessível, com luz natural e climatização.

De acordo com o objetivo geral da intervenção, pretendeu-se que a implementação do programa de TMC permitisse contribuir para a tomada de consciência dos seus pensamentos e refletir sobre eles, de forma a aumentar o *insight* e reduzir a atividade delirante. Como instrumento de avaliação do *insight* foi aplicada, inicialmente e no término do programa, a Escala de *Insight* de Marková & Berrios. Estes resultados permitiram uma comparação e análise entre o antes e o após o programa. Verificou-

se que, dos 6 utentes que participaram no programa, 3 apresentaram uma melhoria de *insight*, um manteve a mesma pontuação e 2 desceram ligeiramente (APÊNDICE I).

No início de cada sessão, foram colocadas questões referentes a como os participantes se sentiam e que expectativas tinham, relativas à nova sessão. Como forma de apreciação dos pensamentos, sentimentos e opiniões dos participantes, foi desenvolvida uma grelha de observação, preenchida por mim no final da sessão, que englobava a avaliação efetuada no decorrer da mesma, e incluía itens como: participação/intervenção, linguagem e comportamento. Foi igualmente, no final da sessão, disponibilizado um espaço para os participantes manifestarem a sua opinião sobre a sessão, bem como fazerem a avaliação da mesma, nomeadamente a *performance* da enfermeira, se tinha sido do agrado dos participantes, sugestões ou aspetos a melhorar.

Passo agora a descrever cada uma das sessões.

Sessão 1 – Atribuição: culpar e atribuir o crédito a si próprio

No início desta sessão, para além do primeiro momento de apresentação, que já foi referido, foram também definidas algumas regras a serem cumpridas ao longo do programa, como por exemplo: respeitar os horários, levantar o braço para pedir para falar ou para sair, reforçar que todos os assuntos ali abordados seriam confidenciais de modo a garantir a privacidade e proteção dos participantes.

Com esta sessão pretendia-se que os utentes considerassem possíveis causas para diferentes acontecimentos, não se precipitassem na aceitação de uma só explicação, discutissem as consequências de certos motivos e refletissem sobre os próprios pensamentos.

Comecei por explicar o significado de “atribuição” e foram dados alguns exemplos de possíveis justificações para um determinado acontecimento. Foi pedido ao grupo que participasse, tendo sido colocado um exercício em que era dado um exemplo de uma situação e tinham que ser os utentes a dar as possíveis respostas.

Sendo a primeira sessão, os participantes ainda se sentiam pouco à vontade e a acreditar que iria haver uma avaliação para definir se eram mais ou menos inteligentes e quais os mais inteligentes. Foi reforçada a ideia que não se tratava de uma avaliação

de inteligência, apenas uma partilha de experiências, a fim de aprender novos conceitos. Ainda assim, mostraram-se participativos e interessados durante os exercícios práticos.

Senti que estava um pouco ansiosa nesta sessão, por ser a primeira e por não realizar atividades deste tipo há algum tempo. A Enfermeira Orientadora esteve presente e foi um elemento facilitador em alguns momentos, quando os utentes começaram a divagar em alguns exemplos pouco relacionados com o tema. Também foi um elemento importante no cumprimento do horário, cuja gestão foi mais difícil nesta sessão.

No final da sessão, a avaliação por parte dos participantes foi positiva, porém questionaram se haveria possibilidade de terem acesso aos diapositivos apresentados, para poderem ver melhor e tomar notas.

Sessão 2 – Saltar para conclusões I

Nesta sessão foram, novamente, lembradas as regras referidas anteriormente, para garantir que os participantes compreendiam a sua importância e as cumpriam.

Como objetivos pretendia-se que: os utentes considerassem todas as hipóteses antes de julgar algo ou tomar uma decisão, não tirassem conclusões imediatas e estabelecessem um meio termo entre “tomar uma decisão precipitada e ser uma má decisão” ou “ser demasiado rigoroso e perder tempo”.

Foram dados exemplos que comprovaram que, por vezes, nem tudo o que parece ser de determinada forma à primeira vista, o é na realidade. Posteriormente foi proposto um exercício, em que era mostrada uma pequena parte de um desenho e os participantes davam hipóteses sobre o que poderia ser. Progressivamente iam sendo acrescentados mais elementos ao desenho e os utentes optavam por manter a sua escolha ou mudar. Este exercício revelou-se do agrado dos elementos do grupo, que participaram ativamente, sem ser necessário incentivo.

No final, os participantes afirmaram que gostavam desta dinâmica de apresentação, que fazer os exercícios em grupo era divertido e sentiam que os obrigava a pensar em outras coisas e que isso era bom.

Nesta sessão senti-me mais confiante e com maior facilidade em gerir o tempo. A Enfermeira Orientadora manteve-se presente, mas sem necessidade de intervir na gestão do grupo.

Sessão 3 – Mudar crenças

A terceira sessão tinha como objetivo que o grupo tivesse em conta diferentes hipóteses antes de acreditar cegamente apenas em uma coisa, e procurar o máximo de informação possível, antes de chegar a uma conclusão.

Foi explicado que as crenças podem e devem ser mudadas em certas circunstâncias e como pode ser negativo ficar preso às crenças quando estas não são reais ou são prejudiciais, tanto ao próprio como a terceiros. Após esta explicação foram dados alguns exemplos e foi, mais uma vez, proposto um exercício. Este consistia em mostrar, retrospectivamente, as imagens de um acontecimento, ou seja, em que a primeira a ser apresentada correspondia à parte final do acontecimento e sucessivamente iam sendo apresentadas as anteriores. Eram dadas quatro hipóteses sobre o que poderia estar a acontecer e os participantes escolhiam a que achavam mais correta. Frequentemente, a primeira imagem aparentava uma situação, que no final da sequência não se confirmava, pelo que os utentes acabaram por errar em alguns exemplos.

Mais uma vez o grupo mostrou-se participativo, contudo, no final, três utentes revelaram que “gostei mais das sessões anteriores, foram mais interessantes” (sic).

Consegui manter os participantes atentos e cumprir a duração prevista para esta sessão. Houve duas interrupções, em que os utentes pediram para ir ao sanitário, mas sem intercorrências.

Sessão 4 – Empatizar

Julgo que esta foi a sessão mais marcante de todo o programa, tanto para o grupo como para mim.

Os objetivos definidos foram:

- Procurar conhecer bem a outra pessoa ou observá-la com atenção antes de tirar conclusões sobre ela;

- Compreender que os gestos e expressões faciais são importantes para perceber os sentimentos das outras pessoas, mas podem ser enganadores;
- Considerar todas as informações disponíveis antes de avaliar uma situação.

Foi definido o conceito de empatia e, a partir daí, explicada a sua importância no dia a dia e ao longo da vida e foram dados alguns exemplos. Posteriormente foram realizados vários exercícios. O primeiro consistia em identificar as emoções presentes em algumas expressões faciais apresentadas. Seguidamente era mostrada uma pequena parte da imagem e sugeridas hipóteses sobre o que podia ser e os utentes tinham que dar a sua opinião, após a qual era mostrada toda a imagem. Por fim, era apresentada uma sequência de imagens, começando por mostrar apenas uma e ir aumentando até descrever um acontecimento por completo; eram dadas hipóteses e os participantes deviam identificar o que iria acontecer mediante o que era observado.

No que respeita aos utentes, estes mostraram-se particularmente interessados em compreender o conceito e cativados pela sua dimensão. Importa referir que apenas um sabia o que era empatia. Todos se mostraram muito participativos e com vários exemplos e questões sobre o que poderia ou não ser empatia. O desafio surgiu quando tive que gerir a excitação presente no grupo e as suas interrupções constantes, quando procurava avançar no tema. A princípio não foi fácil, pois exigiu que demonstrasse assertividade, e tive de contar com o apoio da Enfermeira Orientadora, mas acredito que este momento acabou por ser o ponto de viragem. Os utentes mostraram-se ainda mais motivados e expectantes com a próxima sessão.

No final, a avaliação por parte do grupo foi bastante positiva e, pela primeira vez, fiquei cerca de 30 a 40 minutos a esclarecer dúvidas, e a rever alguns exemplos. De salientar que até ao final do estágio os utentes recorreram a mim várias vezes para clarificar o conceito de empatia e para perceberem se estavam a conseguir ser empáticos em alguns dos seus comportamentos. Fiquei entusiasmada com estes resultados e acredito que, de alguma forma, lhes forneceu ferramentas úteis para o seu dia a dia.

Sessão 5 – Memória

Sendo esta a quinta sessão, tanto o grupo como eu nos sentíamos mais à vontade e com uma maior coesão. Como nem sempre era possível deixar as sessões marcadas com antecedência, devido à dinâmica da unidade, por vezes eram marcadas na

véspera. Era frequentemente abordada pelos utentes a questionar quando ia haver sessão e sobre o que íamos falar.

Foram definidos como objetivos: que os participantes compreendessem que, por vezes as coisas não são exatamente como nos lembramos e que a memória pode pregar partidas; que quando não nos lembramos concretamente do que aconteceu, devemos procurar informação adicional e não ficar demasiado convictos que as coisas foram, de facto, assim. Foi explicada a importância da memória, como melhorá-la e também que, por vezes, ocorrem erros que nos levam a acreditar em determinadas situações ou acontecimentos que podem não ter sido exatamente como nos lembramos. Após esta explicação foi apresentado um exercício em que eram mostradas imagens e posteriormente retiradas e os utentes tinham que dizer, de entre uma lista, quais os elementos que estavam presentes e os que não estavam. Ocorreu várias vezes os utentes afirmarem que certos objetos listados estavam presentes, apenas porque se relacionavam com o tema da imagem, o que acabava por não ser verdade e validou os erros da memória.

No final desta sessão, embora participativos, os utentes voltaram a referir que o tema era um pouco “pesado” e que tinham gostado mais dos anteriores.

Sessão 6 – Empatizar II

Foi abordado novamente o tema da empatia, porém de um modo mais complexo. Nesta sessão pretendia-se que os utentes percebessem que:

- por vezes os mal-entendidos e conflitos surgem porque achamos que sabemos o que se passa na cabeça das outras pessoas;
- quanto mais informação tivermos, maior a probabilidade de avaliarmos alguma coisa ou alguma pessoa corretamente;
- o nosso estado de humor influencia a forma como interpretamos o que se passa à nossa volta.

Foi demonstrado que alguns aspetos que são considerados na avaliação do outro podem ter vantagens e desvantagens, nomeadamente a linguagem, a intuição ou o que já é sabido sobre aquela pessoa. Por vezes, as pessoas com doença mental têm dificuldade em detetar e interpretar as expressões do outro. Foi feito um exercício com a apresentação de algumas imagens um pouco controversas, nomeadamente um

patrão que discute com uma empregada, por esta chegar atrasada ao trabalho. Foi então, pedido aos participantes que interpretassem a situação, de forma a perceber se seriam capazes de compreender as razões do outro ou o seu ponto de vista. No final, era mostrada toda a sequência de imagens e, neste caso em particular, a empregada tinha chegado atrasada porque tivera uma consulta médica em que lhe era revelado um diagnóstico preocupante e que fez com que a senhora se sentisse arrasada, motivo pelo qual não teve capacidade de ir para o trabalho imediatamente.

No final desta sessão, os utentes voltaram a referir que tinha sido mais divertida, com melhores imagens e exemplos e que gostavam que fossem todas assim. Senti-me bastante à vontade na gestão do grupo, a duração prevista para a sessão foi cumprida, sem interrupções ou desvio do tema inicial.

Sessão 7 – Saltar para conclusões II

Sendo a penúltima sessão, houve a preocupação de relembrar os participantes que só iria haver mais duas sessões e que o programa estava a terminar. Surgiram algumas questões, sobre o que ia acontecer a seguir e se não poderia haver mais sessões. Foi explicado que o programa estava pré-definido para oito sessões, mas que iria haver outras atividades.

Nesta sessão pretendia-se que os utentes: percebessem que é necessário haver um equilíbrio quando são tomadas decisões ou conclusões, que conseguissem avaliar as situações antes de tirar conclusões e que considerassem vários fatores ao tomar uma decisão.

Tendo em conta que este tema já tinha sido abordado, foi reforçada a ideia de que, por vezes, quando se tomam decisões e conclusões precipitadas pode haver consequências sérias, para si próprio e para os outros. Foi proposto um exercício, em que eram mostradas imagens de pinturas/quadros, era questionado ao grupo o que poderiam representar e eles deveriam escolher uma entre as quatro hipóteses apresentadas.

Mais uma vez, os utentes estiveram interessados e participativos, contudo, no final, voltaram a mostrar-se preocupados e até ansiosos com o final das sessões.

Sessão 8 – Autoestima e humor

Este tema criou alguma expectativa junto dos participantes, uma vez que todos se identificaram, sobretudo na questão da autoestima, afirmando que gostavam de melhorar a sua.

Com esta sessão pretendia-se: demonstrar como pensam as pessoas com depressão, mostrar os efeitos da doença mental na autoestima, e partilhar algumas dicas para melhorar a autoestima.

Procurou-se demonstrar que o humor depressivo não é algo pré-definido, nem definitivo e que pode ser melhorado, que os delírios podem ter efeitos na autoestima, e que podemos errar - pois todos cometemos erros, e tal não nos define, nem podemos generalizar ou avaliar uma pessoa pelos seus erros. Foi, ainda, explicado que: certos padrões de pensamento, frequentes em pessoas com doença mental, como por exemplo, comparar-se com os outros, são prejudiciais e podem ser contornados através de algumas estratégias. Vale a pena ter consciência dos pontos fortes e qualidades (e até escrevê-los num caderno), ouvir música, fazer atividades que sejam agradáveis, entre outros.

Coloquei algumas expectativas nesta sessão, devido ao tema e ao interesse demonstrado pelos utentes inicialmente. Contudo, acabou por tornar-se uma sessão em que o grupo esteve menos participativo. Na avaliação final surgiram comentários como: “não tinha exercícios, gosto mais com imagens”, e “tenho pena que seja a última sessão” (sic). De facto, esta sessão foi menos dinâmica por não ter uma componente prática. Mas, acredito que os utentes se apresentavam um pouco ansiosos com o final das sessões e estavam mais dispersos nos seus pensamentos, o que foi notório nas suas intervenções. Tive mais dificuldade em manter a atenção do grupo e assim que terminei as questões centraram-se em o que iria acontecer a seguir e quando iria fazer mais alguma intervenção. Procurei explicar aos utentes que não terminava o estágio de imediato, que ainda iria estar presente mais algum tempo e disponível para realizar mais atividades.

Realizando um balanço, numa fase inicial senti-me apreensiva em relação a como iriam correr as sessões e se os utentes iriam aderir e participar. No entanto, embora a primeira sessão tenha sido um momento de adaptação entre mim e o grupo, à medida que estas foram decorrendo, o interesse e a participação foram crescentes.

É certo que os resultados finais acabaram por ser positivos, em termos quantitativos, através da apreciação da escala de *insight*. Porém, a avaliação da eficácia da implementação do TMC não pode ser assumida, visto que o tempo de estágio foi reduzido e deveria haver uma reavaliação após 6 meses. Ainda assim, foram visíveis resultados no imediato, nomeadamente aqueles que foram sendo registados no final de cada sessão na grelha de avaliação, sobretudo no que respeita à participação/intervenção e ao comportamento (APÊNDICE II).

Outro elemento fundamental que me permitiu uma observação e avaliação mais sistematizada, nomeadamente do estado mental, foi a realização do estudo de caso. Este consiste numa recolha exaustiva e detalhada de informação sobre um utente, neste contexto em particular, com vista a desenvolver um plano de cuidados individualizado e personalizado, que contemple focos e intervenções de enfermagem específicas do EESMP. Segundo a OE (2019), “o estabelecimento do plano de cuidados é baseado no juízo clínico de enfermagem especializada perante a avaliação dos dados e premissas teóricas, é negociado com o cliente e utiliza os diagnósticos e sistemas de classificação internacional para a prática de enfermagem (...) e integra as intervenções mais adequadas para cada diagnóstico” (p.7).

Este estudo de caso foi sobre o Sr. C., um homem de 64 anos, residente há alguns anos naquela insituição e com diagnóstico de esquizofrenia paranóide. A escolha deste utente prendeu-se com o facto de apresentar atividade delirante marcada, de conteúdo místico/religioso e megalómano mas, simultaneamente, ter capacidade cognitiva e de se encontrar disponível para participar em algumas entrevistas. O Sr. C. foi um dos participantes no TMC, tendo-se mostrado motivado e interessado desde o primeiro dia e revelando ter conhecimento sobre os conceitos de metacognição e empatia, por exemplo. No entanto, embora a sua participação tenha sido positiva, o resultado da escala de *insight* de Marková & Berrios, preenchida antes e no final do programa, mostrou a diminuição de 1 ponto. Ou seja, inicialmente o seu *score* era 14 e no final foi 13. Penso que este decréscimo de valor é não significativo, tendo em conta que algumas das questões podem ter diferentes interpretações. Por outro lado, de salientar que uma das diferenças nas respostas do Sr. C. respeita, por exemplo, à questão 3 “estou doente”, em que na primeira avaliação a resposta foi “não” e na avaliação final foi “sim”, o que demonstra uma tomada de consciência da sua situação.

Para além da participação no TMC, realizei algumas entrevistas com o Sr. C., tanto por minha iniciativa, de modo a poder recolher dados e implementar intervenções planeadas no plano de cuidados, como por solicitação do utente. Algumas vezes, este recorria a mim ou a outro enfermeiro, com períodos de ansiedade e atividade delirante marcada. Nestas ocasiões, procurei escutar o utente e mostrar disponibilidade, bem como apelar ao seu lado racional, também bastante presente, de forma a o reorientar para a realidade e o momento presente.

Outro momento chave para intervir junto deste utente foi a preparação semanal da caixa terapêutica. Num dia fixo, estava estipulado um horário para que o utente preparasse a sua caixa de medicação semanal. Esta preparação ocorria sob a supervisão de um enfermeiro, neste caso eu, o Sr. C. consultava a sua folha terapêutica e retirava do *stock* e colocava a medicação nos respetivos compartimentos. Esta atividade mostrou-se importante, pois fomentava a responsabilidade, atenção e destreza do utente, mas também permitia uma observação do comportamento e uma estimulação cognitiva, no sentido de ser parte ativa no seu projeto terapêutico.

Obviamente que as dimensões da pessoa jamais podem ser dissociadas, porém, considero que o facto de me poder focar nos diagnósticos e intervenções específicos do EESMP, foi um elemento facilitador para apurar a capacidade de avaliação do estado mental e investir no desenvolvimento da relação terapêutica.

Acredito que o facto de ter elaborado o estudo de caso de forma estruturada e mediante as várias etapas previstas, foi um importante contributo para estabelecer um paralelismo com a teoria e transpor para a prática os conceitos previamente abordados. De igual forma, contribuiu para facilitar a compreensão da intervenção do EESMP, ajudar a clarificar as suas competências específicas e aplicá-las na prática diária de cuidados.

A implementação do programa de TMC e a elaboração do estudo de caso faziam parte dos objetivos previamente definidos para o estágio. Porém, à medida que o tempo foi avançando, fui criando uma relação com os utentes, percebendo as suas necessidades, e mesmo perante as suas verbalizações, percebi que faria sentido desenvolver outras intervenções - que permitissem não só dar resposta a essas necessidades, mas também englobar um maior número de utentes, que se mostravam interessados em participar em atividades e não estavam integrados no grupo

participante no TMC. Desta forma, o desenvolvimento de uma sessão de relaxamento através de imaginação guiada revelou-se uma intervenção adequada, não só para as necessidades do utentes, mas igualmente por ser uma das intervenções específicas do EESMP e que me permitiria investir nessa área.

De facto, estudos recentes demonstram que a natureza tem um papel importante na saúde e bem-estar, e referem até que despende de algum tempo em espaços ao ar livre, em contacto com a natureza, se apresenta como uma intervenção eficaz no controlo dos sintomas de ansiedade (Nguyen & Brymer, 2018). Porém, existem algumas limitações na aplicação desta intervenção, uma vez que tal nem sempre será possível e em alguns contextos se torna desafiante; como por exemplo, nos centros urbanos ou num *setting* terapêutico instalado numa sala de um edifício, sem acesso ao ar livre. Neste sentido, a imaginação guiada surge como uma intervenção eficaz, que pode ajudar a ultrapassar a limitação no acesso ao exterior e natureza, sendo facilmente acessível e com um reduzido custo-benefício. Esta técnica visa uma diminuição da ansiedade, levando a um estado de relaxamento através de processos mentais. Se a este processo for adicionado o factor ambiental, relacionado com a natureza, a sua eficácia demonstra ser ainda maior (Nguyen & Brymer, 2018).

A imaginação guiada envolve uma orientação externa, com vista a permitir a geração interna de imagens que invocam experiências multissensoriais, desencadeando respostas comportamentais e fisiológicas. Segundo Nguyen & Brymer (2018), a imaginação guiada pode ser utilizada para incentivar efeitos emocionais e físicos desejados, nomeadamente um estado de relaxamento. Estudos têm demonstrado que, em algumas circunstâncias, os eventos que ocorrem durante a imaginação guiada são experienciados como eventos reais. Tal pode acontecer uma vez que há evidência de que as imagens mentais visuais e a percepção visual compartilham representações semelhantes e são processadas de forma idêntica (Nguyen & Brymer, 2018).

Considerando a atual situação pandémica, e a consequente impossibilidade de os utentes saírem da Unidade, que resultou na manifestação de sinais e sintomas de ansiedade, o relaxamento através da imaginação guiada constituiu-se como uma intervenção pertinente, cujo benefício terapêutico se encontra comprovado e recomendado. Com esta intervenção pretendi proporcionar um momento de relaxamento e escape aos utentes, sendo que estes se mostraram bastante recetivos

e entusiasmados. Participaram sete utentes e a avaliação da sessão foi feita em diferentes perspetivas: foi efetuada uma avaliação da frequência cardíaca antes e no final sessão, que permitiu comprovar uma ligeira redução da mesma na maioria dos utentes, compatível com uma redução da ansiedade. Foi efectuada uma observação dos utentes durante a sessão, que permitiu perceber como estes se comportavam, constatar que alguns acabaram por adormecer e permitiram-se a relaxar, tendo apenas um utente permanecido em estado de “alerta”. E, por fim, foi entregue um questionário de avaliação dos resultados por parte dos utentes, em que estes responderam como se tinham sentido e qual o efeito da sessão em si próprios. Mais uma vez, apenas um utente referiu dificuldade em relaxar, enquanto os restantes afirmaram sentir-se menos ansiosos.

Em suma, este estágio permitiu-me ter um primeiro contacto profissional, enquanto mestranda, com pessoas com doença mental. Mostrou-se bastante enriquecedor pois, tal como referi anteriormente, foi uma excelente oportunidade para investir no desenvolvimento da relação terapêutica com alguns dos utentes, devido à sua duração e à possibilidade de estar disponível e empenhada. De igual forma, permitiu-me consolidar na prática alguns conceitos teóricos previamente abordados, em particular aqueles que se relacionam diretamente com a prática do EESMP. Enfatizo a implementação do programa de TMC, bem como a tomada de consciência de mim mesma e dos meus comportamentos e atitudes, enquanto pessoa e profissional.

2.2 Contexto comunitário

O estágio decorreu entre 23/02/2021 e 23/04/2021, numa Residência de Treino de Autonomia (RTA), que corresponde a uma etapa de maior autonomia dos utentes, ou seja, a uma fase de adaptação a um contexto de reinserção social, cujo objetivo é estimular a independência dos utentes e onde a vigilância não é tão próxima como no internamento. Existia uma EESMP que avaliava os utentes periodicamente e fazia o acolhimento na admissão, mas que não se encontrava em permanência. Havia duas monitoras, que desenvolviam algumas atividades com os utentes, e que se encontravam presentes de segunda-feira a sábado, entre as 8h e as 22h; no restante horário, eram os utentes que geriam a residência, tendo apoio de enfermagem de uma unidade de internamento, se necessário. Existia um professor de educação física, que

programava atividade física com os utentes e definia um plano de treino que era supervisionado pelas monitoras, três vezes por semana. Havia ainda a terapeuta ocupacional, responsável pelas reuniões comunitárias, pela referenciação de utentes para outras unidades e reinserção na comunidade, e também pelo desenvolvimento de atividades estruturadas.

Esta residência encontrava-se inserida na RNCCISM, em funcionamento piloto desde 2018. Na RTA, o limite máximo de permanência é de um ano, sendo expectável a reintegração na comunidade findo o projeto, no entanto, pode haver prorrogações quando necessário, com autorização da RNCCISM.

A patologia dominante era a psicose esquizofrénica, porém, encontrava-se a participar no projeto uma utente com diagnóstico de perturbação bipolar. Esta residência tinha capacidade para sete utentes e era mista; na altura, tinha cinco homens e duas mulheres. Um destes utentes já se encontrava no programa há cerca de 2 anos, uma vez que devido à situação de pandemia por SARS-CoV-2, o período de permanência foi sendo prorrogado; três utentes estavam na residência há cerca de 1 ano, um há 3 meses e os restantes dois entraram durante o meu período de estágio. Este projeto tem apresentado resultados positivos desde que foi implementado, contribuindo para a reinserção social de algumas pessoas com doença mental. Porém, o tempo de permanência tem sido superior ao previsto, na maioria dos casos, devido à dificuldade em inserir os utentes no mercado de trabalho e conseguir rendimentos que lhes permitam viver autonomamente. Na RTA, a EESMP tinha intervenção no âmbito da consulta de enfermagem, nomeadamente, na admissão de utentes, na adesão à terapêutica e no treino de autonomia.

2.2.1 Atividades realizadas no contexto comunitário

Após um primeiro momento de estágio, já existia alguma confiança nas intervenções desenvolvidas junto dos utentes e algum conhecimento dos mesmos. Embora o tipo de utentes e a atuação destes fosse diferente, o facto de permanecer na mesma instituição psiquiátrica foi um elemento facilitador, pois já me encontrava familiarizada com o espírito e a missão da mesma.

Comecei com alguns momentos de interação com os utentes e integração na equipa. Procurei identificar eventuais necessidades de intervenção na residência, bem como perceber junto dos utentes que atividades poderia ser útil desenvolver e que os motivariam. Foi nesta etapa que senti alguma dificuldade como enfermeira e até como pessoa. Procurei abordar os utentes diretamente, questionando os seus interesses e se havia alguma atividade em particular que gostassem de realizar e também de forma indireta, através de entrevistas informais, tanto em grupo como individualmente. As respostas que obtive foram sempre muito vagas e reveladoras, até, de algum desinteresse. Sabia que era um elemento novo e que ainda não havia uma relação estabelecida com os utentes de modo que eles estivessem habituados à minha presença ou a confiar em mim, porém o que senti foi que existia uma inércia da parte dos mesmos e que tinham renitência em prescindir dos seus momentos de descanso. Mesmo quando abordados sobre as suas motivações ou perspetivas de futuro apresentavam-se reservados e com pouco interesse.

Inicialmente, este comportamento/postura foi um choque e senti-me frequentemente frustrada, porque achava que não ia conseguir incentivar os utentes ou desenvolver alguma atividade. Por outro lado, fiquei preocupada com a desesperança que estas pessoas me mostraram e como seria o seu futuro, visto que se encontravam numa residência de treino de autonomia, com vista a reinserção social e a promoção de uma vida autónoma e independente.

Partilhei esta inquietação com a Enfermeira Orientadora, no sentido de me ajudar a perceber melhor a situação e também encontrar possíveis estratégias para conseguir lidar com a mesma e, de alguma forma, ajudar os utentes e motivá-los a contribuir para o seu processo terapêutico. A discussão com a Enfermeira foi importante, pois permitiu-me perceber que este grupo de utentes requeria uma abordagem mais proativa da minha parte, no sentido de os estimular e motivar, e também permitiu-me definir atividades mais direcionadas para o futuro próximo, com a perspetiva de reinserção social e reintegração na comunidade. De igual modo, procurei investir mais no estabelecimento de uma relação terapêutica com estes utentes, de forma a conhecê-los melhor e poder desenvolver diferentes intervenções.

Refletir sobre este tema e fazê-lo de forma sistematizada foi de extrema importância, uma vez que foi algo que me preocupou numa fase inicial do estágio, deixando-me frustrada e a questionar as minhas competências relacionais, bem como a capacidade

de levar a cabo o projeto definido. Acredito que este processo contribuiu para a minha formação, para a estimulação do pensamento crítico e a capacidade de me adaptar a diferentes situações que, embora no mesmo âmbito, requerem diferentes abordagens.

A implementação do programa de TMC foi igualmente um momento que me levou a procurar estratégias de forma a dinamizar o grupo pois, embora os utentes participassem, requeriam uma maior estimulação e uma abordagem direta, colocando questões a cada um, de forma a compreender a sua perceção sobre os temas abordados. Esta foi também uma adaptação da minha parte, que exigiu criatividade e motivação.

Tal como no estágio anterior, o TMC decorreu em oito sessões, com a frequência de duas por semana, sempre que possível. As sessões foram realizadas na sala de estar da residência. No início das sessões foi pedido aos participantes que verbalizassem as suas expectativas relativas ao tema e também o que se lembravam da sessão anterior. No final, foi solicitado que fizessem uma avaliação da sessão, numa escala de 0 a 10. Foi igualmente elaborada uma grelha de avaliação dos utentes durante a sessão, preenchida por mim, incluindo itens como: participação, linguagem e comportamento.

Inicialmente foram incluídos os cinco utentes que se encontravam na RTA, os quais cumpriam os critérios de presença de atividade delirante e capacidade cognitiva para participar. Posteriormente, foram admitidos na RTA dois novos utentes, os quais acabaram por ser também incluídos no TMC, a partir da quinta sessão. Ambos cumpriam os critérios de inclusão e, embora não tivessem participado desde início, mostraram-se motivados e interessados, acabando por ser uma mais valia para o grupo.

Na primeira entrevista com os utentes procurei conhecê-los um pouco melhor e também solicitar que preenchessem a escala de *insight*. Desde logo chamou-me a atenção o facto de os *scores* obtidos terem sido inferiores ao que tinha expectado, sobretudo em comparação com aqueles obtidos no internamento. Houve 3 utentes com uma pontuação de 7, um com 8 e um com 19. Na avaliação final, um dos utentes manteve a pontuação de 7, enquanto os restantes diminuíram os seus *scores* entre 1 e 2 pontos (APÊNDICE III). Tendo em conta que estes utentes se encontram numa fase de reinserção social e comunitária, são mais autónomos e independentes e se prevê que o seu quadro clínico esteja estabilizado, o expectável seria que houvesse

um grau de *insight* mais elevado. Porém, tal não se verificou através da escala, o que reforça a ambiguidade da formulação de algumas das questões - umas até pela negativa, que podem gerar diferentes interpretações e condicionar alguns resultados.

Na implementação do TMC, as sessões iniciais revelaram-se um desafio, devido à reduzida participação dos utentes. Foi necessário questioná-los diretamente para participarem nos exercícios previstos. Ainda assim, estes referiam que se identificavam com os exemplos dados e que eram temas que lhes faziam sentido no seu dia a dia. No final de cada sessão foi disponibilizado tempo para questões e esclarecimento de dúvidas, porém os utentes raramente usufruíram deste momento, ausentando-se de imediato. Numa destas vezes, um utente, o Sr. P., que era o mais reservado do grupo, aproximou-se e disse-me que se tinha identificado muito com aquela sessão. Considero que as sessões se tornaram mais dinâmicas a partir da quinta, altura em que os novos utentes começaram a participar. Estes utentes eram mais jovens e mais extrovertidos, o que acabou por levar a que fossem mais participativos e, de certa forma, a motivar os restantes.

Ao longo destas sessões os meus sentimentos eram ambivalentes. Por um lado, sentia-me satisfeita por poder implementar o TMC e sabia que os utentes tinham capacidade para o mesmo. Por outro, foi inevitável estabelecer uma comparação com o estágio anterior e sentir que era mais difícil motivar estes utentes e, por vezes, a mim própria.

De entre as sessões, gostaria de destacar a terceira sessão “mudar crenças”, uma vez que foi aquela em que houve uma maior participação dos utentes, sendo também aquela com que mais se identificaram, segundo as suas palavras, “eu também penso assim” (sic). Pretendia-se que os utentes considerassem várias hipóteses antes acreditar cegamente em algo e que procurassem o máximo de informação antes de chegar a uma conclusão. Foi explicada a importância de ver várias perspetivas e posteriormente foram colocados exercícios em que eram mostradas sequências de imagens, começando pela imagem final. Pretendia-se que, mediante aquela imagem, os participantes fossem capazes de identificar a situação que estava a acontecer. Eram fornecidas hipóteses e, progressivamente, iam sendo reveladas as imagens anteriores, ou seja, o início do acontecimento. Pelo menos três dos utentes revelaram de imediato que se identificavam com este tipo de pensamento e que, muitas vezes, quando acreditavam em algo ou imaginavam que seria de determinada forma, tinham

muita dificuldade em ver outras opções. Um dos utentes deu um exemplo pessoal, em que acreditou que os vizinhos lhe desejavam mal, por serem de uma cultura diferente, e sempre que se cruzava com alguém dessa cultura, acreditava que todas essas pessoas o odiavam.

Como era apenas a terceira sessão e ainda sentia alguma dificuldade em interagir com o grupo, acabei por me apoiar nos exemplos fornecidos no TMC e procurar estabelecer um paralelismo com os exemplos dos utentes. De alguma forma foi importante poder contar com a presença da monitora da RTA que, embora não fosse enfermeira, tinha uma maior conhecimento sobre os utentes e estes acabavam por se sentir confortáveis na sua presença.

Embora estes momentos tenham sido desafiantes, considero que foram igualmente excelentes momentos de aprendizagem, já que nem sempre podemos tomar por garantido ou controlar o que vai acontecer e, por vezes, é necessário ajustar as expectativas e trabalhar com os elementos e condições que temos disponíveis.

Para além dos desafios, existiram também momentos em que foi mais fácil aproximar-me dos utentes e que se mostraram enriquecedores, revelando a essência daquelas pessoas e provando que, por vezes, com intervenções simples, conseguimos obter grandes resultados. Um destes exemplos foi a terapia de reminescência, desenvolvida através da atividade de “discos pedidos”. Mostrou-se pertinente após uma reunião comunitária, em que os utentes verbalizaram a sua necessidade de se exprimirem através de música. Esta atividade consistiu em colocar uma plataforma digital, operada por mim, ao serviço dos utentes, em que estes iam pedindo para serem reproduzidas as canções que preferissem. Aquando da escolha, foi possível verificar as emoções e sentimentos que estas músicas invocavam em cada um e foi questionado que memórias lhes traziam. Espontaneamente os utentes libertaram-se, começando a cantar, dançar e falando sobre si, mencionando aspetos que de outra forma, provavelmente, não seriam abordados. Esta atividade potenciou a relação terapêutica e permitiu criar uma maior proximidade com os utentes.

Neste estágio elaborei também um estudo de caso, sobre a Sr.^a N., de 46 anos, com diagnóstico de esquizofrenia e que se encontrava na RTA há cerca de um ano. Após as entrevistas iniciais, optei por realizar o estudo de caso sobre esta utente, por apresentar uma história de vida e de doença complexa e que me iria desafiar na elaboração do plano de cuidados, bem como na comunicação. Nas primeiras

entrevistas foi, de facto, difícil seguir um fio condutor, devido ao discurso circular e redundante da utente. Foi necessário encontrar estratégias que permitissem ultrapassar este impasse, nomeadamente, a simplificação das questões, tornando-as de resposta fechada e fazer entrevistas mais curtas. Procurei disponibilizar algum tempo para escutar a Sr.^a N. e, posteriormente, motivá-la e direccionar a sua atenção para o momento presente, bem como para perspetivar o futuro próximo e o seu projeto de vida a curto/médio prazo. Considero que foi desafiante elaborar este estudo de caso, porém foi igualmente gratificante e um importante contributo para o meu processo de aprendizagem e para o investimento em técnicas e estratégias de comunicação.

Embora não tenha sido possível planear e desenvolver mais intervenções com os utentes, tive a oportunidade de participar em algumas atividades promovidas pela equipa multidisciplinar. Como, por exemplo, a atividade física, em que havia um plano de exercícios elaborado pelo professor de educação física e que, habitualmente, eram as monitoras as responsáveis por coordenar e garantir que os utentes participavam e cumpriam três vezes por semana. Esta atividade consistia em executar alguns exercícios simples e respetivas repetições, nomeadamente aquecimento, agachamentos, flexões, subida e descida de escadas, entre outros. Em algumas ocasiões pude coordenar os utentes nesta atividade, sendo particularmente desafiante motivá-los a movimentarem-se. Porém, acabava por ser um momento divertido e de descontração, pois um dos utentes colocava música de dança no *tablet*. Senti também que a minha presença, e o facto de exemplificar os exercícios, se tornaram fatores motivadores para os utentes e foram facilitadores da minha relação com os mesmos.

Outra atividade em que tive oportunidade de participar foi nas sessões de relaxamento realizadas pela terapeuta ocupacional, que ocorriam duas vezes por semana, no *atelier*. Esta sala localizava-se num edifício distinto da residência, com mais espaço e possibilidade de colocar colchões no chão. A técnica executada era o relaxamento de Jacobson. Revelou-se muito interessante observar a forma como os utentes se mostravam motivados e participavam nesta sessão, sendo que executavam todas as etapas corretamente e, aparentemente, ficavam mais relaxados no final.

3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Ao longo deste percurso académico perspetivou-se o desenvolvimento de competências específicas do EESMP, mas também das competências comuns do Enfermeiro Especialista e as inerentes ao grau de Mestre. Para este processo foi um importante contributo a realização do estágio em diferentes contextos, e todas as oportunidades de aprendizagem que este proporcionou, nomeadamente a relação com os utentes, as reuniões comunitárias e multidisciplinares, as reuniões com as Enfermeiras Orientadoras e Professora Orientadora e as orientações tutoriais.

Tal como referido anteriormente, a obtenção de um grau académico implica que seja alcançado um patamar previamente definido, neste caso segundo os descritores de Dublin para o grau de Mestre. Considero que este relatório, em particular, e a frequência do curso de mestrado, no geral, me permitiram atingir os mencionados descritores, salientando a comunicação, que foi um aspeto largamente trabalhado e desenvolvido ao longo destes dois anos, e no qual consigo perceber uma maior evolução, sobretudo pela tomada de consciência dos meus comportamentos, atitudes e linguagem não verbal. Mas também pela capacidade de compreender, aprofundar e mobilizar conhecimentos, não só previamente abordados, mas também novos conhecimentos, de forma fundamentalmente autónoma.

Por último, a tomada de decisão, que nem sempre é fácil de aplicar na prática, mas com a qual fui confrontada algumas vezes, e que acredito ter sido outro dos aspetos para os quais este mestrado contribuiu francamente.

É fundamental que o enfermeiro especialista e mestre saiba rentabilizar as oportunidades de aprendizagem, demonstrando capacidade de iniciativa e raciocínio crítico na análise de situações e/ou contextos inesperados (Regulamento nº429/2018 de 16 de Julho; Regulamento nº140/2019 de 6 de Fevereiro). Esta rentabilização assenta na variabilidade crescente dos contextos nos quais se espera que o profissional intervenha, isto é, que seja capaz de utilizar eficazmente os saberes promovendo a resolução de problemas e encarando as situações num todo e não de forma singular (Le Boterf, 2008).

Neste relatório encontram-se descritas as atividades que foram realizadas, com o intuito de dar resposta aos objetivos definidos, sendo que estes se encontram

alinhados com as competências específicas do EESMP. No entanto, neste capítulo, pretendo explicitar de forma individualizada cada uma destas competências específicas e como considero que foram desenvolvidas. De acordo com Benner (2001), o contexto mostra-se importante para a percepção de uma situação e torna-se particularmente importante o enfermeiro consolidar, alargar e aperfeiçoar habilidades, principalmente quando se assumem novos papéis. Uma vez que este desenvolvimento de competências é influenciado pelo contexto, o enfermeiro deve mobilizar todas as ferramentas e basear a sua aquisição de competências na experiência e em sólidas bases científicas e pedagógicas

Relativamente à primeira competência como EESMP **“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”** (OE, 2018, p. 21427), foi talvez a competência com mais enfoque ao longo de todo o curso, trabalhada desde o primeiro momento, logo na apresentação, e também aquela que se manteve em permanente desenvolvimento. O autoconhecimento não é um processo estanque, que se consiga atingir, pois resulta de uma avaliação, reflexão e introspeção contínuas, inerentes ao dinamismo que é a evolução e crescimento do enfermeiro, enquanto pessoa e profissional. Considero que hoje tenho uma maior consciência de mim, não obstante a certeza de que existe e sempre existirá um caminho a percorrer.

Numa fase inicial do estágio, o meu receio prendia-se com as reações que poderia ter ou as expressões faciais que poderiam ser observadas quando os utentes se dirigissem a mim e partilhassem as suas experiências ou verbalizassem algum conteúdo de conversa mais embaraçoso ou inesperado. O facto de nos encontrarmos em contexto de pandemia e o uso de máscara ser obrigatório de forma permanente, acabou por me tranquilizar de alguma forma, uma vez que parte da expressão facial se encontrava escondida, embora o olhar fosse facilmente observável. Porém, isso não foi justificação - nem desculpa - para que não tomasse consciência da minha linguagem não verbal, bem como dos sentimentos e emoções que certas partilhas por parte dos utentes me suscitavam. Acredito que foram um importante contributo as reflexões críticas, utilizando o ciclo reflexivo de Gibbs, pois permitiram que refletisse, de forma sistematizada, sobre alguns episódios que foram ocorrendo, e também me levaram a procurar suporte teórico para avaliar as situações e poder encontrar

estratégias para melhorar a minha intervenção. Inerente a estas reflexões houve sempre uma orientação presente e construtiva, por parte das orientadoras clínicas, que me permitiu discutir e analisar cada uma das situações conforme estas foram ocorrendo.

À medida que o estágio foi avançando e ao realizar mais intervenções e entrevistas com os utentes, fui sentindo mais confiança em mim, com um discurso mais seguro e assertivo. Sendo a assertividade um dos aspetos que assumi trabalhar desde o início do curso, o facto de realizar várias sessões junto dos utentes permitiu-me, precisamente, desenvolver este tipo de comunicação. Estas sessões requeriam que fosse capaz de manter o foco do grupo, bem como direccionar as intervenções de cada um dos participantes para o tema abordado, o que nem sempre foi fácil, mas considero que fui bem-sucedida e senti que o objetivo fora cumprido após cada sessão.

Ao tomar consciência das minhas emoções, à medida que estas iam surgindo, penso ter sido um importante contributo para o autoconhecimento, mas também para poder acolher o outro nas suas vivências e sofrimento, trazendo experiência pessoal e profissional, que permitiu nortear a minha forma de agir. A capacidade de lidar com estas emoções permitiu-me integrar novas experiências, o que contribuiu para a prestação de cuidados diferenciados, mas também para perceber que a pessoa que sou não pode ser dissociada da enfermeira que presta cuidados e que por vezes possam ocorrer alguns fenómenos de contratransferência. Uma vez iniciado este processo, ou seja, a tomada de consciência na relação com o outro, apercebi-me que esta passou a fazer parte do meu dia a dia, não apenas em estágio, o que se repercutiu em algumas mudanças no meu contexto profissional e até pessoal.

Para a aquisição da segunda competência – **“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”** (OE, 2018, p. 21427), concorreram várias atividades, no entanto, importa destacar que, para haver uma intervenção adequada e personalizada do EESMP, é fundamental uma correta apreciação do cliente e as suas circunstâncias. Assim, as entrevistas que tive oportunidade de realizar, com diferentes utentes, tanto no contexto de internamento como comunitário foram uma mais-valia. Paralelamente a estas entrevistas destaco a avaliação do estado mental, de forma sistematizada, bem como a aplicação de diferentes instrumentos de avaliação, como a Escala de *Insight* de Marková & Berrios.

Como já foi previamente mencionado, de acordo com a Teoria de Peplau, o facto de enfermeiro e utente interagirem é, por si só, um veículo de crescimento e desenvolvimento para ambos, fomentando a relação terapêutica. Ao longo do estágio foi encorajador perceber a minha evolução ao longo das fases da relação descritas por Peplau – orientação, identificação, exploração e solução. Por outro lado, considero que fui assumindo diferentes papéis descritos por esta teórica de enfermagem, de acordo com as diferentes situações e etapas do estágio. Gostava de salientar o “papel de professor”, na partilha de conhecimentos e vários momentos de psicoeducação; “líder” – na programação e dinamização das sessões desenvolvidas, mantendo a motivação do grupo; e, por fim, “especialista técnico” – ao programar e desenvolver intervenções diferenciadas e específicas do EESMP, como o TMC.

Para alcançar a terceira competência – **“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”** (OE, 2018, p. 21427), foi relevante o contexto comunitário, nomeadamente a interação com a equipa multidisciplinar, que permitiu compreender a forma como decorre o processo de referenciação e integração dos utentes na comunidade. Tive oportunidade de visitar uma residência autónoma, ou seja, uma residência protegida, ao abrigo da RNCCISM, que permite que os utentes tenham uma vida autónoma e sejam responsáveis por gerir o seu dia a dia. Esta residência pode receber utentes referenciados da RTA onde me encontrei a estagiar, mas também que sejam referenciados de outras estruturas. Ressalvo o papel do EESMP nesta residência, que embora não faça visitas frequentes, acaba por ser um técnico de referência e apoio a esta estrutura e uma figura acarinhada pelos utentes.

De igual forma, participei na admissão de dois utentes à RTA, o que me permitiu acompanhar o seu processo desde o início e observar a sua evolução ao longo de algumas semanas. Infelizmente, o tempo de estágio não foi suficientemente longo de forma a me permitir participar em todo o processo, até ao momento da saída da RTA e acompanhamento no projeto de vida futuro. No entanto, consegui realizar algumas entrevistas informais aos utentes, que me permitiram perceber se tinham um plano definido para o seu futuro e incentivá-los a refletir sobre isso.

As oportunidades que pude experienciar foram bastante enriquecedoras, pois contribuíram para clarificar e solidificar o papel do EESMP na comunidade e a sua

relevância ao longo de todo o processo de reinserção social e comunitária. Destaco a articulação e colaboração que observei entre as diferentes estruturas e a forma como contribuem para um acompanhamento em proximidade dos utentes.

Por último, a quarta competência – **“Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”** (OE, 2018, p. 21427). Como tem vindo a ser descrito ao longo do relatório, foram desenvolvidas várias atividades no âmbito psicoeducativo, salientando o TMC. Através da elaboração dos estudos de caso, foi também estruturado um plano individualizado para os utentes em causa, onde foram programadas e desenvolvidas intervenções psicoterapêuticas.

Todos os momentos ao longo deste percurso concorreram para o desenvolvimento das quatro competências específicas do EESMP, mas também para um crescimento pessoal e profissional. Sendo este um processo dinâmico, e não estanque, sei que esta aprendizagem será contínua e estará presente ao longo do meu percurso futuro, tendo por base a comunicação e relação terapêutica, as ferramentas de excelência do EESMP.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaco a multiplicidade de experiências que este estágio me proporcionou, logo à partida pelo contacto com uma realidade diferente daquela que vivencio no meu dia a dia. Paralelamente, a oportunidade que tive de prestar cuidados a diferentes pessoas, cada uma com o seu contributo único e enriquecedor; a partilha com os diferentes profissionais de saúde, em particular as enfermeiras especialistas/orientadoras, mas também os enfermeiros de cuidados gerais peritos nesta área, com a sua experiência prática, que me permitiram participar num cuidado digno e individualizado à pessoa com doença mental, assente na filosofia tão própria e tão única como a que se vive naquela Instituição.

Esta aprendizagem decorreu sob supervisão, que me estimulou e promoveu o meu crescimento, enquanto enfermeira e enquanto pessoa. Inicialmente com alguns receios e inseguranças, que se foram dissipando à medida que foi sendo estabelecida uma relação de confiança com as orientadoras, permitindo que houvesse uma reflexão sobre a prática e uma tomada de consciência da minha atuação e do potencial das intervenções que vinha a desenvolver.

Estes contributos foram fundamentais para o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa com doença mental. Assim, vale a pena referir que a competência não se resume a um estado ou um conhecimento específico, mas implica saber “mobilizar conhecimento, habilidades, comportamentos e modos de pensar, numa determinada situação” (Le Boterf, 2008, p.21).

Importa referir que o contexto de pandemia foi um fator condicionante de todo este percurso, desde a elaboração do projeto até à sua execução em estágio, não descurando as múltiplas atividades que se encontravam em *standby* e acabaram por limitar esta experiência. Acredito que algumas intervenções ficaram por fazer e algumas interações ficaram por acontecer, o que incita ainda mais a vontade de poder investir na área da saúde mental e dar continuidade a tudo aquilo que ficou pendente.

Será desafiante poder dar continuidade a este trabalho na área da oncologia, em particular em hematologia, onde atualmente exerço a minha prática de cuidados, no entanto, acredito que o trabalho desenvolvido não se esgota no TMC e que este estágio foi muito mais do que a implementação do mesmo. Fazendo uma analogia, a

implementação do TMC correspondeu à ponta do icebergue daquilo que foram as competências desenvolvidas e é apenas uma das múltiplas intervenções diferenciadas do EESMP. Pelo que, considero que possuo agora um conjunto de ferramentas, nomeadamente comunicacionais e relacionais, que me permitirão prestar cuidados especializados e fazer a diferença nos cuidados ao doente hematológico.

Como o trabalho a desenvolver não se resume a um único EESMP, gostaria de poder desenvolver um projeto no serviço onde trabalho, que me permitisse criar uma intervenção estruturada ao doente hematológico, em colaboração com a equipa de enfermagem, mas também em articulação com a equipa de psiquiatria/psicologia, sendo que este apoio é parco face às necessidades existentes. Porém, este será um projeto a discutir futuramente, que carece ainda de definição e estrutura.

Mediante os objetivos definidos e tendo em conta os contextos onde fiz estágio, considero que a abordagem a pessoas com esquizofrenia se mostrou pertinente e um importante contributo para o desenvolvimento de competências específicas do âmbito da EESMP. Ao usufruir da possibilidade de estagiar na mesma instituição, tanto em contexto de internamento como comunitário, beneficiei da oportunidade única de acompanhar utentes em fases distintas do processo de reabilitação.

Na Unidade de internamento de apoio moderado, tive oportunidade de encontrar utentes maioritariamente funcionais, em longo internamento, numa etapa pré-reinserção social, em que o foco foi a estimulação cognitiva/metacognitiva e a capacitação social, e na RTA foi possível acompanhar o processo de autonomização e inserção social, bem como o acolhimento de utentes a iniciar o programa. Tendo em conta as características destes utentes, creio que o projeto de estágio se mostrou adequado e útil no contexto e, simultaneamente, enriquecedor a nível pessoal, uma vez que a minha experiência em psiquiatria era limitada e beneficiei deste estágio como uma oportunidade de desenvolver competências, não só enquanto EESMP, mas também subjacentes ao grau de mestre.

Como nota final, considero que a elaboração deste relatório se mostrou um projeto, por si só, de difícil execução e desenvolvimento, uma vez que traduzir num documento as competências desenvolvidas de forma estruturada e passível de serem reconhecidas, foi um desafio singular. No entanto, e em retrospectiva, mostrou-se

enriquecedor e uma forma única e individual de espelhar o trabalho desenvolvido ao longo de cerca de um ano

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2014). DSM-5 – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5ª edição). Porto Alegre: Artmed Editora

Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Coimbra: Quarteto editora

Cambridge University Press (2021). Cambridge Dictionary. Disponível em: <https://dictionary.cambridge.org/pt/dicionario/ingles-portugues/insight>

Cardoso, A. M.P. (2008). O *insight* em psiquiatria. *Fractal: revista de psicologia* 20 (2), 347-356 DOI: [10.1590/S1984-0292200800020000](https://doi.org/10.1590/S1984-0292200800020000)

Chalifour, J. (2009). A intervenção terapêutica - estratégias de intervenção (vol 2). Loures: Lusodidacta

Conselho Nacional de Saúde, relatório (2019). Sem mais tempo a perder - saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa Disponível em: <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>

Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Regulamento nº 140/2019. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Direção-Geral da Saúde (2013). Portugal – saúde mental em números 2013. Lisboa Disponível em: http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2015/01/SaudeMentalemnumeros_2013.pdf

Eichner, C., Berna, F. (2016). Acceptance and efficacy of metacognitive training (MCT) on positive symptoms and delusions in patients with schizophrenia: a meta-analysis taking into account important moderators. *Schizophrenia Bulletin*, 42(4), 952-962 DOI: [10.1093/schbul/sbv225](https://doi.org/10.1093/schbul/sbv225)

Giotakos O. (2017). Poor insight and psychosis. *Psychiatriki* 28(4):332-341. DOI: [10.22365/jpsych.2017.284.332](https://doi.org/10.22365/jpsych.2017.284.332)

Joint Quality Initiative (2004). Shared 'Dublin' descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards Disponível em: https://www.uni-due.de/imperia/md/content/bologna/dublin_descriptors.pdf

Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Grebb, J.A. (2003). Compêndio de psiquiatria – ciências do comportamento e psiquiatria clínica (7ª edição). Porto Alegre: Artmed editora

Le Boterf, G. (2008). Repenser la compétence. Paris: Eyrolles

Liu, Y. et al (2018). The efficacy of metacognitive training for delusions in patients with schizophrenia: a meta-analysis of randomized controlled trials informs evidence-based practice. *Worldviews on evidence-based nursing*. 15 (2), 130-139 DOI: [10.1111/wvn.12282](https://doi.org/10.1111/wvn.12282)

Miguel, A. H., Ruiz, M.D.M. (2020). *Mindfulness* e saúde mental. In Sequeira, C. (coord.), Sampaio, F. (coord.), *Enfermagem em saúde mental – diagnósticos e intervenções* (pp263-268). Lisboa: Lidel

Moritz, S., Woodward, T.S. & Rocha, N.B. (2017). Treino metacognitivo para psicose (MCT), versão portuguesa 6.3 (tradução e adaptação portuguesa por Nuno Rocha, Cristina Queirós, Susana Rocha & Susana Pereira). Disponível em: <https://clinical-neuropsychology.de/mct-psychosis-manual-portuguese/>

Nguyen, J., Brymer, E. (2018). Nature-Based Guided Imagery as an Intervention for State Anxiety. *Front. Psychol.* 9:1858.

Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.01858/full>

Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrão de documentação enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

Peplau, H. E. (1990). Relaciones interpersonales en enfermeira. Barcelona: Salvat Editores, S.A.

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

Pinho, L. M. et. Al (2019). A randomized controlled trial to evaluate the efficacy of metacognitive training for people with schizophrenia applied by mental health nurses: study protocol. *J adv nurs.* 76, 356-363 DOI: [10.1111/jan.14240](https://doi.org/10.1111/jan.14240)

Regulamento Nº 515/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª série – nº 151 – 7 de agosto de 2018, 21427-21430 Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Risco, R. P. (2019). *Aplicación individual de un programa de entrenamiento metacognitivo en un caso de esquizofrenia paranoide* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Jaén – Facultad de humanidades y ciencias de la educación, Jaén, Espanha

Disponível em: <https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/11745/1/TFM-Raquel-Paz-Risco.pdf>

Sampaio, F., Pinho, L.G., Sequeira, C., Ferré Grau, C. (2020). Treino metacognitivo. In Sequeira, C. (coord.), Sampaio, F. (coord.), *Enfermagem em saúde mental – diagnósticos e intervenções* (pp228-231). Lisboa: Lidel

Santos, S. S. C., Nóbrega, M. M. L. (1996). Teoria das relações interpessoais em enfermagem de Peplau: análise e evolução. *R. bras. enferm.*49 (1), 56-64 DOI: [10.1590/S0034-71671996000100007](https://doi.org/10.1590/S0034-71671996000100007)

Sequeira, C., Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental diagnósticos e intervenções*. Lisboa: Lidel

Silva, V.A.H., Seabra, P.R.C. (2018). Estimulação cognitiva em pessoas com doença mental na comunidade: revisão integrativa. *Revista brasileira de enfermagem* 73(1) DOI: [10.1590/0034-7167-2018-0192](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0192)

Silva, M., Araújo, O., Sousa, L., Sampaio, F., Sequeira, C. (2020). Cognição. In Sequeira, C. (coord.), Sampaio, F. (coord.), *Enfermagem em saúde mental – diagnósticos e intervenções* (pp125-127). Lisboa: Lidel

Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica – conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* (6ª edição). Loures: Lusociência

Vanelli, I. et al (2010). Adaptação para português da escala de insight de Marková e Berrios. *Acta Med Port.* 23(6), 1011-1016 Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/748/425>

Vieira, J. (2013). Reabilitação cognitiva na esquizofrenia. *Psilogos*. 11(2), 22-42

Disponível em:

http://www.psilogos.com/Revista/Vol11N2/Indice15_ficheiros/Reabilitacao%20cognitiva.pdf

World Health Organization (2018). Mental Health: strengthening our response.

Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Zalzala, A. et. al (2019). Metacognitive training (MCT) to improve insight and work outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin of Oxford University Press*, USA, 299-300 DOI: [10.1093/schbul/sbz018.533](https://doi.org/10.1093/schbul/sbz018.533)

ANEXOS

**ANEXO I – ESCALA DE *INSIGHT* DE MARKOVÁ & BERRIOS (ADAPTADO DE
VANELLI ET. AL, 2010)**

Escala de *insight* de Marková e Berrios (adaptado de Vanelli et al, 2010)

Leia as frases seguintes e responda **Sim** ou **Não**

É a sua opinião e não existem repostas certas ou erradas.

	Sim	Não
1. Sinto-me diferente do que sou normalmente		
2. Não há nada de errado comigo		
3. Estou doente		
4. As pessoas em torno de mim parecem diferentes		
5. Não me sinto parte de nada		
6. Tudo parece desorganizado		
7. A mente não se pode tornar doente, só o corpo		
8. Os meus sentimentos em relação aos outros parecem estar diferentes		
9. Sinto-me pouco à vontade		
10. Tenho dificuldades em pensar		
11. Nesta altura, sofro de problemas dos nervos		
12. Tudo à minha volta está diferente		
13. Estou a perder o contacto comigo mesmo		
14. É difícil para mim sentir-me à vontade com as pessoas que conheço		
15. Algo de estranho me está a acontecer		
16. Quero saber porque me sinto assim		

17. Não pareço ser capaz de funcionar normalmente		
18. As doenças mentais podem acontecer em qualquer pessoa na população		
19. Parece que não tenho assim tanto controlo sobre os meus pensamentos		
20. Não estou doente, mas estou cansado		
21. Sinto que a mente me está a fugir		
22. Estou a perder o contacto com aquilo que me rodeia		
23. Tudo me parece agora mais claro do que nunca		
24. Sinto que coisas estranhas estão a acontecer em torno de mim		
25. Sei que os meus pensamentos são estranhos, mas não posso fazer nada		
26. Tudo parece diferente à minha volta		
27. As coisas já não fazem sentido		
28. O meu problema principal é a minha saúde física		
29. Sinto que o meu estado atual foi causado deliberadamente por qualquer coisa		
30. Acho que preciso de algum tipo de ajuda		

APÊNDICES

**APÊNDICE I – AVALIAÇÃO DO *INSIGHT* ANTES E APÓS A REALIZAÇÃO DO
TMC, EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO**

Síntese dos resultados obtidos através da implementação do Programa de Treino Metacognitivo em seis utentes da unidade de internamento, através da aplicação da Escala de *Insight* de Marková e Berrios (adaptada de Vanelli et al, 2010).

Utente	Avaliação inicial/pontuação	Avaliação final/pontuação
A	22	27
B	14	13
C	16	16
D	10	11
E	20	24
F	19	17

***Nota:** não existem valores definidos para o “grau de *insight*”, no entanto, quanto mais elevada a pontuação maior é o insight.

O *insight* é considerado presente nas respostas POSITIVAS aos itens: 1, 3-6, 8-11, 13-19, 21-22, 24-27, 30.

O *insight* é considerado presente nas respostas NEGATIVAS aos itens: 2, 7, 12, 20, 23, 28, 29.

**APÊNDICE II – GRELHA DE OBSERVAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS UTENTES
DURANTE AS SESSÕES DE TMC**

Grelha de avaliação da sessão

Nº da sessão: _____

Data: _____

[illegible]

**APÊNDICE III - AVALIAÇÃO DO *INSIGHT* ANTES E APÓS A REALIZAÇÃO DO
TMC, EM CONTEXTO COMUNITÁRIO**

Síntese dos resultados obtidos através da implementação do Programa de Treino Metacognitivo em cinco utentes da RTA, através da aplicação da Escala de *Insight* de Marková e Berrios (adaptada de Vanelli et al, 2010).

Nome do utente	Avaliação inicial/pontuação	Avaliação final/pontuação
A	7	4
B	7	6
C	19	17
D	8	7
E	7	7

***Nota:** não existem valores definidos para o “grau de *insight*”, no entanto, quanto mais elevada a pontuação maior é o insight.

O *insight* é considerado presente nas respostas POSITIVAS aos itens: 1, 3-6, 8-11, 13-19, 21-22, 24-27, 30.

O *insight* é considerado presente nas respostas NEGATIVAS aos itens: 2, 7, 12, 20, 23, 28, 29.