



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

**Intervenção do Enfermeiro Especialista na Adesão ao
Regime Terapêutico da Pessoa com Experiência de
Doença Mental**

Ana Catarina Leal Abalada de Matos Carvalho



**Lisboa
2020**



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

**Intervenção do Enfermeiro Especialista na Adesão ao
Regime Terapêutico da Pessoa com Experiência de
Doença Mental**

Ana Catarina Leal Abalada de Matos Carvalho



Docente Orientador:
Ana Cristina Miranda Romano Fontes Pereira de Melo



**Lisboa
2020**

AGRADECIMENTOS

Durante o meu percurso académico, de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e no presente relatório, contei com o apoio incondicional e incentivo de diversas pessoas:

Em primeiro lugar da minha família, onde dou especial relevo à minha mãe, irmão e namorado, por tornarem este percurso um pouco mais fácil. Por, em momentos mais trabalhosos, compreenderem a minha ausência parcial. A eles agradeço a paciência e a compreensão e, por outro lado, a força de continuar a aprofundar conhecimentos e a encontrar novas e mais eficientes estratégias de prestação de cuidados de excelência a uma população cada vez mais exigente e carente de cuidados.

Em segundo lugar dos meus amigos e colegas de trabalho, destaco a Inês Silva, Joana Gonçalves e Raquel Cordeiro, por se prontificarem a ajudar e a debater comigo os seus pontos de vista na prestação de cuidados, não pertencendo à especialidade em questão.

Da Professora Doutora Ana Melo, por todo o seu apoio, dedicação e orientação em todas as etapas do mestrado, nomeadamente no presente relatório, que foi fruto de um caminho de relação interpessoal e intrapessoal aprofundado. Agradeço os seus ensinamentos e a pertinência das suas críticas e sugestões.

Por fim, dos enfermeiros orientadores, pelo acompanhamento constante e pela transmissão do seu vasto conhecimento na área. O meu muito obrigado!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD	Atividades de Vida Diárias
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
EC	Ensino Clínico
EESMP	Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
MAT	Medida de Adesão aos Tratamentos
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
UC	Unidade Curricular

RESUMO

A não adesão ao regime terapêutico na pessoa com experiência de doença mental constitui um problema de saúde pública e uma das mais importantes causas de insucesso dos planos terapêuticos (Cardoso *et al.*, 2016). Esta foi uma das minhas preocupações durante este percurso, que fiz questão de ver refletida no presente relatório. Para tal, planeei um projeto de aprendizagem que coloquei em prática nos dois contextos de EC: no internamento e na comunidade, com o objetivo principal de desenvolver competências de EESMP para favorecer a adesão ao regime terapêutico na pessoa com experiência de doença mental.

As intervenções de grupo delineadas no projeto basearam-se na psicoeducação, tendo sido realizadas um total de oito sessões, divididas equitativamente em cada contexto de EC, num período total de nove semanas, tendo cada sessão a duração aproximada de trinta minutos. Para levar a cabo este conjunto de intervenções, foi crucial estabelecer uma relação terapêutica com cada participante e assim permitir que a sua implementação fosse ao encontro das suas necessidades e dificuldades. Para tal, foi necessário aplicar um questionário sociodemográfico, no sentido de caracterizar cada cliente, tendo em conta que este fator pode influenciar as atitudes e comportamentos face à adesão ao regime terapêutico. Foi também aplicada a escala de MAT, de forma a construir um esboço do perfil desta adesão. Ao longo deste percurso, nunca foram recolhidos dados pessoais que permitissem a identificação dos participantes.

Assim, delineei estratégias de atuação personalizadas, com base no modelo teórico de Betty Neuman, que facilitou a partilha de experiências de vida, sofrimento e superação, promovendo a aceitação da diferença e o encontro de semelhanças.

Procedi a uma avaliação distinta em cada sessão. No final, os clientes expressaram ter compreendido melhor a sua patologia e adquiriram conhecimentos sobre as estratégias a implementar para melhorar a sua vivência com ela, nomeadamente a adesão ao regime terapêutico enquanto pilar fundamental para evitar recaídas e garantir a qualidade de vida.

Palavras-chave: Doença mental; Regime terapêutico; Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

ABSTRACT

The non-adherence to the therapeutic regime in the person who experiences mental illness is a matter of public health and one of the most important causes of therapeutic programs' failure (Cardoso *et al.*, 2016). This was a concern of mine during my learning and that I truly wanted to reflect in this report. To meet this end, I planned a learning project that I carried out through two contexts of Clinical Internship: in both hospital and in the community, with the main goal of developing skills of a Specialist Nurse in Mental and Psychiatric Health to favour adherence to the therapeutic regime of the person who experiences with mental illness.

The group interventions outlined in this project were based on psychoeducation, and they occurred in eight sessions, split equally in each context of Clinical Internship, for a period of nine weeks and lasting approximately thirty minutes. To carry out this group of interventions, it was crucial to establish a therapeutic relationship with each one, thus allowing for this intervention to meet the needs and difficulties of the participants. Therefore, it was necessary to apply a sociodemographic questionnaire, to be able to characterize each client, as this factor can influence attitudes and behaviours towards adherence to the therapeutic regime. The MAT scale was also applied, to construct an outline of the profile of this adherence. Throughout this journey, no personal data that would allow the identification of the participants was collected.

Thus, I outlined personalized action strategies, based on Betty Neuman's theoretical model, which facilitated the sharing of life experiences, suffering and overcoming, promoting the acceptance of difference, and finding similarities.

I carried out a different assessment in each session. At the end, the clients expressed having a better understanding of their pathology and acquiring knowledge about the strategies to implement to deal with it, namely adherence to the therapeutic regime, considering it fundamental to prevent relapses and promote the quality of their lives.

Keywords: Mental disorder; Therapeutic regime; Mental health and psychiatric nursing.

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	Pág. 11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	Pág. 15
1.1. A Pessoa com Experiência de Doença Mental	Pág. 15
1.2. Delimitação da Problemática	Pág. 17
1.3. Adesão ao Regime Terapêutico	Pág. 19
1.4. A Pessoa com Experiência de Doença Mental à Luz do Modelo de Sistemas de Betty Neuman	Pág. 23
2. PERCUSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS	Pág. 27
2.1. Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria na Adesão ao Regime Terapêutico	Pág. 27
2.2. Questão do Problema	Pág. 29
2.3. Objetivo Geral	Pág. 29
2.4. Objetivos Específicos	Pág. 29
2.5. População-Alvo	Pág. 30
2.6. Planificação da Intervenção	Pág. 30
2.7. Dificuldades e Limitações	Pág. 31
3. CONTRIBUTO DOS ENSINOS CLÍNICOS NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	Pág. 33
3.1. No Contexto de Internamento	Pág. 34
3.2. No Contexto da Comunidade	Pág. 40
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	Pág. 47
5. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES FUTURAS	Pág. 57
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Pág. 61

ANEXOS

Anexo I - Declaração do Parecer Favorável pela Comissão de Ética

Anexo II - Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

APÊNDICES

Apêndice I - Plano de Trabalho

Apêndice II - Cronograma

Apêndice III - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Apêndice IV - Questionário Sociodemográfico

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - Respostas face à Escala de MAT.	Pág. 51
QUADRO 2 - Saúde Mental <i>versus</i> Experiência de Doença Mental.	Pág. 53
QUADRO 3 - Dificuldades na adesão ao regime terapêutico e estratégias a adotar.	Pág. 53
QUADRO 4 - Vantagens da terapêutica farmacológica.	Pág. 55
QUADRO 5 - Como prevenir uma recaída?	Pág. 55

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Situação Sociofamiliar	Pág. 48
GRÁFICO 2 – Realização das AVD	Pág. 48
GRÁFICO 3 – Situação Familiar – indicadora de problemas	Pág. 49
GRÁFICO 4 – Apoio de uma Organização de Cuidados Psiquiátricos	Pág. 49
GRÁFICO 5 – Habilitações Literárias	Pág. 50
GRÁFICO 6 e 7 – Situação Profissional	Pág. 50
GRÁFICO 8 e 9 – Gestão do Regime Terapêutico	Pág. 50

INTRODUÇÃO

As doenças mentais têm sido alvo de grande investigação, com impactos significativos na saúde, resultando numa deterioração do funcionamento pessoal e provocando grande instabilidade em todas as vertentes da vida humana. Estas doenças resultam num sofrimento profundo, tanto à pessoa que apresenta esta patologia, bem como às que lhe são próximas (WHO, 2018). Por outro lado, a não adesão ao regime terapêutico constitui um grave problema de saúde pública e, provavelmente, uma das mais importantes causas de insucesso dos programas terapêuticos. Este incumprimento, e muitas vezes o abandono, diminui a probabilidade de recuperação, aumenta a probabilidade de recaídas e o número de hospitalizações, intensificando ainda mais o sofrimento (Cardoso *et al*, 2016).

Por considerar que a não adesão ao regime terapêutico na pessoa com experiência de doença mental é um problema de elevada complexidade, que perturba a harmonia/estabilidade do cliente e dos que o rodeiam, sendo um motivo de reinternamentos constantes, despertou em mim um grande interesse para a compreensão e aprofundamento desta temática. Como tal, no âmbito da UC de Opção II - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do 10º Curso de Mestrado, propus-me a desenvolver um projeto e posterior relatório de estágio dedicado ao estudo sobre este tema.

Após uma pesquisa detalhada nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, bem como, em conjunto com a professora e os enfermeiros orientadores dos locais de estágio, o tema que escolhi para desenvolver no meu relatório de aprendizagem foi: Intervenção do Enfermeiro Especialista na Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Experiência de Doença Mental, remetendo-me não apenas para a doença, mas fundamentalmente para a pessoa que, temporariamente, é incapaz de satisfazer as suas necessidades e de se adaptar ao ambiente ou de adaptar o ambiente a si (Neuman & Fawcett, 2011).

Assim, o estágio teve como objetivo geral desenvolver competências no âmbito de EESMP para favorecer a adesão ao regime terapêutico a esta população, pois está descrito que “(...) as pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por EESMP, diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam” (Regulamento n.º 515/2018, p. 21427).

Assim, neste percurso de aprendizagem, procurei analisar e compreender os processos de sofrimento e de doença mental, bem como, o modo como estes podem comprometer o projeto de vida da pessoa. Procurei ainda perceber o potencial de recuperação de cada uma, tendo em consideração o seu contexto biopsicosociocultural e espiritual (Regulamento n.º 515/2018).

Através das competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais desenvolvidas, permiti que a pessoa adotasse estratégias de atuação para a promoção e proteção da sua saúde mental, para a prevenção da doença, para o tratamento e para a reabilitação, assistindo ao longo do seu ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade. Todo este processo só foi possível através da mobilização de um elevado conhecimento e consciência de mim, enquanto pessoa e enfermeira (Regulamento n.º 515/2018). Um percurso complexo, que pretendi desenvolver, intervindo de forma holística junto do cliente, tendo por base a confiança, fundamental para a aliança terapêutica, uma vez que ajuda a pessoa a descobrir-se, “(...) a fazer uma representação clara da sua dificuldade e a reorientar-se para pistas de soluções ou vias de mudança de acordo com as suas possibilidades” (Phaneuf, 2005, p. 323).

Neste relatório procurei destacar a competência psicoeducacional, pois está descrito ser uma das intervenções que favorece a adesão ao regime terapêutico, tendo em consideração o contexto da pessoa e o perfil da sua adesão terapêutica, com o auxílio do questionário sociodemográfico (Apêndice IV) e da escala de MAT (Anexo II), respetivamente.

Por não ter experiência profissional na área em questão, optei por realizar o mesmo período de tempo em ambos os locais de estágio. O primeiro contexto, no internamento, permitiu-me experienciar os cuidados a ter na abordagem à pessoa em fase aguda da doença, bem como, as intervenções a implementar para favorecer a adesão ao regime terapêutico. O segundo contexto, este na comunidade, possibilitou-me intervir junto da pessoa em fase de recuperação de um episódio agudo. Neste último contexto adquiri competências para favorecer a reintegração social, (re)estabelecer rotinas diárias e otimizar a terapêutica com a pessoa que vivência a experiência de doença mental, bem como os restantes profissionais de saúde, tendo em conta as necessidades, dificuldades e preferências apresentadas.

Em todo o meu percurso de aprendizagem, analisei constantemente as tomadas de decisão, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos da profissão, o referencial teórico adotado (de Betty Neuman), a evidência científica e a

boa prática clínica na saúde mental, bem como a decisão informada do cliente (ESEL, 2019) ¹.

Parte desta análise fiz questão de ver refletida no presente relatório que se encontra dividido em cinco capítulos. No primeiro, realizei um enquadramento teórico, fazendo uma breve revisão sobre o conceito de pessoa com experiência de doença mental. Delimitei a minha problemática – a não adesão ao regime terapêutico, tentando compreender a sua etiologia, baseada no modelo teórico de Betty Neuman, que me permitiu compreender a pessoa na sua unicidade e totalidade, bem como os seus comportamentos e atitudes face a este fenómeno. No segundo capítulo apresentei o meu percurso de aprendizagem, tendo como ponto de partida a questão/problema supracitado. Identifiquei as estratégias de atuação do EESMP nesta temática, tendo, no terceiro capítulo, exposto as competências que desenvolvi nos dois contextos de EC. Saliento as sessões psicoeducativas como enfoque da minha intervenção, apresentando, no quarto capítulo os resultados obtidos dessa mesma intervenção. Por fim, no quinto capítulo, realizei uma breve conclusão do meu percurso de aprendizagem e as implicações futuras que terá na minha prática diária de cuidados.

O relatório regeu-se segundo o novo acordo ortográfico e as normas APA, sexta edição, sugeridas pela ESEL.

¹ Unidade Curricular Opção II - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Guia Orientador). Professor Dr. Luís Nabais e Professora Dr^a Ana Melo. ESEL, 2019.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A Pessoa com Experiência de Doença Mental

Numa perspetiva transcultural, existem diversas definições de saúde mental, contudo todas abrangem o bem-estar subjetivo, a autoeficácia, a autonomia, a competência e a autorealização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Concorda-se, portanto, quanto ao facto de que a saúde mental é algo mais do que a ausência da experiência de doença mental. A saúde mental é a base do bem-estar geral. Ao considerarmos saúde mental estamos a ter em conta a capacidade de adaptação a novas circunstâncias de vida, à mudança, superação de crises e resolução de problemas, capacidade de reconhecer limites e sinais de mal-estar, ter sentido crítico e de realidade, mas também de humor, criatividade e capacidade de sonhar, estabelecer relações satisfatórias com os outros e ter projetos de vida - descobrir um sentido para a vida (DGS, s.d.).

Já a pessoa com experiência de doença mental manifesta alterações que podem ocorrer no pensamento, nas emoções e/ou no comportamento. Geralmente, passa por uma deterioração do funcionamento psicossocial em dependência de fatores biopsicossociais, gerando *stress*, sofrimento e incapacidade na realização das AVD (WHO, 2002; WHO, 2019 & Nunes, L. et al, 2019).

A doença mental apresenta diversas causas, podendo ser de origem genética e ambiental, sendo que “(...) o cérebro não reflete simplesmente o desenrolar determinista de complexos programas genéticos, nem o comportamento humano é o mero resultado do determinismo ambiental” (WHO, 2002, p. 39). Assim, podemos concluir que as doenças mentais são semelhantes a outras patologias físicas, pelo facto de advirem de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (WHO, 2002 e WHO, 2019).

De forma mais pormenorizada, WHO (2002) e Nunes, L. et al. (2019) defendem vários fatores que determinam o início, a progressão e as consequências das doenças mentais, entre eles: 1) os fatores económicos, nomeadamente a pobreza, que inclui as condições de desemprego, baixo nível de instrução, privação e ausência de habitação; 2) os conflitos e desastres, que geram tensão, lembranças intrusivas, fuga às circunstâncias associadas com o fator desencadeante de *stress*, perturbações do sono, irritabilidade e ira, falta de concentração e vigilância excessiva; 3) os fatores familiares e ambientais: ao longo da vida, as pessoas

passam por diversos acontecimentos significativos, tanto menores como maiores, podendo ser desejáveis ou indesejáveis, que atuam como fatores de *stress*. Quando ocorrem numa sucessão rápida, predispõem a pessoa a doenças mentais.

No que respeita ao género, não existe evidência de diferenças claras de incidência ou de prevalência e, por isso, não foi incluído no meu questionário sociodemográfico (Apêndice IV).

A doença mental é diagnosticada quando os sintomas são continuados ou recorrentes, resultantes de uma certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal, num ou mais domínios da vida da pessoa. Esta doença pode afetar qualquer indivíduo, independentemente das suas características individuais, sociais, religiosas e/ou culturais. Apesar de ocorrer em qualquer faixa etária, está descrito que o adoecer mental surge em 3/4 das pessoas no início da idade adulta.

As doenças mentais são, assim, interpretadas como condições que provocam grande instabilidade, devido à manifestação dos sintomas, que podem ser positivos ou negativos. Os sintomas positivos estão presentes com maior visibilidade na fase aguda da doença, sendo que nesse momento é estabelecido mais facilmente o diagnóstico. Está descrito que nesta fase as pessoas podem revelar ideias delirantes, alucinações, perturbações formais do pensamento e alterações do comportamento, nomeadamente, agitação psicomotora, comportamento auto e/ou heteroagressivo e exposição social (Figueira *et al.*, 2015). Nos sintomas negativos, a pessoa pode apresentar maneirismos ou rigidez postural, embotamento afetivo, isolamento social, dificuldade ou incapacidade para realizar um plano de ação, apesar do desejo de o fazer, redução da capacidade de persistência perante uma dificuldade ou adversidade laboral, escolar e/ou social - falta de resiliência, perda do autocuidado e hábitos de higiene, falta de interesse nas atividades anteriormente sentidas como prazerosas - anedonia, pobreza do conteúdo do pensamento e falta de espontaneidade no fluxo da conversação, ou seja, é demonstrada pouca iniciativa e as respostas tendem a ser breves e, por vezes, monossilábicas (Elkis, 2007 & Figueira *et al.*, 2015).

Através da Classificação Internacional das Doenças (ICD-10), encontramos definidas as diferentes doenças mentais. Embora os sintomas variem consideravelmente, os comportamentos da pessoa caracterizam-se por uma combinação de ideias, emoções e relacionamentos desajustados com os outros (WHO, 2002).

As doenças mentais podem classificar-se como sendo leves - interferindo de forma pouco significativa nas AVD da pessoa - são exemplos as depressões *minor* e as perturbações de ansiedade; ou graves - com implicações significativas nessas mesmas atividades, podendo verificar-se a necessidade de internamento hospitalar - são exemplos a esquizofrenia, a perturbação bipolar, a depressão *major* e formas graves de ansiedade (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, s.d.).

De um modo geral, a pessoa evita falar da sua doença ou até mesmo divulgá-la, pelo estigma que lhe está associado. É muitas vezes alvo de preconceitos, estereótipos e discriminação, acabando por se isolar e, conseqüentemente, estar renitente na procura de ajuda, retardando ou impossibilitando a adesão a um tratamento especializado (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, s.d. & Cardoso *et al.*, 2016). Neste contexto, a pessoa pode vivenciar elevados níveis de *stress*, que, por sua vez, conduzem a uma diminuição do seu funcionamento psicossocial. Podem daí advir sentimentos de ansiedade, depressão e baixa autoestima, dimensões que vão influenciar o tratamento da doença e a qualidade de vida da pessoa e da sua família/pessoa significativa (Oliveira & Azevedo, 2014). Para além do estigma, a negação da pessoa face à doença, pode desencorajar a implementação e manutenção do regime terapêutico, bem como a sua recuperação (Cardoso *et al.*, 2016).

Os sistemas de saúde ainda não apresentam uma resposta adequada face às pessoas com experiência de doença mental. Nos países em desenvolvimento, 76% a 85% das pessoas com estas patologias não recebem qualquer tratamento. Nos países desenvolvidos, esta taxa mantém-se preocupante, no entanto com valores inferiores, apresentando-se entre 35% e 50% dos casos (WHO, 2018).

1.2. Delimitação da Problemática

As doenças mentais são um dos mais importantes desafios de saúde na Europa, pois são a principal causa de incapacidade e a terceira principal causa de sobrecarga de cuidados no geral (avaliada pela incapacidade-anos de vida), precedidas apenas pelas doenças cardiovasculares e oncológicas. Na Europa, a prevalência estimada de doenças mentais em 2015 foi de 110 milhões, equivalente a 12% da população global. A inclusão da doença pelo uso de substâncias aumenta esse número em 27 milhões (15%), enquanto a inclusão das doenças neurológicas,

como a demência, epilepsia e distúrbios de dor de cabeça aumentam o total em mais 300 milhões, para 50% (WHO, 2019).

Em Portugal, mais de 1/5 das pessoas apresenta um diagnóstico de doença mental (22,9%), sendo o segundo país com maior prevalência da Europa, estando logo atrás da Irlanda do Norte com 23.1% (Almeida *et al.*, 2013).

Aproximadamente 4% da população adulta apresenta uma doença mental grave, 11,6% uma doença de gravidade moderada e 7,3% uma doença de gravidade ligeira (Almeida *et al.*, 2013).

Relativamente à morbilidade, quantificada através dos anos vividos com incapacidade, as doenças mentais representam uma percentagem mais elevada (20,55%), face à encontrada nas patologias respiratórias (5,06%) e na diabetes (4,07%) (DGS, 2016).

Portugal tem-se preocupado em melhorar os cuidados de saúde mental, nomeadamente: com a elaboração da Lei de Bases da Saúde Mental - que possibilitou a descentralização dos serviços, através da criação de centros de saúde mental por todo o país, estabelecendo a ligação aos cuidados de saúde primários; e com a lei de Saúde Mental e a legislação subsidiária - que permitiu a integração da saúde mental no sistema geral de saúde. Outros dos aspetos melhorados foram a criação de estruturas de reabilitação psicossocial, a legislação de apoio ao emprego e o Programa Nacional para a Saúde Mental (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 2015).

Apesar dos diversos esforços para a melhoria dos cuidados de saúde nesta área e da evidência científica apontar unanimemente em relação aos benefícios de uma intervenção centrada na pessoa e na sua integração na comunidade, existe ainda um longo percurso pela frente até que as pessoas com experiência de doença mental sejam realmente apoiadas e verdadeiramente integradas nas suas comunidades (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 2015).

Outro aspeto importante é a não adesão ao regime terapêutico, que tem sido cada vez mais considerado um dos principais problemas que os profissionais de saúde se debatem pelos reinternamentos constantes e pelo agravamento do estado de saúde e qualidade de vida da pessoa, pelo que é tão importante compreender como esta adesão se pode relacionar com a vida da mesma.

1.3. Adesão ao Regime Terapêutico

A adesão ao regime terapêutico tem sido um tema bastante debatido nos últimos anos. É conhecida a baixa adesão ao regime terapêutico, não só da pessoa com experiência de doença mental, mas também das pessoas que apresentam outro tipo de patologias, nomeadamente crónicas. Um tratamento eficaz depende de dois fatores: 1) a eficácia do tratamento prescrito; 2) o grau de adesão ao regime terapêutico (Nunes, L. *et al.*, 2019).

Numa perspetiva histórica, apura-se uma evolução do conceito “*compliance*”, - obediência/cumprimento da prescrição, pressupondo o cliente como um sujeito passivo no processo de cuidados e dando relevo ao papel do profissional de saúde como determinante nas ações da pessoa; para o conceito “*adherence*”, - identificando um papel ativo da pessoa na tomada de decisão clínica. O cliente é encarado como parceiro no processo de cuidados e assume responsabilidades sobre o seu tratamento. Assim, é imprescindível fornecer toda a informação necessária para que o cliente possa decidir entre as alternativas disponíveis, de forma consciente e informada (Cabral & Silva, 2010; Nunes, L. *et al.*, 2019).

Amendoeira & Castela (2010) vão ao encontro desta perspetiva, anunciando que a pessoa desenvolve um papel de colaboração, planeamento e implementação do seu regime terapêutico, tendo capacidade de tomar decisões e assumir as suas responsabilidades para conquistar a sua autonomia. Para tal, como refere também Cabral & Silva (2010), é fundamental construir uma aliança terapêutica entre o profissional de saúde e o cliente, respeitando as suas crenças e desejos.

A adesão ao regime terapêutico abrange não só o cumprimento da terapêutica farmacológica, mas também os comportamentos promotores de saúde, pelo que o enfermeiro deve estar desperto para a forma como o regime terapêutico se relaciona com a vida da pessoa, sendo que esta última é confrontada com diversos desafios, que exigem dela a capacidade de adaptação e de se autocuidar, mobilizando estratégias de *coping* e gerindo o seu regime terapêutico (Amendoeira & Castela, 2010).

Atualmente, a CIPE 2015 (2016), define adesão como:

status positivo: ação autoiniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um

comportamento de saúde e obedece a instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente) (CIPE, 2016, p. 38).

A não adesão ao regime terapêutico na pessoa com experiência de doença mental pode resultar no agravamento do seu estado de saúde, para além de ter consequências severas na qualidade de vida e no aumento da morbilidade. Pode ser necessária a prescrição de mais fármacos, ajustando a necessidade de implementação de outros procedimentos mais complexos, como: o aumento do número de consultas, a utilização mais frequente do serviço de urgência, o aumento de internamentos e maiores custos (Cabral & Silva, 2010).

A não adesão ao regime terapêutico é um fenómeno complexo de etiologia multifatorial (Cabral & Silva, 2010; Nunes, L. *et al.*, 2019). Segundo Cabral & Silva (2010), estes fatores podem ser agregados em 3 grupos distintos: 1) fatores demográficos e socioeconómicos; 2) fatores relacionados com a doença e o regime terapêutico; 3) fatores relacionados com a relação cliente-profissional e serviço de saúde.

Relativamente à idade, alguns autores defendem que a não adesão tende a agudizar-se com o avançar da idade, em que os idosos apresentam multipatologias, muitas delas crónicas, e que necessitam de um regime terapêutico complexo e de longo prazo, que pode comprometer a sua adesão devido ao seu estado cognitivo e emocional. Contudo, outros autores referem que na idade jovem pode também ocorrer essa lacuna devido à falta de supervisão dos adultos, à maior autonomia, à sua autoimagem e às influências sociais (Cabral & Silva, 2010).

Outros aspetos são os fatores socioeconómicos: o baixo nível de escolaridade e, sobretudo, o baixo rendimento e o desemprego constituem barreiras significativas para a adesão efetiva e eficaz (Leite & Vasconcellos, 2003).

O meio social, no qual a pessoa está inserida, constitui também um fator fulcral, a inclusão, ou não, da pessoa num núcleo familiar estruturado, num estado conjugal estável e o apoio que recebe das suas redes sociais para cumprir com o regime terapêutico, pode influenciar as suas atitudes e comportamentos face à adesão do mesmo (Moterroso *et al.*, 2012). Por outro lado, os efeitos secundários da medicação podem afetar o seu contexto social, como por exemplo, a sonolência que

limita ou impede o desenvolvimento de relações sociais satisfatórias e afeta o desempenho na realização das AVD (Cabral & Silva, 2010).

No que respeita aos fatores relacionados com a doença e com o regime terapêutico, é de salientar que a gravidade da patologia e o agravamento dos sintomas surgem como justificação para a não adesão ao regime terapêutico, bem como a ausência da perceção da sua necessidade. Segundo Leite & Vascocellos (2003) a forma como o cliente interpreta o seu estado de saúde e compreende a sua doença, influencia o modo de adesão ao regime terapêutico.

Estudos indicam que clientes com maior adesão, são os que têm tratamentos mais simples e de fácil compreensão, que não estão sujeitos a alterações frequentes, que são de curta duração e não alteram as suas rotinas. Por outro lado, a desconfiança quanto a resultados positivos do tratamento, a ansiedade inerente, o medo dos efeitos adversos e a possível dependência do mesmo, são fatores que não promovem o seu cumprimento (Cabral & Silva, 2010; Leite & Vascocellos, 2003).

Contudo, segundo WHO (2003) e Cabral & Silva (2010), o nível de instrução e o conhecimento que têm acerca da doença e a eficácia do tratamento, bem como a desmistificação das suas crenças e atitudes em relação aos mesmos têm sido amplamente reconhecidos para a adesão efetiva do regime terapêutico.

Por fim, a relação terapêutica cliente-profissional e serviço de saúde são cada vez mais encarados como determinantes para uma adesão eficaz. A qualidade da relação assenta nas competências da comunicação, transformando a informação transmitida em conhecimentos claros e precisos, já que a falta de conhecimento ou a existência de dúvidas dificulta o cumprimento terapêutico. Torna-se, sem dúvida, fundamental utilizar uma linguagem adequada à pessoa, tendo em consideração o nível educacional e a capacidade cognitiva, envolvendo a empatia e o estar atento - saber ouvir os medos, as crenças, os valores e as perspetivas do cliente é essencial.

Assim, o EESMP, através da relação terapêutica, tende a valorizar o papel da pessoa, tentando compreender como esta se encontra a vivenciar a experiência - o vivido na (não) adesão, dando resposta às suas necessidades (Amendoeira & Castela, 2010).

Segundo Leite & Vascocellos (2003), certas atitudes do profissional, como a linguagem, a disponibilidade para a relação, a qualidade do atendimento, o respeito pelas verbalizações e questionamentos do cliente, bem como a motivação para o cumprimento do regime terapêutico, são fatores de extrema relevância.

É fundamental estar atento às dificuldades anunciadas pelo cliente ao longo do tratamento, nomeadamente: à eventualidade de querer dar termo ao tratamento, à sua postura e possíveis omissões, ao esquecimento da toma da terapêutica farmacológica e, por outro lado, à automedicação, à não comparência às consultas e à ausência de modificação no estilo de vida ou de hábitos necessários para a recuperação; fornecendo-lhe toda a informação necessária para reconhecer, aceitar e integrar a sua doença e entender, por isso, o regime terapêutico como necessário para a melhoria da sua qualidade de vida (Liberato *et al.*, 2014 & Cardoso *et al.*, 2016).

Para além do *insight*, a experiência do internamento pode influenciar o tipo de atitude que a pessoa adota à *posteriori* (Cardoso *et al.*, 2016). Assim, o internamento deve ser um momento qualificante para promover a adesão ao regime terapêutico, estimulando o conhecimento da pessoa face ao tratamento e incentivando-a a expressar as suas perceções e explorar fatores psicológicos envolvidos (Liberato *et al.*, 2014). Neste sentido, a adesão ao regime terapêutico não será apenas uma obrigação de cumprir as instruções médicas, mas um processo de autorregulação, que permitirá à pessoa exercer algum controlo na sua doença, estabelecendo uma interação aberta e cooperativa com os profissionais de saúde e fortalecendo a aliança terapêutica. Este pode ser o momento propício para descobrir elementos desconhecidos do seu “eu” e experienciar atitudes que, por várias razões, são reprováveis socialmente. Experienciá-las livre e plenamente parece perigoso, contudo na segurança e liberdade da relação terapêutica, podem ser vivenciadas na sua plenitude (Rogers, 2010).

Todas estas intervenções minimizam o risco de recaída e contribuem para uma melhor estabilização do quadro clínico.

Ainda neste contexto, é de realçar que, segundo Cardoso *et al.* (2016), existem também fatores relacionados com os próprios profissionais de saúde mental na perceção da doença e do tratamento, destacando que estes devem “(...) procurar dúvidas e desmistificar eventuais crenças relacionadas com a doença ou com o seu tratamento” (p. 211).

Assim, o profissional de saúde deve adotar um papel ativo no processo de recuperação da pessoa com experiência de doença mental, tomando consciência da forma como as suas crenças e atitudes podem influenciar este processo. Se estas crenças e atitudes forem negativas, a sua capacidade de trabalhar de modo eficaz com estas pessoas, estará provavelmente comprometida (Cardoso *et al.*, 2016).

Em conclusão, os fatores relacionados com o profissional de saúde e com o tratamento constituem, juntamente com os fatores relacionados com a pessoa, os principais elementos para a (não) adesão ao regime terapêutico (Cardoso et al., 2016). Segundo Betty Neuman, estes fatores, denominados na teoria por *stressores*, funcionam como forças de tensão que alteram a estabilidade da pessoa (sistema aberto), ocorrendo dentro das suas fronteiras, que resultam em *stress* (Neuman & Fawcett, 2011).

1.4. A Pessoa com Experiência de Doença Mental à Luz do Modelo de Sistemas de Betty Neuman

São vários os fatores sociais que influenciam o início, a progressão e as consequências das doenças mentais. Ao longo da vida, as pessoas passam por diversos acontecimentos significativos, podendo estes ser desejáveis ou indesejáveis. Segundo Brown (1972) & Leff (1987) citados por WHO (2002), há uma acumulação de acontecimentos vitais imediatamente antes do início das doenças mentais, sendo estes, um dos vários fatores em interação, como por exemplo, a predisposição genética, a personalidade e as aptidões para enfrentar a vida.

Diferentes estudos mencionam que, os acontecimentos significativos, atuam como fatores de *stress* e, quando ocorrem numa sucessão rápida, predispõem a pessoa para as doenças mentais (WHO, 2002), tal como refere Betty Neuman, pioneira no envolvimento da enfermagem em saúde mental, no seu modelo de sistemas. Este modelo, à semelhança da teoria de *Gestalt*, considera a pessoa na sua totalidade, como um sistema aberto, cujas partes estão em constante interação com o ambiente, trocando matéria, energia e informação, não se restringindo ao modelo biomédico, mas apoiando-se nos conceitos da ciência comportamental. Como um sistema, o cliente pode ser considerado uma pessoa, família, comunidade ou assunto social (Neuman & Fawcett, 2011).

O *stress* e a reação ao mesmo, são elementos básicos de um sistema aberto, para o qual a pessoa deverá manter um equilíbrio - homeostase - e consequentemente a sua saúde, sendo a adaptação um processo pelo qual a pessoa satisfaz as suas necessidades. Estas necessidades podem perturbar a harmonia ou a estabilidade da pessoa, pelo que o processo de adaptação é dinâmico e contínuo. Quando esta perturbação perdura ao longo do tempo, ficando a pessoa incapaz de satisfazer as suas necessidades, ocorre um esgotamento de

energia, que pode desencadear a doença e, em situações mais graves, a morte - entropia.

Assim, o bem-estar está relacionado com a satisfação das necessidades do sistema, em que as partes do mesmo interagem em harmonia. Uma diminuição deste bem-estar deriva da não satisfação das necessidades. A pessoa vive, portanto, numa dinâmica de bem-estar e de mal-estar, em diferentes graus, podendo adaptar-se, em qualquer altura, ao ambiente ou adaptar o ambiente a si (Neuman & Fawcett, 2011).

Assim, Neuman utilizou a definição de *stressores*, que podem ser: intrapessoais – advêm do indivíduo; interpessoais – sucedem entre um ou mais indivíduos; e extrapessoais – acontecem fora do indivíduo. Estes *stressores* são definidos como forças de tensão que alteram a estabilidade do sistema, ocorrendo dentro das suas fronteiras, que resultam em *stress* - que pode ser positivo ou negativo. A perceção que o cliente tem de cada *stressor* é que determinará se o efeito ou o *outcome* será benéfico ou nocivo para o mesmo (Neuman & Fawcett, 2011).

Neuman identificou três ambientes: internos, externos e criados. O interno é intrapessoal, o externo é interpessoal ou extrapessoal, e o ambiente criado é utilizado pela pessoa, inconscientemente, para sustentar o *coping* e, deste modo, lidar com a ameaça de *stressores* ambientais, mudando-se a si ou à situação. Por outras palavras, a pessoa mobiliza de modo inconsciente todas as variáveis do sistema para a integração, estabilização e integridade do mesmo. Estas variáveis podem ser de origem fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual, estando a enfermagem relacionada com todas as que afetam a resposta da pessoa ao *stress* (Neuman & Fawcett, 2011).

Neste sentido, também definiu a linha de defesa normal, que representa a estabilidade para a pessoa/sistema, sendo mantido ao longo do tempo - inclui entre outros, os padrões normais de *coping* e o estilo de vida; a linha de defesa flexível, que é dinâmica e pode ser alterada, num curto período de tempo, impedindo que os *stressores* invadam o sistema cliente; e a linha de resistência, que é ativada após invasão da linha normal de defesa por *stressores* ambientais.

A abordagem holística do modelo torna-o aplicável a pessoas que experimentam *stressores* complexos que afetam múltiplas variáveis. As intervenções permitem ajudar a pessoa a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema (Neuman & Fawcett, 2011).

Neuman adequa o conceito de níveis de prevenção: primária, secundária e terciária, e relaciona-os com a enfermagem. A prevenção primária centra-se na proteção da pessoa antes que se depare com um *stressor*, prevenindo possíveis reações e integrando o objetivo da promoção da saúde. As prevenções secundária e terciária são aplicadas quando a pessoa já esteve em contacto com um *stressor*. A prevenção secundária é utilizada para reduzir o efeito dos *stressores*, através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz dos sintomas da doença. A prevenção terciária para reduzir os efeitos residuais do *stressor* depois do tratamento. O estado de adaptação aos *stressores* no ambiente é denominado por reconstituição, podendo esta ser utilizada em diferentes graus de reação e estabilizar abaixo da anterior linha de defesa normal da pessoa. Neste sentido, este modelo direciona a enfermagem para um papel ativo com a pessoa, passando por todas as variáveis que afetam a sua resposta face aos *stressores* (Neuman & Fawcett, 2011).

Para melhorar a utilização do modelo, Neuman aplicou diversos instrumentos, sendo eles: a apreciação e intervenção; um formato para a intervenção de prevenção; e um formato para aplicação do processo de enfermagem, que consiste em três passos distintos: 1) Diagnóstico de enfermagem, baseado numa avaliação holística do sistema/cliente; 2) Objetivos de enfermagem, estabelecidos a partir da negociação com o cliente; 3) Resultados de enfermagem, que são determinados pelas intervenções de enfermagem, através do uso da prevenção como intervenção. A avaliação confirma os objetivos dos resultados esperados e permite reformular os objetivos seguintes (Neuman & Fawcett, 2011).

2. PERCUSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS

2.1. Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria na Adesão ao Regime Terapêutico

As intervenções do EESMP visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa e família face aos problemas específicos relacionados com a experiência de doença mental, nomeadamente a adesão ao regime terapêutico, tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social, e promover a recuperação e qualidade de vida da pessoa e de toda a família (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

Assim, o EESMP detém competências de excelência relacional, mobilizando-se a si como instrumento terapêutico e convocando competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar. Para tal, é necessário estabelecer relações de confiança e parceria com a pessoa, assim como aumentar o seu *insight* e a capacidade de encontrar novas formas de resolução (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

A prática de enfermagem inclui avaliar o risco de não-adesão ao regime terapêutico (incluindo aspetos físicos, mentais, comportamentais, socioculturais, ambientais e espirituais), identificar os diagnósticos e motivos para a não-adesão, proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas à pessoa e avaliar os resultados obtidos (OE, 2009). Para tal, é fundamental conhecer a pessoa e a sua vida quotidiana, e auxiliar no ajuste terapêutico, passando, por exemplo: pela simplificação da prescrição médica - elaborando um guia de registo da terapêutica farmacológica e a sua dose; pela ajuda a desenvolver estratégias que lhe possibilitam recordar a toma da terapêutica nas horas certas - utilizando um alarme no relógio ou telemóvel; e a marcação de consultas - colocando o documento da marcação na porta do frigorífico ou num outro local onde a pessoa tem contacto diário. O enfermeiro deve ainda promover a automonitorização, envolvendo a família/pessoa significativa no cuidar, mas apenas se a pessoa o desejar. Deve também reforçar a proximidade com a pessoa, proporcionando disponibilidade para que a mesma possa verbalizar os seus sentimentos e preocupações (Campos & Galante, 2012).

É importante reconhecer e não subestimar as capacidades de tomada de decisão das pessoas com experiência de doença mental, tentando compreender as

suas crenças e intervindo de acordo com as suas características e necessidades. A motivação e o reforço positivo no processo relacional são fatores cruciais para favorecer a adesão ao regime terapêutico (Campos & Galante, 2012).

Diferentes estudos têm demonstrado que a psicoeducação pode aumentar a adesão terapêutica nesta população e foi com esta intervenção que pretendi promover o autoconhecimento sobre a doença e a importância do regime terapêutico (Cardoso *et al.*, 2016).

As intervenções psicossociais também são importantes, não devendo limitar-se à pessoa mas também à sua família/pessoa significativa, pois “a aceitabilidade da doença e do tratamento é maior quando o doente e a sua família recebem orientação e suporte, e quando lhes é permitido participar na planificação do tratamento” (Cardoso *et al.*, 2016, p. 215). Assim, o termo adesão é alargado à participação da família/pessoa significativa, pelo que devem ser considerados parceiros ativos no cuidar da pessoa com experiência de doença mental.

Segundo a literatura, não existe uma intervenção padrão para, isoladamente, melhorar a adesão terapêutica de todas as pessoas com doenças mentais. O sucesso das intervenções depende do profissional de saúde e da capacidade em adaptá-las às características individuais de cada um (Cardoso *et al.*, 2016).

Um tratamento adequado envolve o “(...) uso racional de intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais de uma forma clinicamente significativa, equilibrada e bem integrada” (WHO, 2002, p. 104).

Um diagnóstico correto é imprescindível para o planeamento dos cuidados individualizados à pessoa e para a escolha do tratamento adequado. Porém, existem casos que se tornam crónicos, exigindo um regime terapêutico para toda a vida, sendo, por isso, mais difícil de obter a adesão, em comparação com tratamentos de curta duração. Mais difícil é quando estas pessoas não apresentam *insight* para a sua doença (WHO, 2002).

Têm sido realizadas importantes pesquisas sobre os fatores que melhoram a adesão ao regime terapêutico, sendo eles: uma relação baseada na confiança; educação psicoterapêutica, evidenciando a finalidade da terapia e as consequências da boa e má adesão; um plano de tratamento negociado; envolvimento dos familiares para apoiar no plano terapêutico e a sua implementação; simplificação do regime terapêutico e redução das suas consequências adversas (WHO, 2002).

De um modo geral, os enfermeiros, ao colocarem em prática as suas competências comunicacionais e através do papel pedagógico, contribuirão para o

sucesso da adesão terapêutica (Campos e Galante, 2012). Assim, focar-me-ei na psicoeducação, sendo esta uma forma de educação, destinada a ajudar as pessoas com experiência de doença mental e/ou outras com interesse na patologia, permitindo a compreensão sobre a mesma e aprender estratégias para lidar com ela, bem como os seus efeitos, prevenindo recaídas e adotando estratégias de gestão para uma melhor qualidade de vida (Regulamento n.º 356/2015, 2015).

2.2. Questão do Problema

Quais as intervenções do EESMP que favorecem a adesão ao regime terapêutico na pessoa com experiência de doença mental?

2.3. Objetivo Geral

- Desenvolver competências de EESMP para favorecer a adesão ao regime terapêutico da pessoa com experiência de doença mental.

2.4. Objetivos Específicos

- Descrever a dinâmica da equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar e os projetos desenvolvidos e/ou a desenvolver nesta temática.
- Desenvolver uma relação terapêutica com vista a conhecer a pessoa com experiência de doença mental, explorar a crítica para a patologia e melhorar o seu *insight* e atitude face ao tratamento; Identificar as suas necessidades e dificuldades face à adesão ao regime terapêutico e promover o seu *empowerment*.
- Desenvolver intervenções de EESMP para a adesão ao regime terapêutico da pessoa com experiência de doença mental e para a promoção da saúde em meio hospitalar e na comunidade.
- Programar sessões psicoeducativas, tendo em conta as características e necessidades da pessoa com experiência de doença mental, de forma a promover a sua saúde, bem-estar e segurança, bem como favorecer a adesão ao regime terapêutico.

2.5. População-Alvo

- **Critérios de Inclusão:** Pessoas com experiência de doença mental, que estejam internadas, bem como a sua família/pessoa significativa.
- **Critérios de Exclusão:** Pessoas com agitação psicomotora, alterações do pensamento e da percepção que comprometam o bom curso das sessões psicoeducativas, com comportamentos auto e/ou heteroagressivos, com debilidade cognitiva presente e acamados.

2.6. Planificação da Intervenção

A intervenção global teve como base a psicoeducação. Decorreu num período de nove semanas, com um total de quatro sessões psicoeducativas em cada contexto de EC, com duração aproximada de 30 minutos. Esta duração foi calculada tendo em consideração que estes clientes podiam apresentar baixo nível de atenção e concentração, pelo que superior a 30 minutos não seria vantajoso, de acordo com a experiência clínica dos enfermeiros orientadores.

Contou-se com um total de 13 participantes (6 no internamento e 7 na comunidade). Deu-se preferência a grupos pequenos de modo a favorecer a interação de todos os participantes.

No início da primeira sessão psicoeducativa foi facultado o consentimento informado (Apêndice III) e aplicado o questionário sociodemográfico (Apêndice IV), no sentido de perceber o contexto de cada pessoa, pois como referido anteriormente, este fator pode influenciar as suas atitudes e comportamentos face à adesão do regime terapêutico. Foi também aplicada a escala de MAT (Anexo II), um instrumento que me permitiu construir um esboço do perfil de adesão de cada cliente. Escolhi esta escala pelo facto de estar validada para a população portuguesa, podendo ser aplicada em forma de questionário ou de entrevista. Este instrumento revelou-se numa mais-valia devido à sua flexibilidade e adaptabilidade a grande parte dos contextos clínicos (Delgado & Lima, 2001).

A escala de MAT foi construída a partir da Escala de Morisky, ostentando uma boa consistência interna na condição de resposta na forma de escala de Likert. Os autores verificaram que esta condição de resposta possibilitou melhorar a qualidade da escala, a sua sensibilidade e consistência, quando comparada com a Escala de

Morisky, que utilizou como condição de resposta a escala dicotômica (Delgado & Lima, 2001).

A escala de MAT permite assim identificar as causas para a não adesão do regime terapêutico e intervir nesse sentido. Deste modo, Delgado e Lima (2001) adicionaram três questões em relação à Escala de Morisky, entendendo que estas podiam identificar outras situações que justificassem o diagnóstico de não adesão. Assim, a questão “5” permitiu-me identificar comportamentos de não adesão por excesso em relação à prescrição médica; a questão “6” possibilitou-me conhecer as dificuldades económicas inerentes à não adesão; e a questão “7” proporcionou-me condições para aceder a qualquer situação que não estivesse expressa nas questões anteriores e que obrigaria o cliente a refletir no seu comportamento de (não) adesão e, em contrapartida, poder corrigir uma ou mais respostas dadas anteriormente (Delgado & Lima, 2001).

Neste sentido, com a ajuda desta escala, e tendo em conta a relação terapêutica estabelecida com cada participante, consegui delinear estratégias de intervenção junto desta população, nomeadamente a implementação de programas psicoeducativos, estabelecendo uma comunicação adequada e ajustada às suas características (Delgado & Lima, 2001).

No final de cada sessão, foi transmitido por cada participante, com uma única palavra, o que a sessão significou para si, de maneira a perceber: o grau de satisfação do grupo - e com base nesse resultado manter as mesmas características das sessões ou eventualmente mudar algum aspeto de acordo com a sua avaliação; e possíveis conceitos-chave identificados. A avaliação foi distinta em cada sessão realizada em grupo.

Como resultado da intervenção, foi esperado que houvesse maior adesão ao regime terapêutico, embora, como já mencionado anteriormente, existam diversas variáveis em consideração e que não foram trabalhadas pelo curto período de tempo definido.

2.7. Dificuldades e Limitações

Tenho consciência que as dificuldades e limitações são, por vezes, componentes imprevisíveis, possíveis de suceder.

Com base nos objetivos propostos, tive necessidade de realizar turnos no período da manhã e de tarde, de modo a estabelecer uma relação terapêutica com os clientes e a sua família, mas também cooperar com os membros da equipa de

enfermagem e multidisciplinar para assegurar a qualidade e continuidade dos cuidados.

Houve necessidade de gerir os dias para a minha intervenção com os enfermeiros orientadores, tendo em consideração as atividades já implementadas no serviço bem como os restantes estudantes que também estavam a realizar estágio na mesma altura. No internamento, tentei realizar as sessões psicoeducativas no período da tarde, no sentido de incluir as famílias/pessoas significativas, contudo as mesmas não se encontraram disponíveis para participar (referido e justificado de forma mais pormenorizada no capítulo 4). Já na comunidade, realizei o meu programa nos momentos destinados às intervenções da equipa de enfermagem, tendo em conta as rotinas do serviço e os dias de intervenção dos outros estudantes. Destaco também a não obtenção de resposta por parte da comissão de ética no segundo contexto de EC, que não me permitiu aplicar as escalas previstas e, por sua vez, avaliar as características do grupo selecionado.

3. CONTRIBUTO DOS ENSINOS CLÍNICOS NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Segundo Le Boterf (1995), citado por Fleury & Fleury (2001), define competência como um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo, ou seja, ao desenvolverem competências essenciais para o sucesso da organização, estão também a investir em si mesmos, não só como cidadãos organizacionais, mas como cidadãos do país.

O desenvolvimento de competências foi um processo construído desde o primeiro dia que entrei no curso. As aulas teóricas permitiram-me interpretar situações, refletir sobre elas e compreender as diferentes formas de intervir. Pude consciencializar-me, através da partilha de diferentes realidades, bem como da minha vivência pessoal e profissional, que a pessoa quando procura ajuda nem sempre apresenta uma necessidade bem definida. Esta necessidade pode-se manifestar de diferentes maneiras: na forma de sintoma, problema, dificuldade de adaptação, perturbação do comportamento ou experiência de doença mental.

Para uma relação terapêutica, qualquer que seja a dificuldade que o cliente apresente, é necessário considerar o conjunto das suas características. Este pode aceder a esta relação graças aos seus processos físicos e psíquicos. Para o enfermeiro, estes processos são simultaneamente fonte de informação e alvo de intervenção, e observam-se no ciclo de contacto, onde as funções do *self* se manifestam. Não descurando, estes processos são também utilizados para a análise e reflexão da prática profissional, verificando se a pessoa privilegiou de comportamentos que favoreceram a sua adaptação ou atualização (Chalifour, 2008). A adaptação consiste em “privilegiar um comportamento que corresponde às normas do meio (...), considerado como adequado no quadro de uma subcultura” (Chalifour, 2008, p.16) e atualização em “privilegiar o comportamento que melhor corresponde às exigências de cada pessoa” (Chalifour, 2008, p.16). Todo este enredo é bastante complexo, mais ainda quando são negados e/ou desviados certos destes processos, fazendo com que seja negada e/ou desviada a própria vida, pois como refere Lewin (1959) citado por Chalifour (2008), “o comportamento de uma pessoa num dado instante é função da percepção que essa pessoa tem de si própria e do seu ambiente, nesse preciso momento” (p. 16). Assim, se a pessoa tiver uma ideia errada de si ou

do seu meio, pode fazer escolhas pouco adaptadas às circunstâncias e que não respondem às suas necessidades.

Nestes dois contextos de estágio verifiquei a situação acima mencionada, havendo oportunidade de desenvolver competências de EESMP, com supervisão clínica dos enfermeiros orientadores. Esta supervisão regeu-se numa prática acompanhada, interativa, dinâmica e colaborativa entre mim e os enfermeiros orientadores, num contexto acolhedor e sereno, cujo principal objetivo assentou-se no desenvolvimento dos diferentes domínios pessoais e profissionais, nomeadamente nos meus valores, atitudes e competências, no sentido de promover a tomada de decisão autónoma, desenvolver uma prática de qualidade e assumir responsabilidade face a esta, valorizando a segurança nos cuidados e a proteção do cliente, através do processo de análise e reflexão da prática clínica.

Considero que esta estratégia assumiu especial relevância, proporcionando-me “(...) uma reflexão crítica e mudança, elementos fundamentais para a prestação de cuidados” (Fonseca, E., 2015). Proporcionou-me o desenvolvimento de uma autoanálise sobre as minhas competências, bem como a aquisição de novas estratégias para gerir determinadas situações, abrindo horizontes a novos pontos de vista e, consequentemente, melhorar a qualidade dos cuidados.

3.1. No Contexto de Internamento

No serviço de internamento, encontrei diversas pessoas com patologias do foro mental, numa fase aguda da doença. Foram colocadas em prática diferentes intervenções, consoante as situações vividas diariamente, nomeadamente intervenções de EESMP.

Este contexto permitiu-me o desenvolvimento de um juízo clínico singular, mobilizando saberes técnico-científicos e humanos, proporcionando vivenciar, juntamente com o cliente e equipa multidisciplinar, experiências gratificantes, na relação interpessoal e intrapessoal. Consegui mobilizar o meu “EU” como instrumento terapêutico, estabelecendo uma relação de confiança e parceria com o cliente, promovendo o seu *insight* e a possibilidade de encontrar novas formas de resolução (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

Nesta experiência, identifiquei no “aqui e agora” sentimentos, emoções e outros fatores pessoais, que, de alguma forma, interferiram e/ou podiam interferir na relação com o outro (quer com o cliente, quer com a equipa multidisciplinar), gerindo

fenómenos de transferência e contratransferência que daí pudessem surgir. Contudo destaco como dificuldade a compreensão do impacto que esses sentimentos, emoções e reações comportamentais tiveram em mim durante a relação. Estou consciente de que a mobilização deste “dar conta de mim” terá repercussões sobre a forma e a qualidade da minha relação com o outro. Eu, para além de apresentar as mesmas características humanas que o cliente - características biológicas, cognitivas, sociais, emotivas e espirituais -, consegui desenvolver um melhor conhecimento sobre mim: compreender o que uma relação terapêutica suscita em mim, de que forma as características pessoais influenciam a relação e que utilização posso fazer de mim; do meu papel profissional; dos princípios teóricos que sustentam a minha prática; dos processos presentes na relação de ajuda e das intervenções psicoterapêuticas (Chalifour, 2008).

Ainda nesta fase, foi importante para mim as reflexões individuais constantes e partilhadas com os enfermeiros orientadores e espelhadas nos diários de aprendizagem, de modo a ser também partilhada com a professora orientadora e confrontada com a literatura. Todas estas pessoas, salientadas anteriormente, ajudaram-me na contínua introspeção sobre mim mesma e a adquirir uma autoconsciencialização sobre partes de mim que estavam por descobrir. Tenho consciência de que o bom espelho são os outros, e foi importante para mim perceber o efeito que provoquei nos mesmos, no sentido de receber informação, verbal e não-verbal, e comparar a perceção deles com aquela que tinha de mim, procurando um crescimento do *self* numa esfera privada, a um nível intrapessoal. Desta forma, consegui transferir informações da área do “eu cego” para a área do “eu aberto”, área do “eu genuíno”, de compreensão e de acordo mútuo, em consonância com a Janela de Johari.

Ao longo deste contexto de EC investi em várias competências, nomeadamente de contacto, de reconhecimento e interpretação, de acompanhamento e comunicação, que, segundo Riley (2004), passa desde a simples constatação de factos, durante a prestação de cuidados, até à “(...) arte de saber ouvir” (p. 15), de estar aberto ao outro com transparência e honestidade para transmitir a minha compreensão, aproximando-me de uma postura empática, autêntica, de respeito, compaixão e esperança.

Possibilitou-me estar atenta à fronteira de contacto, à relação, ao espaço intersubjetivo e ao compromisso. Em suma, “(...) testemunhar a experiência do

cliente, compreender a sua perspectiva, respeitar a sua dignidade e o seu direito à autodeterminação” (Riley, 2004, p.35).

O cliente passou a ser entendido, por mim, como um ser único e detentor de vulnerabilidades próprias, e independentemente do seu estado clínico, tornou-se no principal “(...) parceiro no processo de cuidados” (Phaneuf, 2005, p. 322). Processo esse em que permiti que o mesmo compreendesse a sua verdadeira natureza e o que seria bom para si (Chalifour, 2008). Salvo em situação limite, como é o caso de pessoas em internamento compulsivo, como previsto na Lei de Saúde Mental. Nestas situações, em que o cliente pode ser envolvido nos cuidados involuntariamente, como verifiquei neste contexto, tal limitação da sua liberdade pode afetar a relação enfermeiro-cliente e pode colocar dilemas éticos complexos, que necessitam, a meu ver, de ser alvo de reflexão individual e conjunta com a equipa multidisciplinar. Neste sentido, e pela minha inexperiência de cuidar em contexto de internamento de psiquiatria, esta situação particular foi alvo de pesquisa e de reflexão.

O internamento compulsivo apenas é permitido se for a única forma de aplicar um tratamento estritamente necessário e finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa, devendo ser substituído por regime ambulatorio logo que possível (Lei nº 36/98, art. 8º, nº 1 e 3). O cliente mantém os restantes direitos inalterados (Xavier, M. & Carvalho, A., s.d.), ou seja: de ser informado dos direitos que lhe assistem; de estar presente nas sessões e de ser ouvido pelo juiz, exceto quando o seu estado clínico não o permitir; de ser assistido por um advogado oficioso gratuito (que o cliente pode recusar e optar por um advogado próprio), podendo comunicar com ele em privado; de votar nos termos da lei; de enviar e receber correspondência; de ser esclarecido sobre os motivos da privação da liberdade (Lei nº 36/98, art. 10º, nº 1 e art. 11º, nº 2).

Todos estes aspetos foram respeitados neste contexto, contudo senti que a relação terapêutica foi fortemente afetada, pois o cliente não interpretava estas medidas como necessárias para um tratamento eficaz, logo as intervenções de enfermagem planeadas para o cliente eram consideradas inúteis para o mesmo, não se envolvendo no processo de cuidados, mas sim isolando-se.

De um modo geral, no internamento, desenvolvi diversas competências, entre as quais: 1) a recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental do cliente; 2) a identificação dos problemas e das necessidades específicas do cliente, família e/ou pessoa significativa; 3) a

identificação de fatores promotores de bem-estar e saúde mental, bem como os fatores predisponentes de sofrimento e doença mental; 4) a avaliação do impacto que a experiência de doença mental tem na qualidade de vida do cliente, nomeadamente na sua autonomia e no seu projeto de vida; 5) o diagnóstico e a intervenção perante respostas desajustadas do cliente, evitando o agravamento da situação e a desinserção social; 6) o planeamento, através da negociação do plano de cuidados com o cliente, de maneira a manter ou melhorar as suas capacidades; 7) a identificação dos resultados esperados; 8) a implementação de programas psicoeducativos para melhorar o seu *insight* e atitude face ao tratamento e promover o seu *empowerment*; 9) a gestão da toma de medicamentos para colmatar sintomas da doença mental e manter/melhorar a capacidade do cliente; 10) a utilização de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas para ajudar o cliente a integrar a experiência de doença mental, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida; 11) a promoção da qualidade de vida da família e/ou pessoa significativa, reforçando as suas capacidades.

Em todas estas competências foi necessário mobilizar estratégias de comunicação, de observação, de entrevista e rever registos, avaliando o cliente como um sistema aberto, que interage com o seu ambiente de modo a obter recursos para satisfazer as suas necessidades (Chalifour, 2008).

Em todas as minhas intervenções tive em consideração o meu papel, enquanto estudante de EESMP, e o do cliente, a posição que ocupávamos e o caráter confidencial e intimista em que estas surgiam.

Tive preocupação em criar um ambiente que facilitasse a comunicação e assegurasse a privacidade do cliente, de modo a desenvolver uma relação de ajuda, onde este desenvolvesse uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos seus recursos internos latentes (Rogers, 2010).

A relação de confiança esteve presente em todo o meu percurso de aprendizagem, acreditando ser fundamental para a aliança terapêutica, uma vez que “(...) ajuda a pessoa a descobrir-se, a fazer uma representação clara da sua dificuldade e a reorientar-se para pistas de soluções ou vias de mudança de acordo com as suas possibilidades” (p. 323). Foi neste ambiente de relação com o outro que desenvolvi a primeira competência do EESMP: **“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”**.

Ficou aquém a transição de clientes e famílias/pessoas significativas entre cenários de cuidados de saúde mental - internamento versus comunidade -, para manter a continuidade de cuidados, uma vez que não era facultada a nota de alta médica nem de enfermagem, nem um contacto prévio com outra entidade de cuidados, o que despoletou em mim diversas dúvidas, difíceis de gerir, numa primeira abordagem:

Afinal, mas porque não é facultado estes dois documentos ao cliente? Não é um direito que o assiste? Ou só porque padece de uma experiência de doença mental não apresenta os mesmos direitos que qualquer outra pessoa? Será para não se confrontar com os comportamentos que tinha anteriormente? Será que é para não ter conhecimento de como o viam? Mas será esta uma prática de cuidados de enfermagem aceitável? Centrada no cliente? Em que o mesmo decide o que é melhor para si? Não terá o cliente direito a todos os seus documentos, independentemente da sua situação clínica? Porque se dá a nota de alta de enfermagem e médica num serviço de internamento de medicina e não no serviço de internamento de psiquiatria? Devido à doença? Não estaremos nós a acentuar mais o preconceito? O estigma? E o estereótipo? (Diário de Aprendizagem).

Todas estas questões surgiram-me no pensamento. Questionei diversos enfermeiros acerca do assunto. A maioria referiu não ter benefícios para a saúde do cliente.

“Confrontar-se com a situação que o trouxe ao hospital podia não ser vantajoso para a sua recuperação” (sic de um enfermeiro) (Diário de Aprendizagem).

Voltei a refletir no meu papel, enquanto enfermeira, ao longo do internamento:

Não teremos nós, enfermeiros, de encontrar respostas satisfatórias às necessidades identificadas pelo cliente, que muitas vezes passam por saber o motivo que o levou ao internamento? Não procuramos fazer com que o cliente se reconheça e se aceite de um modo realista, tomando as suas próprias decisões para, posteriormente, estabelecer mudanças na sua vida? (Diário de Aprendizagem).

Nesse momento, recordei-me da dramatização das situações do “lá e então” no “aqui e agora”, havendo, portanto, uma aprendizagem, em que compreendo a perspetiva do cliente, respeito a sua dignidade e o seu direito à autodeterminação e o cliente procura os seus recursos para a gestão dos conflitos que vivencia e para a busca de soluções, adaptando-se. Assim, numa outra perspetiva:

Não estaremos nós, enfermeiros, a ser paternalistas? A pensar no que será o melhor para o cliente? E será que ele acha que isso é o melhor para si? Foi difícil de gerir todas estas questões (Diário de Aprendizagem).

Na Carta de Ottawa (1996) já se pressupunha o reforço das capacidades da pessoa no que respeita à responsabilização pela sua saúde. Para tal, é fundamental a passagem de informação clara, transparente e adequada ao cliente, de modo a que este se torne apto a decidir, como uma pessoa livre e esclarecida, zelando pelo “respeito dos direitos do homem e do cidadão, reconhecidos universalmente, e dos seguintes princípios gerais: não discriminação, respeito da pessoa, da sua liberdade individual, da sua vida privada e da sua autonomia” (DGS, s.d., p. 2). Também os profissionais de saúde devem intervir em concordância com as regras de deontologia profissional. Os princípios éticos são diretrizes cruciais que influenciam a tomada de decisão. Com frequência, e sem exceção para este contexto, são tidos em conta os princípios éticos de autonomia, beneficência, não-maleficência, veracidade e justiça na assistência à tomada de decisão (Townsend, 2011).

Por outro lado, a evidência científica demonstra desde há vários anos que é imprescindível a constante e adequada articulação entre serviços de internamento e os da comunidade. A nível nacional existem projetos consistentes nestas áreas, além de haver um Plano Nacional de Saúde Mental, considerado um programa prioritário do Plano Nacional de Saúde, onde, em todas as circunstâncias, é sempre dado destaque para a articulação de cuidados. Contudo, na realidade, o cenário está longe de ser satisfatório (Carvalho, 2016).

Neste contexto, fiquei surpreendida por não ser utilizado, de modo frequente, a articulação e encaminhamento para os serviços comunitários, pois os clientes que estavam internados viviam, na sua maioria, sozinhos, pelo que a probabilidade de recaída seria maior.

Uma boa articulação surge como sinónimo de rentabilização de recursos, de melhores respostas, de melhores resultados numa perspetiva biopsicosociocultural e espiritual, e maior satisfação para todos os envolvidos. Possibilita encontrar respostas transdisciplinares, numa perspetiva em que o todo é superior à soma das partes. Deve-se, portanto, apostar num trabalho de grupo colaborativo, estabelecendo, com maior frequência, a articulação com a comunidade e, desta forma, melhorar os cuidados de saúde mental e de psiquiatria (Carvalho, 2016).

Esta reflexão permitiu-me: pensar no agir profissional ético e teoricamente sustentado enquanto futura EESMP, inserida numa equipa multidisciplinar, tendo por

base os valores profissionais, a evidência científica e a decisão do cliente; problematizar o processo de cuidados de enfermagem, traduzindo um pensamento de enfermagem especializado.

3.2. No Contexto da Comunidade

Neste contexto de EC, já trazia comigo uma bagagem de conhecimentos sobre a pessoa em fase aguda da doença mental. Ficou presente uma enfermagem avançada, resultando numa maior competência a nível do diagnóstico e tratamento da pessoa. Na comunidade procurei continuar a desenvolver de forma mais pormenorizada estas competências, não menosprezando a sensibilidade e compaixão durante o processo de cuidados. Aperfeiçoei-me na relação terapêutica à medida que me fui conhecendo e percebendo determinados comportamentos, sentimentos e emoções no contacto com o outro. Usei o meu “EU” como instrumento terapêutico, começando a ser detentora de um autoconhecimento aprofundado. Tenho plena consciência que consegui expressar o meu “EU” genuíno e autêntico, e demonstrar comprometimento mútuo, o que se traduziu numa relação terapêutica eficaz.

Neste âmbito, acompanhei clientes que necessitavam de apoio diário em fase de pós recuperação de episódio agudo, com o objetivo de prevenir uma recaída, ou má adesão ao regime terapêutico, mas também em alguns casos, como forma de acompanhamento de proximidade para esclarecimento do diagnóstico clínico.

Após a admissão, os clientes integravam um programa de tratamento individualizado e participavam nas atividades em grupo - método de trabalho mais utilizado no Hospital de Dia -, com finalidades diagnósticas e terapêuticas, como a reabilitação psicossocial e ocupacional, bem como a preparação do pós-alta. Eram propostas rotinas diárias e desenvolvidas e/ou adquiridas competências sociais e capacidades individuais afetadas pela patologia, que potenciassem a integração na comunidade.

Assim, procurei com o cliente identificar estratégias de *coping* utilizadas, reconhecer sinais de alarme de agudização da doença e a importância da adesão ao regime terapêutico, informando-o sobre os fármacos prescritos e as suas características, bem como a importância da sua presença assídua no Hospital de Dia.

O cliente procurava desenvolver estratégias de resolução de problemas, relacionadas com a doença, reconhecendo necessidades de apoio e orientação, procurando suporte e assistência durante o seu percurso no Hospital de Dia. Neste período era também estimulada a partilha de vivências e dinâmicas diárias, assim como avaliadas as necessidades de encaminhamento para outras especialidades.

A alta era considerada uma etapa que se preparava desde a admissão, ou seja, desde a consulta médica de triagem que era estabelecido um plano, onde eram delineados, juntamente com o cliente, objetivos precisos que tinham de ser realizados. Como cada pessoa é única, não existia um tempo pré-definido para os cumprir.

Tal como a admissão, o período da alta era individualizado e tinha em atenção a melhoria/estabilização do quadro clínico. Nesta fase, o cliente deveria: ser autónomo na gestão do seu regime terapêutico; possuir conhecimentos sobre a sua doença e a terapêutica que lhe foi instituída; encontrar-se mais organizado nas suas rotinas diárias, sincronizando com os ritmos sociais; e com capacitação ocupacional.

Nesta altura, o cliente procurava com a assistente social, encontrar respostas nas estruturas da comunidade, de maneira a retornar à sua vida ativa o mais rapidamente possível, após estabilização do quadro. São exemplos de estruturas: as IPSS e as áreas de dia. Também podiam ser encaminhados para os grupos psicoterapêuticos, para as consultas individuais com a psicóloga clínica e/ou para o grupo de apoio pós-alta de enfermagem. Este último grupo pretendia: prevenir recaídas; estimular a perceção e a compreensão dos sinais e sintomas de alarme de agudização da doença; partilhar vivências nas dimensões pessoais, familiares, afetivas, sociais e profissionais; identificar e resolver os problemas quotidianos.

Surgiram situações em que prestei apoio aos clientes na realização dos seus currículos *vitae* e no reingresso ao mercado de trabalho, tentando com eles procurar o trabalho mais adequado, de acordo com as suas preferências e limitações. As terapeutas ocupacionais também tinham um papel fundamental nesta fase, simulando entrevistas de emprego, de modo a que os mesmos estivessem mais familiarizados quando confrontados com estas situações.

Apesar da multiplicidade de respostas da comunidade, alguns clientes sentiam-se desconfortáveis com esta fase, de deixar o Hospital de Dia e as suas rotinas interiorizadas, treinadas tornadas suas, talvez pelo receio de uma nova recaída.

Assim, a pessoa podia ter alta de forma faseada, por etapas, e não de forma repentina. Ou seja, o cliente passava a frequentar as atividades apenas três vezes por semana, depois duas vezes, até se sentir seguro para abandonar o hospital. Todavia era assegurado que o Hospital de Dia se mantinha disponível para eventuais dúvidas ou receios.

Posto isto, acabei este contexto de EC, consciente de que trabalhei em parceria com o cliente, tendo em consideração o seu contexto biopsicosociocultural e espiritual, direcionado numa abordagem holística. Tive em conta o conhecimento do cliente, o seu projeto de vida e de saúde, bem como as suas perspetivas futuras, envolvendo-o em todo o processo de cuidados. O período de pós-alta, não foi exceção, pois considerei a individualidade do mesmo e tive em consideração o que o cliente pensava e sentia, e as diversas condições em que se deparava.

Denotei que, no processo de cuidados, eram tidos em consideração a dignidade e os direitos humanos, bem como os valores pelos quais os clientes se regiam, sem que daí fosse manifestada qualquer discriminação, coincidindo com a Lei n.º 156/2015, artigo 102º alínea a) e e) e artigo 103º, alínea b) e d), onde indica que o enfermeiro deve abster-se de juízos de valor sobre o comportamento, opinião e/ou decisão do cliente, respeitando a sua integridade e, por outro lado, recusando qualquer forma de tortura, crueldade ou desumanidade. Numa perspetiva ética do cuidado, como refere Gomes (2009), a vontade do cliente e o seu bem-estar eram o centro da tomada de decisão.

Toda esta nova realidade observada e vivenciada deixou-me bastante realizada, por saber que existe efetivamente um encaminhamento adequado para a pessoa com experiência de doença mental, mantendo um acompanhamento de proximidade, no sentido de prevenir crises e possíveis reinternamentos. A falta do mesmo, como verificado em situações passadas, potencia o retorno a comportamentos não promotores de saúde mental, pois a maioria destes clientes voltam às suas rotinas anteriores que não incluem a adesão ao regime terapêutico.

Atualmente são reunidos todos os esforços para que o internamento só seja efetuado quando todos os outros recursos extra-hospitalares se esgotarem, para evitar o afastamento das pessoas com experiência de doença mental do seu meio habitual e facilitar a sua reabilitação e inserção social (Lei nº 36/98, art. 3º, alínea a). Assim, o Hospital de Dia é uma estratégia fundamental no processo de reinserção social e na prevenção de novas recaídas. Este acompanhamento terapêutico trata-se de uma forma de criar possibilidades de melhores condições de vida para as

peessoas com experiência de doença mental, apostando no seu potencial criativo de se colocar no seu meio. Permite reinseri-las na sociedade, resguardando a sua presença no seu meio social e familiar, pois mais do que pessoas com experiência de doença mental, são pessoas com nome, história, desejos e com direitos de exercício de cidadania (Dimenstein et al., 2009).

Foi nesta perspectiva acima mencionada que desenvolvi a segunda e terceira competências do EESMP, onde consta respetivamente **“Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”** e **“Ajudar 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”**, com a realização de dois estudos de caso, onde constou: 1) a história clínica do cliente e particularidades do padrão de vida na situação atual, tendo em conta a teoria de Betty Neuman; 2) avaliação do estado mental; 3) criação de diagnósticos de enfermagem, aplicando a taxonomia CIPE e tendo em consideração os problemas e as necessidades específicas do cliente; 4) plano terapêutico implementado (farmacológico e não farmacológico), evidenciando as intervenções de enfermagem que se desenvolveram junto da pessoa, bem como da sua família/pessoa significativa, de acordo com a condição e individualidade dos mesmos e dos contextos onde estão inseridos, analisando os fatores que os influenciam, nomeadamente as suas crenças, valores, etapa de desenvolvimento, cultura e condição de saúde-doença.

Neste sentido, recolhi informação através da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar, dos processos clínicos dos clientes e, posteriormente, através de diferentes tipos de entrevistas, nomeadamente a entrevista de ajuda formal. Segundo Phaneuf (2005), esta entrevista representa uma forma de interação, de carácter profissional, entre o enfermeiro e o cliente que vive uma situação penosa, de modo a fazê-lo transmitir as suas dificuldades físicas, psicológicas e/ou relacionais, de libertar a sua ansiedade e de levá-lo a identificar as suas forças para fazer face à realidade e prever soluções para os seus problemas.

Foi através da relação e em conjunto com o cliente e família/pessoa significativa que facilitei o processo de adaptação, um processo pelo qual o cliente satisfaz as suas necessidades, mantendo um equilíbrio (homeostase) e consequentemente a sua saúde. Foi importante identificar os fatores *stressores* do processo, diferenciar estados emocionais e interpretar verbalizações e comportamentos, tentando elaborar em conjunto com os mesmos novos

significados, de modo a facilitar a satisfação das suas necessidades. Em suma, desenvolvi uma prática autónoma de enfermagem, bem como em parceria com a restante equipa multidisciplinar, respeitando as áreas de intervenção interdependentes.

Saliento como dificuldades iniciais os períodos de silêncio: sentia-os como momentos vazios, julgando ser minha função preenchê-los, pelo receio de que o cliente já não tivesse nada para acrescentar e poder sentir-se também constrangido por isso. Atualmente, considero esses momentos como parte integrante da relação, do processo de comunicação. Desprendi-me da linguagem verbal e percebi que os momentos de silêncio eram tão ou mais importantes que a mensagem verbalizada. Permitiam ao cliente ressentir uma emoção e entrar em contacto com a informação transmitida pelo seu organismo (Chalifour, 2008).

Mais do que a linguagem verbal, a linguagem não-verbal é genuína e por isso dou especial relevo à mesma (Diário de Aprendizagem).

Deste modo, durante a relação terapêutica, tentei mostrar ao cliente que a responsabilidade dos silêncios e dos retornos à troca verbal lhe pertenciam. Apenas interrompia o silêncio, no momento em que percebia que este perdia o seu significado para o cliente ou para a minha intervenção. Todavia, sei que, seguramente, ainda devo aperfeiçoar este modo de comunicação na minha prática clínica.

Outro facto marcante para mim foi o dar conta de não estar totalmente disponível para o outro.

Dava por mim, até há pouco tempo, a estabelecer relações terapêuticas pouco eficazes pela preocupação ligada à minha vida pessoal. Estando consciente do meu comportamento e do possível desconforto que pudesse causar ao cliente, expliquei a razão pela qual sentia alguma dificuldade em estar atenta, sem perder de vista que este não era o objetivo primeiro da entrevista, tal como refere Chalifour (2008) (Diário de Aprendizagem).

Deste modo revelei-me ao cliente e a relação terapêutica prosseguiu, sem ter sofrido quaisquer repercussões.

Outro aspeto que trabalhei no meu “EU” foi a imposição e a violência, pois sentia-me renitente em prestar cuidados de qualidade a pessoas que tivessem essas características. Recordei momentos passados que de algum modo pensei que estivessem sarados. Anteriormente, ao sentir que a pessoa ficava mais agressiva

num determinado assunto que era abordado ou num cuidado, tentava mudá-lo de modo a desviar o fator de *stress* e não abordava mais a situação vivida.

Esta estratégia de evitamento consumia-me energia sem, contudo, conduzir a resultados satisfatórios. Ficava triste e com um certo mal-estar por não ter respondido como desejaria às necessidades do cliente. Sentia-me impotente em relação a este assunto e perdia a estima de mim-mesma enquanto pessoa e enfermeira. Atrevo-me a referir que nesta situação, segundo as teorias da crise, o sistema interveniente – cliente estaria em crise. Atualmente, já tento perceber o que despoletou o quadro acima referido, pois entendo aquele comportamento exacerbado como um pedido de ajuda. Ainda neste sentido, tento questionar-me sobre o que vivi na relação com o cliente e sobre o próprio cliente. Tento também convidar este último a fazer o mesmo. Sei que para conseguir, devo “estar consciente de que toda a pessoa é habitada por processos psicológicos internos que motivam e orientam os seus comportamentos” (Chalifour, 2008, p. 222). O conhecimento destes processos - do seu funcionamento e da informação que transmitem -, permite determinar o motivo dos comportamentos manifestados, a necessidade de ajuda que expressam, o modo como o interveniente e o cliente lhes reagem e o comportamento a adotar (Chalifour, 2008). Questiono-me agora: Que processos são estes? Quais as questões a colocar? (Diário de Aprendizagem).

As respostas a estas perguntas residem em parte da conceção de pessoa para cada enfermeiro, na compreensão do seu funcionamento e do que motiva os seus comportamentos. Ao longo da vida, a pessoa é confrontada com os seus próprios limites e com obstáculos provenientes do meio ambiente, que podem perturbar, ameaçar ou mesmo impedir a realização das suas motivações profundas. Admito que a necessidade de reconhecimento constitui uma intensa motivação (Rogers e King, 1969, citado por Chalifour, 2008).

Em suma, é possível, em contexto profissional, beneficiar de certos comportamentos e abster-me de outros, em função das minhas características e experiências de vida. Contudo, deverei estar consciente destas situações e reconhecer que a forma como interpreto as mensagens do outro - conceituais e afetivas -, pode dificultar ou facilitar a relação terapêutica (Chalifour, 2008) (Diário de Aprendizagem).

Relativamente à quarta competência que se refere à **“Prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, 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”**, saliento o programa psicoeducativo que desenvolvi

sobre a adesão ao regime terapêutico, com o intuito de promover uma mudança significativa e durável no cliente do ponto de vista psicológico e emocional. No programa, o cliente foi parceiro ativo na procura de soluções que, de algum modo, respondessem aos problemas identificados pelo mesmo.

Considero a disponibilidade um ato essencial para promover/melhorar comportamentos de saúde. Neste seguimento, foi prestado também apoio às famílias através de intervenções psicoeducativas, a nível individual e em grupo, de modo a promover conhecimentos e competências sobre a experiência de doença mental e o regime terapêutico, bem como outros assuntos paralelos que causassem dúvidas e/ou receios no momento.

Nos dois contextos de EC deu-se especial relevância à psicoeducação, contudo também foram implementadas intervenções psicoterapêuticas, nomeadamente: a realização de técnicas de relaxamento muscular; a terapia de reestruturação cognitiva, através do treino das funções cognitivas, tais como a aprendizagem, o planeamento, a atenção e a memória; e a utilização de mediadores expressivos, como a pintura, que facilitou a expressão de emoções e a resolução de conflitos emocionais ou psicológicos por meio da criação artística, favorecendo a mudança e o progresso (Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia, s.d.). Foram também utilizadas intervenções socioterapêuticas a nível individual, familiar e de grupo, no sentido de capacitar os clientes para estabelecer metas realistas e desenvolver estratégias de *coping*.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Relativamente ao programa psicoeducativo delineado no projeto de aprendizagem, este foi implementado com sucesso nos dois contextos de EC. O programa foi dirigido a dois grupos distintos, um no internamento e outro na comunidade, não permitindo a entrada a novos participantes no decurso do mesmo, contudo os presentes podiam desistir a qualquer momento, sem que daí surgisse prejuízo para o tratamento. Contou-se com um total de 13 participantes (6 no internamento e 7 na comunidade), sendo que o do internamento não se manteve constante pelas altas clínicas que foram ocorrendo ao longo da implementação das sessões. Para colmatar esse problema e após autorização da chefia do serviço, foi questionado aos participantes com alta clínica se estariam interessados em manter a sua participação no programa, ao qual a maioria respondeu não pertencer à área geográfica em questão (75%) e o restante que necessitava de terceiros para se deslocar até ao hospital (25%) sendo por isso difícil de comparecer às sessões posteriores.

A intervenção psicoeducacional foi a modalidade de intervenção que esteve presente no meu projeto de estágio, no sentido de favorecer a adesão ao regime terapêutico no grupo, identificando primeiramente as causas de má adesão (pela análise estatística das respostas às questões da escala de MAT) e promovendo, posteriormente, o conhecimento sobre a doença e o tratamento.

Estas sessões foram executadas em grupo com o objetivo de facilitar a socialização entre os clientes, permitir a partilha de experiências de vida, sofrimento e superação, promovendo assim a aceitação da diferença e o encontro de possíveis semelhanças.

O programa foi realizado sempre no mesmo dia da semana, de forma a estabelecer uma rotina e promover a adesão ao mesmo. No internamento, as sessões foram realizadas aos sábados à tarde, com a possibilidade dos familiares estarem presentes. Na primeira semana de EC foram contactadas quatro famílias (66.67%), sendo que as restantes não foram contactadas por recusa dos clientes (33.33%), justificada pelos seguintes motivos: má relação com o cônjuge (em processo de divórcio); distância geográfica da residência da família; dependência de terceiros do cônjuge para o visitar.

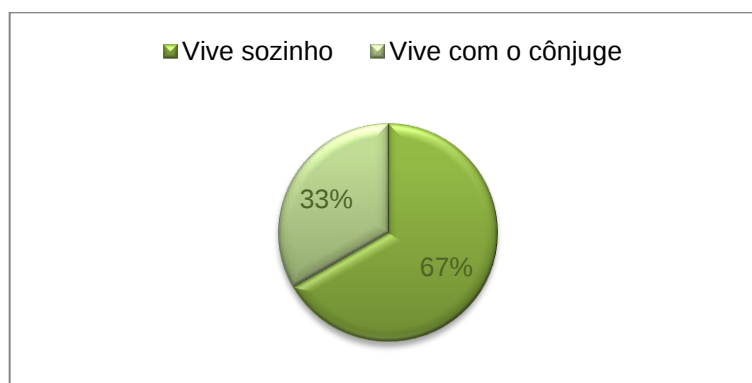
Após contacto com os familiares dos clientes que aceitaram que fosse realizado o contacto telefónico, os mesmos mostraram-se indisponíveis para

comparecer às quatro sessões psicoeducativas, pelos seguintes motivos: questões laborais; questões de gestão e organização familiar. Assim, não foi possível a comparência de nenhuma família no programa psicoeducativo (0%).

Na comunidade, estas sessões foram desenvolvidas às quintas-feiras à tarde, um dos momentos em que o grupo tinha programado atividades com a equipa de enfermagem. Relativamente à presença de familiares no programa, a enfermeira orientadora referiu ser impossível, pelas normas e regras do Hospital de Dia, pois havia um dia específico para essa finalidade, sendo esse individualizado aos mesmos e tendo uma periodicidade quinzenal. Assim sendo, também não foi possível a comparência de nenhuma família no programa psicoeducativo (0%).

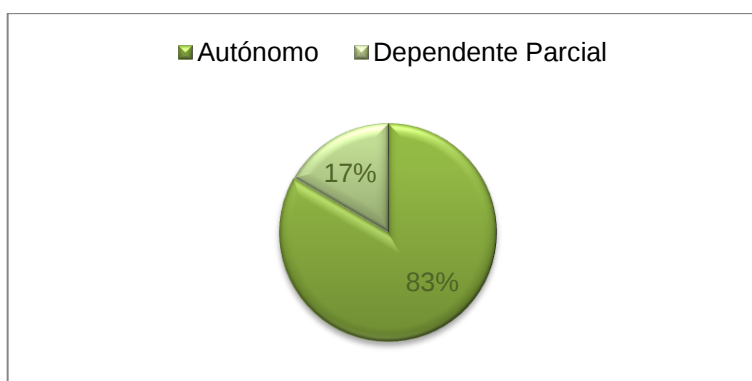
Antes da apresentação das sessões, todas os clientes leram atentamente o consentimento informado (Apêndice III) e assinaram-no. De salientar que todas as dúvidas surgidas foram esclarecidas, não tendo havido nenhuma questão por esclarecer. No primeiro contexto, foi preenchido o questionário sociodemográfico, um documento que se encontrava dividido em quatro dimensões (Apêndice IV).

Gráfico 1) Situação Sociofamiliar



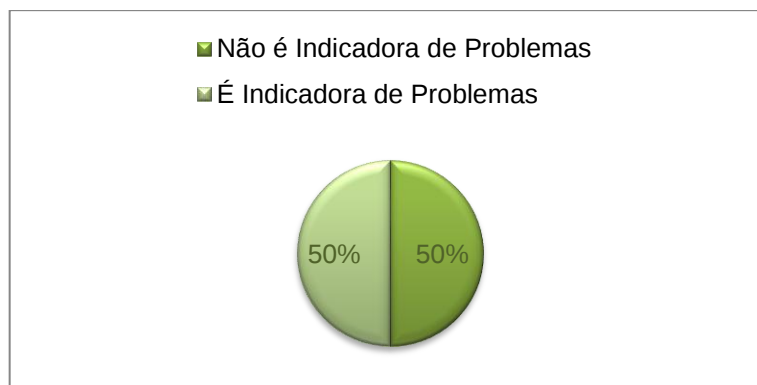
Na primeira dimensão foi explorada a situação sociofamiliar, tendo verificado que 66.67% das pessoas viviam sozinhas e 33.33% viviam apenas com o cônjuge.

Gráfico 2) Realização das AVD



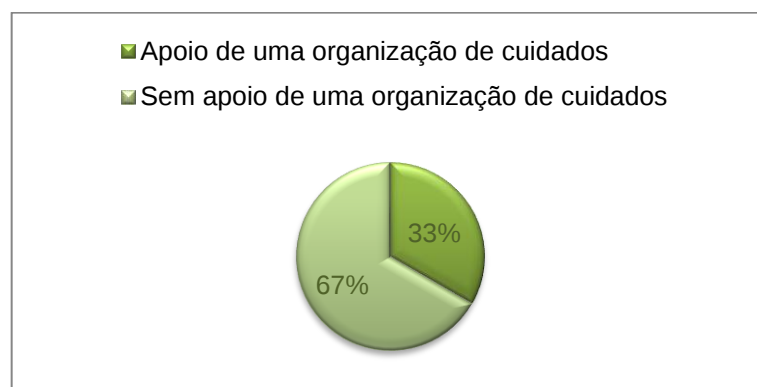
Relativamente à realização das AVD, 83.33% revelaram ser autónomos nessa realização e um seria dependente parcial (16.67%), tendo o apoio da filha - cuidadora principal. Dos autónomos, 50% responderam ser o filho a pessoa significativa/de referência, 16.67% respondeu ninguém e 16.67% respondeu ser outro familiar - o primo.

Gráfico 3) Situação Familiar – indicadora de problemas



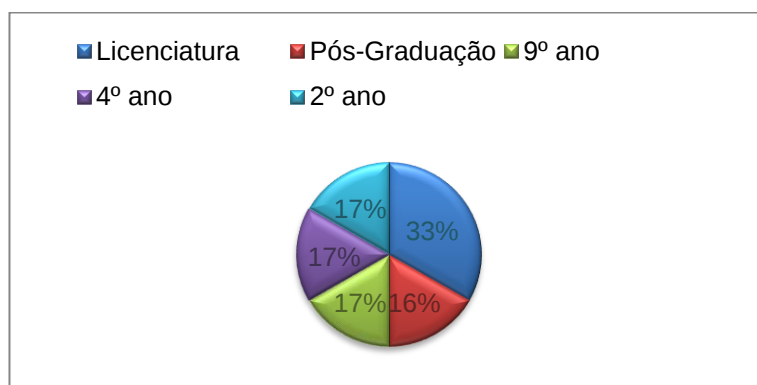
No que respeita à situação familiar, 50% responderam não ser indicadora de problemas e outros 50% responderam ser indicadora de problemas, entre eles, de salientar: a ausência de apoio da pessoa de referência; um processo de divórcio; uma mãe com doença psiquiátrica diagnosticada, já tendo “cometido crimes” (sic cliente).

Gráfico 4) Apoio de uma Organização de Cuidados Psiquiátricos



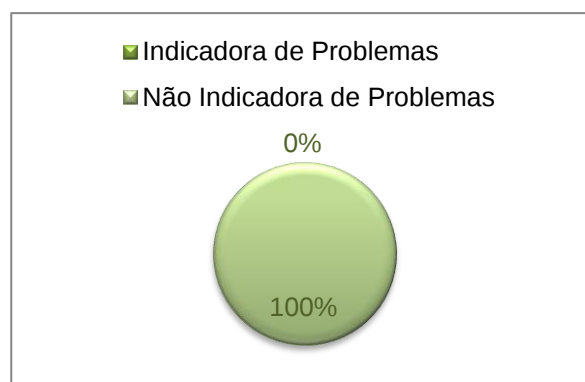
Ainda dentro da primeira dimensão, ao questionar se teriam algum apoio de uma organização de cuidados psiquiátricos, 66.67% responderam que não e 33.33% responderam que sim, para além do apoio presente. No que concerne à questão de terem apoio de outra organização de cuidados para além dos psiquiátricos, 100% respondeu que não.

Gráfico 5) Habilitações Literárias



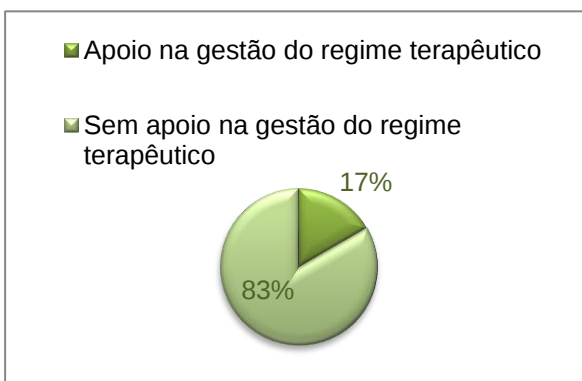
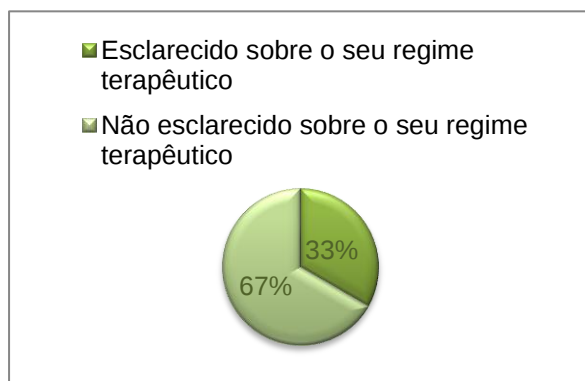
Na segunda dimensão, foram exploradas as habilitações literárias, tendo constatado que 100% dos participantes sabiam ler e escrever. Também verifiquei que 33.33% tinham o grau de licenciatura, 16.67% tinha uma pós-graduação, 16.67% apresentava o 9º ano, 16.67% o 4º ano e, por fim, 16.67%, o 2º ano.

Gráfico 6 e 7) Situação Profissional



Na terceira dimensão, sobre a situação profissional, 33.33% referiram estar desempregados, 33.33% mencionaram estar reformados e 33.33% empregados. Em relação à pergunta “situação profissional indicadora de problemas” 100% respondeu que a sua não seria.

Gráfico 8 e 9) Gestão do Regime Terapêutico



Na quarta dimensão, relativamente à gestão do regime terapêutico, a maioria diz não estar esclarecida sobre o seu regime terapêutico (66.67%). Relativamente às dificuldades na gestão terapêutica, apenas 33.33% as admitiram, sendo os motivos: *deficit* visual; “não sei para que servem os medicamentos” (sic). No domicílio, apenas 16.67% dos inquiridos referiram ter apoio na gestão do regime terapêutico, o que revela a vulnerabilidade desta população face ao mesmo.

Após o preenchimento do questionário sociodemográfico, os clientes preencheram outro documento: a Escala de MAT (Anexo II), no sentido de construir um indicador de prevalência. A classificação dos clientes como aderentes ou não aderentes foi feita segundo valores próximos da mediana (Delgado & Lima, 2001).

Quadro 1) Respostas face à Escala de MAT

	Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	N/A
1ª Pergunta	00.00%	00.00%	16.67%	00.00%	00.00%	66.67%	16.66%
2ª Pergunta	00.00%	00.00%	16.67%	00.00%	00.00%	66.67%	16.66%
3ª Pergunta	00.00%	00.00%	16.67%	00.00%	00.00%	66.67%	16.66%
4ª Pergunta	00.00%	00.00%	16.67%	00.00%	16.67%	50.00%	16.66%
5ª Pergunta	00.00%	00.00%	16.67%	33.34%	00.00%	33.33%	16.66%
6ª Pergunta	00.00%	00.00%	00.00%	00.00%	00.00%	83.34%	16.66%
7ª Pergunta	00.00%	00.00%	16.67%	00.00%	00.00%	66.67%	16.66%

Na **1ª Pergunta**: “Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?”, 66.67% selecionaram nunca, 16.67% com frequência e 16.66% não respondeu; Na **2ª Pergunta**: “Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?”, 66.67% selecionaram nunca, 16.67% com frequência e 16.66% não respondeu; Na **3ª Pergunta**: “Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?”, 66.67% selecionaram nunca, 16.67% com frequência e 16.66% não respondeu; Na **4ª Pergunta**: “Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após ter sentido pior?”, 50% selecionaram nunca, 16.67% raramente, 16.67% com frequência e 16.66% não respondeu; Na **5ª Pergunta**: “Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após ter sentido pior?”, 33.33% selecionaram nunca, 33.34% por vezes, 16.67% com frequência e 16.66% não respondeu; Na **6ª Pergunta**: “Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?”, 83.34%

selecionaram nunca e 16.66% não respondeu; Na **7ª Pergunta:** “Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação médica?”, 66.67% selecionaram nunca, 16.67% com frequência e 16.66% não respondeu.

A todas as perguntas supracitadas, quando analisadas, o cliente que não respondeu às mesmas, justificou por escrito não ter respondido pelo facto de nunca ter tomado medicação de forma regular.

Numa visão geral, foi possível concluir que a maioria das pessoas internadas praticavam autogestão da medicação no domicílio (83.33%). Um participante (16.67%) obteve um score inferior a 5, não revelando adesão ao regime terapêutico, um participante não teria tomado medicação regular até então (16.66%) e, por sua vez, os restantes participantes (66.67%) obtiveram um score superior a 5, revelando adesão ao regime terapêutico.

Pelas características dos dois contextos de EC: onde os clientes eram supervisionados em todas as atividades, nomeadamente a toma assistida da medicação; e pelas altas clínicas, foi impossível reavaliar no final de todas as sessões com a escala de MAT. Por estes motivos, teve de existir um ajustamento na avaliação, pelo que decidi avaliar qualitativamente cada sessão, de forma independente, de modo a compreender se os objetivos propostos foram alcançados com sucesso no momento. Além disso, para a avaliação de cada sessão, foram considerados outros fatores como: a taxa de pessoas que assistiram; a motivação de cada uma, através da participação durante as sessões; e a taxa de satisfação, através do *feedback* partilhado individualmente, transmitindo com uma única palavra o que a sessão significou para si.

Na primeira sessão “Viver com Saúde Mental”, abordaram-se os conceitos de saúde mental *versus* experiência de doença mental. Foram tratadas concepções como os preconceitos, estereótipos e discriminações associadas à doença mental, bem como as suas consequências, nomeadamente o isolamento social da pessoa e a omissão da sua condição de saúde-doença, podendo ficar renitente em procurar ajuda, retardando ou impossibilitando a adesão a um tratamento especializado. Por fim, foi discutido o facto da saúde mental poder ser promovida e a experiência de doença mental prevenida, no sentido dos participantes adquirirem e/ou aprofundarem conhecimentos sobre os dois conceitos-chave.

A avaliação foi realizada através da atividade “chuva de ideias”, em que cada participante teve de escrever numa cartolina dividida em duas partes iguais, o que

era para si a saúde mental (no lado esquerdo da cartolina) *versus* experiência de doença mental (no lado direito da cartolina). A atividade foi realizada em grupo e partilhada com o mesmo, havendo espaço para a discussão do que foi exposto.

Quadro 2) Saúde Mental *versus* Experiência de Doença Mental.

Saúde Mental	Frequência de Ocorrência	Experiência de Doença Mental	Frequência de Ocorrência
Bem-estar	6	Tristeza/ Stress/ Sofrimento	10
Defender as nossas ideias e o que é importante para nós	3	Dependente de terceiros	3
Encarar os problemas e resolvê-los	1	Falta de apoio	2
Estar com quem gostamos	1	Julgados e criticados negativamente	2
Integração social	1	Anedonia	1
Liberdade de pensamento e emoção	1	Clinofilia	1
Autonomia	1		

No fim, foi proposta a caracterização da sessão com a utilização de uma só palavra. As palavras que surgiram foram: gostei (mencionada por duas pessoas); enriquecimento; partilha; oportunidade; descoberta; esclarecedora (mencionada por duas pessoas); importante; abertura; intuição; abundante; útil.

Na segunda sessão “Adesão ao Regime Terapêutico: a sua importância para a saúde e estratégias a adotar”, abordou-se a adesão da terapêutica farmacológica e os comportamentos promotores de saúde, com o objetivo de, juntamente com os participantes, avaliar potenciais dificuldades desta adesão, promover a automonitorização e reforçar a proximidade com a equipa de saúde. A avaliação foi realizada através da descrição, em primeiro lugar, das dificuldades que tinham na adesão ao regime terapêutico e, em seguida, das estratégias que implementariam para colmatar essas dificuldades.

Quadro 3) Dificuldades na adesão ao regime terapêutico e estratégias a adotar.

Dificuldades na Adesão do Regime Terapêutico	Estratégias a Implementar
Renitência	Esclarecer dúvidas com a equipa de saúde.

Ideias pré-concebidas	Esclarecer receios e medos com os amigos mais próximos e profissionais de saúde.
Dificuldade na gestão da medicação	Organização da medicação por saquinhos ou caixas.
Dificuldade em lembrar de tomar a medicação	Colocar as caixas dos medicamentos em cima da mesa das refeições; lembretes no telemóvel.
Abandono da terapêutica	Procurar informação junto da equipa de saúde; motivação pessoal; pesquisar; ter uma ou mais pessoas significativas que saibam da doença (amigos ou família) para ajudar nos momentos difíceis.
Trabalhar por turnos/ Encaixar numa rotina diária	Ajustar a medicação com o médico conforme a rotina e tendo em conta dificuldades sentidas.
Faltar às consultas	Lembretes no frigorífico/telemóvel/agenda.
O que os outros podem pensar de nós?	Resguardar-se na toma da terapêutica, por exemplo, num jantar com os amigos, ir à casa de banho ou tomar a medicação antes ou depois do evento, consoante as características da medicação. “Não somos obrigados a falar da nossa experiência de doença mental com toda a gente” (sic).

No fim, foi proposta a caracterização da sessão com a utilização de uma só palavra. As palavras que surgiram foram: ajuda; organização; regra; necessidade; meta; cooperação; lembrar; elucidativa; esclarecedora; descontraída.

Na terceira sessão “Terapêutica Farmacológica: principais vantagens e desvantagens”, debateu-se sobre os psicofármacos, destacando a sua ação sobre o psiquismo, o raciocínio, as emoções, as atitudes e o comportamento, capacitando o cliente para promover a sua saúde e qualidade de vida, bem como prevenir a desinserção social e a probabilidade de recaída. Foram também abordados alguns efeitos indesejáveis da terapêutica, contudo ressaltando que são alvo de constante avaliação por parte da equipa multidisciplinar. A dose é ajustada face à resposta de cada cliente no sentido de ter o resultado pretendido com o mínimo de efeitos secundários, contribuindo, deste modo, para a qualidade de vida de cada um. O objetivo da sessão focou-se na aquisição e/ou consolidação de conhecimentos sobre as principais vantagens e desvantagens da terapêutica farmacológica. Na avaliação, foram demonstradas as principais vantagens da terapêutica farmacológica, através de palavras, desenhos, pinturas, entre outras formas.

Quadro 4) Vantagens da terapêutica farmacológica.

Vantagens da Terapêutica Farmacológica	Frequência de Ocorrência
Organização do pensamento	3
Autonomia na realização das AVD	3
Voltar a sentir prazer nas atividades que anteriormente eram sentidas como prazerosas	3
Harmonia	2
Silêncio/Sossego	1

No fim, foi proposta a caracterização da sessão com a utilização de uma só palavra. As palavras que surgiram foram: importante; esclarecedora; indispensável para a vida; intuitiva; interessante; medicamentosa; pertinente; ajuda; conhecimento; autonomia.

Na quarta sessão “Recaída: como preveni-la?”, foi apresentada a recaída como sendo uma exacerbação dos sintomas relacionados com o quadro da experiência de doença mental anteriormente estabilizado. Recordou-se que era altamente incapacitante e geradora de *stress*. Considerou-se como um fenómeno multifatorial, podendo estar relacionada com as elevadas taxas de não adesão ao regime terapêutico (Zanetti *et al.*, 2018 & Figueira *et al.*, 2015). Esta sessão funcionou como forma de resumo das sessões anteriores, fazendo com que o cliente consolidasse o conhecimento e adquirisse competências para lidar com a experiência de doença mental e o regime terapêutico, em colaboração com a equipa multidisciplinar.

A avaliação focou-se em espelhar por palavras, desenho, pintura, entre outras formas, como prevenir uma recaída.

Quadro 5) Como prevenir uma recaída?

Como Prevenir uma Recaída?	Frequência de Ocorrência
Criar estratégias de adaptação/ Resolver problemas	3
Relação estável com a família e amigos – Bom ambiente, boa comunicação	3
Tomar a medicação	2
Procurar apoio junto dos profissionais de saúde e da(s) pessoa(s) significativa(s)	2
Realizar atividades de lazer/ ocupação	2

No fim, foi proposta a caracterização da sessão com a utilização de uma só palavra. As palavras que surgiram foram: importante (mencionada por três pessoas); intuitiva; conhecimentos; esclarecedora; definitiva; motivante; partilha.

Em todo o programa psicoeducativo, os clientes foram partilhando as suas opiniões, mostrando-se interessados, expondo as diversas experiências pessoais e colocando dúvidas em relação às temáticas abordadas.

Relativamente à minha prestação, considero que alcancei todos os objetivos que me propus. Os modelos que mais utilizei nas sessões foram o expositivo e interrogativo, de modo a favorecer a interação de todos os participantes, que, na minha opinião, foi facilitada também pelo seu reduzido número.

No que respeita ao meu tom de voz, considero que estaria baixo numa fase inicial e com uma postura tensa, pelo nervosismo, mas posteriormente considero ter sido eficaz (tom de voz adequado e ritmo pausado), pois despertei a atenção dos clientes e promovi a participação de todos nas sessões. Em suma, julgo ter feito uma boa gestão da moderação, dado que respeitei sempre o tempo pré-estabelecido.

5. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES FUTURAS

Com este percurso relatado, foi possível desenvolver conhecimentos específicos promotores da adesão ao regime terapêutico da pessoa com experiência de doença mental. Para tal, analisei a pessoa como um sistema aberto, que está em constante interação com o seu meio. Nesta interação, identifiquei juntamente com a pessoa fatores *stressores* do processo, que podem ser intrapessoais, interpessoais e extrapessoais, que alteram a sua estabilidade e, por sua vez, a impedem de viver em harmonia (Neuman & Fawcett, 2011).

Assim, a chave da minha intervenção foi a relação terapêutica, baseada no respeito e confiança, estando atenta à ressonância afetiva e adotando uma escuta ativa, o que implicou que desenvolvesse atitudes de recetividade, presença, disponibilidade e atenção à globalidade do cliente (Chalifour, 2008). A escuta foi essencial para o sucesso da minha intervenção, devido ao facto de a doença ser entendida como um momento de autoquestionamento sobre si mesmo e o sentido que dá à sua vida (Larouche, 1985, citado por Chalifour, 2008). Assim, tive em especial atenção não me restringir apenas à comunicação verbal, mas sobretudo à comunicação não-verbal, como tom da voz, o ritmo do discurso, as hesitações, entre outras, que pode complementar ou contradizer o que é transmitido (Lazure, 1994).

Dei espaço para que a pessoa verbalizasse a sua perceção face à doença, explorando a sua crítica e atitude perante o regime terapêutico implementado, bem como que identificasse necessidades e dificuldades face à adesão. Procurei também que a pessoa reconhecesse sentimentos subjacentes e estratégias de *coping* utilizadas, para que, deste modo, encontrasse um equilíbrio (homeostase), sendo a adaptação um processo dinâmico e contínuo (Neuman & Fawcett, 2011).

Penso que se tornou evidente que ao colocar em prática as minhas competências comunicacionais e através das intervenções psicoeducativas, permiti aos clientes compreenderem a sua patologia e adquirirem conhecimentos sobre as estratégias a implementar, para melhor viver e conviver com a doença. Este foi o caminho que delinee e percorri de modo a favorecer a adesão ao regime terapêutico, prevenindo recaídas e adotando estratégias de gestão para uma melhor qualidade de vida (Campos e Galante, 2012 & Regulamento n.º 356/2015).

As sessões psicoeducativas tiveram em consideração as necessidades e dificuldades encontradas, exploradas anteriormente sobre a doença e a adesão ao regime terapêutico, mas também sobre outros assuntos paralelos que causassem

desconforto aos clientes no momento. Assuntos com caráter mais pessoal e que se encontrassem descontextualizados do tema delineado, foram encaminhados para o final da sessão, havendo um tempo definido para uma intervenção individual.

Antes destas sessões, foi possível verificar, no primeiro contexto de EC, com a aplicação da escala de MAT, a taxa de pessoas internadas com má adesão ao regime terapêutico (16.67%) e foi possível concluir que a maioria das pessoas praticavam autogestão da medicação no domicílio (83.33%). Verifiquei estes resultados juntamente com o enfermeiro orientador que me alertou para o facto de que, nesta fase, existe pouco juízo crítico para a doença e, por sua vez, para a adesão ao regime terapêutico, o que acabaria por manipular os *scores* desta escala. Outro fator que interferiu com o *score* foi a amostra que se revelou pouco significativa.

Na comunidade, não foi possível obter aprovação pela comissão de ética durante o período de estágio, pelo que não foram aplicadas as escalas aos participantes selecionados neste contexto e, deste modo, não foi possível avaliar as características desta população antes do programa psicoeducativo.

Após todas as sessões realizadas, achei importante ter existido um indicador de resultado que relacionasse o número total de casos com o diagnóstico: de não adesão ao regime terapêutico, com as intervenções implementadas, num certo período de tempo, num local não vigiado. Seria vantajoso reavaliar novamente com a escala de MAT e obter *scores* superiores aos obtidos no internamento, após terem sido sujeitos às intervenções selecionadas, refletindo-se em pessoas com ganhos em saúde (de adesão) e com conhecimento sobre o regime terapêutico. Contudo não foi possível pôr esta intervenção em prática pelo curto período de tempo e pelas características de ambos os contextos de EC, que são locais vigiados. Outra justificação passou pelos clientes não participarem até ao fim do programa, devido às altas clínicas - fatores não controlados por mim, que se revelaram numa dificuldade/limitação do meu projeto.

No decorrer do estágio confrontei-me com a possibilidade de se fazer esta intervenção através da articulação de outros meios, nomeadamente o *follow-up* telefónico, que tinha sido criado em anos anteriores no internamento, mas por falta de elementos da equipa de enfermagem na prática de cuidados, essa atividade acabou por ser suspensa. Na comunidade, podia ser uma intervenção a aplicar futuramente, no sentido de ser avaliado o estado clínico do cliente fora do contexto de cuidados. Assim sendo, optei por uma avaliação qualitativa que me permitiu

avaliar os participantes em cada sessão, mediante as respostas concedidas em cada atividade.

Neste percurso profissional em que realizei várias intervenções individuais e em grupo com pessoas com experiência de doença mental e famílias/pessoa significativas, ficou saliente que um dos maiores progressos que desenvolvi durante todo o EC foi o do autoconhecimento, que vejo agora como uma ferramenta no meu cuidar.

Reconhecendo que as minhas qualidades humanas foram dos principais utensílios na relação terapêutica, procurei refletir sobre cada situação e cada interação, bem como reconhecer o papel que o meu “EU” teve nas minhas ações e vice-versa. Este processo permitiu-me perceber de que forma a minha identidade se manifestou nas minhas intervenções e como recorri às minhas qualidades para ter uma intervenção mais eficaz e desenvolver um papel facilitador, auxiliando, sobretudo, o cliente a aceder mais facilmente aos seus processos internos e a desenvolver uma maior consciência de si, de forma a tornar-se mais apto na gestão dos seus problemas/dificuldades.

Neste percurso de aprendizagem, tentei exprimir os meus sentimentos e pareceres de forma adequada às situações, tentando dominar os meus impulsos negativos/juízos de valor. Olhei sempre para o outro, pautada pelos meus valores de compaixão e empatia, mas foi no processo de cuidar do outro que descobri que, olhando para mim, desenvolvia muitas outras ferramentas que me ajudariam a aprimorar o meu cuidar.

Tal como refere Canário (2007), saliento que, aquilo que o profissional faz não é definido, maioritariamente, por aquilo que ele sabe, mas sim por aquilo que ele é. Isto é, ele precisa de investir toda a sua personalidade e tem que utilizar todos os seus recursos cognitivos e afetivos, para poder ter uma boa prática profissional, obrigando-o, permanentemente, a recontextualizar e a mobilizar conhecimentos anteriores. É neste processo que também se situa a noção do profissional reflexivo e crítico.

Neste âmbito, não pretendo que este relatório seja um fim em si mesmo, mas um ponto de partida para a melhoria dos cuidados e dos ganhos em saúde.

Para a minha prática clínica, pretendo criar momentos para replicar programas psicoeducativos, de forma individual, para a adesão do regime terapêutico em clientes com outras patologias crónicas, e que são sucessivamente internados por não aderirem ao programa terapêutico implementado.

O *follow-up* telefónico também seria uma mais-valia, no sentido de validar a estabilidade do cliente, após voltar aos seus hábitos de vida. Seria um momento vantajoso para reforçar informação necessária sobre a doença e a gestão do regime terapêutico. Seriam alvo, por exemplo, de algumas questões relacionadas com a terapêutica farmacológica e a organização da mesma consoante a sua rotina. Seriam também confrontados com questões relacionadas com a terapêutica não farmacológica, nomeadamente a comparência nas consultas médicas da especialidade. Haveria um espaço para dúvidas ou receios nesta fase de integração e resolução de problemas do quotidiano relacionados com a doença. A identificação precoce dos sinais de alerta e de efeitos secundários da medicação seriam aspetos a ter em consideração, podendo ser alvo de articulação com o médico assistente do cliente.

Na minha prática clínica pretendo também ser elo de ligação com a assistente social, no sentido de encontrar respostas adequadas na comunidade, de modo a prevenir recaídas e possíveis reinternamentos.

Em suma, como futura EESMP otimizarei a congruência entre a auto e a heteroperceção. Revelarei a dimensão de “mim” na relação com o “outro”, em contexto singular, profissional e organizacional (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Demonstrar-me-ei proativa, desenvolvendo competências no domínio da relação terapêutica e das entrevistas. Neste sentido, terei em consideração a comunicação assertiva e a escuta ativa, fundamentais para estas intervenções. Preocupar-me-ei em estar em permanente atualização de conhecimentos, bem como de novas e mais eficientes estratégias de prestação de cuidados de excelência a uma população cada vez mais exigente e carente de cuidados. Esta informação encontra-se explícita no Código Deontológico do Enfermeiro [(OE, 2005, art. 88º alínea c)], onde destaca que o profissional assume o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p. 135), tornando-se mais autónomo e seguro de si mesmo.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M., Gusmão, R., Corrêa, B., Gago, J., Talina, M. & Silva, J. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1.º Relatório*. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa
Acedido a 20/04/2019. Disponível em:
http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- Amendoeira J. & Catela, A. (2010). Viver a Adesão ao Regime Terapêutico Experiências Vividas do Doente Submetido a Transplante Cardíaco. *Pensar Enfermagem*, 14 (2), 39-54.
- Cabral, M. & Silva, P. (2010). *A Adesão à Terapêutica em Portugal. Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Campos, C. & Galante, J. (2012). Educação Terapêutica numa Perspectiva Comunitária em Saúde Mental. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE*. 10, 23-32.
- Canário, R. (2007). *Aprendizagens e Quotidianos Profissionais*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Cardoso, A., Byrne, M. & Xavier, M. (2016). Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal. Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 34 (3), 200 – 219.
- Carvalho, P. (2016). Andar a par: saúde mental, psiquiatria e cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. (32), 300-302.
- Chalifour, J. (2008) *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (volume 1). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Delgado e Lima (2001). Contributo para a Validação Concorrente de uma Medida de Adesão aos Tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2 (2), 81-100.

- DGS (2016). *Portugal - Saúde Mental em Números – 2015*. DGS. Acedido a 20/04/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- DGS (s.d.). *Carta dos Direitos do Doente Internado*. Acedido a 16/10/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf
- DGS (s.d.). Porque se fala em saúde mental? Acedido a 20/04/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-a-saude-mental/perguntas-e-respostas.aspx>
- Dimenstein, M. & Bezerra, C. (2009). Acompanhamento Terapêutico na Proposta de Alta Assistida implementada em hospital psiquiátrico: Relato de um Experiência. *Psiquiatria Clínica*. 21 (1), 15-32.
- Elkis, H. (2007). A remissão em esquizofrenia é possível? *Revista de Psiquiatria Clínica*. 34 (2), 160-163.
- Figueira, M., Sampaio, D. & Afonso, P. (2015). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Fleury, M. & Fleury, A. (2001). *Construindo o Conceito de Competência Construindo o Conceito de Competência*. RAC, Edição Especial. Acedido a 28/05/2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>
- Fonseca, E. (2015). *Formação: Uma Narrativa para a Prestação de Cuidados de Enfermagem*. Acedido a 28/05/2019. Disponível em: <http://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>
- Gomes, I. (2009). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Lisboa, Portugal: Novas Edições Académicas.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda – abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.

- Lei n.º 156/2015 (2015). Procede à segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro. Assembleia da República. Diário da República, I Série (n.º 181 de 2015-09-16), 8059 – 8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Lei nº 36/98 (1998). Lei de Saúde Mental. Assembleia da República. *Diário da República*, I-A Série (N.º 169/1998 de 1998-07-24). ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/36/1998/p/cons/20180814/pt/html>
- Leite, S. & Vasconcellos, M. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciências e Saúde Coletiva*. 8(3), 775-782.
- Liberato, S., Souza, A., Gomes, A., Medeiros, L., Costa, I. & Torres, G. (2014). Relação entre a adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura. *Revista electrónica de enfermagem*. 16(1), 191-198.
- Maftum, M., Alcântara, C., Capistrano, F., Czarnobay, J., Ferreira, A. & Brusamarello, T. (2016). *Uso do psicofármaco no tratamento à pessoa com transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem*. In 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. Volume 2. Disponível em: [file:///C:/Users/TMN/Downloads/808-Texto%20Artigo-3192-1-10-20160706%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/TMN/Downloads/808-Texto%20Artigo-3192-1-10-20160706%20(1).pdf)
- Monterroso, L., Pierdevara, L. & Joaquim, N. (2012). Avaliação da Adesão Regime Terapêutico dos Utentes seguidos na Consulta Externa de Psiquiatria do Centro Hospitalar Barlavento Algarvio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 7, 39-45.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model (5th Edition)*. EUA: Pearson Education
- Nunes, L., Fonte, C., Alves, S., Sani, A., Estrada, R. & Caridade, S. (2019). *Comportamento e Saúde Mental – Dicionário Enciclopédico*. Lisboa, Portugal: Pactor.
- OE (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa, Portugal: OE.

- OE (2009). *Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e as Famílias para Promover a Adesão ao Tratamento - Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)*. Portugal: OE.
- Oliveira, A. & Azevedo, S. (2014). Estigma na doença mental: Estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 30, 227-234.
- Phaneuf, M. (2005) *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. Diário da República, II Série (n.º 26/2019 de 2019-02-06), 4744 – 4750.
- Regulamento n.º 356/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (nº 122 de 2015-06-25), 17034 – 17041.
- Regulamento n.º 515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (nº 151 de 2018-08-07), 21427 – 21430.
- Riley, J. (2004). *Comunicação em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Rodrigues, M. & Prates, B. (2011). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Unidade de São Rafael. Programa de Intervenção para a Adesão ao Regime Medicamentoso*. Acedido a 20/04/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfemagem/Resumo_Programa_Adesao_Regime_Medicamentoso_Casa_de_Saude_da_Idanha_1.pdf
- Rogers, C. 2009 (2010). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia (s.d.). *O que é a Arte-Terapia?* Acedido a 16/10/2019. Disponível em: <http://arte-terapia.com/o-que-e-arte-terapia/>

Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (2015). *Projeto Integra: Saúde Mental e Integração*, Janssen-Cilag Farmacêutica (coord). Acedido a 20/04/2019. Disponível em: http://www.janssen.com/portugal/sites/www_janssen_com_portugal/files/recomendacoes_integra_23092015.pdf

Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (s.d.). *Perturbação Mental em Números*. Acedido a 20/04/2019. Disponível em: <http://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/perturbacao-mental-em-numeros/>

Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (s.d.). *Termos em Saúde/Perturbação Mental*. Acedido a 20/04/2019. Disponível em: <http://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/termos-em-saudeperturbacao-mental/>

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª ed. Loures, Portugal: Lusociência.

Torres, R. (2015). *Plano de Intervenção para a Adesão Terapêutica dos Usuários com Transtornos Mentais da População atendida pela Equipa de Saúde da Família Bom Jesus de Vista Alegre do Município de Capitão Andrade* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. 6ª ed. Loures, Portugal: Lusociência

Unidade Curricular Opção II - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Guia Orientador). Professor Dr. Luís Nabais e Professora Drª Ana Melo. ESEL, 2019.

WHO (2002) *Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

WHO (2018). *Mental disorders*. Acedido a 20/04/2019. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

WHO (2019). *Mental health: Fact sheet*. Acedido a 20/04/2019. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/404851/MNH_FactSheet_ENG.pdf?ua=1

Xavier, M. & Carvalho, A. (s.d.). *Internamento Compulsivo em Portugal – Contexto e Procedimentos*. Acedido a 16/10/2019. Disponível em: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1Oa_g6RD9VkJ:http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/anexo_07_internamento_compulsivo-pdf.aspx+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pthttp://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=276&tabela=leis&so_miolo=

Zanetti, A., Vedana, K., Gherardi-Donato, E., Galera, S., Martin, I., Tressoldi, L. & Miasso, A. (2018). Emoção expressa de familiares e recaídas psiquiátricas de pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 52, 1-7.

ANEXOS

Anexo I

Declaração do Parecer Favorável pela Comissão de Ética

DECLARAÇÃO DO PARECER FAVORÁVEL PELA COMISSÃO DE ÉTICA

Exma. Senhora

Enfermeira Ana Catarina Carvalho

Lisboa, 12 de Novembro de 2019

Nossa Ref^o. Nº 448/19

Assunto:

Relator -

Pela presente se informa que o projeto citado em epígrafe, a realizar no âmbito da tese de mestrado do 10º Curso de Mestrado na Área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Unidade Curricular de Opção II - Estágio) obteve, na reunião realizada em 5 de Novembro de 2019, parecer favorável da Comissão de Ética, pendente da inclusão de alguns elementos, presentemente verificada e ratificada, considerando-se observados os imperativos que fundeiam as Boas práticas clínicas, os preceitos internacionalmente reconhecidos de qualidade ética e científica que devem ser respeitados na conceção e na realização dos estudos clínicos que envolvam a participação de seres humanos.

No uso das competências próprias constantes do disposto no Decreto-Lei. N.º 97/95 de 10 de Maio, e no exercício das suas funções em observância do deliberado na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril, que aprova a lei da investigação clínica, revista pelo Decreto-Lei n.º 80/2018 (DR n.º 198-2018, Série I de 2018/10/15) que reforça o papel das comissões de ética no contexto da instituição em que se integram nas diversas vertentes relevantes, nomeadamente, assistencial, institucional de investigação e de formação, e ainda em cumprimento dos regulamentos internos dos códigos deontológicos, das convenções, declarações e diretrizes internacionais, a Comissão de Ética avaliou o projeto, que considera obedecer aos requisitos éticos fundamentais que devem ser respeitados, refletindo o primado da dignidade e da integridade humanas.

Encontra-se assegurado o direito à integridade moral e física do participante, cumpre as precauções essenciais, tendo como designio minimizar eventuais danos para os seus direitos de personalidade, bem como o direito à privacidade e à proteção dos dados pessoais que lhe dizem respeito, em harmonia com o respetivo regime jurídico.

Com os melhores cumprimentos,

Anexo II

Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

ESCALA DE MEDIDA DE ADEÇÃO AOS TRATAMENTOS (MAT)

Delgado e Lima (2001) desenvolveram a escala de MAT, constituída por 7 itens. Os itens são respondidos numa escala de 6 pontos, que é cotado desde 1→ Sempre a 6→Nunca. A soma dos valores de cada item e a sua divisão pelo número de itens permite obter um nível de adesão aos tratamentos. Valores mais elevados significam maior nível de adesão. A classificação dos clientes como aderentes ou não aderentes é feita segundo valores próximos da mediana.

1) Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre	1
Quase sempre	2
Com frequência	3
Por vezes	4
Raramente	5
Nunca	6

2) Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre	1
Quase sempre	2
Com frequência	3
Por vezes	4
Raramente	5
Nunca	6

3) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre	1
Quase sempre	2
Com frequência	3
Por vezes	4
Raramente	5
Nunca	6

4) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após ter sentido pior?

Sempre	1
Quase sempre	2
Com frequência	3
Por vezes	4
Raramente	5
Nunca	6

5) Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após ter sentido pior?

Sempre	1
Quase sempre	2
Com frequência	3
Por vezes	4
Raramente	5
Nunca	6

6) Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	1
Quase sempre	2
Com frequência	3
Por vezes	4
Raramente	5
Nunca	6

7) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação médica?

Sempre	1
Quase sempre	2
Com frequência	3
Por vezes	4
Raramente	5
Nunca	6

Fonte: Delgado e Lima (2001). Contributo para a Validação Concorrente de uma Medida de Adesão aos Tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2 (2), 81-100.

APÊNDICES

Apêndice I

Plano de Trabalho

PLANO DE TRABALHO

1) Conhecer a dinâmica do serviço.

Objetivo	Atividades	Recursos Utilizados	Indicadores de Resultado
Descrever a dinâmica da equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar e os projetos desenvolvidos e/ ou a desenvolver nesta temática.	➤ Consultar e analisar a documentação (protocolos, normas e guias) do serviço. ➤ Conhecer a organização do serviço e dinâmica de trabalho. ➤ Conhecer o método de trabalho utilizado na equipa de enfermagem. ➤ Conhecer quem integra a equipa multidisciplinar. ➤ Conhecer as reuniões de trabalho e os projetos desenvolvidos e/ou a desenvolver no serviço. ➤ Observar e compreender como é assegurada a continuidade dos cuidados. ➤ Conhecer a articulação existente entre o serviço de internamento e as outras unidades de saúde e de âmbito psicossocial que poderão dar resposta às	➤ Consulta de documentação escrita do serviço. ➤ Equipa de enfermagem, enfermeiros orientadores e professora orientadora Ana Melo - Recursos humanos.	➤ Descrevo o método de trabalho utilizado na equipa de enfermagem, bem como a organização e dinâmica de trabalho. ➤ Descrevo quem integra a equipa multidisciplinar. ➤ Identifico as reuniões de trabalho e os projetos desenvolvidos e/ou a desenvolver no serviço. ➤ Descrevo como é assegurada a continuidade dos cuidados. ➤ Descrevo a articulação entre o serviço de internamento e as outras unidades de saúde e de âmbito psicossocial que poderão dar resposta às necessidades da pessoa com experiência de doença mental.

	necessidades da pessoa com experiência de doença mental.		
--	--	--	--

2) Desenvolver a Competência: Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.

Objetivo	Atividades	Recursos Utilizados	Indicadores de Resultado
Desenvolver intervenções de EESMP para a adesão ao regime terapêutico da pessoa com experiência de doença mental e para a promoção da saúde em meio hospitalar e na comunidade.	➤ Consultar e analisar o Plano Nacional de Saúde Mental 2017-2020. ➤ Pesquisar e compreender o que é a doença mental. ➤ Pesquisar e conhecer as intervenções farmacológicas e não farmacológicas usadas para cada pessoa com experiência de doença mental. ➤ Pesquisar e conhecer a taxa de adesão face ao regime terapêutico e a taxa de reinternamento nos dois locais de estágio. ➤ Conhecer o encaminhamento no período pós-alta.	➤ Consulta de documentos e pesquisa bibliográfica, incluindo o Código Deontológico do Enfermeiro, o Plano Nacional de Segurança do Cliente, as Competências do EESMP, o Plano Nacional de Saúde Mental 2017-2020, a INFARMED e o Guia Farmacológico. ➤ Equipa de enfermagem, enfermeiros	➤ Descrevo o que é a doença mental bem como as intervenções farmacológicas e não farmacológicas usadas para cada cliente. ➤ Descrevo as tomadas de decisões adotadas, tendo em conta a evidência científica, a individualidade e as necessidades particulares da pessoa com experiência de doença mental, bem como os valores da profissão. ➤ Descrevo a avaliação inicial da pessoa com experiência de doença mental no momento da admissão ao serviço, através do documento implementado no serviço, durante o internamento, através dos

		orientadores, professora orientadora Ana Melo, equipa multidisciplinar, clientes e família/ pessoa significativa - Recursos humanos.	registos diários, e no momento da alta, através do documento implementado no serviço. ➤ Descrevo o encaminhamento no período pós-alta em diário de aprendizagem.
--	--	--	---

3) Desenvolver Competência: Deter um elevado conhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

Objetivo	Atividades	Recursos Utilizados	Indicadores de Resultado
Desenvolver uma relação terapêutica com vista a conhecer a pessoa com experiência de doença mental, explorar a crítica para a patologia e melhorar o seu <i>insight</i> e atitude face ao tratamento;	➤ Prestar cuidados de enfermagem que demonstrem respeito pelo cliente e promovam o seu <i>empowerment</i>. ➤ Desenvolver entrevistas iniciais e formais de ajuda, de modo a conhecer o cliente em causa, explorar a crítica para a doença e melhorar o seu <i>insight</i> e atitude face ao regime terapêutico proposto. ➤ Identificar as necessidades e dificuldades face à adesão ao regime terapêutico. ➤ Identificar sentimentos subjacentes.	➤ Consulta de documentos e pesquisa bibliográfica, incluindo o Código Deontológico do Enfermeiro, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, o Plano Nacional de Segurança do Cliente, os Padrões de	➤ Valido com os enfermeiros orientadores a adequação das intervenções selecionadas. ➤ Valido com o cliente o seu grau de satisfação e conforto antes, durante e após as intervenções prestadas. ➤ Que conheça, de forma mais detalhada, cada pessoa e a sua situação clínica, bem como o seu contexto biopsicosociocultural e espiritual. ➤ Que descreva as necessidades e dificuldades identificadas por cada cliente.

Identificar as suas necessidades e dificuldades face à adesão ao regime terapêutico e promover o seu <i>empowerment</i>.	➤ Identificar estratégias de <i>coping</i> utilizadas. ➤ Identificar as necessidades de (in)formação sobre a doença e a adesão ao regime terapêutico. ➤ Identificar a forma como me relaciono com o outro: a minha postura, sensibilidade, fenómenos de transferência e contratransferência que daí possam surgir. ➤ Identificar a forma como assisto a pessoa ao longo do seu ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental: centro-me mais na saúde do que na doença? Dou sugestões de resolução de problemas? Ou encontro juntamente com o cliente as estratégias que este julga serem mais adequadas a si e à sua situação-problema? Respeito o silêncio? Tento preenchê-lo? ➤ Identificar os limites de uma relação terapêutica.	Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Phaneuf, M. (2005). <i>Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação</i>. Loures: Lusociência e Chalifour, J. (2008). <i>A Intervenção Terapêutica. Os fundamentos existencial - humanistas da relação de ajuda</i>. Loures: Lusociência. ➤ Equipa de enfermagem, enfermeiros orientadores, professora orientadora Ana Melo, equipa multidisciplinar, clientes e família/ pessoa significativa - Recursos humanos.	➤ Que identifique sentimentos subjacentes. ➤ Que identifique estratégias de <i>coping</i> utilizadas. ➤ Que o cliente conheça melhor a sua doença e a importância da adesão ao regime terapêutico. ➤ Realizo um estudo de caso que engloba os tópicos anteriores. ➤ Que demonstre um conhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional - descrevo em diário de aprendizagem.
---	---	--	---

4) Desenvolver Competência: Ajudar 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; Prestar cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, 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.

Objetivo	Atividades	Recursos Utilizados	Indicadores de Resultado
Programar sessões psicoeducativas, tendo em conta as características e necessidades da pessoa com experiência de doença mental, de forma a promover a sua saúde, bem-estar e segurança, bem como favorecer a adesão ao regime terapêutico.	➤ Desenvolver sessões psicoeducativas sobre: ➔ “Viver com Saúde Mental” (compreender os conceitos de saúde mental versus experiência de doença mental e como lidar com este último); ➔ “Adesão ao Regime Terapêutico: a sua importância para a saúde e estratégias a adotar”; ➔ “Terapêutica Farmacológica: principais vantagens e desvantagens”; ➔ “Recaída - como preveni-la?” ➤ Pesquisar sobre a temática lecionada.	➤ Consulta de documentos e pesquisa bibliográfica; ➤ Consentimento informado; Questionário sociodemográfico; Escala de MAT; ➤ Enfermeiros orientadores, professora orientadora Ana Melo, clientes e família/ pessoa significativa - Recursos humanos. ➤ Sala polivalente; computador; retroprojektor; lápis de cor; canetas diversas;	➤ No início da primeira sessão psicoeducativa, faculto o consentimento informado e, posteriormente, aplico o questionário sociodemográfico e a escala de MAT. ➤ Em cada sessão psicoeducativa, como indicador de resultado, identifico a taxa de pessoas que assistiram, a sua motivação através da participação durante as sessões e a taxa de satisfação, através do <i>feedback</i> partilhado por cada participante (transmitindo com uma única palavra o que a sessão significou para si). A avaliação difere em cada sessão realizada em grupo.

		cartolina; folhas A4; cadeiras; mesa de apoio - Recursos materiais.	
--	--	---	--

Apêndice II

Cronograma

CRONOGRAMA

[illegible]

Apêndice III

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

TEMA DO PROJETO: Intervenção do Enfermeiro Especialista na Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Experiência de Doença Mental

Eu, _____, aceito, de livre vontade, participar neste projeto, realizado pela enfermeira Ana Catarina Carvalho, sob orientação da Professora Doutora Ana Melo da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no âmbito da tese de mestrado do 10º Curso de Mestrado na Área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Este projeto tem como principal objetivo favorecer a adesão ao regime terapêutico da pessoa com experiência de doença mental, através da participação de quatro sessões psicoeducativas, que irão decorrer nas próximas quatro semanas, com duração prevista de, aproximadamente, trinta minutos. Ao longo desta intervenção, estará por base a relação terapêutica, estabelecida com cada participante, no sentido de identificar as necessidades e dificuldades sentidas por cada um.

A participação no projeto é anónima e não remunerada. Não serão recolhidos dados pessoais que permitam a identificação do participante.

Foi-me explicado pelo Investigador Principal, que:

A participação no projeto é voluntária, podendo desistir de participar no mesmo em qualquer momento, sem que daí surja prejuízo para o tratamento. Se decidir participar, terei de preencher, na primeira sessão psicoeducativa, a escala de medida de adesão aos tratamentos e o questionário sociodemográfico, bem como responder a algumas questões durante as sessões e participar nas avaliações finais.

A participação no projeto é anónima e não remunerada.

No final do mesmo, caso pretenda, poderei ter acesso aos resultados obtidos.

Assim, ao assinar este consentimento, estou a assumir que compreendi a explicação que me foi facultada, tendo sido esclarecido(a) de todas as questões que me

surgiram e que julguei serem necessárias. Ressalvo ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Autorizo /Não autorizo o ato indicado.

☐

Autorizo

☐

Não Autorizo

Assinaturas

Participante: _____

Investigador: _____

Contacto Direto do Investigador: _____

Lisboa, _____, _____, _____.
(Dia) (Mês) (Ano)

Apêndice IV

Questionário Sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Situação Sociofamiliar

1.1. Vive com: _____

1.2. Autônomo na realização das atividades de vida diárias: _____

Dependente de terceiros para realizar as atividades de vida diárias: _____

(Selecionar com uma "X")

1.3. Cuidador principal/ Pessoa significativa: _____

(Riscar o que não interessa e colocar grau de parentesco)

1.4. Situação familiar indicadora de problemas: Sim ____ Não _____. Se sim quais?

(Selecionar com uma "X")

1.5. Apoio de uma organização de cuidados psiquiátricos: Sim ____ Não _____. Se sim qual?

(Selecionar com uma "X" | Excluir a presente organização)

1.6. Apoio de outra organização de cuidados: Sim ____ Não _____. Se sim qual?

(Selecionar com uma "X")

2. Habilidades Literárias

2.1. Não sabe ler nem escrever _____

Sabe ler e escrever _____

(Selecionar com uma "X")

2.2. Nível de escolaridade: _____

3. Situação Profissional

3.1. Empregado _____

Desempregado _____

Estudante _____

Reformado _____

Outra _____ Qual? _____

(Selecionar com uma "X")

3.2. Situação profissional indicadora de problemas: Sim ____ Não _____. Se sim quais?

(Selecionar com uma "X")

4. Gestão do Regime Terapêutico

4.1. Esclarecido sobre o regime terapêutico: Sim _____ Não _____

(Selecionar com uma "X")

4.2. Dificuldades na gestão do regime terapêutico: Sim ____ Não _____. Se sim quais?

(Selecionar com uma "X")

4.3. No domicílio, apoio na gestão do regime terapêutico: Sim _____ Não _____

(Selecionar com uma "X")

Obrigada pela sua colaboração!