



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

**Promoção da Adesão ao Regime Terapêutico da
Pessoa com Experiência de Doença Mental**

Ana Isabel Jorge Franco

**Lisboa
2021**



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

**Promoção da Adesão ao Regime Terapêutico da
Pessoa com Experiência de Doença Mental**

Ana Isabel Jorge Franco



Orientadora: Professora Doutora Luísa Maria Correia Azevedo d'Espiney



**Lisboa
2021**

AGRADECIMENTOS

A realização de um percurso formativo com as características deste, encerra em si mesmo um elevado grau de exigência. O facto de ter decorrido em contexto de pandemia, conferiu-lhe dificuldades acrescidas. O caminho para chegar aqui foi longo e difícil, com momentos de fraqueza, de incerteza e de exaustão. Felizmente tive ao meu lado pessoas maravilhosas que contribuíram para que este desafio fosse superado. A todas elas quero expressar a minha sincera gratidão:

Ao meu querido filho Tomás, pelo seu amor e compreensão pela minha “ausência” mesmo estando presente. Por ter desenvolvido a sua maturidade e autonomia de forma responsável – que orgulho!

À minha querida mãe, minha referência na vida e na profissão, pelo seu amor incondicional.

Às minhas queridas amigas e colegas, Filipa Garcez e Cláudia Valles por, cada uma à sua maneira, ter tornado esta caminhada menos dura.

Ao meu querido amigo Rodrigo Saraiva, pela entreajuda e pela partilha de desabafos, ao longo deste caminho que percorremos num mesmo momento, mas em áreas diferentes da enfermagem, com um mesmo propósito: a excelência no cuidar!

À Senhora Professora Doutora Luisa d’Espiney pela orientação imprescindível, pela partilha da sua experiência e saberes, pelas palavras de conforto e incentivo nos momentos mais difíceis.

Às enfermeiras orientadoras nos locais de estágio, Sra. Enfermeira Maria Leonor Ribas e Sra. Enfermeira Maria José Pereira, pela disponibilidade, interesse e investimento, no meu processo de aprendizagem.

À Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, na pessoa da Senhora Enfermeira Diretora Manuela Marques, pelo apoio e incentivo neste processo formativo.

À Sra. Enfermeira Rute Marçal e ao Sr. Enfermeiro Alfredo Laureano, enquanto meus chefes, pelo apoio e compreensão pelas minhas necessidades académicas.

Por último, mas com especial importância, agradeço a todas as pessoas com experiência de doença mental internadas nos locais de estágio, pela generosidade com que partilharam a sua realidade comigo. Sem o seu contributo este projeto não teria acontecido – foram elas quem mais me ensinou!

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

CNS – Conselho Nacional de Saúde

ESMP – Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

HD – Hospital de Dia

ICN – International Council of Nurses

OE – Ordem dos Enfermeiros

WHO – World Health Organization

RESUMO

A adesão ao regime terapêutico definida pela WHO (2003) contempla o comportamento de uma pessoa face à ingestão de medicamentos, ao seguimento de uma dieta, a alterações no estilo de vida e ao cumprimento das recomendações de um profissional de saúde que, numa abordagem centrada na pessoa, deverá decorrer da sua intervenção voluntária e ativa na partilha da responsabilidade do tratamento com os profissionais de saúde (Bugalho & Carneiro, 2004). Este comportamento é motivo de preocupação mundial pelo seu impacto no curso da doença e na qualidade de vida da pessoa e família, nomeadamente, no âmbito das doenças crónicas (WHO, 2003), com significativa incidência na doença mental (Keith & Kane, 2003).

Este trabalho, desenvolvido em dois locais de estágio – Hospital de Dia e Serviço de Internamento – teve como objetivos, promover a adesão ao regime terapêutico e adquirir competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica. Para tal, utilizei como estratégias, a psicoeducação e a entrevista motivacional, que se revelaram intervenções facilitadoras do desenvolvimento da relação terapêutica com as pessoas internadas.

Elaborei um programa psicoeducacional com quatro sessões, desenvolvido em ambos os contextos de estágio e utilizei a entrevista motivacional como complemento desta intervenção, tendo sido realizada após a participação no programa, com as pessoas que demonstraram mais entraves à adoção do comportamento de adesão no decorrer do mesmo.

Na sequência do trabalho desenvolvido observei alguns comportamentos de maior adesão ao regime terapêutico, tendo consciência de que não obtive dados que assegurem a sua continuidade no tempo.

Este percurso de aprendizagem sensibilizou-me para a realidade da saúde mental, para as implicações da doença na vida da pessoa e para o sofrimento mental.

Palavras-chave: pessoa com doença mental, adesão ao regime terapêutico, relação terapêutica, enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

ABSTRACT

As defined by the WHO (2003), adherence to the therapeutic regimen includes a person's behavior towards taking medication, following a diet, making lifestyle changes, and complying with the recommendations of a health professional, which, within a person-centered approach, should result from his/her voluntary and active intervention in sharing the responsibility for treatment with health professionals (Bugalho & Carneiro, 2004). This behavior is a cause for worldwide concern due to its impact on the course of the disease and the quality of life of the person and family, particularly in the context of chronic diseases (WHO, 2003), with significant incidence in mental illness (Keith & Kane, 2003).

The objectives of this study, developed in two internship sites - Day Hospital and Inpatient Unit - were to promote adherence to the therapeutic regimen and acquire skills of the specialist nurse in mental health and psychiatry. To this end, I used as strategies psychoeducation and motivational interviewing, which proved to be interventions that facilitated the development of the therapeutic relationship with inpatients.

I developed a psychoeducational program with four sessions, developed in both internship contexts and used motivational interviewing as a complement to this intervention, which was carried out after the participation in the program, with the people who showed more obstacles to the adoption of the adherence behavior during the program.

Following the work developed, I observed some behaviors of greater adherence to the therapeutic regimen, being aware that I did not obtain data to ensure its continuity over time.

This learning path made me aware of the reality of mental health, the implications of the disease in the person's life, and mental suffering.

Keywords: person with mental illness, adherence to therapeutic regimen, therapeutic relationship, mental health and psychiatric nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
1.1. A Pessoa com Experiência de Doença Mental	11
1.2. A Adesão ao Regime Terapêutico	13
1.3. Relação Terapêutica	17
1.4. Estratégias Utilizadas na Promoção da Adesão ao Regime Terapêutico	21
1.4.1. Psicoeducação	21
1.4.2. Entrevista Motivacional	23
2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO	26
2.1. O Projeto de Intervenção	26
2.2. Contexto Comunitário	30
2.2.1. Desenvolvimento de competências em ESMP	33
2.3. Contexto de Internamento	44
2.3.1. Desenvolvimento de competências em ESMP	46
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
APÊNDICES	
APÊNDICE I – PROGRAMA PSICOEDUCACIONAL	
APÊNDICE II – PLANOS DE SESSÃO	
APÊNDICE III – FICHA DE AVALIAÇÃO DAS SESSÕES	
APÊNDICE IV – ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO – O JOGO	

INTRODUÇÃO

A doença mental é uma realidade que afeta a pessoa em todas as suas dimensões e condiciona a sua qualidade de vida. A vivência deste fenómeno é influenciada por aspetos sociais, espirituais e culturais, que determinam a aceitação do estado de saúde, a percepção das implicações do mesmo, a tomada de consciência da sua gravidade e a adesão ao regime terapêutico. A pessoa que experiencia a doença mental tem uma vivência da situação que pode influenciar de forma significativa a forma como gere a sua medicação e/ou o seu tratamento.

A adesão ao regime terapêutico é um fenómeno complexo e multifatorial. Trata-se de uma atitude pessoal condicionada por fatores internos e externos à pessoa, em que a não aceitação da doença, o tratamento prolongado, o estigma social associado à patologia do foro mental e, sobretudo, os efeitos secundários da medicação, constituem os principais entraves à adesão ao regime terapêutico (Byrne, Deane, Lambert & Coombs, 2004). Assim sendo, torna-se fundamental compreender a pessoa com doença mental e a sua relação com a medicação.

O comportamento de não adesão é um problema mundial que tem múltiplos impactos na vida da pessoa, na família, na comunidade, nos sistemas de saúde e na economia de um país, considerado um problema de saúde pública major, sobretudo, no âmbito das doenças crónicas (WHO, 2003), com uma prevalência superior a 50% nas pessoas com doença mental (Keith & Kane, 2003). A não adesão ao regime terapêutico pode levar ao agravamento de situações de agudização, piorar o curso da doença, diminuir a resposta ao tratamento (WHO, 2003), potenciar o risco de recaídas com sucessivos internamentos e consequente aumento dos custos em saúde (Cardoso, Byrne & Xavier, 2016).

À instituição em que trabalho, chegam inúmeros pedidos de ajuda por parte de familiares ou cuidadores informais de pessoas com experiência de doença mental, reportando situações em que a pessoa vive sozinha ou com um familiar idoso, necessitando de um acompanhamento especializado de proximidade que assegure o cumprimento da terapêutica, a comparência em consultas e o seguimento das orientações dos profissionais de saúde.

O meu interesse pelo tema “Adesão ao regime terapêutico” surgiu pois, em contexto laboral, no contato com a realidade da pessoa com experiência de doença mental que se encontra no seu domicílio, sem suporte familiar e sem rede social,

apresentando um comportamento repetido de abandono do regime terapêutico que a conduz a recaídas e a internamentos sucessivos.

A oportunidade de desenvolver competências que me permitam intervir junto destas pessoas, sensibilizando-as para a importância da adesão ao regime terapêutico, levou-me a desenvolver um projeto de estágio que teve como objetivos: promover a adesão ao regime terapêutico da pessoa com experiência de doença mental e adquirir competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP).

Embora se trate de uma problemática vastamente estudada, a adesão ao regime terapêutico continua a merecer a preocupação dos profissionais de saúde e a necessitar do contributo de todos nós. O Internacional Council of Nurses (ICN) atribuiu-lhe implicações como o aumento da morbilidade e mortalidade, bem como a diminuição da qualidade de vida, consequências que “justificam um maior investimento e em larga escala, nas medidas de promoção da adesão ao regime terapêutico”. (2009, p. 10).

O trabalho que desenvolvi em estágio consistiu na elaboração de um programa psicoeducacional, constituído por quatro sessões, realizado em ambos os contextos de estágio, com o objetivo de promover a adesão ao regime terapêutico das pessoas com experiência de doença mental ali internadas. Após o programa, com os participantes que manifestaram mais entraves à adesão ao regime terapêutico, realizei entrevistas motivacionais como complemento desta intervenção.

Utilizei a psicoeducação como estratégia, pois uma pessoa informada e capacitada para gerir a sua doença terá maior probabilidade de aumentar a sua adesão ao regime terapêutico, comportamento que a WHO (2003) considera ser o melhor investimento em contexto de doenças crónicas, uma vez que constitui o fator modificável mais importante que compromete o tratamento – mesmo a terapêutica mais eficaz pode revelar-se ineficaz por falta de adesão.

No desenvolvimento do projeto de estágio existiu sempre investimento na promoção de hábitos de vida saudáveis e no cumprimento das recomendações dos profissionais de saúde, aspetos inerentes ao comportamento de adesão ao regime terapêutico – abordados nos momentos de psicoeducação. No entanto, tendo em conta que o “não cumprimento do regime medicamentoso” se trata de um problema mundial de magnitude impressionante (WHO, 2003) o trabalho desenvolvido teve maior enfoque na promoção deste comportamento.

Na sequência do trabalho desenvolvido, observei alguns comportamentos de maior adesão ao regime terapêutico, embora sem garantia de que estes persistam no tempo.

Este relatório está estruturado em quatro capítulos. Num primeiro momento é apresentado o enquadramento teórico dos principais conceitos abordados ao longo do trabalho, no capítulo seguinte apresento o meu projeto de intervenção, descrevo os locais de estágio e relato as experiências vividas, bem como os momentos de reflexão e as atividades realizadas para desenvolvimento das competências do EESMP. No último capítulo apresento algumas considerações sobre o trabalho realizado e perspectivas de projetos profissionais futuros no âmbito da saúde mental.

Este trabalho foi redigido de acordo com o novo acordo ortográfico e as referências bibliográficas elaboradas de acordo com as normas da 7ª edição da American Psychological Association (2020).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A Pessoa com experiência de Doença Mental

A definição de doença mental revela-se complexa na medida em que integra considerações históricas, políticas, sociais, científicas e culturais. Poderá ser definida como uma situação patológica que produz alterações na organização mental da pessoa, como um estado de desequilíbrio entre o ambiente e as várias dimensões da pessoa (Sequeira & Sampaio, 2020) ou como uma condição clínica que inclui alterações do pensamento, do humor (emoções) ou do comportamento, associadas a angústia pessoal e/ou comprometimento do funcionamento (WHO, 2001). A doença mental constitui a principal causa de incapacidade e é responsável pela perda de um terço dos anos de vida saudável devido a doenças crónicas não transmissíveis (CNS, 2019). Tem uma incidência universal, ocorrendo em todos os países, em zonas rurais e urbanas, em mulheres e em homens, em ricos e em pobres e em todas as fases da vida (WHO, 2001), no entanto, a reação da pessoa ao diagnóstico de doença mental é única, mediada por valores individuais distintos que determinam a aceitação e gestão daquele acontecimento de vida.

O conceito de “pessoa com experiência de doença mental” integra a vivência de um diagnóstico que confere à pessoa, na perspetiva de Deegan (1996), o sentimento de que a sua vida passou a ser “um livro fechado”, que o seu futuro já está escrito, que os seus sonhos e objetivos passaram a ser meras fantasias e que o prognóstico é de desgraça (Deegan, 1996).

Para esta mesma autora, neste contexto de desesperança, nem sempre a pessoa tem capacidade ou recursos para se adaptar a um diagnóstico que implica a mudança de rotinas familiares, sociais e profissionais, a introdução no seu quotidiano da toma diária de medicação, a gestão dos efeitos secundários da mesma, a comparência periódica em consultas, o reconhecimento de sintomas da doença e a necessidade de desenvolver competências para se autocuidar. Nos momentos em que se sente incapaz para lidar com a realidade imposta pela doença, a pessoa adota atitudes de indiferença e apatia, perde a noção do tempo, passa a ter uma existência vazia, despojada de interesse ou vontade, em que satisfaz as suas necessidades

básicas por instinto e, geralmente, ocupa os dias a fumar ou a dormir – a pessoa sente que desistir funciona como solução e limita-se a sobreviver (Deegan, 1996).

Nesta situação a implementação de um plano terapêutico torna-se difícil. O enfermeiro deverá ser sensível ao sofrimento da pessoa, respeitar as suas crenças, saberes e valores e compreender as suas razões e limitações para a não adesão ao regime terapêutico. O contexto em que está inserida deverá ser tido em consideração na determinação do plano terapêutico, tornando-se crucial que este seja congruente com a forma como a pessoa vive e com os recursos de que dispõe.

A discrepância entre os objetivos estabelecidos pelos profissionais e os objetivos ambicionados pela pessoa é apontada, na literatura, como um dos motivos que contribui para o insucesso e/ou abandono do tratamento. Para evitar esta situação, a pessoa e família deverão ser agentes ativos no processo terapêutico para que este tenha em conta as suas necessidades clínicas, os seus hábitos de vida, as suas habilidades para o auto-cuidado, a sua perceção e conhecimento sobre a doença e tratamento, a sua rede de suporte social e familiar, mas também as suas expectativas e o seu projeto de vida.

O diagnóstico de doença mental é um acontecimento com impacto avassalador na vida, não só da pessoa, mas também da família, sobre a qual recaem os custos económicos e emocionais da doença. Acarreta sofrimento, mudanças e restrições que os condicionam de forma contínua. Ter um familiar com experiência de doença mental exige alterações à rotina familiar e impõe restrições às atividades sociais, profissionais e de lazer, uma vez que os cuidados com a pessoa doente exigem tempo, disponibilidade, atenção, preocupação. Algumas famílias sofrem privações económicas por um elemento deixar de ser produtivo, vive com o temor de que uma nova crise ocorra e traga uma perturbação inesperada à vida familiar e tem de lidar com eventuais problemas legais que, por vezes, decorrem de comportamentos inerentes à patologia (WHO, 2001). Quando é um dos elementos do casal que adoece, o casamento pode ficar ameaçado e a relação com os filhos comprometida.

Nos fóruns de ajuda à pessoa com doença mental e família, podem ler-se relatos de pais sobre a não aceitação do diagnóstico do filho, do sentimento de culpa, de frustração, de impotência e mesmo de vergonha, em relação ao filho que não corresponde às suas expectativas. Em situações de não aceitação da doença mental por familiares fora do núcleo familiar da pessoa doente, pode ocorrer a rutura de relações, conduzindo ao isolamento dos membros cuidadores. Estes são os custos

humanos desta vivência, certamente os mais importantes, mas os mais difíceis de quantificar.

A pessoa e família são, geralmente, vítimas da discriminação e do estigma social, que em muitos casos constituem os principais obstáculos à sua integração na sociedade. Com base no argumento de que é legalmente incapaz, a pessoa com doença mental pode ser privada dos seus direitos, como por exemplo, gerir os seus bens, assinar contratos ou assumir a guarda dos filhos (Thornicroft, 2006). A crença de que a pessoa é incapaz de realizar tarefas e concretizar o seu projeto de vida, retira-lhe oportunidades sociais e profissionais e remetem-na para uma vida de exclusão, criando a imagem de que não são capazes – ciclo vicioso que dificulta a integração na sociedade (Thornicroft, 2006).

“Ter uma irmã com problemas mentais foi ter perdido o meu nome, para ser conhecida como a irmã da “maluquinha” “(CNS, 2019) – o relato deste familiar revela a forte estigmatização que ainda hoje a doença mental tem, associando-a a pessoas incapazes, agressivas e com atitudes desadequadas.

Esta conceção fomenta a discriminação em sociedade e é geradora de autoestigma – situação que poderá ser tão incapacitante quanto a própria doença. Torna-se urgente que esta condição patológica deixe de ser confundida com comportamentos que quebram normas sociais, religiosas ou morais ou que divergem de grupos, culturas ou sociedades. Para reverter esta realidade, existe ainda um longo trabalho a desenvolver a nível social, judicial, político, na saúde e na educação e que deverá começar por uma consciencialização individual. Compete também a nós, enquanto profissionais de saúde mental, intervir junto da população para a alertar, informar e esclarecer no sentido de desmistificar a doença mental.

1.2. Adesão ao Regime Terapêutico

O termo adesão em saúde pode ser considerado sob duas perspectivas, a adesão comportamental que inclui comportamentos relacionados com a saúde, como sejam a prática de exercício físico, a comparência nas consultas médicas ou a cessação tabágica e a adesão médica que diz respeito, especificamente, à medicação (Sousa, 2003). Integrando ambos os conceitos, a WHO (2003) refere-se à adesão ao regime terapêutico como um processo comportamental complexo e define-o como o

comportamento de uma pessoa face à ingestão de medicamentos, seguimento de dieta, alterações no estilo de vida e cumprimento das recomendações de um profissional de saúde.

Donohoe (2006), considerando a pessoa como elemento ativo nas decisões tomadas sobre a sua doença e o seu tratamento, descreve a sua participação em diferentes formatos: “compliance”, “adherence” ou “concordance” no sentido crescente do seu envolvimento. O primeiro termo refere-se a uma atitude passiva e submissa da pessoa face às prescrições clínicas, “adherence” contempla alguma participação da pessoa no seu tratamento (Donohoe, 2006) e “concordance” revela uma maior autonomia na tomada de decisão sobre o mesmo, sendo este processo entendido como uma intervenção voluntária e ativa da pessoa que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde (Bugalho & Carneiro, 2004).

O termo adesão surgiu como alternativa a “concordance” sendo usado com mais frequência, por sugerir uma diminuição do poder do profissional na decisão do tratamento, uma maior participação da pessoa naquele processo e uma melhor relação profissional/pessoa ajudada, sugerindo uma verdadeira “aliança terapêutica” (Dias, Cunha, Santos, Neves, Pinto, Silva & Castro, 2011).

No âmbito da doença mental, o regime terapêutico é exigente e pode incluir situações limite em que a pessoa poderá ser envolvida nos cuidados involuntariamente ou contra a sua vontade, pela aplicação do enquadramento legal à sua situação (OE, 2015). Implica o cumprimento das horas de sono, a proibição do consumo de substâncias aditivas, o seguimento de um esquema medicamentoso crónico (por vezes complexo) e a aceitação das alterações psicofisiológicas decorrentes dos efeitos da medicação. Este último aspeto, nomeadamente as alterações ao nível da sexualidade e do pensamento (sonolência/bloqueio) e as crises neuroléticas, condiciona a pessoa no desempenho dos seus papéis sociais e compromete o seu bem-estar físico e mental, originando, por vezes, confusão entre os sintomas da doença e os efeitos da medicação.

Assim sendo, a promoção da adesão ao regime terapêutico da pessoa com experiência de doença mental exige uma estratégia continuada no tempo, que implica trabalhar dimensões para além do plano racional, mobilizando a consciência e a emoção. O comportamento de adesão é uma atitude pessoal, tornando a pessoa num elemento ativo e determinante na decisão sobre o seu tratamento – a pessoa tem de

estar disposta a adotá-lo. O trabalho desenvolvido pelo enfermeiro deverá assentar numa relação terapêutica construída com base na confiança mútua, na compreensão e na partilha de saberes, guiada por um modelo de cuidados holístico – centrado na pessoa – que valoriza as suas crenças, perspetivas, experiências, dificuldades, expectativas e recursos (McCormack & McCance, 2006), para que o plano terapêutico proposto seja adequado à sua realidade.

A WHO (2003) alerta para a necessidade de uma mudança de comportamento por parte da sociedade: a pessoa com experiência de doença mental precisa de ser apoiada, não culpada! Continua a existir a tendência para responsabilizar a pessoa pelos problemas de adesão, no entanto, esta organização considera que este comportamento é determinado por vários fatores que estão interligados e que incluem, para além de aspetos particulares da pessoa com experiência de doença mental, o contexto sócio-económico em que está inserida, a organização dos cuidados de saúde, particularidades da doença e o seu tratamento. Os fatores sócio/económicos incluem baixo rendimento económico, ausência de suporte familiar ou rede social e custo da medicação. Os fatores relacionados com o sistema de saúde incluem a ausência de serviços de saúde de proximidade, insuficiência de programas psicoeducacionais e indisponibilidade dos profissionais. O fator doença inclui crenças pessoais, estigma social e gravidade da doença. O tratamento, enquanto fator condicionante deste comportamento, inclui a duração prolongada, a ausência de resultados imediatos, os efeitos secundários e o abuso de substâncias aditivas. As características da pessoa enquanto determinantes da adesão ao regime terapêutico incluem a baixa literacia em saúde, as crenças, o fraco *insight* sobre a doença e esquecimentos frequentes (WHO, 2003).

A complexidade desta problemática advém da co-existência destes condicionantes na vida da pessoa que, para além da morbilidade causada pela doença e que a limita nas suas várias dimensões, é condicionada por este leque de fatores. Muitas vezes adota uma atitude de negação/negligência face à patologia, quer pelo desconforto causado pelo estigma social que acarreta, quer pela ausência de *insight* ou ainda pelo défice de conhecimentos sobre a sua realidade. Quando não pode contar com serviços de saúde de proximidade ou a relação de confiança com os profissionais de saúde não acontece, a pessoa acaba a gerir a sua doença e tratamento de acordo com as suas necessidades e segundo as suas crenças e saberes.

Há ainda situações (ou fases da doença) em que a pessoa não está interessada na “normalização” ou na “integração” que lhe são prometidas pelo tratamento (Deegan, 1996). A pessoa não quer ser “normal” ou “integrada”. Quer ser considerada como única. Quer deixar de ser psiquiatricamente rotulada. Quer que vejam nela uma pessoa e não uma doença (Deegan, 1996).

O comportamento de adesão é particularmente importante nos primeiros estadios da doença mental, dado que a inexistência ou o incorreto tratamento prejudicam o prognóstico e a qualidade de vida da pessoa (Garcia, Martínez-Cengotitabengoa, López-Zurbano, Zorrilla, López, Vieta & González-Pinto, 2016). Estudos realizados sobre o primeiro surto ou surto inaugural de patologias como a esquizofrenia, perturbações do humor e diferentes psicoses, alertam para a influência da adesão ao regime terapêutico no histórico de reinternamentos da pessoa.

Num trabalho realizado numa instituição hospitalar da região de Lisboa, com o objetivo de reavaliar as recaídas ocorridas ao longo de oito anos após o primeiro surto, Carreiro & Martins (2008) constataram que no pós alta, 28% das pessoas não compareceu em qualquer consulta, 16% teve seguimento clínico durante um ano e apenas 20% se mantem com acompanhamento. Segundo os autores deste estudo, esta fraca adesão ao regime terapêutico refletiu-se no elevado número de reinternamentos (52%), sendo que em 28% a reincidência ocorreu mais do que uma vez. Os autores alertam ainda para o facto do primeiro surto ocorrer numa faixa etária jovem, em que o comportamento de não adesão irá piorar o prognóstico da doença e dar origem a sucessivos reinternamentos. Estes períodos de hospitalização afastam a pessoa das atividades sociais e ocupacionais, conduzem ao abandono dos estudos e ao desemprego, comprometendo a sua reintegração. A elevada prevalência do consumo de substâncias aditivas na pessoa com doença mental, sobretudo nos jovens, é outra condicionante que dificulta a reintegração social e ocupacional, agrava a sintomatologia e compromete o curso e o prognóstico da doença.

Outro estudo – *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas* – revela igualmente uma realidade preocupante. Os dados obtidos por Cabral & Silva (2010) mostram que, face ao aconselhamento sobre alteração de hábitos e adoção de estilos de vida saudáveis, 23% da população inquirida admite não aderir a orientações sobre a dieta alimentar, 40% não adere a recomendações sobre cessação tabágica e de bebidas alcoólicas e 30% admite que, nunca ou raramente, volta para outra consulta. Globalmente, o

esquecimento é apontado como a principal causa de incumprimento (46,7%), seguindo-se a percepção que a pessoa tem de que já não necessita de estar medicada por se sentir melhor (26,6%) e os efeitos secundários (22,2%). Foram também apontados como motivos para a não adesão ao regime terapêutico: a complexidade dos esquemas terapêuticos, o preço da medicação, a grande quantidade de medicamentos a tomar, a duração do tratamento e a dúvida sobre a eficácia do mesmo. Este estudo revelou também dados preocupantes sobre a qualidade da informação transmitida à pessoa doente (obtidos em diferentes ítems de avaliação do desempenho clínico): 31,7% dos inquiridos admitiu sentir receio de colocar questões ao médico, 51% apontou a ausência de orientações sobre o que fazer no caso de falhar uma toma e 57% referiu não lhe ter sido explicado como lidar com eventuais efeitos secundários da terapêutica. Embora tenha incidido no comportamento da população em geral, relativamente à adesão ao regime terapêutico, este estudo reflete também a atitude da pessoa com experiência de doença mental, face ao mesmo.

Ambos os estudos alertam para a necessidade de consciencializar os profissionais de saúde para a importância de melhorar a relação terapêutica que estabelecem com a pessoa doente, destacando a relevância das habilidades comunicacionais e da qualidade da informação transmitida (Cabral & Silva, 2010), bem como a criação de estratégias que visem aumentar a adesão ao regime terapêutico, deixando como sugestões, a psicoeducação com envolvimento familiar (Carreiro & Martins, 2008).

1.3. Relação Terapêutica

Cuidar significa proporcionar cuidados à pessoa de forma a que esta viva de acordo com a sua própria natureza, ou seja, contemplando as suas necessidades, os seus desejos, os seus projetos (Honoré, 2004). Consiste em ajudar a pessoa a encontrar um modo de vida significativo numa determinada situação (Hesbeen, 2004).

A arte do cuidar, numa perspetiva transversal a todas as áreas de atuação do enfermeiro, não existe sem a componente relacional. A OE (2002) descreve o exercício da profissão de enfermagem como centrado na relação interpessoal desenvolvida entre o profissional e a pessoa e família. Abordada por diversos autores ao longo do tempo, esta interação pode ser encontrada na literatura como “relação de

ajuda”, “relação terapêutica”, “relação interpessoal”, “relacionamento terapêutico”, entre outras nomenclaturas, no entanto, todas elas remetem para uma interação que ocorre num período particular, com carácter único e original, em que é reconhecida igual importância a ambos os intervenientes que partilham e desenvolvem experiências interpessoais significativas.

Neste relatório foi adotado o conceito de “relação terapêutica” entendida enquanto intervenção autónoma de enfermagem e caracterizada pela OE (2002) como uma parceria em que deverão ser valorizados o papel e as capacidades da pessoa ajudada, envolvendo-a na construção da solução para os seus problemas. Para lhe conferir um carácter terapêutico, o enfermeiro terá de investir nesta relação, as suas competências, o seu tempo, o seu saber, o seu interesse e as suas habilidades de escuta e compreensão (Lazure, 1994). Deverá reconhecer os saberes e potencialidades da pessoa e promover um ambiente favorável à partilha de problemas, necessidades, dúvidas e receios – construir um ambiente terapêutico.

A relação entre enfermeiro e pessoa doente foi considerada de forma científica, pela primeira vez, por Hildegard Peplau, contextualizada numa “enfermagem psicodinâmica” que contempla a pessoa como agente ativo e lhe atribui um papel dinâmico num processo interpessoal. Para a autora, os objetivos e o caminho para alcançá-los deverão ser traçados em conjunto, tornando a situação de cuidar numa experiência significativa para a pessoa ajudada e enfermeiro, marcada por aprendizagens e crescimento pessoal (Tomey & Alligood, 2004). A relação dinâmica que propõe, encontra-se estruturada em quatro fases (orientação, identificação, exploração e resolução) e prevê diferentes papéis para o enfermeiro que, começando por ser visto como uma pessoa estranha, pode passar a ser vista como um recurso, uma professora e poderá finalmente ser encarado como um líder, substituta e conselheira. Papéis que deverão ser desempenhados tendo em conta a evolução da relação ao longo do processo terapêutico, visando construir respostas para as necessidades da pessoa nos diferentes momentos (Tomey & Alligood, 2004).

Também Chalifour (2008), no seu modelo de intervenção existencial-humanista, enfatiza o poder terapêutico da relação quando conduz a pessoa a mobilizar os seus próprios recursos para se reequilibrar. Para tal, o profissional terá de proporcionar uma relação de qualidade que funcione como uma aliança terapêutica, exigindo-lhe um investimento efetivo neste processo. Para além de conhecimentos científicos e atitudes como a autenticidade, o respeito, a compaixão e

a esperança, deverá ter um conhecimento de si mesmo que lhe permita colocar “as suas características pessoais ao serviço da relação” (p. 63) influenciando-a de forma positiva. Segundo o autor, haverá situações em que as suas qualidades enquanto ser humano se tornarão nos principais instrumentos terapêuticos.

McCormack & McCance (2006) propõem o desenvolvimento da relação terapêutica num contexto de cuidados centrados na pessoa, modelo que reflete os ideais do cuidado holístico e assenta em processos interpessoais eficazes. Inclui a liberdade, a escolha e a responsabilidade da pessoa, as diferentes formas de saber (empírica, intuitiva, ética, estética) e a importância do ambiente (terapêutico) em que se desenvolve a relação.

Phaneuf (2005) refere-se à relação de ajuda como uma relação de natureza terapêutica em que o enfermeiro deverá considerar a pessoa ajudada como um ser igual a si, não lhe atribuindo uma posição de inferioridade decorrente da sua condição de doença e aceitando-a como parceira no processo terapêutico. Exige, primeiramente, o estabelecimento de uma relação de confiança baseada na compreensão e no respeito, que facilite à pessoa a aceitação da sua situação e a identificação das suas dificuldades e possibilidades de mudança. Além de intervir no alívio do seu sofrimento, o enfermeiro deverá ser promotor do crescimento e do desenvolvimento da pessoa ajudada, para a tornar autónoma na superação de adversidades.

No âmbito da enfermagem de saúde mental, o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro é essencialmente de natureza interativa, constituindo-se a relação terapêutica como o contexto ideal para tornar possível a intervenção junto da pessoa em sofrimento. A promoção da adesão ao regime terapêutico é um desafio que se afigura, diariamente, aos profissionais desta área, sendo reconhecida a sua influência na promoção desta mudança de comportamento, pela relação estabelecida com aqueles de quem cuidam (Cardoso et al, 2016). Esta relação pode, no entanto, ficar comprometida nas situações que exigem coação sobre a pessoa, que se vê obrigada a receber tratamento contra a sua vontade, por ordem judicial, e que colocam o enfermeiro perante “dilemas éticos complexos, que necessitam ser sistematicamente objeto de reflexão” (OE, 2015, p. 17035).

Não existindo uma intervenção padronizada que conduza à adoção deste comportamento, a sua efetivação depende das competências do enfermeiro para adequar as intervenções às características e realidade de cada pessoa.

Na promoção da adesão ao regime terapêutico, atitudes como compreensão, altruísmo, compaixão, autenticidade e disponibilidade, por parte do enfermeiro, são essenciais para que a pessoa doente sinta que não está sozinha num processo que nem sempre aceita ou compreende. É importante que veja no profissional de saúde alguém que partilha consigo aquela experiência com genuíno interesse, respeitando os seus saberes e crenças, compreendendo as suas razões para o abandono do tratamento, enriquecendo-a com estratégias facilitadoras de adesão, procurando aliviá-la nos momentos de maior sofrimento, enaltecendo-a a cada conquista sua, motivando-a quando percebe que uma nova recaída poderá surgir e mostrando sempre disponibilidade para recomeçar todo o processo após nova crise. É nesta interação, de carácter terapêutico, que a pessoa com experiência de doença mental encontra espaço para partilhar os seus sentimentos, a sua vontade, as suas dúvidas, os seus receios, mas também a sua vontade e as suas expetativas. Neste processo, o propósito do enfermeiro não será o de resolver os problemas da pessoa de quem cuida, mas estabelecer com ela uma parceria que a ajude a identificar os seus recursos e a saber utilizá-los em seu benefício. Nesse sentido, a relação terapêutica dá-lhe a oportunidade para a informar sobre a doença e o tratamento, desmistificar crenças relacionadas com os mesmos, identificar a ausência de *insight*, elucidar sobre as vantagens da adesão ao regime terapêutico, ensinar a contornar os possíveis efeitos secundários da medicação e esclarecer eventuais dúvidas (Cardoso et al, 2016).

A pessoa é um ser relacional. Considerando o processo de doença como um acontecimento de vida, a sua vivência será condicionada pelas relações estabelecidas no decorrer do mesmo. Assim sendo, é fundamental que o enfermeiro viva a relação terapêutica de forma reflexiva, com consciência do impacto do seu papel na interação com a pessoa doente, tendo presente que, por se encontrar a viver um momento de maior fragilidade, o comportamento de quem com ela interage, torna-se passível de influenciar, de forma positiva ou negativa, a sua experiência.

1.4. Estratégias para a Promoção da Adesão ao Regime Terapêutico

A promoção da mudança de um comportamento é considerada uma intervenção que tem como objetivo substituir determinados comportamentos desajustados por outros mais adequados, podendo ser dirigida a uma pessoa ou grupo que apresente um diagnóstico de enfermagem de natureza comportamental (Sequeira & Sampaio, 2020). “Adesão ao regime terapêutico comprometida” (ICN, 2019) foi o diagnóstico que esteve na base do desenvolvimento do projeto implementado em estágio e em que foram utilizadas, como estratégias promotoras da adesão ao regime terapêutico, a psicoeducação e a entrevista motivacional.

1.4.1. Psicoeducação

A psicoeducação foi introduzida na área da saúde mental por George Brown, em 1972, com base no trabalho desenvolvido com familiares de pessoas com esquizofrenia (Srivastava & Panday, 2016). Em 1977, Authier descreveu esta psicoterapia como uma intervenção centrada na satisfação e concretização dos objetivos da pessoa e que, não sendo considerada uma técnica para curar, contribui para o tratamento da doença mental mediante mudanças de comportamento, social e emocional. Na mesma linha de pensamento, a Ordem dos Enfermeiros (2011) esclarece que “a psicoeducação não é um tratamento – é projetada para ser parte de um plano global de tratamento” (p. 16) como intervenção psicoterapêutica que tem como objetivo ajudar a pessoa a compreender e adquirir estratégias para lidar com a sua doença.

A psicoeducação é considerada uma intervenção de enfermagem da competência do EESMP dirigida à pessoa e família, que visa orientar na promoção da saúde mental e prevenção da doença, promover o conhecimento sobre a patologia e a adesão ao tratamento, informar sobre a importância da medicação, bem como dos seus eventuais efeitos secundários, esclarecer sobre a existência de terapêuticas complementares e ensinar sobre o autocuidado e outros comportamentos de saúde (OE, 2018). Neste processo de ensino-aprendizagem o enfermeiro deverá ser um agente facilitador da aprendizagem, não se limitando a transmitir informação. Tem de criar condições para que a pessoa se possa transformar, para que sinta que pode

aprender, para que reconheça a importância dos conhecimentos relacionados com a sua saúde (Carvalho & Carvalho, 2006). Para Carvalho & Carvalho, a construção do conhecimento da pessoa tem por base a afetividade, salientando a importância da relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa com experiência de doença mental para o sucesso deste processo.

Lukens & McFarlane (2004) descrevem a psicoeducação como uma das mais eficazes práticas baseadas na evidência, tanto em contexto clínico, como comunitário. Pela sua flexibilidade, quer no que diz respeito à população alvo da intervenção, quer à multiplicidade de temas passíveis de serem trabalhados, constitui um recurso adicional no tratamento da doença mental, como terapia complementar. Trata-se de uma intervenção psicoterapêutica que considera a pessoa e família como intervenientes ativos no processo terapêutico, com a premissa de que quanto maior for o seu conhecimento, maiores serão os ganhos em saúde (Lukens & McFarlane, 2004). Em suma, a psicoeducação inclui um conjunto de abordagens didáticas e psicoterapêuticas, realizadas em grupo ou individualmente, que têm como objetivo promover a literacia da pessoa e família através da aquisição de estratégias educacionais e terapêuticas, capacitando-a para participar na gestão da sua doença e tratamento. Esta intervenção psicoterapêutica exige um *setting* em que a pessoa se sinta segura e confortável, um ambiente tranquilo, sem lugar a interrupções por terceiros, livre de juízos de valor e de atitudes de avaliação, onde sejam assegurados, o respeito e a privacidade, à sua participação (Carvalho, 2001).

Na promoção da adesão ao regime terapêutico, a intervenção psicoeducacional apresenta-se como uma estratégia que possibilita ao enfermeiro desmistificar falsos significados que a pessoa possa atribuir à doença e tratamento e dissipar dúvidas e receios sobre os mesmos. Através da partilha de conhecimento científico, pretende obter a sua participação, de forma informada e esclarecida, no processo de aquisição de um comportamento de saúde. Revela-se ainda uma abordagem com potencial na prevenção de recaídas, redução de taxas de reinternamento e diminuição dos custos em saúde mental (Srivastava & Panday, 2016).

No âmbito da adesão ao regime terapêutico, em que se pretende uma mudança de comportamento, é essencial que a pessoa esteja informada para tomar uma decisão sobre a adoção ou a alteração de comportamentos, ou seja, sobre o que mudar e porque mudar. Reconhecendo-lhe de forma inquestionável a sua liberdade de decisão, o papel do profissional de saúde será o de facilitador de uma escolha

informada e esclarecida. Assim sendo, a informação fornecida deverá ser clara e perceptível para a pessoa, assertiva e positiva (Lopes & Almeida, 2018). Incidindo, para além das orientações terapêuticas, na informação sobre a patologia e a influência da mudança de comportamento na evolução da mesma, pois a atitude da pessoa face ao tratamento e, particularmente, face à medicação, é influenciada pelas suas crenças e pela sua perceção da gravidade da doença. Torna-se essencial perceber o que a pessoa sabe, o que deseja, o que está disposta a fazer e quais as reais possibilidades para o conseguir. Neste contexto, os momentos de psicoeducação deverão proporcionar à pessoa, informação e esclarecimento, num espaço aberto à partilha das suas dificuldades, dúvidas, opiniões, crenças.

1.4.2. Entrevista Motivacional

A entrevista motivacional é uma intervenção de natureza colaborativa, centrada na pessoa, que visa orientá-la na adoção de determinado comportamento, ajudando-a a resolver sentimentos de ambivalência (ou resistência) face ao mesmo, motivando-a e potencializando o seu comprometimento para com a mudança (Miller & Rollnick, 2002). Tem como objetivo resolver questões motivacionais que inibem mudanças positivas de comportamento, trabalhando a motivação intrínseca à pessoa, para que a vontade de mudar surja da sua parte (nunca devendo ser imposta) e desta forma sirva os seus objetivos e valores (Miller & Rollnick, 2002).

Esta estratégia psicoterapêutica deverá ser implementada no seio da relação terapêutica, pois o incremento da motivação exige um conhecimento profundo da pessoa. O papel do profissional será o de ajudar a pessoa a aumentar a sua motivação e a reorganizar a sua vida ou a fazer escolhas difíceis para superar a ambivalência. A entrevista motivacional é mais do que uma técnica de aconselhamento. É uma forma de estar com a pessoa, que se pretende que seja marcante na sua tomada de decisão para a mudança pretendida e na concretização da mesma. Deverá assentar num espírito colaborativo, evocativo, empático, de aceitação e de respeito pela autonomia do outro. Trata-se de um método clínico ou comunicacional complexo, que exige aprendizagem e treino, utilizando como metodologias, a reflexão, as perguntas abertas, o reforço positivo e o resumo (Miller & Rollnick, 2002).

A entrevista motivacional tem como objetivo final a resolução da ambivalência ao serviço da mudança (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Ao longo deste

processo a pessoa vive uma série de avanços e recuos no propósito de mudar de acordo com a motivação sentida, experienciando diferentes estádios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (Prochaska et al, 1992). Segundo estes autores, no primeiro estágio, a pessoa não apresenta *insight* ou crítica para o comportamento problemático, no segundo já existe a consciencialização do problema, mas a perspectiva de mudança encontra-se condicionada pela ambivalência sentida. Na preparação, a pessoa encontra-se aberta a propostas de mudança e analisa os prós e contras das mesmas. Se neste estágio é demonstrada a intenção de mudar, é negociado um plano de mudança e a pessoa evolui para a ação, momento em que adota o novo comportamento, consciente da importância do mesmo e confiante de que tem capacidade para o fazer. A manutenção consiste na consolidação da mudança ao longo do tempo e na utilização de estratégias para evitar recaídas (Prochaska et al, 1992).

Para Miller & Rollnick (2002), a entrevista motivacional pode revelar-se eficaz quando o comportamento de adesão ao regime terapêutico está comprometido pela ambivalência decorrente dos prós e contras que a pessoa lhe atribui ou quando esta sente que não consegue gerir a sua doença. Neste caso a entrevista motivacional poderá ser particularmente útil para a pessoa expressar as suas preocupações e resolver o turbilhão de emoções em que vive (Miller & Rollnick, 2002).

Para estes autores, a motivação para aderir ao regime terapêutico depende de dois aspetos a trabalhar com a pessoa: a ambivalência e a prontidão para a mudança. Para a resolução da ambivalência é fundamental dar espaço à pessoa para falar, utilizando questões abertas para que esta manifeste as suas preocupações, sentimentos e expectativas, devendo o profissional utilizar uma escuta reflexiva, com preocupação sobre o significado que as suas palavras possam ter para a pessoa. Em seguida, esta deverá ser informada e esclarecida sobre a sua patologia, manifestações clínicas e evolução da doença, bem como sobre o estilo de vida que lhe trará mais ganhos em saúde, o tratamento preconizado para o seu caso e efeitos secundários associados. É essencial que sejam enfatizados os benefícios da adesão ao regime terapêutico, pois quando a pessoa não vê a mudança como importante, provavelmente, não estará pronta para mudar (Miller & Rollnick, 2002).

A falta de confiança em si mesma é outro obstáculo à mudança. Será importante recordar-lhe conquistas do passado, situações difíceis que conseguiu ultrapassar ou características fortes que detém, para que a mudança atual possa ser

sentida como passível de se concretizar. Fornecida a informação e esclarecidas todas as dúvidas, a responsabilidade pela mudança é deixada com a pessoa.

A mudança só acontece quando a pessoa se sente “disposta e capaz” (Miller & Rollnick, 2002). Estará disposta quando perceber a importância do novo comportamento (ou o malefício do atual) e sentir-se-á capaz para adotá-lo quando tiver confiança em si para mudar. A partir daqui vem o comprometimento e o estabelecimento de um plano de mudança com a definição de metas realistas e concretizáveis, tendo em conta os objetivos e as expectativas da pessoa, fomentando a sua participação na resolução de reais ou potenciais problemas pessoais, respeitando a sua autonomia e responsabilizando-a pelas suas escolhas (Miller & Rollnick, 2002).

A adesão ao regime terapêutico em saúde mental consiste num comportamento complexo e exigente. Assim sendo, o aumento da motivação para o mesmo implica uma intervenção centrada na pessoa – numa parceria terapêutica são delineadas estratégias facilitadoras e alternativas tendo em conta o seu contexto de vida, como sejam, a utilização de esquemas terapêuticos mais simples ou o ajuste progressivo da posologia farmacológica. O compromisso da pessoa só terá continuidade se esta sentir que a “negociação” com a equipa de saúde lhe traz benefícios e é compatível com o seu projeto de vida.

2. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE ESTÁGIO

O meu projeto de estágio foi delineado com dois objetivos: promover a adesão ao regime terapêutico da pessoa com experiência de doença mental e adquirir competências do EESMP. Desenvolvi este projeto nos dois contextos em que decorreu o estágio – Hospital de Dia (HD) e Serviço de Internamento – ambos com o propósito de cuidar da pessoa com experiência de doença mental, mas cada um com dinâmicas de trabalho e formas de atuação muito diferentes, revelando-se o contato com este contraste de realidades, um contributo importante para o conhecimento real da prática de cuidados no âmbito da saúde mental e psiquiátrica.

Não tendo experiência em saúde mental, vi na realização do estágio uma oportunidade privilegiada de aprendizagem. Assim sendo, adotei uma atitude interessada e participativa relativamente a todas as situações vividas, priorizando o contato com as pessoas internadas, aprendendo com cada uma delas a lidar com o sofrimento mental.

Neste capítulo descrevo o meu projeto de intervenção, os serviços em que decorreu o estágio e a forma como fui adquirindo e desenvolvendo competências em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP).

2.1. O Projeto de Intervenção

Tendo em vista contribuir para a promoção da adesão ao regime terapêutico da pessoa com experiência de doença mental, concebi um programa psicoeducacional, complementado pela entrevista motivacional, realizada no final do programa com as pessoas que manifestaram mais dificuldades (entraves, dúvidas) na adesão ao regime terapêutico, ao longo das sessões psicoeducacionais.

O Programa Psicoeducacional

“Encorajar a mudança de comportamento” (APÊNDICE I) – foi o nome que atribui ao programa psicoeducacional que elaborei, uma vez que a minha intenção era contribuir para a promoção da adesão ao regime terapêutico.

Este programa contemplou um conjunto de quatro sessões (APÊNDICE II), com aproximadamente quarenta e cinco minutos cada, tendo atribuído um título a cada sessão de acordo com o tema abordado na mesma.

A escolha das temáticas abordadas teve em conta os conteúdos preconizados pela OE (2018) para os programas de psicoeducação a desenvolver e implementar pelo EESMP e os conteúdos das sessões contemplaram as preocupações manifestadas pelas pessoas internadas em conversas informais e entrevistas que efetuei previamente.

As sessões psicoeducacionais foram estruturadas e dinamizadas de modo a implicar ativamente os participantes na construção do tema, priorizando a metodologia interativa na promoção de momentos de aquisição ativa de conhecimento. Para o efeito, criei *quizzes*, jogos e fichas para realização de exercícios escritos, selecionei filmes e músicas para projeção nas sessões, elaborei uma ficha de avaliação para preenchimento no final de cada sessão e construí um jogo de tabuleiro para funcionar como instrumento de avaliação no fim do programa psicoeducacional.

A avaliação das sessões, pelos participantes, consistiu no preenchimento da ficha que criei para o efeito (APÊNDICE III), preenchida no final de cada atividade, e que avaliava: a importância do tema abordado, a duração da atividade, a metodologia utilizada e o seu contributo para a aquisição de conhecimentos. Este documento solicitava ainda sugestões sobre temas do interesse dos participantes, a abordar em eventuais intervenções futuras (informação que transmiti à equipa de enfermagem de ambos os serviços).

Para avaliação do programa psicoeducacional, utilizei o jogo de tabuleiro que criei para o efeito e a que dei o nome de “Adesão ao Regime Terapêutico – o Jogo” (APÊNDICE IV). O objetivo deste jogo é ajudar o Ricky (personagem que representa uma pessoa com doença mental), a aderir ao regime terapêutico, aconselhando-o nas escolhas a fazer e respondendo às suas dúvidas. Podem participar até seis jogadores, identificados por peões, que percorrem o tabuleiro mediante o número de casas a avançar e que é determinado pelo lançamento de dados. Em cada casa do jogo, é solicitado ao jogador que ajude o Ricky a resolver situações relacionadas com: alimentação, repouso, higiene, ocupação de tempos livres, medicação, consultas médicas, manifestações clínicas, terapias não farmacológicas, entre outras. A cada ajuda correta é atribuída uma pontuação, de um a três pontos, de acordo com a complexidade da situação resolvida. Vence o jogo quem reúna maior pontuação.

Tive em conta a necessidade de um setting terapêutico seguro e facilitador da participação da pessoa com experiência de doença mental numa atividade com estas características, mas nem sempre consegui proporcionar o ambiente ideal aos participantes no programa, como relato mais adiante.

Participaram no programa pessoas com experiência de doença mental internadas nos serviços onde decorreu o estágio, que reuniam os critérios de seleção que, previamente, estabeleci:

Critérios de Inclusão – idade ≥ 18 anos; ambos os sexos; diagnóstico de doença mental; regime terapêutico instituído.

Critérios de Exclusão – pessoa em situação de crise; recusa em participar; comportamento violento.

No HD participaram no programa os cinco jovens acompanhados pela minha orientadora de estágio. No serviço de internamento, a seleção dos participantes, para além dos critérios supramencionados, teve em conta o parecer da equipa de enfermagem, sendo determinada sobretudo em função do comportamento apresentado pela pessoa. Em qualquer dos contextos, após a identificação dos possíveis participantes, era a vontade de cada pessoa que determinava a sua integração, ou não, no programa psicoeducacional.

Desenvolvi o programa psicoeducacional uma vez no Hospital de Dia e duas vezes no Serviço de Internamento. Em ambos os contextos tive necessidade de fazer alguns ajustes no desenvolvimento desta intervenção em função das características dos grupos com que me deparei e das dinâmicas dos serviços.

O projeto de intervenção decorreu entre novembro 2020 e abril 2021 e encontra-se sistematizado no quadro seguinte.

INTERVENÇÃO	PERTINÊNCIA DO TEMA	FINALIDADE DA SESSÃO	HOSPITAL DE DIA			INTERNAMENTO		
			Data	Nº Partic.	Local	Data	Nº Partic.	Local
Sessão n. 1 Saúde Mental	Reconhecida como fundamental para o bem-estar da pessoa e da comunidade (WHO, 2001), a saúde mental deverá ser, cada vez mais, considerada como um componente da saúde que merece a mesma atenção que a saúde física.	Promover uma reflexão conjunta sobre o conceito de saúde mental e o estigma social que lhe está associado.	27/12	5	Sala de atividades de grupo	05/03 26/03	6 4	Sala de refeições /convívio
Sessão n. 2 Manifestações Clínicas da Doença Mental: Psicose	O conhecimento sobre as manifestações clínicas da doença assume especial importância na promoção da adesão ao regime terapêutico, possibilitando à pessoa identificar a influência da adoção de um estilo de vida saudável e do cumprimento da medicação no controlo da sintomatologia.	Ensinar a pessoa a reconhecer as manifestações clínicas da sua doença.	18/01	5	Sala de atividades de grupo	16/03 31/03	6 4	Sala de refeições /convívio
Sessão n. 3 Terapia Farmacológica e não Farmacológica na Doença Mental	A adesão à medicação influencia o curso da doença e a qualidade de vida (ICN, 2009). A pessoa deverá ser sensibilizada para a sua importância e capacitada para o seu cumprimento. O conhecimento sobre terapias não farmacológicas, possibilita à pessoa usufruir de um tratamento mais completo.	Sensibilizar para a importância da medicação no curso da doença. Ensinar estratégias facilitadoras do cumprimento do esquema terapêutico. Informar sobre terapias não farmacológicas.	21/01	5	Sala de atividades de grupo	17/03 04/01	6 4	Sala de refeições /convívio
Sessão n. 4 Adesão ao Regime Terapêutico	A adesão ao regime terapêutico inclui um conjunto de comportamentos que vão para além da toma da medicação, pressupondo o conhecimento da doença e habilidades para gestão da mesma. Trata-se de um fenómeno complexo e multifatorial.	Ensinar estratégias promotoras da adesão ao regime terapêutico.	01/02	5	Sala de atividades de grupo	18/03 07/04	6 4	Sala de refeições /convívio

A Entrevista Motivacional

“A educação é uma estratégia importante para melhorar a adesão, mas os doentes não precisam só de ser informados, mas também de ser motivados e encorajados a aderir ao tratamento e aos objectivos relacionados com o estilo de vida” (ICN, 2009, p. 34). Assim sendo, a entrevista motivacional pode surgir em associação com intervenções que visam a modificação do comportamento, como seja a intervenção psicoeducacional, tornando-as potencialmente mais terapêuticas (Sequeira & Sampaio, 2020).

Nesse sentido planeei utilizar a entrevista motivacional como complemento do programa psicoeducacional, sendo realizada com as pessoas que manifestassem mais entraves à adesão ao regime terapêutico ao longo das sessões. Esta intervenção foi desenvolvida com cinco pessoas, tendo variado o número de entrevistas que realizei com cada uma delas (entre quatro e sete), de acordo com a sua necessidade de ajuda.

Cada entrevista teve a duração de aproximada de trinta minutos e utilizei a metodologia da entrevista semi-estruturada com perguntas abertas.

2.2. Contexto Comunitário

O primeiro momento de estágio decorreu no Hospital de Dia (HD) de uma instituição hospitalar psiquiátrica da região de Lisboa. Este serviço desenvolve a sua atividade num edifício constituído por dois pisos, nos quais se encontram diversos gabinetes de consulta, duas salas para atividades de grupo, um ginásio, uma sala de refeições (para os profissionais), quatro instalações sanitárias e um espaço para receção. A equipa multidisciplinar é constituída por três psiquiatras, duas enfermeiras, duas terapeutas ocupacionais e dois psicólogos. Este espaço é frequentado em regime de “internamento parcial”, uma vez que está preconizada a participação diária dos seus utilizadores nas diferentes atividades oferecidas. A sua referenciação para o HD é feita pela consulta externa de psiquiatria ou por serviços de internamento, no momento da alta. Até março de 2020, o HD funcionava das 9 às 17 horas, de segunda a sexta-feira, desenvolvendo atividades com vinte e quatro pessoas com experiência de doença mental, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos e respetivas

famílias. Este serviço tem como finalidade, proporcionar à pessoa com experiência de doença mental um acompanhamento profissional especializado na gestão da sua doença e no processo de reintegração social.

Na primavera de 2020, a pandemia por Covid-19 obrigou à implementação de medidas restritivas de contacto social para evitar a disseminação do vírus. Tal como aconteceu com todos os setores da sociedade mundial, também o HD foi obrigado a introduzir restrições, nomeadamente ao nível do horário de funcionamento e do número de participantes nas suas atividades. Desde então, passou a funcionar das 9 às 13 horas, acolhendo um máximo de dez jovens, divididos em dois grupos de cinco, em dias alternados. A cada grupo estavam atribuídos um psicólogo, uma terapeuta ocupacional e uma enfermeira, existindo um plano de atividades semanal, elaborado de forma a que os grupos não se encontrassem no mesmo espaço.

O estágio decorrido neste contexto aconteceu na fase de maior gravidade do efeito da pandemia em Portugal, chegando a haver orientações da direção da instituição para encerrar o serviço. Nesse momento foi visível a preocupação de todos os profissionais para com os jovens que ali se deslocam diariamente e que, caso fechassem as portas, ficariam sem qualquer assistência. Num esforço conjunto, apresentaram à direção da instituição uma proposta de funcionamento, que assegurava as diretrizes da Direção-Geral da Saúde, conseguindo manter-se no ativo, embora com muitas limitações. Esta atitude demonstrou a preocupação genuína, o espírito de entrega e o compromisso para com as pessoas cuidadas.

O reduzido horário de funcionamento e o planeamento rigoroso das atividades, condicionaram o meu contato com os jovens em tratamento, revelando-se os momentos informais de extrema importância nas primeiras abordagens e no estabelecimento, mais tarde, de relações de confiança.

As restrições decorrentes da pandemia condicionaram o meu contato com as famílias. A minha intervenção junto das mesmas foi pontual, consistindo na escuta ativa e reflexiva das suas lamentações ou no esclarecimento de aspetos práticos, como o horário das atividades.

A realidade que conheci no HD, é um exemplo da prestação de cuidados centrados na pessoa. A experiência ali vivida possibilitou-me conhecer de perto e participar num trabalho conjunto que visa desenvolver, na pessoa com doença mental, as capacidades necessárias para gerir a sua saúde/doença, para assumir um papel ativo na vida familiar e social, para reintegrar o mundo laboral e para traçar um plano

de vida com sonhos e expectativas. Existe a preocupação, por parte de todos os profissionais, em valorizar os seus contributos e em envolvê-la ativamente no planeamento e desenvolvimento do seu plano de cuidados, tendo como objetivo final a sua autonomia e reabilitação em todas as vertentes da sua vida.

A informação sobre todos os aspetos que dizem respeito à pessoa em tratamento é constantemente atualizada, graças à partilha de informação entre os elementos da equipa que ocorre em vários momentos do dia, de forma espontânea e interessada. De modo mais formal, realizavam-se duas reuniões semanais (uma para cada um dos grupos de pessoas cuidadas), em que participavam todos os profissionais da equipa e em que era discutida a situação/evolução de cada pessoa e planeadas/ajustadas intervenções. Devido ao contexto pandémico os estagiários não estavam autorizados a participar nestas reuniões – situação que me impediu de usufruir de uma experiência que certamente iria enriquecer o meu estágio.

Tendo como prioridade satisfazer as reais necessidades da pessoa, o HD oferece-lhe múltiplas intervenções dinamizadas pelos diferentes profissionais da equipa, de acordo com um plano de atividades pré-estabelecido.

A nível da terapia ocupacional, existiam sessões para desenvolvimento da expressão de emoções através de mediadores expressivos ou para aquisição de competências sociais. Nesta valência, a pessoa era ensinada, de forma individual, a procurar emprego num site da internet ou a elaborar o seu curriculum vitae. Também as atividades propostas pela psicologia incluíam momentos em grupo, como sessões de estimulação cognitiva e momentos individuais, como sessões de psicanálise. Era a necessidade da pessoa que determinava a intervenção proporcionada.

As atividades de enfermagem incluíam a toma assistida da medicação, diariamente, sessões de relaxamento e momentos de psicoeducação, individual e ou em grupo, para aquisição de conhecimentos e estratégias adaptativas para lidar com a doença, o tratamento e a gestão das manifestações clínicas.

2.2.1. Desenvolvimento de competências em ESMP

Integração

A minha integração não foi difícil num serviço onde se respira altruísmo e humanidade. Fui acolhida com grande hospitalidade por todos os profissionais e a sensação de pertença à equipa multidisciplinar foi sentida logo nos primeiros dias. Facilmente me adaptei às rotinas do serviço e adquiri conhecimentos relacionados com aspetos práticos, nomeadamente a utilização de um programa informático, que desconhecia, para efetuar os registos de enfermagem. Efetuei uma atenta observação das práticas, procurei conhecer e participar nas diferentes intervenções terapêuticas desenvolvidas pelos vários técnicos, consultei normas e protocolos do serviço, questionei tudo o que era desconhecido e refleti sobre cada situação nova. Iniciei a elaboração de um glossário com termos e conceitos da psicopatologia que desconhecia, instrumento que me acompanhou ao longo do estágio e que foi crescendo à medida que ia tomando contato com terminologias encontradas nos processos clínicos ou proferidas por profissionais.

O grande desafio surgiu no contato com a pessoa com experiência de doença mental. Esta vivência teve um impacto avassalador ao nível das minhas estruturas emocional e cognitiva. A minha inexperiência na área da saúde mental fez-me sentir desprotegida, insegura e incapaz para lidar com a pessoa doente. Naquele momento tomei consciência de que o estágio era um desafio para o qual eu pensava estar melhor preparada.

Logo nos primeiros dias, e por se tratar de uma população jovem, com idade aproximada à do meu filho, vivi fenómenos de identificação, imaginando que poderia ser ele um daqueles jovens. Esta situação desencadeou em mim um turbilhão de emoções, envolvendo sentimentos de angústia e compaixão, que foram difíceis de gerir e que me afastavam do meu propósito profissional. Os momentos de auto-reflexão, as partilhas com a enfermeira orientadora e a minha persistência em enfrentar as dificuldades, foram as estratégias que utilizei para conseguir reequilibrar-me e seguir em frente.

A tomada de consciência das reais implicações que a doença mental acarreta para as diferentes áreas da vida da pessoa, foi outro momento difícil. Tornou-se fundamental refletir sobre conhecimentos prévios e crenças pessoais,

nomeadamente, sobre doença física versus doença mental. Quando se tem uma experiência de vários anos no alívio da dor física (como é o meu caso), a avaliação do sofrimento mental pode ficar comprometida. Naquele momento foi imperativo reavaliar e redefinir conceitos. A literatura foi importante, a partilha de ideias e dúvidas com a enfermeira orientadora também, mas os momentos de introspeção e de reflexão foram cruciais para me possibilitar a identificação e a valorização do sofrimento mental.

“Chegar” à pessoa com experiência de doença mental foi outra dificuldade sentida. A minha inexperiência, por um lado e a baixa predisposição daqueles jovens para a interação, por outro, despoletava em mim um desconforto que poderei descrever como “intimidação”. A sua apatia, bloqueio de pensamento e ausência total ou parcial de sinais de expressão afetiva (aplanamento) eram-me muito difíceis de gerir. Essas primeiras tentativas de abordagem acabavam por ser pautadas por muitos silêncios, insegurança e muitas dúvidas sobre a melhor forma de conduzir a conversa.

Estas vivências obrigaram-me a desenvolver e mobilizar estratégias pessoais para gerir emoções e redefinir conceitos – trabalhando a primeira competência do EESMP que pressupõe “um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2018, p. 21428).

Construção de relações de confiança

A toma assistida da medicação era um dos cuidados de enfermagem proporcionado aos jovens que frequentavam o HD. Considerava-a aquele momento individual uma oportunidade de proximidade e de acolhimento diário a todas as pessoas em tratamento. Aproveitava-o para questionar a forma como tinham passado o resto do dia anterior, se tinham dormido bem, como se sentiam naquele dia, se tinham dúvidas sobre a toma da medicação, como se estavam a sentir com eventuais alterações terapêuticas efetuadas, entre outras questões. Na sequência destas questões surgiam, por vezes, desabafos e preocupações, face aos quais era oferecida disponibilidade para uma escuta ativa e reflexiva.

Certo dia, enquanto tomava a medicação, sob a minha supervisão, o Mário pediu-me se lhe poderia dar o “SOS” (no seu caso, Diazepam 5 mg). Respondi que

teria de perguntar à minha enfermeira orientadora e questionei-o sobre o motivo pelo qual estava a pedir o “SOS”. Contou-me que no dia anterior deveria ter ido entregar o “Certificado temporário de incapacidade” ao seu local de trabalho, mas teve uma crise de ansiedade e acabou por não ir. Queria conseguir ir naquele dia, mas estava novamente muito ansioso. Mostrei disponibilidade para uma escuta ativa das suas preocupações. Contou-me, então, que se encontrava ausente do seu local de trabalho havia dois anos, mas que até então tinha sido sempre a esposa a entregar esse documento. Daquela vez, porque a sua alta clínica se aproximava, o seu médico pediu-lhe para ser ele a ir ao local de trabalho entregá-lo, mas confessou estar muito receoso do reencontro com os colegas. Procurei “esmiuçar” as causas deste receio e o Mário acabou por partilhar que receava os comentários dos colegas sobre a causa da sua ausência, estava com vergonha, e não sabia se os conseguiria “encarar” (sic). Percebi que, provavelmente, estava perante uma situação de auto-estigma e ao mesmo tempo de transferência, pois Mário estava a imaginar que seria alvo dos comentários preconceituosos que ele próprio tinha relativamente à doença mental.

Comecei por lhe dizer que a doença mental é uma doença crónica tal como outra qualquer e ninguém tem culpa de adoecer, que na sociedade atual a informação científica no âmbito da saúde está acessível a todas pessoas e, portanto, também os mitos e crenças ligados à área da saúde mental têm vindo a ser desconstruídos – dei como exemplo o facto das pessoas já irem a uma consulta de psiquiatria quando sentem que algo não está bem com a sua saúde mental, tal como vão a um oftalmologista quando percebem que estão a ver pior. Acrescentei ainda que a maioria das pessoas já tomou um psicofármaco em alguma altura da sua vida. Terminei dizendo-lhe que, certamente, iria ser recebido pelos colegas de trabalho da mesma forma que seria recebido um colega que tivesse estado ausente por ter tido um acidente, mas se não acontecesse assim, significaria que os colegas eram pessoas desinformadas e desatualizadas. Ele concordou: “Pois, eu é que já estou a imaginar coisas” (sic).

Para além de me possibilitar observar e avaliar a atitude da pessoa com doença mental face ao regime medicamentoso, a supervisão da toma da medicação constituía um momento de “Recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental” (OE, 2018, p. 21428) que me obrigava a mobilizar e desenvolver competências comunicacionais, bem como a sensibilidade necessária para identificar comportamentos reveladores de sofrimento.

Face ao pouco tempo disponível para estar com os jovens, a capacidade para criar oportunidades de interação revelou-se essencial para desenvolver competências comunicacionais. Assim sendo, procurei estar presente em todas as atividades que me possibilitavam estar em contato com as pessoas que frequentavam o HD. Participei com elas na construção da árvore de Natal e do presépio, momento que aproveitei para ir colocando algumas questões, de forma informal, sobre a sua vivência da quadra natalícia ou sobre recordações que guardavam de Natais anteriores. Só a Lara e o Mário falaram sobre como costumavam passar a consoada e o dia de Natal, demonstrando entusiasmo pela existência de laços familiares, que se estreitavam naquela época festiva para cumprir tradições. Decidi perguntar ao grupo se o poderia acompanhar na ida ao café a meio da manhã. Foi importante para mim terem aceitado a minha presença naquela situação informal que me possibilitava partilhar os momentos de maior espontaneidade de cada um deles. No café, libertavam-se da eventual intimidação ou avaliação sentidas nos gabinetes ou na sala de atividades de grupo e falavam abertamente sobre tudo: passatempos, dificuldade em chegar ao HD devido ao trânsito, o tempo, a pandemia que vivíamos, entre outros assuntos. A minha presença naquele momento informal foi aceite com agrado – no dia seguinte já fui convidada para ir ao café. Esta atividade constituiu uma estratégia de aproximação ao grupo que se revelou frutífera, pois rapidamente deixei de ser um elemento estranho e passei a ser alguém a quem se dirigiam sem constrangimento.

Certo dia combinei com a terapeuta ocupacional propôr ao grupo que me fizesse uma visita guiada ao exterior, dentro dos limites da instituição hospitalar, que apresenta uma extensão considerável e inclui vários pavilhões com atividades diversas, bem como uma horta biológica, entre outras coisas. A ideia foi bem recebida pelo grupo. Mário e Alexandre adotaram imediatamente a liderança na determinação do percurso, bem como na explicação da atividade de cada local por onde passávamos. Observei que Lara, Pedro e Abel demonstravam apatia e ausência – caminhavam seguindo o grupo, olhando para o chão, ficando para trás algumas vezes e encostando-se, onde podiam, em cada paragem. Lembro-me de me questionar “Como é que jovens desta idade ficam cansados com uma curta caminhada?”. Associei, então, esta postura aos efeitos da terapêutica e tomei consciência do seu sofrimento. Perguntei-lhes se queriam regressar, mas decidiram continuar – senti que lhes era indiferente regressar ou continuar.

O estágio no HD possibilitou a minha participação noutras atividades de grupo, como as sessões de relaxamento e as sessões psicoeducacionais. Nas primeiras, observava o comportamento dos jovens durante a sessão identificando, por exemplo, manifestações de ansiedade (agitação motora, suspiros) que, posteriormente, eram abordadas individualmente, numa tentativa de identificar a sua causa. Nas sessões psicoeducacionais em que participei, a enfermeira orientadora do meu estágio abordou patologias apresentadas por alguns elementos do grupo, como Esquizofrenia, Ansiedade e Transtorno Bipolar, havendo espaço para partilha de experiências individuais decorrentes da sua doença. Foi possível assistir a descrições de crises de pânico e de todo o desconforto e sofrimento que desencadeiam, bem como a relatos de momentos de heteroagressividade motivados por sintomatologia psicótica. A psicoeducação era utilizada para ensinar a pessoa com experiência de doença mental a adquirir e mobilizar estratégias adaptativas para lidar com a doença, o tratamento e a gestão das manifestações clínicas. Ser interveniente naquelas sessões contribuiu para o desenvolvimento da segunda competência do EESMP que preconiza a assistência à pessoa “ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (OE, 2018). Nestas sessões havia ainda espaço para a enfermeira dinamizadora me colocar questões sobre os temas abordados, aspeto que contribuiu bastante para a minha aprendizagem e me incentivou a uma contínua pesquisa bibliográfica.

A minha disponibilidade e aceitação demonstradas progressivamente, nestas e noutras atividades, fomentaram a construção de relações de confiança, em que surgiram desabafos espontâneos e pedidos de ajuda na resolução de situações pessoais – por exemplo, num intervalo entre atividades, Alexandre dirigiu-se a mim para pedir ajuda no preenchimento do formulário de inscrição no Instituto de Emprego e Formação Profissional. A proximidade e a confiança que fui conseguindo estabelecer com as pessoas com experiência de doença mental, tornaram as minhas intervenções, gradualmente, mais seguras, adequadas e terapêuticas. O desconforto e a insegurança sentidos nas primeiras entrevistas foram dando lugar à consciência da intenção de ajuda e à construção da relação terapêutica, possibilitando o levantamento das necessidades da pessoa em sofrimento e o desenvolvimento de um trabalho de parceria com ela. Exemplo disso foi a relação terapêutica que desenvolvi com o jovem Abel, que apresento em seguida e que contribuiu para o desenvolvimento da terceira competência do EESMP – “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida,

integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (OE, 2018).

O estudo de um caso particular

Abel, um jovem de dezanove anos, tinha sido referenciado para o HD após o primeiro internamento que ocorreu por surto psicótico desencadeado pelo consumo de canabinóides e relacionado com um acontecimento de vida de cariz afetivo/sexual. Face à associação de sintomatologia psicótica e alteração do humor, tinha como hipótese de diagnóstico clínico: Transtorno Esquizoafetivo.

O trabalho que desenvolvi com Abel teve por base uma recolha de dados exaustiva, realizada com base nas entrevistas que realizei com ele, na consulta do processo clínico e na informação obtida junto da equipa multidisciplinar.

Utilizei entrevistas semi estruturadas, com perguntas abertas, com o intuito de demonstrar disponibilidade para o ouvir e revelar interesse, aceitação e preocupação para com as suas dificuldades. Abel era pouco comunicativo e a sua atitude era pautada por manifestações de ansiedade. Nas primeiras entrevistas apenas obtive respostas curtas, mas progressivamente consegui que me falasse da sua família, dos passatempos, dos projetos de vida, do internamento e da experiência no HD. Da sua história familiar, salienta-se a dualidade na atitude dos pais face à doença e tratamento. Tinha sido a mãe que, aos primeiros sinais de alteração do seu comportamento, procurou ajuda especializada para o filho. Sempre que o acompanhava ao HD, procurava junto da equipa de saúde, conhecer a sua evolução clínica, demonstrando preocupação e ansiedade. O pai teve sempre uma atitude cética relativamente ao diagnóstico clínico, desvalorizando a necessidade da terapêutica e influenciando o filho no comportamento de não adesão.

Abel tinha sido internado quando frequentava o 12º ano de escolaridade, ficando incompleto. Tinha ambicionado ser Engenheiro Civil, mas naquele momento não tinha vontade de regressar à escola e preferia começar a trabalhar quando se sentisse melhor. Para além das atividades no HD, o seu tempo era passado em casa em frente ao computador ou a dormir.

Descreveu-me o internamento como algo que acontecera indevidamente. Segundo ele, a culpa foi da mãe “Preocupa-se demais e nem percebe que só estou a passar uma fase mais difícil” (sic). Revelava ausência de *insight* para a doença, mas

apresentava algum juízo crítico relativamente à necessidade de “tomar de vez em quando um comprimido para a ansiedade...sempre fui nervoso” (sic). Não concordava com a terapêutica que tinha prescrita.

Relativamente ao consumo de canabinóides, entendia ser “uma forma de me sentir mais relaxado e que não me faz mal...até faz bem” (sic).

O trabalho que desenvolvi com o jovem Abel tinha como objetivo contribuir para a adesão ao regime terapêutico, incidindo na importância da cessação do consumo de canabinóides e no cumprimento da medicação prescrita. Tinha consciência de que a concretização deste objetivo dependia do seu entendimento da situação e da aceitação de ajuda. Assim sendo, fui construindo com Abel uma relação terapêutica assente nos princípios da enfermagem psicodinâmica de Peplau, fomentando a sua responsabilidade e autonomia na mudança de comportamento, oferecendo-lhe disponibilidade, aceitação e interesse genuíno na parceria terapêutica.

A certa altura, as questões que utilizava nas entrevistas começaram a ser mais objetivas, no sentido de promover a sua consciencialização da doença – “O que lhe causa mais desconforto?”, “O que o impede de voltar à vida que tinha antes do internamento?” – e para conduzi-lo ao pedido de ajuda – “De que precisa neste momento?”. A relação de confiança que consegui desenvolver com Abel permitiram que, ao fim de algumas entrevistas, conseguisse verbalizar o seu desconforto com a sintomatologia ansiosa e com as manifestações psicóticas (alucinações auditivas) que o levavam ao isolamento social (recorrendo a canabinóides para o resolver).

A partir daqui tracei um plano de cuidados que incluiu psicoeducação individual e de grupo e a entrevista motivacional. Abel teve consciência da necessidade de alterar hábitos de vida (consumo de canabinóides) e da importância da terapêutica. Foi possível observar um comportamento de maior adesão durante a toma da medicação, aceitou inscrever-se num curso de informática e confessou ter cessado o consumo de canabinóides, no entanto, numa situação real, nem sempre o resultado das intervenções são coincidentes com os apresentados na literatura. É a pessoa, enquanto participante ativo, quem os determina. Apesar de ter conseguido contribuir para a alteração de alguns comportamentos, não consegui que Abel desenvolvesse *insight* para a doença. Mantinha a convicção de que estava a viver “uma fase de vida complicada” (sic) e os comportamentos de adesão ao regime terapêutico conseguidos, resultaram da sua perceção dos benefícios destes no controlo da sintomatologia e na concretização do seu projeto de vida.

Desenvolvimento do projeto de intervenção

O projeto de intervenção que concebi revelou-se adequado às necessidades das pessoas com doença mental que frequentavam o HD, pois todas elas tinham em comum o diagnóstico de “Adesão ao regime terapêutico comprometida” (ICN, 2019).

Naquele serviço era elaborado um mapa semanal contemplando as atividades a realizar pela equipa multidisciplinar, o que me exigiu um planeamento rigoroso dos momentos de intervenção e o cumprimento da duração prevista, pois todos os profissionais manifestavam vontade em participar no tratamento e reabilitação daqueles jovens.

Foi possível usufruir de uma das salas destinadas a atividades de grupo que reunia condições que proporcionavam privacidade, ausência de ruído e conforto a nível climático e de mobiliário.

Programa psicoeducacional – “Encorajar a mudança de comportamento”

Com o intuito de encorajar a mudança de comportamento da pessoa com experiência de doença mental face ao regime terapêutico, foram realizadas quatro sessões de grupo com diferentes objetivos (ANEXO II).

● Sessão n.1 – Saúde Mental

Quando iniciei o programa psicoeducacional no HD já me sentia aceite pelo grupo, por isso o facto de ser dinamizadora destas sessões não me causou qualquer desconforto.

No início da sessão, como atividade “quebra gelo”, propus que cada um de nós descrevesse o nosso estado de espírito naquele momento. Fiquei um tanto apreensiva quando todos os elementos do grupo verbalizaram manifestações de ansiedade, como “nervoso”, “impaciente”, “inquieto”. Percebi que não iria conseguir mantê-los sentados e atentos por muito mais tempo. Assim sendo, alterei imediatamente a ordem das atividades que tinha planeado realizar. Em vez de iniciar o tema com a apresentação de um curto filme “Porque não se fala de saúde mental?”, optei por pedir que se levantassem e entreguei a cada um deles uma folha de papel de cenário e marcadores. Nessa folha deveriam registar, pela escrita ou por desenho, a sua opinião sobre os aspetos que seriam abordados ao longo da sessão. Percebi que gostaram

do facto de não necessitarem de estar sentados e, como a folha era grande, alguns colocaram-na no chão, adotando a posição que lhes era mais confortável.

Com o contributo de todos fomos construindo a sessão. Como já era hábito, Alexandre e Mário foram os mais participativos, no entanto respeitaram a participação de Lara e Pedro, pautada por um pensamento lentificado e uma voz arrastada. Ao abordarmos o estigma atribuído à doença mental, Alexandre partilhou a discriminação de que foi alvo no seu grupo de amigos após a revelação do seu diagnóstico. Todos demonstraram a sua solidariedade através de palavras de apoio e confessaram já terem sido estigmatizados em algum momento da sua vida.

O filme que não foi possível apresentar no início, foi utilizado no final, como resumo das principais ideias da sessão.

- Sessão n.2 – Manifestações clínicas da doença mental (Psicose)

O grupo já tinha demonstrado interesse em abordar a sintomatologia psicótica. Assim sendo, utilizar esta sessão para lhes dar resposta e também por se tratar de um quadro clínico que todos já tinham experienciado.

A primeira sessão deu-me a perceber que para conseguir obter a atenção e participação do grupo, teria de ser muito criativa. Para tal, esta sessão incluiu um *quiz*, um jogo e a identificação de manifestações clínicas em textos, atividades a que todos aderiram com entusiasmo.

As diferentes participações mostraram-me as capacidades de cada um para além da doença, como por exemplo, quando Alexandre revelou as pesquisas que já efetuara sobre o tema e quando Abel me surpreendeu com a sua perspicácia para identificar sintomatologia psicótica durante um jogo.

Esta sessão foi ainda marcada por relatos da vivência daquela sintomatologia em situação de crise, tornando-se interessante perceber que, numa fase de estabilização, os participantes reconheciam nos exemplos apresentados situações vividas.

- Sessão n.3 – Terapia farmacológica e não farmacológica na doença mental

Esta sessão foi marcada por uma espécie de debate, promovido pelos participantes, sobre os efeitos secundários da medicação – evidenciando a sua principal razão para a não adesão à medicação. Mais uma vez, Alexandre estava bem

informado e apresentou o resultado de pesquisas que corroboravam as queixas de todos. Demonstrei sempre respeito e compreensão para com o desconforto que alguns fármacos lhes causavam, tendo o cuidado de não concordar com o seu abandono. Em vez disso, evidenciei os seus benefícios e a possibilidade de os efeitos secundários serem controlados com outra medicação.

Nesta sessão, para demonstrar uma terapia não farmacológica, convidei o grupo a participar numa atividade de arteterapia que consistia em transpor para o papel, através do desenho ou da pintura, as emoções produzidas por cada faixa musical escutada. Foi um momento de visível tranquilidade, em que apenas se ouvia a música e em que todos se conseguiram entregar à atividade. No final, foi gratificante ouvir manifestações como “esqueci-me de que estava aqui” (sic) ou “é muito bom para relaxar” (sic).

- Sessão n.4 – Adesão ao regime terapêutico

Com esta sessão pretendia ensinar o significado de regime terapêutico, que vai para além do cumprimento da medicação. Através de jogos, todos os participantes conseguiram identificar os aspetos inerentes ao regime terapêutico e Mário concluiu “De facto, está tudo interligado” (sic).

Sendo a última sessão do programa, os participantes foram convidados a recordar os vários temas abordados nas sessões anteriores e a identificar as aprendizagens mais importantes. À exceção de Lara, que estava entusiasmada com a possibilidade de ser ajudada por terapias não farmacológicas (como complemento da medicação), os restantes elementos apontaram as aprendizagens sobre as manifestações clínicas da doença mental, como as mais importantes.

Como instrumento de avaliação da participação no programa psicoeducacional, utilizei o jogo de tabuleiro que criei para o efeito. Todos os elementos do grupo participaram nesta atividade com entusiasmo pois, para além do cariz educativo, o jogo promovia o espírito competitivo e a interação entre os participantes. Após a minha explicação sobre as regras do jogo, os jovens desenvolveram esta atividade de forma autónoma. Pude observar na sua interação, que respeitavam o tempo que cada um levava para responder às questões com que se deparavam ao longo do jogo e que se entreajudavam na determinação da resposta correta.

Considero que o resultado final desta intervenção foi positivo, pela assiduidade, pela participação interessada nas atividades propostas e pela apreciação positiva que revelaram no preenchimento da ficha de avaliação, no final de cada sessão.

A dinamização das sessões psicoeducacionais possibilitou-me desenvolver competências relacionais, comunicacionais, de gestão de grupos, de planeamento e adaptação a situações inesperadas. Estas aprendizagens permitiram o desenvolvimento de intervenções terapêuticas tendo em vista conferir à pessoa com doença mental, habilidades que lhe permitam um funcionamento saudável – como evidencia o descritivo da terceira competência do EESMP (OE, 2018).

Entrevista motivacional

Como complemento do programa psicoeducacional utilizei a entrevista motivacional com Abel. Ao longo do programa as suas intervenções revelaram ausência de *insight* para com a sua doença, negando ter experienciado qualquer das manifestações clínicas apresentadas nas sessões, bem como verbalizou, várias vezes, não necessitar de psicofármacos por considerar que o seu caso era “diferente dos outros” (sic).

Foram realizadas quatro entrevistas. A não aceitação da doença impedia Abel de reconhecer a necessidade de alterar estilos de vida e cumprir a terapêutica. Não posso considerar que Abel apresentava um sentimento de ambivalência em relação à adesão ao regime, porque na realidade experienciava um sentimento de negação em relação à sua doença. Esta situação não foi fácil de trabalhar.

Percebi que não poderia exigir-lhe que aceitasse o facto de estar doente, por isso, adotei uma abordagem diferente. Resolvi explorar as suas expetativas e projetos de vida e perceber quais as principais dificuldades sentidas para os concretizar. Abel acabou por confessar que eram os comentários depreciativos a seu respeito que “ouvia” (alucinações auditivas) que o deixavam “nervoso” (sic) e o levavam a isolar-se em casa. Tinha sido por isso que abandonara os estudos e não conseguia interessar-se em continuar a estudar ou trabalhar – acreditava que era “uma fase difícil” (sic) que ia ultrapassar.

Na terceira entrevista, quando percebi que Abel se sentia mais descontraído durante a nossa conversa, questioneei-o sobre o efeito da medicação que iniciara havia um mês (altura em que foi admitido no HD) relativamente à sintomatologia que me

descrevera. Hesitante, acabou por reconhecer que ultimamente se sentia mais tranquilo e já saía de casa, mas que passara a sentir-se sonolento e com o pensamento lentificado “Eu sou muito social. Aqui estou assim calado e com sono por causa da medicação que me dão” (sic). Foi importante Abel ter reconhecido o efeito da terapêutica no controlo da sintomatologia e a partir daí procurei enfatizar a importância desse facto na sua qualidade de vida e na concretização dos seus projetos.

Na toma assistida, observei que Abel deixou de tentar esconder a medicação para não tomá-la. Certo dia pediu-me se poderia reduzir para metade determinado comprimido. Chamei o Psiquiatra que o acompanhava e a partir daí iniciou um processo de ajuste da posologia. Numa toma assistida, Abel verbalizou sentir-se menos sonolento e que já se sentia capaz para frequentar o curso de informática, proposta que anteriormente recusara.

2.3. Contexto de Internamento

O segundo momento de estágio decorreu num Serviço de Internamento (de pessoas em situação de agudização da doença) de uma instituição hospitalar psiquiátrica da região de Lisboa. Situado no rés-do-chão de um edifício de dois pisos, este serviço apresenta, a nível arquitetónico, a forma de um “T”. Na zona vertical encontram-se: a copa, a rouparia, a sala de sujos, o gabinete da enfermeira chefe, o gabinete da médica coordenadora, a sala de tratamentos, uma sala de reuniões e as instalações sanitárias dos profissionais. Na zona central horizontal estão localizados dois gabinetes médicos e o gabinete do administrativo. Nas extremidades da zona horizontal situam-se as alas de internamento, de um lado a masculina e do outro a feminina. Cada ala tem dois quartos com seis camas, um quarto com três camas e três “quartos individuais de isolamento”. A intercalar os vários quartos, ao longo de um corredor, encontram-se as instalações sanitárias para as pessoas ali internadas. Cada uma destas alas tem um espaço com mesas e cadeiras que funciona como refeitório e sala de convívio. Existe uma televisão apenas na sala da ala feminina. Trata-se de um serviço misto, onde homens e mulheres circulam livremente e partilham os espaços comuns. Apenas as refeições são feitas separadamente.

O edifício é antigo e o serviço em causa encontra-se em muito mau estado de conservação: as paredes e tetos revelam infiltrações e exigem nova pintura, o soalho está gasto e tem zonas irregulares e o pouco mobiliário é velho e desconfortável. Os quartos estão mobilados, unicamente, com camas e mesas de cabeceira em metal, sem a presença de qualquer objeto pessoal e todas as janelas estão fechadas à chave e protegidas por um gradeamento. Observei que uma praga de melgas “decorava” as paredes dos quartos da ala feminina, justificando a aplicação de repelente, antes do deitar, a todas as senhoras internadas que, mesmo assim, apresentavam erupções cutâneas sobretudo no rosto.

A equipa multidisciplinar era constituída por psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos. Os enfermeiros tinham um horário laboral dividido em dois turnos, o da manhã (das 8h às 15h30) e do da tarde/noite (das 15h às 8h do dia seguinte). Os médicos e as assistentes sociais estavam afetos a outros serviços para além daquele, tornando-se difícil para as pessoas internadas conseguirem comunicar com eles. Não consegui identificar a presença de psicólogos no serviço durante o período de estágio, não existia terapia ocupacional, nem eram realizadas reuniões de equipa. A comunicação entre os diferentes profissionais ocorria, entre os enfermeiros, no momento da passagem de turno e, pontualmente, entre médicos e enfermeiros, quando sentiam necessidade de partilhar alguma informação sobre determinada pessoa internada.

O internamento naquele serviço tem o propósito de reverter uma fase de agudização da doença, sendo a duração média de três semanas. A referenciação da pessoa em crise é feita pelo serviço de urgência psiquiátrica do hospital ou pela consulta de psiquiatria daquela instituição.

No contexto pandémico por Covid-19 a pessoa permanecia dez dias num outro serviço a cumprir o protocolo de isolamento antes de chegar ali. Na admissão, o vestuário e todos os bens pessoais eram colocados em sacos de plástico e entregues ao administrativo do serviço. Nessa altura era fornecida, à pessoa, a informação básica sobre o funcionamento do serviço: o horário das refeições, a possibilidade de receber telefonemas da família no período das 17h às 18h30, o regime de visitas consistir em comunicar com o visitante através de uma janela (com agendamento prévio), a proibição de fumar e de sair para o exterior (incluindo varandas) e a inexistência de máquinas de fornecimento de café e bebidas similares.

Naquele serviço, a medicação era o único instrumento terapêutico que, só por si, não melhora a situação. Eram prestados cuidados de higiene (quando necessário) e avaliados os parâmetros vitais (uma vez/dia). Para além destas, não eram desenvolvidas outras atividades com as pessoas internadas.

Num serviço de internamento em que a pessoa com experiência de doença mental se encontra numa fase de instabilidade por agudização da sua patologia, o ambiente em que está inserida reveste-se de especial importância, uma vez que influencia o seu processo de reequilíbrio. A pessoa é influenciada pelo meio que a rodeia. Numa situação em que se encontra em sofrimento, torna-se essencial inseri-la num ambiente que lhe proporcione segurança, aceitação e respeito pelas suas dificuldades. Neste sentido, deverá ser-lhe proporcionado um ambiente terapêutico, estruturado, equilibrado, em que seja observada, acompanhada e orientada, para melhorar o seu funcionamento individual (Kyes & Hofling, 1985). Naquele contexto não era proporcionado à pessoa em sofrimento, um ambiente terapêutico.

As memórias desse período devolvem-me imagens de um serviço em que a pessoa em sofrimento passava os dias a deambular pelos corredores ou deitada na sua cama. Sem ser apresentada ao restante grupo e sem momentos de interação que lhe possibilitassem conhecê-lo, era por vezes perceptível o desconforto sentido ao sentar-se à mesa com desconhecidos na hora das refeições. A proibição de fumar era sentida pela maioria como um fator gerador de stress, passível de dar origem à instalação ou agravamento de sintomatologia ansiosa, situação que a inatividade e “reclusão” impostas pela permanência naquele local agravava.

2.3.1. Desenvolvimento de competências em ESMP

Integração

Logo nos primeiros dias, pedi para participar em todas as atividades próprias de cada turno, para facilitar a minha integração no serviço e para me aproximar das pessoas internadas, contudo, as atividades de enfermagem consistiam em conferir a medicação fornecida pela farmácia do hospital, efetuar registos de enfermagem, prestar cuidados de higiene pontualmente, avaliar os parâmetros vitais uma vez por dia e administrar terapêutica às refeições. A equipa de enfermagem permanecia a

maior parte do tempo no seu gabinete. Percebi que teria de arranjar estratégias para chegar às pessoas internadas, ponto de partida para desenvolver relações de confiança – tinha de o conseguir sozinha.

Apesar de já ter realizado o estágio no HD e ter trazido daí algumas aprendizagens e experiência, os primeiros dias neste serviço foram difíceis. Por um lado, receava não conseguir atingir os objetivos do meu projeto de estágio num local que não entendia como terapêutico e por outro, não conseguia desenvolver um sentimento de pertença a um serviço em que observava práticas com as quais não concordo e que considerava já inexistentes. Refiro-me à contenção mecânica de grande parte dos internados, durante a noite, com recurso a cintos fechados a cadeado, com a pessoa colocada em decúbito dorsal (sem a preocupação de elevar a cabeceira, visto terem acabado de jantar) e em que as lágrimas e as súplicas para não ficar contida, eram ignoradas, mostrando-me que a crueldade e a falta de humanismo nos cuidados à pessoa com experiência de doença mental, ainda existem. Assisti também à colocação de pessoas nos chamados “quartos de isolamento” com a justificação de que o seu choro estaria a incomodar os demais – situações muito exigentes na gestão de emoções que contribuíram para o desenvolvimento do “conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2018, p. 21428).

Este era o contexto em que deveria adquirir e desenvolver competências do EESMP. Assim sendo, tornou-se imperativo criar estratégias para extrair daquela experiência as aprendizagens possíveis e utilizar os constrangimentos para desenvolver habilidades adaptativas.

Construção de relações de confiança

Contrastando com a realidade vivida no HD em que a limitação do número de pessoas com experiência de doença mental e do tempo de contato com as mesmas eram limitados, naquele serviço havia a possibilidade de permanência com as cerca de vinte e oito pessoas internadas, durante todo o turno.

Não existindo atividades terapêuticas implementadas, tive de criar momentos de contato com aquelas pessoas. Não foi fácil. Exigiu-me abordá-las nos seus “refúgios”, onde se encontravam fechadas sobre si próprias – deitadas na cama, a

dormitar numa cadeira ou a deambular sem propósito num serviço em que a noção de tempo lhes era dada pela chamada para as refeições.

Esta situação revelou-se inicialmente intimidante, tendo em conta que estas pessoas se encontravam numa fase de agudização da sua doença, apresentando comportamentos difíceis de gerir por alguém com pouca experiência em saúde mental, como por exemplo, delírios místicos protagonizados por um jovem que se considerava um Deus e cujo discurso, em jeito de grito, se tornava assustador. Tive consciência de que era urgente desenvolver a capacidade de iniciativa e superar o receio de que não aderissem às atividades que lhes sugerisse.

Certo dia, iniciei uma conversa informal, com um grupo de quatro pessoas, oportunidade que me permitiu auscultar o seu interesse em participar em atividades de grupo. Ao longo da conversa, mais elementos se foram aproximando, acabando por se formar um círculo de oito cadeiras à volta da sala. Percebi que havia aceitação da parte de todos em participar em atividades, pois a inércia foi referida, de forma unânime, como uma dificuldade acrescida ao confinamento imposto naquele serviço. Pedi, então, o contributo daquelas pessoas para enumerarem atividades do seu agrado, valorizando todas as sugestões. Em pouco tempo foram apresentadas várias formas de ocupação do tempo. A saída ao exterior para pequenos passeios ou, pelo menos, a permanência nas varandas, foram as sugestões mais mencionadas, evidenciando a sua necessidade de usufruir de períodos ao ar livre. Senti que aquele momento em grupo foi essencial para que aquelas pessoas me vissem como alguém que se sentou ao seu lado, disponível para ouvir com respeito as suas queixas, sugestões e opiniões – exemplo de como a escuta ativa é uma importante estratégia no acesso ao outro. Aquela reunião informal demonstrou-me que, mesmo em situação de crise, é importante para a pessoa o sentimento de comunidade, de pertença, de parte de um todo.

As sugestões recolhidas foram transmitidas à equipa de enfermagem, tendo sido enfatizada a necessidade de momentos ao ar livre manifestada pelas pessoas internadas. Em resposta foi apresentada uma série de argumentos, nomeadamente, o risco de fuga, para tal prática não ser viável, contudo, não pensei desistir de satisfazer aquele desejo do grupo.

Ultrapassada a dificuldade das primeiras abordagens à pessoa em fase aguda da sua patologia, era tempo de colocar à prova as minhas capacidades de iniciativa e criatividade para promover momentos de partilha com ela. O constrangimento,

inicialmente sentido, pela inexistência de atividades programadas com as pessoas internadas, acabou por se revelar um aspeto facilitador, pois podia permanecer junto delas durante todo o turno e ocupar o tempo sem restrições.

Comecei por desenvolver momentos lúdicos através de jogos de grupo (loto, monopólio, malha) que foram recebidos com agrado e que, aos poucos, foram sendo intercalados com pequenos debates com temas escolhidos pelo grupo, como por exemplo: “A minha maior conquista”, “Quem sou eu” ou “O meu sonho é...” e jogos de estimulação cognitiva com perguntas sobre provérbios, canções populares, gastronomia, entre outras temáticas. Nestes debates as pessoas sentiam-se ouvidas com interesse e era-lhes dado espaço para falar sobre si, como “pessoa” e não como “pessoa doente” – constituindo atividades promotoras de auto-estima e auto-valorização. Tratavam-se de momentos em que era dada a oportunidade para o grupo se conhecer nas suas particularidades individuais, quebrando o sentimento de serem apenas “um grupo de pessoas doentes”. A certa altura constatei que as pessoas já se dirigiam umas às outras pelo nome. Já não se referiam uns aos outros como “O senhor que almoça ao meu lado” (sic) ou “A jovem que usa uma trança” (sic). Já não se sentavam à mesa apenas para as refeições – consegui criar momentos em que em cada mesa havia uma atividade a decorrer: pintura, desenho, jogo de cartas, exigindo-me o desenvolvimento de habilidades de gestão de pessoas e atividades.

Para além de contrariar a inércia, de que as pessoas internadas se haviam queixado, estes momentos também serviam para promover a interação social – aspeto importante na vida de qualquer pessoa, mas sobretudo em contexto de saúde mental, na medida em que é na relação com os outros que nos construímos (Chalifour, 2008) e tomamos consciência das nossas potencialidades e fragilidades. Foi a observação desta interação grupal que me permitiu identificar capacidades, para além da doença, em cada uma das pessoas internadas, como por exemplo, os conhecimentos musicais de Jorge ou as aptidões culinárias de Lurdes – contribuindo para o desenvolvimento da segunda competência do EESMP. Por vezes surgiam questões e narrativas descontextualizadas, que procurava gerir solicitando a compreensão e respeito do grupo, que consegui sempre obter.

A promoção destas atividades fez com que a minha chegada ao serviço passasse a ser aguardada com entusiasmo pelas pessoas internadas, questionando-me “O que vamos fazer hoje?” (sic). Foi com muita emoção que, certo dia, quando caminhava no exterior em direção à porta do serviço, fui surpreendida por um grupo

que, no interior, batia no vidro da janela de uma das salas de convívio, chamando por mim.

Foram estes momentos diários de partilha que conferiram confiança às relações estabelecidas com as pessoas internadas. De forma espontânea, comecei a ser abordada com as mais variadas solicitações, desde a compra de revistas, ao pedido de aconselhamento sobre o regresso à vida profissional no pós-alta. A minha disponibilidade e o meu interesse genuíno, demonstrados de forma contínua, a cada uma das pessoas, possibilitaram a construção da relação terapêutica com algumas delas. Desta forma tive a oportunidade de lidar com comportamentos e discursos psicóticos: “Estão à espera que regresse ao meu país para ser o presidente!” (sic), “Tive de vir para aqui porque os meus vizinhos montaram uma rede de escutas lá em casa” (sic). Permitiu-me assistir a longas “conversas” solitárias e à convicção de uma gravidez aos 67 anos, entre outros tantos exemplos. Tive sempre a preocupação de respeitar os argumentos apresentados por estas pessoas para evitar conflitos ou sentimentos de desvalorização ou incompreensão. Estas situações exigiram-me o desenvolvimento de “aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento” (OE, 2018).

Estudo de um caso particular

Laura era uma puérpera de 31 anos a quem fora diagnosticada Psicose pós-parto ou Psicose Puerperal. Já tinha estado internada naquele serviço durante três semanas, na sequência de um surto psicótico ao quinto dia de puerpério e encontrava-se novamente internada, doze dias após a alta, por abandono da medicação – queria amamentar o filho e tinha receio do efeito dos psicofármacos na saúde do recém-nascido.

Ao consultar o processo clínico de Laura tomei conhecimento de que no pós-parto tinha iniciado um quadro psicótico com ideação persecutória de ciúme em relação ao companheiro, marcado por alucinações auditivas, situação que esteve na origem do primeiro internamento. Na altura da alta apresentava franca regressão da sintomatologia psicótica, comprometendo-se a cumprir o esquema terapêutico instituído. Segundo o companheiro, quatro dias após a alta retomou a sintomatologia psicótica com delírios persecutórios que passaram a ter cariz místico (bruxaria) e de

envenenamento. Nessa altura foi observada em consulta de Psiquiatria onde confessou ter deixado de tomar a medicação, que escondia, no pós-alta. Na sequência da proposta de internamento, que recusou, comprometeu-se a cumprir um esquema terapêutico sob a supervisão do companheiro. Avaliada uma semana depois em consulta, mantinha sintomatologia psicótica com ideação delirante persecutória mística e de envenenamento com forte dinamismo, agitação psicomotora, desorganização comportamental, labilidade emocional e ausência de *insight*. O clínico considerou que tais manifestações psicopatológicas não seriam adequadamente tratadas em ambulatório, tendo sugerido o internamento.

Na observação efetuada na admissão, Laura referiu pesadelos, manifestou ideação persecutória (alguém lhe entrara em casa para lhe roubar o bebé) e mística (a tia havia-lhe feito “mau olhado” (sic)), inquietação e comportamento desorganizado. O companheiro acrescentou que Laura vinha a apresentar insónia marcada, com necessidade de múltiplas verificações, durante a noite, do correto encerramento da porta de casa (com receio de que alguém entrasse), bem como das torneiras do gás.

No processo clínico constava ainda que os pais não aceitavam a sua situação de doença, considerando a sintomatologia psicótica como parte da experiência de ser mãe pela primeira vez. Foi o companheiro quem procurou ajuda especializada, sendo o contato de referência com a equipa de saúde ao longo dos internamentos. Havia indicação médica para não ser permitido o contato de Laura com os pais, considerando este distanciamento como essencial para a estabilização da puérpera uma vez que exerciam uma influência negativa na aceitação da sua doença e na adesão ao regime terapêutico.

Conheci Laura no seu terceiro dia de internamento. Tinha sido colocada num quarto de isolamento por se encontrar a experienciar um quadro psicótico com significativo impacto comportamental. Recordo que quando entrei no quarto fiquei apreensiva com o seu comportamento e decidi deixar a porta entreaberta. Laura encontrava-se bastante inquieta, com atenção captável, mas não mantida, pouco colaborante, tornando-se praticamente impossível mantê-la sentada por mais que alguns segundos. O seu discurso, difícil de acompanhar (fuga de ideias), revelava sintomatologia psicótica positiva que incluía: alucinações visuais “Já viu o veneno a escorrer por estas paredes?...foi o que me deram as bruxas” (sic), auditivas “Chiu....estão a falar de mim” (sic) e sinestésicas “Tenho os pés todos queimados” (sic) (e tirava as meias), pensamento delirante com ideação persecutória de

envenenamento (em relação a si e ao seu filho recém-nascido) e mística, ajoelhando-se e benzendo-se frequentemente e delírio de auto-referência “respondendo” ao que ouvia na televisão que estava na sala ao lado. Apresentava humor ansioso com manifestações de angústia “Tem a certeza de que os meus pais estão bem?” (sic) e labilidade emocional manifestada por choro fácil. Dirigia-se a mim com falsos reconhecimentos, ora como a sua irmã Sara, ora como a sua tia Júlia.

Este comportamento durou vários dias. Nesse período a minha intervenção consistiu na presença e no respeito pelo seu sofrimento – limitava-me a “estar” junto dela, muitas vezes sem conseguir estabelecer um diálogo, apenas com o objetivo de conferir alguma humanidade ao ambiente em que estava confinada e, pouco a pouco, conseguir “ajudar a pessoa a encontrar um estado normal de calma e de funcionamento” (Phaneuf, 2005, p. 312), nomeadamente, a sentir que não estava só, que tinha alguém com vontade de a ajudar e que se encontrava ali para a escutar e compreender. Por vezes, sentava-me à sua frente, pedia que olhasse para mim e, num tom de voz baixo e com um discurso calmo, fazia-lhe perguntas simples na tentativa de desenvolver um diálogo sobre algo que lhe agradasse. Consegui que construísse frases sobre a sua infância, a família, a vida académica, mas que eram sempre interrompidas por fragmentos de discursos dirigidos a estímulos psicóticos. Nesses momentos tentava “trazê-la de volta à nossa conversa”, por vezes, com recurso a indicações firmes como “Olhe para mim!”, “Não, não sou a sua tia, sou a enfermeira Ana!” ou “Sente-se!”.

Segundo Phaneuf (2005), muitas vezes a organização dos cuidados obriga-nos a atribuir mais importância e a despendar mais tempo com o tratamento e o trabalho organizacional do que com a pessoa cuidada, contudo, o meu papel de estudante, possibilitou-me estar física, intelectual e afetivamente disponível para Laura, tornando primordial a relação estabelecida, considerada pela autora “uma dimensão *sine qua non* da qualidade dos cuidados” (p. 13). O sorriso que Laura me dirigia quando entrava no quarto e as constantes palavras de agradecimento, mesmo que revestidas de ideação mística alusiva a milagres, revelavam a sensação reconfortante que era para si a minha presença – a situação de doença é, sobretudo, uma experiência humana e a presença do enfermeiro pode influenciar positivamente a vivência dessa experiência.

Quando a evolução clínica de Laura o permitiu, comecei a realizar entrevistas semi-estruturadas com o objetivo de lhe proporcionar uma escuta interessada, com

profundo respeito pelas suas preocupações e receios que, naquele momento, se prendiam com o seu papel de mãe e de esposa e com a sua vida profissional. O meu intuito era mostrar-lhe o meu interesse genuíno pelos seus problemas e ajudá-la a encontrar em si mesma, estratégias e habilidades para os ultrapassar. Num desses momentos de partilha, identifiquei um sentimento de baixa auto-estima que consegui perceber no seu discurso “Nunca fui bonita...nem o meu companheiro me diz que sou bonita” (sic). A sua baixa auto-estima tornou-se, então, num foco de atenção que me levou a desenvolver atividades para melhoria da sua imagem corporal (manicure e cuidados ao cabelo). Aliados a estas atividades, proporcionei-lhe momentos de reforço positivo em que lhe dirigia elogios para que se habituasse a ser elogiada, algo que confessou não estar acostumada.

Mais tarde, Laura conseguiu participar nas sessões psicoeducacionais de grupo, iniciando o processo de aceitação da sua doença, que foi consolidado, posteriormente, com a entrevista motivacional, como descreverei mais adiante.

A relação terapêutica que consegui desenvolver com Laura, revelou-se o contexto ideal para a partilha de dificuldades, recursos, crenças, sentimentos e expectativas, possibilitando-me a recolha e análise de dados sobre a sua situação, a determinação de diagnósticos, o planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados, bem como a promoção da sua funcionalidade e qualidade de vida (OE, 2018).

Vivi esta parceria terapêutica de forma intensa, respeitando e compreendendo Laura em todas as suas dimensões, muito para além da sua condição de pessoa internada num serviço de psiquiatria. Tal como a reconfortei emocionalmente quando chorava com saudades do filho, também lhe cortei o cabelo e lhe proporcionei amaciador para que se conseguisse pentear – o meu objetivo foi sempre promover o seu bem estar em todas as suas dimensões.

Desenvolvimento do projeto de intervenção

Adesão ao regime terapêutico comprometida (ICN, 2019) – era o diagnóstico comum a todas as pessoas internadas e que estava na origem do seu (re)internamento. Assim sendo, a implementação do meu projeto de intervenção revelou-se adequada às necessidades daquele contexto. A inexistência de atividades no serviço possibilitou-me desenvolvê-lo com dois grupos, em momentos distintos: a intervenção com o primeiro grupo teve início na quarta semana de estágio, já com o segundo grupo, iniciei a intervenção na minha sétima semana de permanência no serviço.

Programa psicoeducacional – “Encorajar a mudança de comportamento”

Para encorajar a mudança de comportamento das pessoas internadas naquele serviço, face ao regime terapêutico, foram realizadas quatro sessões, com diferentes objetivos (ANEXO II), com cada um dos grupos.

1º grupo: constituído por seis pessoas muito participativas, comunicativas, efusivas – a gestão das intervenções foi um desafio exigente para mim.

.

● Sessão n.1 – Saúde Mental

Nesta primeira sessão, com o primeiro grupo, a principal dificuldade foi limitar a participação aos elementos previamente selecionados para esta atividade – muitas mais pessoas queriam participar e mesmo explicando-lhes que teriam oportunidade de o fazer mais tarde, insistiam em permanecer no espaço. Acabaram por ficar algumas com o pretexto “Fico só a assistir” (sic). Foi-me impossível impedir a sua presença, pois o espaço utilizado para esta intervenção era um local de passagem (como explicarei adiante).

O entusiasmo de todos os participantes tornou esta sessão num debate, em que todos deram bastantes contributos, quer sobre os fatores que condicionam a saúde mental – “problemas familiares” (sic), “stress” (sic), “desemprego” (sic) – quer sobre fatores promotores da saúde mental – “a prática de exercício” (sic), “o repouso” (sic), “o ambiente familiar” (sic), “a solidariedade” (sic) e “a estabilidade emocional” (sic). Os exemplos eram complementados com descrições de vivências pessoais,

tornando riquíssimas as suas intervenções para o conhecimento da pessoa com experiência de doença mental.

Sessão n. 2 – Manifestações clínicas da doença mental: Psicose

Esta sessão foi dinamizada com dois *quizzes* e dois jogos, tornando ainda mais difícil gerir o comportamento de grupo, pois estas atividades despertam o sentimento de competição. Decidi estabelecer uma ordem pela qual iriam participando os vários elementos e consegui que esta fosse respeitada. Foi interessante observar que durante a minha exposição, algumas pessoas escreviam notas para conseguirem responder acertadamente no jogo ou *quiz* que se seguia.

À semelhança do que aconteceu com os jovens do HD, também ali as pessoas reconheciam as manifestações da doença em vivências pessoais e relatavam-nas com especificações sobre o que sentiram na altura ou a atitude dos familiares face a tal comportamento. Sílvia descreveu um quadro de alucinações visuais em que via as paredes de sua casa constantemente sujas de veneno (que umas empregadas de limpeza lá teriam deixado) e passava os dias a esfregar as paredes, tendo ficado com as mãos feridas. Nessa altura os pais retiraram-na da sua casa e levaram-na para viver com eles.

Sessão n. 3 – Terapia farmacológica e não farmacológica na doença mental

A introdução do tema desta sessão suscitou bastante curiosidade, pois a quase totalidade dos participantes desconhecia a existência de terapias não farmacológicas no tratamento da doença mental.

Nesta sessão não consegui evitar a presença de Paulo no grupo devido à sua insistente vontade em participar. Admitido no dia anterior, encontrava-se numa fase de marcada atividade psicótica e assim que falei em terapia farmacológica iniciou um discurso delirante “Faço parte de um grupo de cientistas que vai colocar um chip no cérebro das pessoas que substitui qualquer medicação” (sic), justificando não haver razão para eu estar a falar de terapêutica farmacológica. Fiquei apreensiva com este discurso, mas consegui prosseguir com a sessão graças à atitude do restante grupo que, numa fase de maior estabilidade, desvalorizava os seus comentários sem o contrariar.

A proposta de uma atividade de arteterapia foi recebida com agrado pelo grupo. Todos se empenharam em passar para o papel as emoções que as faixas musicais

lhes despertavam, expressando sorrisos ou trauteando as músicas. Paulo foi o único que não conseguiu expressar qualquer emoção através do desenho e pintura, acabando por sair antes da atividade terminar. No fim daquele momento de tranquilidade alguns elementos partilharam “senti-me muito leve” (sic), “fiquei com o cérebro mais leve” (sic), “senti-me como quando era criança...leve” (sic).

Sessão n. 4 – Adesão ao regime terapêutico

Consegui que esta sessão decorresse numa varanda. Estava um dia de sol e, enquanto eu e a enfermeira orientadora procurámos ficar à sombra, todos quiseram estar expostos aos raios solares “é tão bom sentir o calor do sol” (sic). Fiquei feliz por conseguir proporcionar ao grupo algo que me tinham pedido tanto – estar no exterior.

Esta sessão funcionou como uma síntese das anteriores. Foi um momento muito enriquecedor, pois todas as participações demonstram a evolução do grupo em termos de conhecimentos sobre manifestações clínicas, de tomada de consciência da doença e da importância do comportamento de adesão. Como conclusão, pedi a cada elemento que nomeasse as principais aprendizagens ou os aspetos que tinham sido mais significativos para si – “não achava que tinha uma doença, mas quando falou nos sintomas...é que percebi” (sic), “acho que vou continuar a tomar a medicação para ter uma vida normal” (sic), “dei-me conta que na minha família há mais pessoas que também têm problemas psiquiátricos, mas dão-lhe outros nomes...ninguém fala em doença mental” (sic), “aprendi o que fazer para não me esquecer de tomar a medicação” (sic).

No final do programa psicoeducacional, os participantes foram convidados a jogar o jogo – “Adesão ao regime terapêutico” – que, para além de instrumento de avaliação, promovia o espírito competitivo e a interação entre os participantes e servia ainda para relembrar os conteúdos abordados nas diferentes sessões. As respostas corretas dos jogadores, na grande maioria das jogadas, revelaram o contributo positivo do programa psicoeducacional na promoção da adesão ao regime terapêutico da pessoa com experiência de doença mental. O carácter terapêutico do jogo contribuiu ainda para a tomada de consciência da doença – “No fundo, o Ricky somos todos nós...” (sic).

As fichas de avaliação preenchidas pelos participantes no final de cada sessão revelaram o seu agrado com os temas abordados, a metodologia utilizada e o tempo das mesmas.

Não ter conseguido proporcionar um *setting* terapêutico para o desenvolvimento desta atividade psicoeducacional, foi o maior constrangimento sentido. Naquele serviço o único espaço disponível para a realização de qualquer atividade de grupo era uma das salas de refeições/convívio localizada no local de acesso aos quartos. A passagem de profissionais e pessoas internadas pelo espaço, no decorrer das atividades terapêuticas, constituiu um fator de distração e de limitação da privacidade, dificultando a captação da atenção dos elementos do grupo e condicionando uma participação que se pretendia espontânea e sem receio de avaliações ou julgamentos por parte de “estranhos” à atividade. Houve situações em que médicos ou assistentes sociais, ignorando a sessão em curso, pediam a determinada pessoa que o acompanhasse. Noutras alturas, a auxiliar de ação médica insistia em distribuir iogurtes aos participantes na atividade, mesmo perante a sua recusa. Estas situações obrigaram a muitos momentos de pausa nas sessões, exigindo-me um esforço adicional para não perder o fio condutor da mensagem a transmitir, para conseguir captar, mais uma vez, a atenção do grupo ou para ajudar a pessoa a dar continuidade à sua participação.

2º grupo: constituído por quatro pessoas introvertidas e pouco comunicativas.

Decidi realizar as sessões psicoeducacionais, com este grupo, num ambiente mais intimista, sentando-me com os quatro participantes em volta de uma mesa, desenvolvendo os diferentes temas em estilo de conversa. Considerei esta estratégia de proximidade como facilitadora da participação e aprendizagem de pessoas menos comunicativas e, de facto, resultou. Sem se sentirem demasiado expostos, como aconteceria se estivessem dispersos numa sala, todos os elementos participaram na construção das sessões e partilharam vivências pessoais que se traduziram em aprendizagens para mim – os objetivos da intervenção foram cumpridos.

O desenvolvimento do programa psicoeducacional com grupos de pessoas com diferentes características, possibilitou-me treinar “capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar” (OE, 2018) – essenciais no tratamento, recuperação e manutenção da saúde mental.

A Entrevista Motivacional

As pessoas com quem utilizei a entrevista motivacional no Serviço de Internamento revelaram diferentes aspetos promotores da sua motivação. Vou apresentar, como exemplos, João, de 73 anos, que temia ser institucionalizado pela família se não desenvolvesse competências para o correto cumprimento da medicação e Laura (apresentada no estudo de caso), que pretendia acompanhar o crescimento do seu filho recém-nascido. Em cada caso, a motivação para a adoção do comportamento de adesão foi trabalhada tendo em conta os seus interesses e expetativas.

A abordagem inicial consistiu sempre numa entrevista construída com perguntas abertas, pautada pela escuta reflexiva. O propósito era dar espaço à pessoa para se manifestar sobre a tomada de consciência acerca da doença e das implicações da adesão ao regime terapêutico no curso da mesma, sobre os argumentos que suportavam a sua ambivalência, os seus projetos pessoais e os seus recursos para uma eventual mudança de comportamento. Nesta fase a ausência de *insight* foi um fator comum. Enquanto João justificava “Estou aqui porque a minha filha acha que estou doente” (sic), Laura argumentava “Não preciso de medicação...preciso é de estar com o meu filho” (sic).

A participação de ambos no programa psicoeducacional facilitou a abordagem à adesão ao regime terapêutico nas entrevistas motivacionais, uma vez que já tinham informação sobre a mesma e os seus efeitos na evolução da doença e no controlo da sintomatologia. Na segunda sessão psicoeducacional, João reconheceu ter experienciado algumas das manifestações da doença mental apresentadas, iniciando o processo de tomada de consciência da sua doença. Quando iniciou a entrevista motivacional já tinha algum *insight* para a doença. O seu sentimento de ambivalência prendia-se com o receio de assumir um compromisso que receava não conseguir cumprir – “Sinto-me bem, acho que não preciso de medicação e então esqueço-me de tomar” (sic).

Ajudei João a refletir sobre os prós e contras do comportamento de adesão através de questões do tipo: “O que o afeta mais, estar constantemente internado ou cumprir um regime terapêutico continuamente?”, “Prefere continuar na sua casa a tomar a medicação corretamente ou quer ser colocado num lar para que alguém lhe dê a medicação?”. João queria continuar na sua casa, mas tinha dúvidas quanto às

suas capacidades para assumir o compromisso de mudança. A ajuda que lhe proporcionei consistiu em dizer-lhe de que não estava sozinho naquele processo e que teria sempre a equipa de saúde como sua parceira na resolução de eventuais obstáculos que surgissem e na mobilização de estratégias facilitadoras do novo comportamento.

Aos poucos João foi mudando o seu discurso e, várias vezes durante o dia, chamava-me para dizer que já tinha decidido que iria continuar na sua casa a tomar a medicação “Mas preciso que ensine uns truques para não me esquecer e não me baralhar com a medicação” (sic). A partir daí desenvolvemos um trabalho conjunto para consolidação das estratégias aprendidas no programa psicoeducacional: dei-lhe uma caixa de preparação semanal da medicação, ensinei-o a preenchê-la (com feijões pintados de várias cores, de acordo com a hora da toma) e repetimos esta atividade várias vezes até já não ter dúvidas. João partilhava, com todos, o seu entusiasmo por ter adquirido uma estratégia para cumprir a medicação sem a ajuda de terceiros. A manutenção do comportamento não me foi possível observar no período de estágio, pois viria a ocorrer quando ele regressasse a casa.

Com Laura o caminho foi mais difícil. O seu sentimento de ambivalência assentava num argumento com grande significado para si – amamentar o filho. Laura fora criada numa família conservadora para quem a amamentação é um dever da mulher no seu papel de mãe. Além disso, tinham-lhe incutido algumas crenças como, por exemplo, que o crescimento da criança seria prejudicado e que teria um défice cognitivo, caso não fosse amamentada com leite materno. Procurei desmistificar alguns destes conceitos utilizando-me como exemplo, uma vez que a minha mãe não me pode amamentar devido a uma diabetes gestacional insulinotratada. Respeitei sempre a importância dada por Laura à amamentação, no entanto, procurei que tivesse em conta que o facto de ter amamentado o filho durante uma semana a conduziu a um afastamento que já durava dois meses.

Todas as entrevistas realizadas com Laura tiveram uma enorme carga emocional. Aquela jovem mãe chorava com saudades do filho, pelo sentimento de culpa que sentia por não estar com ele, pela ambivalência sentida entre tomar a medicação ou amamentar, pelo peso das crenças familiares, pelo receio da reprovação da sua mãe (que nem aceitava a sua doença). Vivi fenómenos de identificação, como mulher, como mãe e como profissional - estive sempre solidária

com o seu sofrimento e consolei-a com palavras de alento que, por vezes, tive dificuldade em encontrar.

Numa das entrevistas, em que falávamos da importância do estabelecimento da relação de apego mãe-filho, Laura teve consciência de que o mais importante seria a sua presença junto do filho mesmo sem o amamentar e cumprindo a medicação. Enalteci a sua tomada de consciência e procurei tranquilizá-la, dizendo-lhe que o vínculo entre mãe e filho proporcionado pela amamentação materna poderá ser conseguido com a administração do biberon com a criança colocada junto ao peito da mãe, para conferir a proximidade semelhante à da amamentação.

O trabalho desenvolvido com Laura, enquanto pessoa com doença mental e mãe, foi uma experiência riquíssima para a compreensão dos dilemas reais que se afiguram às pessoas com patologia psiquiátrica. A sua situação, em particular, não se encontra descrita na literatura consultada, constituindo mais uma condicionante da adesão ao regime terapêutico no contexto da doença mental, a acrescentar às tantas já identificadas. Laura teve de lidar com as suas crenças, as tradições do ambiente em que está inserida e a influência familiar, na tomada de decisão de não amamentar o filho recém-nascido em prol da sua saúde mental. Sentindo-se capacitada para gerir a sua doença com autonomia e responsabilidade, Laura assumiu o compromisso da mudança de comportamento. Tomada a decisão, verbalizou sentir-se “aliviada” (sic), repetindo diariamente a sua determinação em cumprir a medicação prescrita no pós-alta, enumerando as estratégias adquiridas para o efeito.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença mental é uma dura realidade, causadora de enorme sofrimento para a pessoa, pela morbidade, pelo estigma associado e também pelas características e exigência do tratamento. A promoção da adesão ao regime terapêutico da pessoa com experiência de doença mental é uma abordagem que nunca se esgota, pois como ser único, a pessoa interpreta a importância do tratamento de acordo com os seus saberes, as suas crenças e o seu projeto de vida. As implicações dos efeitos secundários da medicação na limitação do desempenho dos vários papéis sociais, bem como na diminuição da qualidade de vida, acabam muitas vezes por se sobrepor aos argumentos utilizados pela equipa de saúde na sua intenção de promover o comportamento de adesão.

Não existindo uma fórmula única e eficaz que garanta a adesão ao regime terapêutico, cabe aos profissionais de saúde aprimorar estratégias para o conseguir, tendo em conta as reais necessidades da pessoa e incluindo-a numa parceria terapêutica. O projeto de intervenção que desenvolvi em estágio pretendeu ser um contributo para essa tarefa, que não se revela fácil. Tenho consciência de que a minha intervenção junto das pessoas internadas, só por si, não modificou comportamentos, pois a promoção da adesão ao regime terapêutico exige um acompanhamento de proximidade e de continuidade. No entanto, com o trabalho desenvolvido, consegui sensibilizar algumas pessoas com experiência de doença mental para a importância do comportamento de adesão.

Para além da finalidade terapêutica, o projeto de intervenção desenvolvido constituiu-se como instrumento de aprendizagem do perfil de competências do EESMP, nomeadamente, competências relacionais, comunicacionais, de gestão de emoções, atitudes e comportamentos, de trabalho com grupos, de auto-conhecimento, de reflexão e de prática reflexiva, que necessitam ser desenvolvidas em experiências futuras, profissionais ou formativas.

A minha prioridade foi sempre a de ajudar a pessoa. Para tal, foi necessário chegar até ela, conhecê-la e dar-me a conhecer, desenvolver o sentimento de confiança e construir a relação terapêutica – a minha inexperiência na área da saúde mental tornou este desafio ainda mais exigente. Foi um caminho difícil, de entrega, perseverança e muitas aprendizagens. Foi essencial a reflexão sobre conceitos pré-concebidos, a introspeção para a gestão de emoções, a observação atenta de

procedimentos, a consulta de literatura e o questionamento sobre tudo o que era desconhecido. O crescimento pessoal e profissional decorrente desta experiência possibilitou-me tomar consciência da influência do enfermeiro na vivência da doença, pela pessoa – que será tanto mais positiva, quanto maior a sua capacidade para se mobilizar como instrumento terapêutico.

Por ter decorrido em contexto pandêmico, este processo formativo foi condicionado pelas restrições que um fenómeno desta natureza exige. Um dos constrangimentos sentidos foi a limitação do número de pessoas internadas no HD, bem como o reduzido horário de funcionamento daquele serviço. Esta situação limitou o meu contato com a realidade da pessoa no pós-alta e em fase de reabilitação, momentos de maior incidência do risco de recaídas, em que a promoção da adesão ao regime terapêutico teria sido oportuna. Um outro constrangimento diz respeito à impossibilidade do contato com as famílias. Teria sido bastante pertinente a realização de psicoeducação à família pois, como exemplificado nos estudos de caso, a atitude da família tem grande influência na aceitação da doença e do tratamento.

A frequência deste curso de mestrado em enfermagem na área de especialização de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica surgiu como uma oportunidade para adquirir as competências necessárias para integrar um projeto profissional na área da saúde mental, a ser desenvolvido na instituição onde trabalho. As aprendizagens adquiridas ao longo do percurso que agora termina tornam-me numa profissional mais completa e mais capaz para responder às exigências deste novo desafio profissional.

Com a tomada de consciência da realidade da doença mental, senti a necessidade de sensibilizar a sociedade para a mesma. Nesse sentido, em contexto profissional, tenho planeado o desenvolvimento de um programa de promoção da literacia em saúde mental, para profissionais – singelo contributo para a mudança de pensamento necessária à erradicação do preconceito e do estigma social associados à doença mental.

Este percurso que agora termina, permitiu-me conhecer a doença mental contada na “primeira pessoa”, sensibilizando-me para a importância da nossa presença junto da pessoa em sofrimento, bem como para o reconhecimento, o respeito e a valorização da pessoa no seu contexto, muitas vezes, marcado por obstáculos, desafios e incertezas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association (2020). *Publication manual of the American psychological association: The official guide to APA style* (7ª edição). APA
- Authier, J. (1977). The psychoeducation model: definition, contemporary roots and content. *Canadian Journal of Counselling and psychotherapy*, 12, 15-22
- Bugalho, A. & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas*. Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência
- Byrne, M. K., Deane, F. P., Lambert, G. & Coombs, T. (2004). Enhancing medication adherence. Clinician outcomes from the medication alliance training program. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 38, 246-253
- Cabral, M. V. & Silva, P. A. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Imprensa de Ciências Sociais
- 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), 209-219
- Carreiro, S. V. & Martins, R. (2008). Caracterização dos Primeiros Surtos Psicóticos e Reavaliação Após Oito Anos. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria Fernando Fonseca*. 5 (1), 98-108
- Carvalho, R. (2001). A arte de sonhar ser. *Pomar*. 8, 180-192
- Carvalho, A., Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lusociência.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica. Estratégias de intervenção* (2º volume). Lusodidacta

- Conselho Nacional de Saúde. (2019). Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. <http://www.cns.min-saude.pt/2019/12/16/sem-mais-tempo-a-perder-saude-mental-em-portugal-um-desafio-para-a-proxima-decada/>
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*.19(3), 91-97
- Dias A. M., Cunha, M., Santos, A. M. M., Neves, A. P. G., Pinto, A. F. C., Silva, A. S. A. & Castro, S. A. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40 (1), 201-219
- Donohoe, G. (2006). Adherence to antipsychotic treatment in schizophrenia: what role does cognitive behavioral therapy play in improving outcomes?. *Disease Management & Health Outcomes*. 14 (4), 207-214
- García, S., Martínez-Cengotitabengoa, M., López-Zurbano, S., Zorrilla, I., López, P., Vieta, E., González-Pinto, A. (2016). Adherence to antipsychotic medication in bipolar disorder and schizophrenic patients: a systematic review. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 36 (4), 355-71. <http://dx.doi.org/10.1097/JCP.0000000000000523>
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo*. Lusociência
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Lusociência
- International Council of Nurses (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)*. Serie II. Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nursing (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE: Versão 2019-2020*. Artmed.
- Keith, S. J. & Kane, J. M. (2003). Partial Compliance and Patient Consequences in Schizophrenia: Our Patients Can Do Better. *Journal of Clinical Psychiatry*. 64 (11), 1308-1315
- Kyes, J., & Hofling, C. (1985). *Conceitos básicos em Enfermagem Psiquiátrica*. Interamericana

- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lusodidacta
- Lukens & McFarlane (2004). *Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. Brief Treatment and Crisis Intervention*. 4 (3), Oxford University Press
- Lopes, C. & Almeida, C. V. (2018). *Literacia em Saúde: Modelos, estratégias e intervenção*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced nursing*. 56(5), 472-479.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2ª edição). The Guilford Press
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 356/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República*, II série (n.º 122 de 25-06-2015), 17034-17041. <https://dre.pt/home/-/dre/67590900/details/maximized>.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 515/2018. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República*, II série (n.º 151 de 07-08-2018), 21427-21430. <https://dre.pt/application/conteudo/115932570>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). Search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 47 (9), 1102-1114

- Sequeira, C. & Sampaio F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. Lidel
- Sousa, M. R. (2003). *Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2*. [Dissertação de mestrado em educação na área de especialização de educação para a saúde. Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia]. <http://hdl.handle.net/1822/668>
- Srivastava, P. & Panday, R. (2016). Psychoeducation an effective tool as treatment modality in mental health. *International Journal of Indian Psychology*. 4 (82), 123-130. [Track1_Inner.pdf](#).
- Tomey, A. M., Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e sua obra* (5ª Edição). Lusodidacta
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Oxford University Press
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. World Health Organization
- World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization

APÊNDICES

**APÊNDICE I – PROGRAMA PSICOEDUCACIONAL
“ENCORAJAR A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO”**



PROGRAMA DE SESSÕES PSICOEDUCACIONAIS:

Encorajar a Mudança de Comportamento



TEMA	OBJETIVOS	ATIVIDADES	RECURSOS	AVALIAÇÃO	DURAÇÃO
Sessão nº 1 Saúde Mental	. Definir o conceito de saúde mental; . Identificar fatores que influenciam a saúde mental; . Enumerar atividades que promovem a saúde mental; . Abordar a saúde/doença mental como tabu; . Promover a interação de grupo.	1ª É apresentado ao grupo o programa que inclui quatro sessões, bem como o tema da primeira sessão. 2ª São colocadas questões abertas ao grupo, em forma de debate e cada elemento, dá o seu contributo, escrevendo ou desenhando no papel de cenário a sua resposta. De seguida é apresentada em Power Point a resposta obtida na bibliografia consultada. 3ª É projetado um filme de 5' sobre "Porque não se fala de Saúde Mental". 4ª Os elementos do grupo são convidados a exprimir o conceito, palavra ou aspeto abordado que mereceu a sua melhor atenção.	Bloco de papel de cenário; Marcadores; Computador; Projeter; Ficha de avaliação.	. Cada elemento do grupo avalia a sessão relativamente a: interesse do tema, duração, metodologia utilizada e desempenho da dinamizadora, podendo deixar sugestões para as próximas sessões.	45'
Sessão nº 2 Sintomatologia da Doença Mental: Psicose	. Abordar, sumariamente, as manifestações clínicas da doença mental; . Definir Psicose; . Descrever as manifestações psicóticas; . Enumerar as opções terapêuticas para controlar as manifestações psicóticas; . Promover a interação de grupo.	1ª É apresentado e justificado o tema da segunda sessão. 2ª É realizado um <i>quiz</i> com questões sobre manifestações da doença mental, psicose e a forma terapêutica de controlar as manifestações psicóticas, em que os participantes escolhem uma das 3 alíneas como a resposta correta. De seguida é apresentada a resposta correta. 3ª Após a abordagem de cada conteúdo e realizado o <i>quiz</i> sobre o mesmo, os participantes são convidados a descrever exemplos dos mesmos. 4ª É solicitado aos elementos do grupo que identifiquem as manifestações de psicose em pequenos textos e que os agrupem por tipo de manifestação.	"Raquetas" com a identificação da alínea A, B ou C; Folhas com textos; Computador; Projeter; Ficha de avaliação.	. Cada elemento do grupo avalia a sessão relativamente a: interesse do tema, duração, metodologia utilizada e desempenho da dinamizadora, podendo deixar sugestões para as próximas sessões.	45'

TEMA	OBJETIVOS	ATIVIDADES	RECURSOS	AVALIAÇÃO	DURAÇÃO
Sessão nº 3 Terapia Farmacológica e Não Farmacológica na Doença Mental	. Distinguir terapia farmacológica de terapia não farmacológica; . Descrever os benefícios da adesão à terapia farmacológica; . Identificar efeitos secundários comuns da terapêutica utilizada na doença mental; . Demonstrar uma terapia não farmacológica (arteterapia); . Promover a interação de grupo.	1ª É realizado um breve resumo das sessões anteriores e apresentado o tema da sessão final. 2ª À medida que são abordados os diferentes conteúdos da sessão, os elementos do grupo são convidados a distinguir terapia farmacológica e não farmacológica, a descrever benefícios decorrentes da adesão à terapêutica e a enumerar efeitos secundários da medicação antipsicótica. 3ª Os elementos do grupo são convidados a participar numa demonstração de uma terapia não farmacológica – Arteterapia (registo no papel das sensações despertadas pela música).	Folhas com questões; Marcadores de cor; Lápis de cor; Folhas A4 brancas; Computador; Projetor; Ficha de avaliação.	. Cada elemento do grupo avalia a sessão relativamente a: interesse do tema, duração, metodologia utilizada e desempenho da dinamizadora, podendo deixar sugestões para as próximas sessões.	45'
Sessão nº 4 Adesão ao regime Terapêutico	. Definir o conceito de “adesão ao regime terapêutico”; . Descrever os componentes do regime terapêutico; . Enumerar os fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico; . Descrever estratégias que promovem a adesão ao regime terapêutico; . Promover a interação de grupo.	1ª É realizado um breve resumo das sessões anteriores e apresentado o tema da sessão final. 2ª À medida que são abordados os diferentes conteúdos da sessão, os elementos do grupo são convidados a identificar fatores que influenciam a (não) adesão ao regime terapêutico e a descrever estratégias que facilitam a adesão ao regime terapêutico. 3ª É realizado um jogo que inclui questões sobre os temas da sessão em que, de acordo com o determinado pelo dado lançado, o participante responde a um tipo de pergunta.	Computador; Projetor; Cartões com questões; Dado para o jogo; Ficha de avaliação.	. Cada elemento do grupo avalia a sessão relativamente a: interesse do tema, duração, metodologia utilizada e desempenho da dinamizadora. . Cada elemento do grupo exprime as aprendizagens decorrentes da sua participação no programa.	45'

APÊNDICE II – PLANOS DE SESSÃO



PROGRAMA DE SESSÕES PSICOEDUCACIONAIS:

Encorajar a Mudança de Comportamento



PLANO DA SESSÃO N.º1

Tema: Saúde Mental

População Alvo (ou Destinatários): Pessoas internadas

Local: Instituição Hospitalar Psiquiátrica

Data: 27/12/2020, 05/03 e 26/03 de 2021 **Hora:** 11h **Duração:** 45 min.

Dinamizador(a): Ana Franco

Objetivos	Conteúdo	Tempo	Estratégias	
			Métodos	Materiais
<u>Geral:</u> Refletir sobre a saúde mental <u>Específicos:</u> - Definir o conceito de saúde mental; - Identificar fatores que influenciam a saúde mental; - Enumerar atividades que promovam a saúde mental; - Abordar a saúde mental como tabu; - Promover a interação de grupo.	<u>Introdução:</u> - Apresentação do programa; - Apresentação do tema; - Descrição da forma como se sente cada elemento do grupo naquele momento.	5'	Expositiva/ Interativa	Computador Projetor
	<u>Desenvolvimento:</u> - Visualização de um filme; - Colocação de questões abertas ao grupo; - Registo da resposta de cada elemento no papel de cenário, pelo próprio; - Apresentação da resposta encontrada na bibliografia, em Power Point.	25'	Interativa	Bloco de papel de cenário Marcadores Computador Projetor
	<u>Conclusão:</u> - Cada elemento verbaliza o conceito ou aspeto abordado que mereceu a sua melhor atenção.	10'	Interativa	---
	<u>Avaliação:</u> - Preenchimento da ficha de avaliação da sessão; - Contribuição do grupo com sugestões para a apresentação das sessões futuras.	5'	Interativa	Ficha de Avaliação da sessão



PROGRAMA DE SESSÕES PSICOEDUCACIONAIS:

Encorajar a Mudança de Comportamento



PLANO DA SESSÃO N.º2

Tema: Manifestações Clínicas da Doença Mental: *Psicose*

População Alvo (ou Destinatários): Pessoas internadas

Local: Instituição Hospitalar Psiquiátrica

Data: 18/01, 16/03 e 31/03 de 2021 **Hora:** 11h **Duração:** 45 min.

Dinamizador(a): Ana Franco

Objetivos	Conteúdo	Tempo	Estratégias	
			Métodos	Materiais
Geral: Ensinar a reconhecer algumas manifestações da doença mental Específicos: - Abordar, sumariamente, as manifestações clínicas da doença mental; - Definir Psicose; - Descrever as manifestações psicóticas; - Enumerar as opções terapêuticas para controlar as manifestações psicóticas; - Promover a interação de grupo.	<u>Introdução:</u> - Apresentação do tema; - Justificação da escolha do tema.	5'	Expositiva/ Interativa	Computador Projetor
	<u>Desenvolvimento:</u> - Abordagem sumária das manifestações clínicas da doença mental; - Definição de Psicose; - Descrição da sintomatologia psicótica; - Enumeração das opções terapêuticas para controlar as manifestações psicóticas.	25'	Interativa	Raquetas (A, B, C) Folhas com questões Canetas Computador Projetor
	<u>Conclusão:</u> - Identificação das manifestações de psicose nos pequenos textos, agrupando-os de acordo com a manifestação identificada.	10'	Interativa	Folhas com textos Placas identificadoras das manifestações psicóticas
	<u>Avaliação:</u> - Preenchimento da ficha de avaliação da sessão; - Contribuição do grupo com sugestões para a apresentação das sessões futuras.	5'	Interativa	Ficha de Avaliação da sessão



PROGRAMA DE SESSÕES PSICOEDUCACIONAIS:

Encorajar a Mudança de Comportamento



PLANO DA SESSÃO N.º3

Tema: Terapia Farmacológica e não Farmacológica na Doença Mental

População Alvo (ou Destinatários): Pessoas internadas

Local: Instituição Hospitalar Psiquiátrica

Data: 21/01, 17/03 e 04/04 de 2021 **Hora:** 11h **Duração:** 45 min.

Dinamizador(a): Ana Franco

Objetivos	Conteúdo	Tempo	Estratégias	
			Métodos	Materiais
<u>Geral:</u> Sensibilizar a pessoa com doença mental para a importância da medicação no curso da doença <u>Específicos:</u> - Distinguir terapia farmacológica de terapia não farmacológica; - Descrever os benefícios da adesão à terapia farmacológica; - Identificar efeitos secundários comuns da terapêutica utilizada na doença mental; - Demonstrar uma terapia não farmacológica (arte-terapia); - Promover a interação de grupo.	<u>Introdução:</u> - Resumo das sessões anteriores; - Apresentação do tema.	5'	Expositiva/ Interativa	Computador Projector
	<u>Desenvolvimento:</u> - Descrição sumária de terapia farmacológica e não farmacológica; - Apresentação de exemplos de terapia farmacológica e não farmacológica; - Descrição dos benefícios da adesão à terapia farmacológica; - Identificação de efeitos secundários comuns da psicoterapêutica; - Demonstração de uma terapia não farmacológica (arte-terapia).	25'	Interativa	Folhas com questões Canetas Folhas brancas A4 Marcadores de cor Computador Projector
	<u>Conclusão:</u> - Descrição das principais aprendizagens obtidas com a sessão.	10'	Interativa	
	<u>Avaliação:</u> - Preenchimento da ficha de avaliação da sessão; - Contribuição do grupo com sugestões para a apresentação das sessões futuras.	5'	Interativa	Ficha de Avaliação da sessão



PROGRAMA DE SESSÕES PSICOEDUCACIONAIS:

Encorajar a Mudança de Comportamento



PLANO DA SESSÃO N.º4

Tema: Adesão ao Regime Terapêutico

População Alvo (ou Destinatários): Pessoas internadas

Local: Instituição Hospitalar Psiquiátrica

Data: 01/02, 18/03 e 07/04 de 2021 **Hora:** 11h **Duração:** 45 min.

Dinamizador(a): Ana Franco

Objetivos	Conteúdo	Tempo	Estratégias	
			Métodos	Materiais
<u>Geral:</u> Promover a adesão ao regime terapêutico. <u>Específicos:</u> - Definir o conceito de “adesão ao regime terapêutico”; - Descrever os componentes do regime terapêutico; - Enumerar os fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico; - Descrever estratégias que promovem a adesão ao regime terapêutico; - Promover a interação de grupo.	<u>Introdução:</u> - Resumo das sessões anteriores; - Justificação da escolha do tema.	10'	Expositiva/ Interativa	Computador Projector
	<u>Desenvolvimento:</u> - Definição do conceito de “adesão ao regime terapêutico”; - Abordagem dos factores condicionantes da (não) adesão ao regime terapêutico; - Descrição de estratégias promotoras da adesão ao regime terapêutico.	25'	Interativa	Espátulas Papel recortado Computador Projector
	<u>Conclusão:</u> - Realização de um jogo com questões sobre o tema da sessão.	10'	Interativa	Folhas A4 brancas Marcadores
	<u>Avaliação:</u> - Preenchimento da ficha de avaliação da sessão; - Contribuição do grupo com sugestões para a apresentação das sessões futuras.	5'	Interativa	Ficha de Avaliação da sessão

APÊNDICE III – FICHA DE AVALIAÇÃO DAS SESSÕES



PROGRAMA DE SESSÕES PSICOEDUCACIONAIS:

Encorajar a Mudança de Comportamento



AVALIAÇÃO DA SESSÃO

1. Considera que o tema abordado na sessão foi:

☐	Muito importante
☐	Importante
☐	Pouco importante
☐	Nada importante
☐	Outro:

2. Relativamente à duração da sessão, considera que:

☐	Foi adequado
☐	Não foi adequado
☐	Sugestões:

3. A metodologia (forma como foi abordado o tema) utilizada na apresentação do tema foi:

☐	Muito adequada
☐	Pouco adequada
☐	Nada adequada
☐	Outra:

4. Caracterize o conhecimento que adquiriu com a sessão:

☐	Muito conhecimento
☐	Algum conhecimento
☐	Pouco conhecimento
☐	Nenhum conhecimento

5. Sugira alguns temas ou atividades que gostaria de selecionar para futuras sessões:

a)	b)
c)	d)

APÊNDICE IV – ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO – O JOGO

