



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

**A promoção do *insight* na pessoa com doença mental
grave**

Clara Luísa Garcia Mendes

**Lisboa
2022**



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

**A promoção do *insight* na pessoa com doença mental
grave**

Clara Luísa Garcia Mendes



Orientador: Professor Doutor Joaquim Manuel de Oliveira Lopes



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

RESUMO

O presente relatório desenvolve o tema do *insight*. São referenciadas diversas definições do *insight* o que demonstra que este é um tema complexo. A ausência de uma definição comum dificulta a abordagem do *insight* na pessoa com doença mental grave. Também, está presente neste relatório, a existência de vários fatores que podem influenciar a sua promoção. Através da revisão da literatura, facilmente, se percebe que não existe uma única forma de desenvolver o *insight*, podendo ser necessário utilizar várias intervenções terapêuticas em simultâneo. Independentemente das intervenções, um dos fatores que mais pode ter impacto na promoção do *insight* está associado à relação terapêutica estabelecida. Tendo em conta esta relação, é pertinente referir que o utente tem um papel essencial no tratamento, devendo-se ter em consideração as suas vivências e vontades para, assim, se obter um melhor envolvimento no seu processo de reabilitação e recuperação. O papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) revela ser, igualmente, importante não só pela sua capacidade de envolver o utente nas intervenções como pela interpretação que este possa fazer das revelações do utente.

Este relatório expõe o trabalho desenvolvido nos locais de estágio que decorreram no departamento de psiquiatria de um hospital geral da região de Lisboa, designadamente no serviço de internamento de psiquiatria e no hospital de dia de psiquiatria. Nos referidos locais de estágio, foram desenvolvidas, tendo como base a teoria dos sistemas de Betty Neuman, intervenções que tiveram como base conhecimentos adquiridos pela evidência científica.

De concluir que a promoção do *insight* da pessoa com doença mental grave não é linear dado ao cariz controverso do seu construto multidimensional, e que inclusivamente as escalas existentes parecem não conseguir captar todos os fatores que o influenciam, sobretudo o fator cultural.

Palavras chave: *Insight*, Doenças Mentais, Enfermagem Psiquiátrica

ABSTRACT

This report aims to develop the theme of *insight*. Several definitions of *insight* are referenced, which proves that this is a complex topic. The lack of a common definition makes it difficult to approach *insight* in individuals with severe mental illness. This report also highlights the existence of several factors that may influence its development. Through a review of the literature, one can easily understand that there is no single way to develop *insight*, and that it may be necessary to use several therapeutic interventions simultaneously. Regardless of the interventions, one of the factors that can have a greater impact on the development of *insight* is associated with the therapeutic relationship established. Considering this relationship, it is worth mentioning that the patient has a key role in the treatment, and that his/her experiences and desires should be considered in order to obtain a better involvement in his/her rehabilitation and recovery process. The role of the specialist nurse in Mental and Psychiatric Health Nursing (EEESMP) is equally important not only for his/her ability to involve the patient in the interventions but also for his/her interpretation of the patient's statements.

This report presents the work carried out in the internship places that took place in the psychiatry department of a general hospital in the Lisbon region, namely in the psychiatric inpatient service and in the psychiatric day hospital. In these internship places, based on Betty Neuman's systems theory, interventions were developed using knowledge acquired from scientific evidence.

It should be concluded that the development of the insight in people with severe mental illness is not straightforward due to the controversial nature of its multidimensional construct and that even the existing scales seem unable to capture all the factors that influence it, particularly the cultural factor.

Keywords: *Insight*, Mental Disorders, Psychiatric Nursing

AGRADECIMENTOS

Com a elaboração deste relatório é dado por terminado este longo ciclo de formação. Foi um período duro que pôs à prova todo o meu ser e todas as minhas motivações. Chego a este momento, olho para trás e vejo que, no fim, todo o esforço e todos os momentos difíceis valeram a pena pelas aprendizagens que mudaram a minha forma de ver o presente. Gostaria, portanto, de agradecer:

Ao Professor Doutor Joaquim Lopes, pela sua orientação ao longo do estágio e na elaboração deste relatório, pela sua colaboração e palavras de suporte.

Às enfermeiras Sara e Tânia pela sua orientação, conhecimento, empenho, dedicação, motivação, compreensão, ajuda e amizade durante os ensinamentos clínicos.

À restante equipa multidisciplinar dos locais de estágio por ter sido tão bem recebida e pelas aprendizagens que proporcionaram.

Aos colegas da especialidade e às novas amizades que foram feitas, pela convivência, interajuda e momentos de cumplicidade.

À Cláudia por ter partilhado esta caminhada comigo, com os altos e os baixos que tivéssemos de enfrentar juntas e que no fim deram um novo significado à nossa amizade.

Aos meus colegas de trabalho pela ajuda que disponibilizaram durante este período.

Aos meus amigos que tanto apoio me deram e por compreenderem a minha ausência.

Aos meus irmãos por acreditarem em mim, pela força e suporte proporcionado ao longo de todo este período, por compreenderem a minha situação e ajudarem no que foi preciso.

Às minhas filhas por tentarem compreender a minha ausência, da mesma forma que sinto necessidade de lhes pedir desculpa por não ter estado presente tanto quanto gostaria. Sinto agora, ao cortar a meta, o sabor a vitória e que, apesar das dificuldades, o meu esforço valeu a pena.

Finalmente e não menos importante, ao meu marido pela motivação e apoio que me deu desde a inscrição à conclusão da especialidade, por todo o seu esforço e dedicação às nossas filhas enquanto estive na minha presença “ausente”, pela sua incansável confiança e crença em mim e no meu sucesso, por ter sido o meu porto seguro. Sei que sem ele nada disto teria sido possível.

A todos eles o meu mais sincero OBRIGADO!

SIGLAS

APA – American Psychiatric Association

AT – Aliança Terapêutica

AVD – Atividades de Vida Diária

BCIS – Beck Cognitive *Insight* Scale (Escala de *Insight* Cognitivo de Beck)

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNS – Conselho Nacional da Saúde

DR – Diário da República

DSM V – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª edição)

EE – Enfermeiro Especialista

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

HDP – Hospital de Dia de Psiquiatria

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association (Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem)

NAP – Neurolépticos de Ação Prolongada

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PANSS – Positive and Negative Syndrome Scale (Escala de Síndrome Positiva e Negativa)

PDT - terminal Portátil do Sistema Pharma TRAC

PSE - Psicoeducação

QdV - Qualidade de Vida

RT – Relação Terapêutica

SMP – Saúde Mental e Psiquiátrica

SUMD - Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (Escala para Avaliação do Reconhecimento da Doença Mental)

TCC - Terapia Cognitivo- Comportamental

TMC - Treino Metacognitivo

ÍNDICE

RESUMO.....	i
ABSTRACT	ii
AGRADECIMENTOS.....	iii
SIGLAS.....	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vi
INTRODUÇÃO.....	9
PARTE I.....	11
A PROMOÇÃO DO INSIGHT NA PESSOA COM DOENÇA MENTAL GRAVE	11
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	11
1.1 A pessoa com doença mental grave	11
1.2 Consequências do compromisso do <i>insight</i> para a pessoa com doença mental grave	13
1.3 A promoção do <i>insight</i> como foco de atenção do Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: um olhar sistémico	24
1.3.1 Teoria dos Sistemas de Betty Neunam	25
1.4 Intervenções especializadas para a promoção do <i>insight</i> na pessoa com doença mental grave.....	30
2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO – DEPARTAMENTO PSIQUIATRIA DE UM HOSPITAL DA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA.....	38
3. INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS DESENVOLVIDAS	41
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	43
5. CONSIDERAÇÕES SOBRE AS INTERVENÇÕES	45
PARTE II.....	48
ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	48
1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	49
2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	55
CONCLUSÃO	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXOS	
ANEXO 1 - Escala de Insight de Marková e Berrios	
APÊNDICES	
APÊNDICE 1 - Psicoeducação - "O insight na pessoa com doença mental"	
APÊNDICE 2 - Terapia com recursos a medidores expressivos	
APÊNDICE 3 - Árvore da aceitação da doença	
APÊNDICE 4 - Psicoeducação "Insights"	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Avaliação do insight segundo Riggs et al (2012)	42
--	----

INTRODUÇÃO

A doença mental afeta milhões de pessoas por todo o mundo. A sua prevalência é elevada e criam encargos substanciais para os indivíduos que dela padecem e suas famílias, resultando em dificuldades económicas e sociais significativas que têm um impacto profundo nas sociedades (OMS, 2001). Pelo relatório do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2019), as perturbações mentais tornaram-se na principal causa de incapacidade e a terceira causa que provoca mais encargos com a doença, só sendo ultrapassadas pelas doenças cardiovasculares e neoplasias. É uma doença que não é visível como a doença orgânica e como tal é sentida e vivida silenciosamente. As famílias tentam lidar com a situação da melhor forma, sempre na procura de uma vida melhor para a pessoa com doença mental grave, mas tal diagnóstico torna-se, muitas das vezes, numa tarefa avassaladora exigindo mais do que podem aguentar.

Roe e Kravetz (2003), referem que as pessoas que recebem o diagnóstico de doença mental, mesmo que seja feita por um médico de referência, não a aceitam, considerando-se tão saudáveis emocionalmente quanto o resto das pessoas e que as razões pela qual têm dificuldade em lidar com situações pessoais e sociais se deve a causas que não são associadas ao seu diagnóstico (Amador, 2000). No entanto, para as respetivas famílias e amigos, o diagnóstico que os primeiros receberam justifica o compromisso no funcionamento social, com repercussão na qualidade de vida (QdV). É a falta de *insight* da pessoa diagnosticada que cria confusão, desespero e desamparo nas famílias e amigos e que tornam desafiante o trabalho dos profissionais que tentam aliviar as dificuldades (Karp, 2001). Referem que à falta de *insight* está associado o problema de que o diagnóstico de doença mental não tem uma etiologia nem um regime terapêutico que sejam consensuais (Dawes, 1994) e que, além disso, o diagnóstico de doença mental é frequentemente visto como um rótulo extremamente negativo que provocam atitudes e comportamentos desadequados da sociedade em que estão inseridos (Miles, 1987).

O *insight* acarreta em si toda uma controvérsia que vai desde o próprio conceito como à importância de ter ou não ter. Roe e Kravetz (2003) descrevem no seu artigo que a problemática do *insight* é expressa por abordagens opostas entre o benefício de o ter ou não, demonstrando que, se por um lado, alguns profissionais de saúde insistem fortemente que ter *insight* é um passo necessário para a recuperação e reabilitação, outros defendem que a consciência de ter uma doença mental é causador

de baixa autoestima, revolta, frustração e desesperança para a pessoa diagnosticada e respetiva família.

O presente relatório desenvolve a temática do *insight* e como promovê-lo na pessoa com doença mental grave. A pertinência desta temática assenta no pressuposto de que ter *insight* na doença mental pode definir a sua evolução, sobretudo, porque pode influenciar a adesão ao tratamento, com repercussão na QdV do doente e família. O enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) tem um papel preponderante no tratamento, recuperação e reabilitação destas pessoas, pois está dotado de competências, baseadas em conhecimentos de evidência científica, que o capacitam a desenvolver intervenções que promovam o *insight* da pessoa com doença mental grave e que o tornam um elemento altamente diferenciado, face às suas necessidades. Com esse conhecimento avançado pode ajudar tanto a pessoa com a sua família a adquirirem ferramentas e a desenvolverem estratégias para lidarem com a doença e as suas consequências.

A realização deste relatório tem, como objetivo geral aprofundar o conhecimento sobre o *insight* e a sua promoção na pessoa com doença mental grave e tem como objetivos específicos demonstrar a importância da promoção do *insight* na pessoa com doença mental grave, aprofundar a importância do papel do EEESMP, desenvolver atividades psicoeducacionais e psicoterapêuticas para a promoção do *insight*, desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista e, sobretudo, as competências específicas do EEESMP realizando um relato crítico das atividades desenvolvidas nos locais de estágio.

Este relatório está dividido em duas partes. Na primeira é realizado um enquadramento teórico sobre a temática da doença mental, o *insight* (conceito e as suas consequências) e quais as intervenções do EEESMP na sua promoção. Ainda na primeira parte é elaborada uma descrição dos serviços onde se realizaram os estágios assim como a descrição das atividades desenvolvidas com prática tutelada de enfermeira especialista. A segunda parte do relatório está reservada à elaboração de uma análise reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento tanto das competências comuns do enfermeiro especialista como às competências específicas de EEESMP.

Para a elaboração deste relatório recorreu-se à norma de referência APA versão 7.

PARTE I

A PROMOÇÃO DO INSIGHT NA PESSOA COM DOENÇA MENTAL GRAVE

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1 A pessoa com doença mental grave

A definição de saúde/doença mental não é linear. A primeira definição de saúde elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) remonta ao ano de 1948, aquando da sua constituição em que saúde representa um *“estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou incapacidade.”* (OMS, 2009, p.10). A componente mental foi ganhando cada vez mais relevância na vida quotidiana das sociedades, em que se tornou irrefutável a constatação de que não há saúde física sem saúde mental (Almeida, 2018). A definição foi sendo aprimorada até assumir a da atualidade. Para a OMS (2017), saúde mental é, então, definida como *“um estado de bem-estar no qual o individuo concretiza as suas próprias capacidades, consegue lidar com as dificuldades normais da vida, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera e está apta a contribuir para a comunidade em que se insere.”* Quando a saúde mental da pessoa é afetada por uma patologia mental, as suas capacidades positivas resultantes do exercício das suas diversas funções mentais ficam significativamente alteradas, causando sofrimento psíquico, incapacidade produtiva e social e até morte prematura (Almeida, 2018).

Sequeira e Sampaio (2020, p.3), definem doença mental como *“uma situação patológica na qual a pessoa apresenta distúrbios na sua organização mental”*, como uma resposta exacerbada a um conflito em relação à sociedade que integra. Os mesmos autores definem-na como um desequilíbrio entre o ambiente e a pessoa no seu contexto bio-psico-social, o que leva a que a pessoa afetada não tenha a capacidade para exercer os seus múltiplos papeis na sociedade.

Para Townsend (2011, p.13), *“a construção dos conceitos de saúde mental e doença mental tem as suas bases nas crenças culturais da sociedade na qual o comportamento se dá”*. Sublinha que a dificuldade destas definições reside no facto dos fatores culturais influenciarem o seu contexto, justificando que, enquanto que algumas culturas são mais liberais nos comportamentos considerados aceitáveis,

outras são restritivas, limitando a aceitação dos comportamentos que se desviam da conduta normal. Independentemente disso, a percepção que as pessoas têm da doença mental parece ter um papel importante, destacando-se elementos como incompreensibilidade e a relatividade cultural (Horwitz, 2002). A incompreensibilidade refere-se à incapacidade que a população em geral tem para entender o motivo de determinado comportamento, tornando fácil a rotulagem de doença mental. A relatividade cultural diz respeito às regras, convenções, normas sociais e culturais, que foram criadas pela cultura em que cada pessoa se insere. A referência a estes dois elementos já vai permitindo perceber a complexidade do tema.

Já a DSM-V define a doença mental como:

“(...) doença clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Perturbações mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes” (2014, p. 20).

Seja qual for a definição, é indiscutível que a doença mental é uma das grandes consequências do mundo moderno, resultado do envelhecimento da população, do agravamento dos problemas sociais e da instabilidade civil (OMS, 2001). Ainda assim, mantém-se desvalorizada e encarada com indiferença, preconceito, discriminação e estigma. Como citam Roe e Kravetz (2003, p.419), pessoas com o diagnóstico de doença mental *“tendem a ser vistas como perigosas, imprevisíveis, inexplicáveis e improváveis de melhorar”* (Miles, 1987). Por estes motivos, a doença mental traz consigo um rótulo que marca a pessoa para o resto da vida e acarreta um grande encargo para a sua família. É inevitável associar a doença mental a uma conotação negativa, representada pela incompreensão da sociedade em relação a estas pessoas, “empurrando-as” para a sua alienação. Stolzenburg et al. (2017) referem que, para evitar o estigma, a pessoa tende a evitar avaliar os seus sintomas de saúde mental, rejeitando a possibilidade de poder ter uma doença mental e evitando a necessidade percebida de procurar ajuda (Schomerus et al., 2012). Ao serem “rotuladas”, as pessoas com doença mental sentem-se julgadas pelos outros e quanto mais negativas se sentem, mais difícil será para elas quererem estar cientes dos seus sintomas, não demonstrando *insight* sobre a doença. Para estes autores, este poderá ser um dos motivos que justifica a falta de *insight* da pessoa com doença mental, assim como a evidente alteração do pensamento e da percepção que doentes com perturbações psicóticas manifestam, incentivadas por uma realidade construída com

base em delírios e alucinações. Sem *insight*, estas pessoas não têm consciência da sua condição, não identificando os seus sinais e sintomas, logo, não sentindo a necessidade de tratamento nem de lhe reconhecer benefícios, não aceitando o rótulo de doença, nem compreendendo as consequências sociais da doença (Riggs et al., 2012). Assentando nestas premissas a grande questão que se coloca é: Como promover o *insight* na pessoa com doença mental grave? Este foi o ponto de partida para a elaboração deste relatório. Como pode o EEESMP fazer a diferença?

Em resposta a estas questões parece lógico evidenciar que pessoas com estas patologias, frequentemente, não têm crítica para a sua situação clínica o que dificulta o pedido de ajuda e a adesão ao regime terapêutico que, por sua vez, irá aumentar os internamentos e agravar a sua QdV tal como a das suas famílias. Parece, portanto, legítimo assumir que é o *insight* que vai predizer qual a evolução da doença mental, já que pode ter impacto negativo na adesão ao regime terapêutico (Vanelli, Chendo, Levy, Figueira, Góis, Santos e Marková, 2010). Dado que o *insight* nestas pessoas é fraco, torna-se de extrema importância promovê-lo de forma a consciencializá-los para o problema e aumentar a adesão, tanto para o acompanhamento dos serviços de saúde como para o plano terapêutico. É no *insight* reduzido que o EEESMP pode ter um papel preponderante, desenvolvendo intervenções que visam o aumento da percepção, com ganhos em saúde. Efetivamente, ter um impacto positivo na vida da pessoa com doença mental grave deverá ser o intuito orientador do EEESMP, ao demonstrar a capacidade de mudar atitudes, comportamentos e mentalidades, tanto a nível das pessoas afetadas como ao nível da comunidade. Os conhecimentos adquiridos e competências desenvolvidas, fruto da sua formação especializada e diferenciada, torna-o numa mais valia para a equipa multidisciplinar que participa no tratamento, recuperação e reabilitação destas pessoas, ao ajudá-las a desenvolver ferramentas para alcançarem uma melhor QdV, viabilizando-lhes o vislumbre de se aproximarem quanto possível da “normalidade” que tanto desejam.

1.2 Consequências do compromisso do *insight* para a pessoa com doença mental grave

O *insight* é indissociável da doença mental e, por isso, torna-se imprescindível promovê-lo, sobretudo na pessoa com doença mental grave no sentido de otimizar o seu tratamento e por consequência melhorar a sua QdV e possibilitar a sua integração na sociedade como um elemento válido. Tal como a doença mental, a definição de

insight não é simples. Através da revisão da literatura foi possível constatar que existe uma diversidade de concepções para definir o termo *insight* o que dificulta a uniformização do seu constructo.

Cardoso (2008) refere que a natureza clínica, emocional e/ou intelectual do termo demonstra bem a complexa dificuldade em chegar a um consenso, verificando-se conceitos muito distintos, dependendo da formação teórica do seu autor.

Leonhardt et al. (2016) referem vários estudos que demonstram uma forte associação entre a ausência/diminuição do *insight* e a diminuição do funcionamento geral em várias categorias, incluindo a falta de adesão ao tratamento (Novick et al. 2015), pior funcionamento social (Erol et al. 2015), empatia afetiva diminuída ou incapacidade de empatia com os sentimentos e emoções dos outros (Pijnenborg et al. 2013), aumento da recaída de sintomas psicóticos e reinternamentos (Pinkham et al. 2003).

Trzepacz e Baker (2002) defendem que o *insight* pressupõe a utilização de várias funções cognitivas complexas, sobretudo o pensamento de alto nível conceptual, o que inclui a capacidade de abstração, de comunicação (discurso e linguagem), funções cognitivas intactas, ausência de doença do pensamento, humor eutímico e estabilidade emocional. Quanto maior a gravidade da doença psiquiátrica, maior a probabilidade do *insight* estar alterado.

Para Burton, Vella e Twamley (2011), inicialmente, o seu conceito derivava de um construto unidimensional definido como a consciência de ter uma doença mental ou sintomas de uma doença mental e o reconhecimento da necessidade de tratamento (Amador et al., 1993; Birchwood, Smith e Drury, 1994; Kay, Fiszbein, & Opler, 1987), o chamado ***insight clínico***, sendo medido com base no facto do doente reconhecer ou não a sua doença. Por outras palavras, a classificação do *insight* nos doentes resumia-se à simples dicotomia de o ter ou não. Porém, esta abordagem foi considerada restritiva por não conseguir explicar os diferentes graus de consciência que o doente demonstrava ao, por exemplo, reconhecer alguns dos sintomas, mas não outros (Amador et al., 1993 em Burton, Vella e Twamley, 2011). Surgiu, assim, a necessidade de expandir o conceito do *insight*, com base na consciência de vários sintomas psiquiátricos, bem como da necessidade de tratamento e dos efeitos da medicação. O conceito de *insight* foi ampliado para incluir na sua definição não só o *insight clínico* como ***insight cognitivo***. Para estes autores, o *insight cognitivo* é um conceito desenvolvido por Beck et al. em 2004 que deriva da metacognição e que

representa a capacidade que a pessoa detém de avaliar as suas próprias crenças e interpretações e de as corrigir, caso sejam distorcidas (Pinho et al., 2020). Beck e Warman (2004) citados por Pinho et al. (2020), referem que, nas perturbações psicóticas podem estar comprometidos quatro componentes do *insight* cognitivo: objetividade alterada em relação a delírios e distorções cognitivas; dificuldade em colocar as experiências em perspetiva; dificuldade em responder às informações corretivas de terceiros, confiança excessivamente nos julgamentos delirantes. Burton, Vella e Twamley (2011), referem que os conceitos do *insight* clínico e cognitivo são especialmente relevantes nas perturbações psicóticas já que estes indivíduos são mais propensos a apresentarem pensamentos desorganizados e delirantes, o que pode interferir na capacidade de reconhecer sintomas de doenças psiquiátricas (*insight* clínico) ou na capacidade de avaliar crenças erradas (*insight* cognitivo) que levam a um pensamento rígido com impacto na vida diária, bem como na adesão ao tratamento. Segundo esses autores, é a convicção inabalável na verdade dessas crenças, mesmo na presença de evidências contraditórias, que impede o uso de feedback corretivo, complicando os tratamentos para perturbações psicóticas que envolvem a manutenção da medicação ou intervenção terapêutica (Beck et al., 2004). Mesmo se o *insight* clínico estiver intacto, a falta de *insight* cognitivo pode limitar as habilidades cognitivas, como resolução de problemas e constatação das evidências. Estamos, portanto, perante dois conceitos de *insight* que, apesar de poderem ter o mesmo significado, são na realidade conceitos diferentes, que não se sobrepõem, pelo contrário, complementam-se.

Cardoso (2008) defende que o conceito de *insight* vai para além da consciência da doença, devendo-se considerar a perspetiva pessoal que cada pessoa tem em relação ao que se passa consigo. Ter em conta o seu ponto de vista e as representações que construiu em torno da sua identidade, irão permitir uma compreensão mais aprofundada da realidade interna e externa que envolve a pessoa, permitindo que tenha consciência das resistências, das suas necessidades e capacidades, num processo de reconhecimento e aceitação. Paralelamente, o profissional de saúde, ao perceber a pessoa, através do seu ponto de vista, irá compreendê-la melhor e irá desenvolver intervenções terapêuticas que melhor se adequam à sua situação, promovendo a adesão ao tratamento.

Para McAllister e Walsh (2003), a consciência da doença também conhecido como *insight* (Freud 1966), transformação (Erickson 1980) ou invenção de realidades

que funcionam (Gilligan 1993), não é algo que possa ser imposto a outra pessoa, logo, o objetivo principal da relação terapêutica é conseguir abordá-la e tentar trazer à consciência os aspetos que afetam negativamente a capacidade de viver uma vida feliz e saudável. Referem ainda que a consciência aumenta e diminui e que existe vários níveis de percepção que vão do consciente ao inconsciente.

Da mesma forma, Roe e Kravetz (2003) mencionam no seu artigo que a falta de *insight* da doença mental pode ser abordada por múltiplos ângulos e que é possível a existência de diferentes quantidades e qualidades de *insight*. Por este prisma, certos tipos de percepção podem aumentar a adesão ao tratamento (medicamentoso e psicoterapias) de forma a reduzir os sintomas da doença e outros podem até ser prejudiciais à adesão e à diminuição dos sintomas, com prejuízo na QdV.

Para Mintz, Dobson e Romney (2003), o *insight* é definido com base em cinco elementos: consciência da doença mental, consciência dos sintomas da doença mental, atribuição de sintomas à doença mental, consciência das consequências sociais da doença, consciência da necessidade de tratamento. Referem, ainda, que o *insight* é uma estratégia cognitiva, através da qual, as pessoas que têm consciência das suas alterações mentais lutam para preservar a autoestima para fazer face à estigmatização associada ao diagnóstico da sua doença.

Para Ramachandran, Ramanathan, Praharaj, Kanradi e Sharma (2016), o *insight* refere-se ao grau de reconhecimento e compreensão da própria psicodinâmica e dos sintomas do seu comportamento desadaptativo, fundamental na mudança da personalidade e comportamento da pessoa. Também, consideram que o *insight* deriva de um constructo multidimensional, possivelmente, dependente de fatores como as **variáveis sociodemográficas, psicopatologia** e a sua **gravidade**.

Murri e Amore (2019) defendem que, apesar do conceito de *insight* ser intuitivo de compreender é difícil de lhe associar uma definição concreta. Inicialmente, o *insight* era considerado um sintoma intrínseco de uma doença, um déficit neuropsicológico ou uma defesa psicológica (Cooke, Peters, Kuipers Kumari, 2005). No entanto, o seu conceito foi-se desenvolvendo, tendo em consideração diversos pontos de vista e posteriormente, reconhecendo a influência de **fatores sociais e culturais** (Jacob, 2010 e 2017). O termo *insight* foi, assim, amplamente aceite como sendo um constructo resultante de múltiplas dimensões (Fulford, 2004; Lysaker, Pattison, Leonhardt, Phelps, Vohs, 2018). Para estes autores, o *insight* não é estável e pode estar associado às mudanças na gravidade dos sintomas (Quee, van der Meer,

Krabbendam et al., 2014). Constatam também que, aparentemente, as funções neurocognitivas mantidas são um pré-requisito para o *insight* (Nair, Palmer, Aleman, David, 2014), assim como parece estar associado às funções complexas do pensamento como a **metacognição** e **cognição social**. Ainda que possa parecer que estes dois conceitos representem o mesmo, é importante recordar que a metacognição refere-se à capacidade de reflexão sobre os seus próprios processos mentais e de formar ideias integradas sobre si mesmo e que a cognição social envolve os processos mentais que estão ligadas às relações sociais (Lysaker, Pattison, Leonhardt, Phelps, Vohs, 2018; Lysaker, Vohs, Minor et al., 2015; Vohs, George, Leonhardt, Lysaker, 2016). Citando Morri e Amore (2019, p. 280):

“A relevância dessas dimensões fica clara se considerarmos que o insight requer a capacidade de ir e vir da sua própria perspectiva, de formar visões integradas de si mesmo e dos seus processos mentais e de confiar e aceitar a ajuda de outras pessoas.”

Por este ponto de vista e segundo estes autores, pessoas que apresentem maior capacidade metacognitiva e sociocognitiva estão mais vocacionados a dar significado às experiências de vida incluído a doença mental e a construir relatos narrativos sobre os quais se vai formando o *insight* (Vohs, George, Leonhardt, Lysaker, 2016).

O estudo do *insight* foi desenvolvido, principalmente, para a esquizofrenia e só muito recentemente é que se tornou um foco de interesse de outras doenças psiquiátricas (Peralta e Cuesta, 1998). Estes autores demonstraram que os doentes com características psicóticas têm mais falta de *insight* do que aqueles sem psicose e que os doentes psicóticos com incongruência do humor têm uma percepção mais pobre do que os pacientes com sintomas psicóticos com humor congruente. (Peralta e Cuesta, 1998).

Martin, Del-Monte e Graziani (2019) mostraram que o nível de *insight* (clínico e cognitivo) está associado à **gravidade da sintomatologia**, a **mudanças de humor** e a **deficits cognitivos**. Buchman-Wildbaum, Váradi, Schmelowszky, Griffiths, Demetrovics e Urbán (2020) compararam os níveis de *insight* em diferentes diagnósticos de doenças mentais tendo evidenciado que a pessoa com doença do espectro da esquizofrenia tem menos consciência da doença comparativamente às perturbações de humor, doenças relacionadas com ansiedade ou outros grupos de doenças. (Amador et al., 1994; Braw et al., 2012; Pini et al., 2001; Ramachandran et al., 2016). No entanto, referem que a esquizofrenia não está, especificamente,

associada a um *insight* pobre (David et al., 1995) e que não foram encontradas diferenças significativas no *insight* ao comparar esquizofrenia e doença bipolar (Arduini et al., 2003). No que diz respeito à necessidade de tratamento, Buchman-Wildbaum et al. (2020) demonstraram que existe uma diferença pouco significativa entre a esquizofrenia e as perturbações de humor ou as perturbações associadas à ansiedade, o que sugere que a consciencialização da pessoa com esquizofrenia em relação à necessidade de tratamento não é inferior à dos outros diagnósticos. Curiosamente, na esquizofrenia, as pessoas parecem estar mais conscientes da necessidade de tratamento, contudo, a não adesão ao tratamento é maior entre pessoas com esse diagnóstico (Cramer & Rosenheck, 1998; Sajatovic et al., 2010), o que pode evidenciar a interferência de outros fatores que condicionam o cumprimento terapêutico sem ser, necessariamente, a falta de *insight*.

De facto, vários estudos indicam que o construto do conceito de *insight* pode ser influenciado por diversos fatores, o que torna a sua avaliação complexa. Apesar de estar bem presente, na literatura existente, evidências de que níveis mais elevados de *insight* são preditivos de melhores resultados ao longo do tempo (Lincoln e Lullman, 2007 em Yanos, Vayshenker, Pleskachb e Mueser, 2016), novas descobertas demonstraram que ter *insight* não estava necessariamente associado a resultados positivos. No artigo de Buchman-Wildbaum et al. (2020) é mencionado o “**paradoxo do insight**”, fazendo referência a estudos que evidenciaram que pessoas com doença mental com um bom *insight* demonstravam maior probabilidade para apresentarem sintomas depressivos, menor QdV, baixa autoestima e menos sentido na vida (Ehrlich-Ben Or et al., 2013; Lysaker et al., 2003; Mintz et al., 2003; Moore et al., 1999; Staring et al., 2009), pelo reconhecimento de ter uma doença mental e das suas consequências e pela consciência da perda da sua identidade e da vida que lhe foi roubada (Yanos et al., 2010). O artigo de Kaite, Karanikola, Merkouris e Papathanassoglou (2015) reforça a evidência do sofrimento que um bom *insight* pode provocar. É com base neste conhecimento que o *insight* pobre foi associado a menos sofrimento emocional (Yanos et al., 2016). Buchman-Wildbaum et al. (2020) revelaram que níveis maiores de **autoestigma** e de **vergonha** tinham maior impacto negativo a nível de *insight*, com maior probabilidade da pessoa desenvolver depressão, mais ansiedade e raiva associado ao processo de aceitação da doença. Mostraram, ainda que **fatores sociodemográficos**, o **próprio diagnóstico** e as **hospitalizações anteriores** podem ser possíveis preditores de *insight*. Já, Roe e Kravetz (2003) referem-se a este paradoxo como sendo resultado da forma complexa em que as

pequenas anomalias do sistema nervoso central produzem tanto na doença mental como na sua falta de consciência (Amador, 2000; Amador e Kronengold, 1998).

Nas doenças mentais graves, como esquizofrenia, doença bipolar e depressão grave, existe maior probabilidade de sofrer traumas ao longo da vida do que pessoas na população em geral (Yanos et al., 2016). Kaite et al. (2015) demonstram que a **experiência vivida** da pessoa com doença mental grave, também, afeta o nível de *insight*. A grande maioria dessas pessoas descrevem um grande sofrimento emocional, associado à própria doença, pela exclusão da família e amigos (Andersen e Larsen, 2012), pela sensação de vergonha e impotência (Borg e Davidson, 2008) que os levou ao isolamento (Liu, Ma, & Zhao, 2012). A perda dos laços sociais entre família, amigos e relacionamentos românticos foram, sobretudo, descritos como verdadeiramente dolorosos (Kaite et al., 2015). Como estes autores referem, a capacidade de desenvolver e manter relações interpessoais é uma componente fundamental da saúde mental (Lieberman et al., 2002), pelo que a recuperação deve abranger a capacidade de voltar a criar relações sociais até porque a aceitação da pessoa com doença mental pela sociedade, foi descrita como pré-condição (Jönsson et al., 2008, Thompson et al., 2008).

Nessa mesma linha de pensamento, Korsbek (2013) salienta que a problemática de uma pessoa ser diagnosticada com uma doença mental é que tal acontecimento não afeta, apenas, o mundo exterior que a rodeia, mas acima de tudo, afeta o seu mundo interior. Assim sendo, o *insight*, é também uma **questão de identidade**, salientando a luta que se segue na procura da sua identidade após receber o diagnóstico. Os significados que a pessoa atribui ao diagnóstico da doença mental pode influenciar a consciência da doença assim como a interiorização do estigma do meio envolvente podem ter implicações nos resultados durante a sua recuperação (Yanos, Roe, Markus, & Lysaker, 2008) que, efetivamente, pode ser prejudicada pela pessoa que luta por manter a sua identidade e que se vê, unicamente, em termos da sua doença (McCay & Seeman, 1998). No entanto, vários estudos demonstraram que a reconstrução da identidade, de um novo *self* é uma parte necessária para o processo de recuperação, levando não só à mudança da pessoa, mas, também, a uma transformação da identidade de doente em identidade de pessoa (Davidson & Strauss, 1992; Roe, 2001; Davidson, Sells, Sangster, & O'Connell, 2005).

Por sua vez, Hasson-Ohayon, Kravetz, Meir e Rozencwaig (2009) demonstraram que a **esperança**, também, tem influência no *insight*, especificamente,

na esquizofrenia. Estes autores demonstraram que pessoas com esquizofrenia expressam, significativamente, menos esperança do que a população em geral (Landeem e Seeman, 2000; Landeem et al., 2000). A esperança é outra componente que torna o *insight* controverso (Lysaker et al., 2005, 2007) já que foi considerada uma possível moderadora da relação entre o *insight* e o nível de aceitação da doença. Enquanto que, pessoas com níveis altos de *insight* e de esperança evidenciam maior vontade de aceitação da doença, pessoas com níveis altos de *insight* mas com pouca esperança mostraram maior propensão para evitar a doença. Korsbek (2013) reforça estas conclusões ao demonstrar que a avaliação do *insight*, também, é influenciada pelo grau de **estigma interiorizado**. Comparando resultados de avaliações de esperança e de autoestima, Korsbek (2013) concluiu que pessoas com altos níveis de *insight* e níveis relativamente baixos de estigma apresentam níveis de esperança mais altos, enquanto pessoas com altos níveis de *insight* e altos níveis de estigma, manifestam níveis mais baixos de esperança (Lysaker, Roe, & Yanos, 2007).

Hamilton e Roper (2006), baseando-se numa teoria social pós-moderna, recorrendo a conceitos como a subjetividade, discurso, conhecimento e relações de poder, defendem que o *insight* é definido pela **subjetividade** e pelos contextos de todas as pessoas envolvidas. Estes autores pretendem mudar a forma como os profissionais encaram o *insight*, resumindo o seu conceito a uma confrontação de opiniões entre o individual e o profissional. Sugerem que, no *insight*, existem apenas duas visões importantes a considerar, a visão explicativa de uma pessoa com a doença e a visão individual e opinativa dos profissionais de saúde.

Finalmente, Di Cara, Palmeri, Formica, Lo Buono, Andaloro, Bonanno et al. (2020) apresentam achados que sugerem que o *insight* é o resultado da atividade integrada de diferentes áreas cerebrais que envolvem, principalmente, os centros límbico e frontal, mostrando que o déficit cognitivo, especialmente do tipo executivo, afeta todos os níveis de consciência do indivíduo (Landi, Marazziti, Rutigliano, Dell'Osso, 2016). Quanto mais conscientes as pessoas estiverem da sua condição e da perda das suas capacidades, maior será a probabilidade de ficarem deprimidos o que demonstra que a **depressão** e a **ansiedade**, desempenham um papel fundamental na consciência de uma pessoa, correlacionando as alterações neurocognitivas com perturbações de humor. Assim, o *insight* também pode ser comprometido, com diferentes graus de gravidade nos distúrbios neurológicos, como demência, acidente vascular cerebral e traumatismo cranioencefálico (Di cara et al.

2020). Reforçando estes achados, Raffarda, Bayard, Capdeviellea, Garcia, Boulenger e Gely-Nargeot (2008) referem que a tentativa de melhorar o *insight* em pessoas com doenças mentais crônicas e em idosos parecem ser ineficazes devido ao compromisso da função cognitiva, resistência à mudança ou à sintomatologia psicótica, sobretudo, a negativa.

Fica claro que, qualquer que seja o significado atribuído ao *insight*, é irrefutável que este é considerado uma peça chave na abordagem às doenças mentais, tendo sempre em conta, as influências que as características pessoais e do meio exercem sobre ele. No artigo de Mori e Amore (2019), é referido que a compreensão de uma doença surge de uma complexa fusão de experiências pessoais e antecedentes culturais, crenças e expectativas que constituem um “modelo explicativo” que não poderá negligenciar o peso que a cultura pode exercer sobre o *insight*. Exemplo disso é a realidade contrastante entre as populações do Ocidente em que a compreensão da doença envolve mais fatos médicos e psicossociais e as populações de emigrantes de países de baixo rendimento que, predominantemente envolvem mais fatores espirituais (possessão, feitiços) ou eventos traumáticos (Tranulis, Corin, Kirmayer, 2008). Por esta perspetiva, para Mori e Amore (2019), a formação cultural do profissional de saúde na avaliação do *insight* revela-se essencial pois, ao subestimar a perceção da pessoa, está a fazer interpretações que poderão repercutir-se na sua “negociação” (Tranulis, Corin, Kirmayer, 2008). Sublinham que a avaliação do *insight* deve ter em conta o impacto que o diagnóstico terá no **contexto social**. Os estereótipos negativos das doenças mentais, a discriminação, o estigma e desigualdade social ainda permanecem uma realidade muito presente nas sociedades (Stuart, 2016). Segundo estes autores, a estigmatização continua a ser uma forte razão para levar as pessoas a não aceitarem os seus diagnósticos e a recusar tratamento, mesmo estando cientes dos seus sintomas (Kirmayer, Corin, Jarvis, 2014; Kim, 2004; Beck, Cavelti, Kvrjic, Kleim, Vauth (2011). Referem ainda que, apesar da modernização das sociedades, em que é fácil ter acesso à informação, o público em geral permanece preconceituoso em relação a pessoas com doença mental, realçando a necessidade urgente de desenvolver estratégias que ajudem a reduzir o estigma (Stuart, 2016; Mittal, Sullivan, Chekuri, Allee, Corrigan, 2012; Wood, Byrne, Varese, Morrison, 2016).

Em relação ao *insight* e à sua avaliação, parece-me interessante acrescentar que a forma como é perspetivada pode definir toda a sua evolução. Na maioria das

vezes, a abordagem ao *insight* na pessoa com doença mental grave tende a ser realizada seguindo as diretrizes do modelo médico, que se baseia na doença e na psicopatologia, o que acaba por ser limitativa e redutora por não ter em consideração a pessoa. Porém, estará eminente uma mudança na forma como a doença é encarada, dando menos ênfase ao diagnóstico e incidindo mais na pessoa que a tem. Para Roe e Kravetz (2003), a pertinência deste tema assenta na abordagem unilateral do *insight* sobre a doença mental (McCabe e Quayle, 2002). Estes autores defendem que, comumente, se recorre ao modelo médico para desenvolver métodos educacionais e terapêuticos para ajudar a promover o *insight* e a ultrapassar as barreiras que este coloca. Os estudos que se baseiam no modelo médico e que salientam os benefícios do *insight* assentam, frequentemente, na sua medição e na da QdV através de entrevista clínica (Amador et al., 1993). No entanto, novos estudos têm dado suporte científico a uma nova metodologia em que a avaliação do *insight* e da QdV incidem no autorrelato da própria pessoa (Browne et al., 1998). É através dele que é demonstrada a influência negativa que o *insight* pode ter para a pessoa diagnosticada e que sustentam o paradoxo a ele associado. Segundo Roe e Kravetz (2003), o modelo médico assume que a avaliação do *insight* só pode ser fiável através de entrevistas clínicas e de escalas realizadas pelos profissionais de saúde, invalidando o recurso a instrumentos de autorrelato (Marks et al., 2000). O interessante da abordagem destes autores é que, por este prisma, estas pessoas estarão sempre “presas” a um duplo vínculo que limita a sua capacidade de aceitação da doença. Se o fizerem estão, claramente, doentes. Se negarem a doença ou se as suas interpretações forem diferentes do padrão médico/científico demonstram que estão doentes pela sua incapacidade em aceitar a doença. Em qualquer destas hipóteses, estão condenadas, estando destinadas à angústia do diagnóstico e às atitudes negativas que daí advém.

Querendo contrariar este movimento, Roe e Kravetz (2003) sugerem que recorrer à narrativa pode ser uma forma promissora de explorar o *insight* ao focar a perspetiva pessoal. Para dar suporte a esta abordagem, estes autores desenvolveram uma estrutura abrangente, resultante de várias narrativas pessoais sobre o *insight*, explicitamente para trabalhar e avaliar as funções principais das narrativas das pessoas com doença mental. Essas funções seriam o criar empatia, aumentar a capacidade de controlo e melhorar a QdV. Esta abordagem multifuncional da narrativa pessoal pode ser vantajosa no desenvolvimento de intervenções de reabilitação e recuperação da doença mental (Roe e Kravetz, 2003).

Em 2012, Levy-Frank e Hasson-Ohayon em colaboração com Kravetz e Roe referem que a maioria dos estudos existentes são quantitativos e que, apesar destes estudos serem essenciais para estabelecer uma base de evidência científica (Drake 2005), não têm em consideração a maneira como a intervenção é vivenciada. A experiência pessoal e subjetiva dos participantes e as respostas às intervenções são argumentos válidos para fornecerem dados ricos e valiosos sobre o processo e o impacto de tais intervenções (Hasson-Ohayon, Roe, & Kravetz, 2006; Hasson-Ohayon, Kravetz, Roe, Rozencwaig e Weiser, 2006). Dar ênfase aos métodos qualitativos, é permitir ter em consideração o potencial de evidenciar descobertas inesperadas que serão, igualmente, essenciais para o desenvolvimento e implementação de futuras intervenções.

Da mesma forma, Murri e Amore (2019), reforçam que a falta de percepção não deve ser avaliada de uma forma redutora, considerando apenas um sintoma, um mecanismo psicológico ou uma função neuropsicológica, estando envolvidos outras dinâmicas entre esses constituintes e fatores pessoais e contextuais. Citando estes autores *“Uma visão integrada e culturalmente sensível do insight é fundamental para promover a consciência e o crescimento pessoal em pacientes com doença psiquiátrica grave.”* (Lysaker, Pattison, Leonhardt, Phelps, Vohs, 2018; Vohs, Leonhardt, James et al., 2018; Jørgensen, Licht, Lysaker et al., 2015).

A avaliação do insight é feita com recurso a escalas de avaliação. Algumas das escalas validadas para a realidade portuguesa são referidas no artigo de Murri e Amore (2019) que, após sofrerem a sua apreciação acabaram por, de alguma forma, serem consideradas redutoras por não incluírem alguns dos fatores como os sociais ou serem de difícil aplicação, ainda que abranjam mais domínios. Por exemplo, o item G12 da Escala de Sintomas Positivos e Negativos para Esquizofrenia (PANSS) é uma avaliação unidimensional do *insight* que avalia os níveis de percepção e julgamento e apesar deste último ser importante para a prática clínica, acaba por não ser pertinente para o *insight* o que a torna uma escala pouco específica. A Escala para Avaliação do Reconhecimento da Doença Mental (SUMD) abrange o reconhecimento dos sintomas como parte de uma doença e as explicações sobre sua natureza, as várias classificações de *insight* para sintomas individuais e as classificações distintas para *insight* de sintomas atuais e passados, no entanto, o seu comprimento torna-o difícil de o pôr em prática para o uso diário (Dumas, Baumstarck, Michel, Lançon, Auquier, Boyer, 2013). A escala de Marková e Berrios apresenta interpretações das questões

que suscitam dúvidas tanto para os profissionais de saúde como para as pessoas com doença mental. A Escala de *Insight* Cognitivo de Beck (BCIS) foi desenvolvida, especificamente, para o *insight* cognitivo, abrangendo os domínios da autoconfiança e autorreflexão, que se reflete no excesso de confiança nos julgamentos da pessoa, na incapacidade de corrigir as distorções cognitivas, na incapacidade de refletir sobre as suas experiências (Riggs et al., 2012) e apesar de ser adequado para esta realidade, não considera a questão dos fatores culturais assim como nas outras escalas. Portanto, na aplicação de qualquer um destes instrumentos há que ponderar que o *insight* avaliado pode não corresponder à realidade. Buchman-Wildbaum et al. (2020) reforçam esta ideia referindo que a maioria das escalas existentes são baseadas em observações de médicos (Young et al., 2003) ou podem exigir algum treino na sua aplicação (Sanz et al., 1998).

1.3A promoção do *insight* como foco de atenção do Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: um olhar sistémico

Porque é que o *insight* é importante? Já se constatou que o *insight* é uma realidade multidimensional, que influencia tanto a adesão ao tratamento como os resultados. Na prática clínica, é utilizado para saber se a pessoa tem a perceção da sua doença, das respetivas consequências e qual a sua viabilidade de aderir ao tratamento (Murri e Amore, 2019). A forma como a pessoa vê a sua doença, o efeito negativo do estigma e autoestigma, a autoestima, baixos níveis de esperança, podem ser razões fortes para não aceitar o diagnóstico que recebeu (Korsbek, 2013), que, por sua vez, vão ser prejudiciais à QdV, relações interpessoais, trabalho e vocação (Murri e Amore, 2019). É este o impacto do *insight* na doença mental. Quanto mais empobrecido for, pior será o diagnóstico, logo, maior será a probabilidade de recusar o tratamento e portanto, ter *insight* é necessário para o envolvimento no tratamento (Murri e Amore, 2019). Na visão de Korsbek (2013), a psiquiatria moderna enfatiza o papel do *insight* como sendo fundamental para a autocompreensão e para a recuperação da doença mental.

O processo de recuperação de uma patologia mental é um resultado muito desejado pelos serviços de saúde, tornando-se, por isso, fundamental identificar as componentes que desempenham um papel decisivo nesse processo para estabelecer os princípios e métodos que o vai nortear. Korsbeck (2013) salienta que a recuperação de uma patologia mental não se limita apenas à remissão dos sintomas e à

recuperação da sua funcionalidade (William Anthony, 1993) O seu sucesso reside na capacidade da pessoa, ao passar por uma experiência marcante, sofrer um processo de transformação e conseguir atribuir-lhe um novo significado, demonstrando mudança, evolução e crescimento pessoal.

Pode-se dizer, que proporcionar crescimento e amadurecimento é o principal objetivo do EEESMP. Porém, a transformação do ser humano detém em si toda uma complexidade que, tão bem, caracteriza a área da saúde mental e psiquiátrica (SMP). O ser humano é, por si só, um ser complexo que interage com o meio em que está inserido, ocorrendo, inevitavelmente, trocas entre si, numa constante procura por um equilíbrio e harmonia. É nesta interação que se vão manifestando as influências internas da pessoa sobre as influências externas do meio e que vão definir a capacidade de adaptação de cada pessoa. Se esta for mal gerida e a pessoa não conseguir reencontrar o seu equilíbrio, a doença tende a instalar-se e a procura de ajuda torna-se uma necessidade. O EEESMP contém em si os conhecimentos para proporcionar aprendizagens e servir de ferramenta tanto a nível da doença já instalada como a nível do tratamento e na prevenção. Esta forma de perceber a interação entre ser humano e meio, na procura do equilíbrio e autorregulação permite-nos ter um olhar sistémico sobre a doença mental e, consequentemente, sobre o *insight*, o que nos remete para a teoria dos Sistemas de Betty Neuman.

1.3.1 Teoria dos Sistemas de Betty Neuman

Este é um modelo amplamente utilizado em todo o mundo e destaca-se, não só pela procura da resolução do problema de saúde mas também pela importância que é atribuída à prevenção e educação para a saúde (Pearson e Vaughan, 1992). Na fundamentação da sua teoria, Betty Neuman recorre ao conhecimento de várias disciplinas, incentivando uma abordagem multidisciplinar, às suas crenças filosóficas e à sua especialização em saúde mental, tendo sido pioneira no envolvimento da enfermagem na saúde mental (Freese, 2002).

É considerado um modelo útil na identificação do problema, possibilitando um envolvimento mais autónomo por parte de enfermagem (Pearson e Vaughan, 1992). Com base nesta teoria, o enfermeiro pode ter uma visão mais ampla da pessoa, permitindo-lhe ter uma melhor compreensão das suas interações com o ambiente, ajudando-o, assim, a definir os problemas de enfermagem. (Freese, 2002).

A Teoria dos Sistemas assenta em quatro pressupostos: **pessoa, ambiente, saúde e enfermagem** (Freese, 2002) e destacam-se dois componentes essenciais, o **stress** e a **reação ao stress** (George, 2000).

Na interação com o meio, todos os organismos vivos procuram a homeostase que se caracteriza pela constante procura do equilíbrio e harmonia, o que nos remete à definição de **saúde**. Pessoa, família, um grupo, uma comunidade, aos olhos de Neuman, todos são considerados sistemas abertos porque todos são organismos vivos que estão em constante interação com o meio que os rodeia (Pearson e Vaughan, 1992). A demanda da satisfação das suas necessidades leva a que o organismo esteja sujeito à desestabilização dessa harmonia, propiciando o desenvolvimento de mecanismos que permitam a sua adaptação ao meio, que ao longo da sua evolução se vão tornando num processo complexo, contínuo e dinâmico. No entanto, quando o organismo se mantém no desequilíbrio durante muito tempo ou tem dificuldade na adaptação, a doença pode surgir (Freese, 2002).

A **pessoa** é um sistema aberto que está numa interação constante e recíproca com o ambiente (Freese, 2002) podendo sofrer influências positivas ou negativas. Tendo em conta uma abordagem holística, esta pode ser influenciada por variáveis como a **variável fisiológica** (refere-se ao organismo, na sua estrutura e função), a **variável psicológica** (refere-se aos processos mentais e relacionamentos), **variável sociocultural** (refere-se às atividades sociais e culturais e às expectativas), **variável do desenvolvimento** (refere-se aos processos relacionados ao desenvolvimento durante o ciclo de vida) e a **variável espiritual** (refere-se à influência de crenças espirituais, considerada inata da estrutura básica que pode ou não ser reconhecida ou desenvolvida pela pessoa) (George, 2000). Estas variáveis, os aspetos genéticos, os pontos fortes e as fraquezas correspondem à estrutura básica ou ao núcleo central (George, 2000). Este é protegido por linhas de defesa que protegem a pessoa da tensão provocada pelo ambiente, que são as **linhas de resistência**, de **defesa normal** e de **flexibilidade**. As linhas da resistência são um conjunto de anéis quebrados que circundam o núcleo e que são ativadas quando a linha normal de defesa é invadida pelos stressores ambientais como, por exemplo, o mecanismo do sistema imunológico. Representam os fatores de recurso que ajudam a pessoa a lutar contra um stressor (George, 2000; Freese, 2002). A linha normal de defesa representa o nível de estabilidade de bem-estar normal e é usada como referência na determinação dos desvios do sistema. Esta linha vai-se alterando ao longo do tempo,

como resposta aos vários stressores a que vai sendo sujeito. Quando esta linha é invadida, o sistema reage sob a forma de sintomas da doença, enfraquecendo-a e tornando-a permeável a outros stressores (George, 2000). A linha flexível de defesa corresponde ao limite mais externo, logo à primeira linha de defesa do núcleo em relação ao ambiente. Funciona como um amortecedor, sendo inclusivamente descrita como tendo um efeito de acordeão, pois pode ter a capacidade de se expandir, afastando-se da linha normal de defesa ou de se contrair, aproximando-se dela. Esta linha de proteção funciona como um escudo da linha normal da defesa, impedindo a entrada dos agentes stressores assim como os seus efeitos. O grau de proteção depende da distância entre estas duas linhas, sendo que quanto maior a distância entre elas maior o grau de proteção (George, 2000). Portanto, quando os stressores atravessam a linha flexível de defesa, a instabilidade surge, as linhas de defesa são ativadas e o sistema move-se no sentido de saúde/bem-estar para a doença. Se houver energia disponível, o sistema é reconstruído e a linha de defesa retorna ao seu normal, podendo estar acima ou abaixo do nível inicial (George, 2000).

O **ambiente** corresponde a todos os fatores (ou influências) internos e externos que rodeiam a pessoa ou o sistema, definidos como stressores. (George, 2000). Os **stressores** são estímulos que provocam tensão no sistema, podendo causar instabilidade (George, 2000). Estes podem ser **intrapessoais**, **interpessoais** e **extrapessoais**. Os **intrapessoais** são forças que ocorrem dentro do sistema, na pessoa, como por exemplo, doença, infeção, trauma, alterações do desenvolvimento (Pearson e Vaughan, 1992). Os **interpessoais** ocorrem fora dos limites do sistema mas podem ter impacto sobre ele (George, 2000). Pode ser entre uma ou mais pessoas e incluem acontecimentos familiares, mudança de papéis, dependência (Pearson e Vaughan, 1992). Os **extrapessoais**, também, ocorrem fora do sistema mas a nível do ambiente que o rodeia. Estes incluem pobreza, privações, mudanças nos sistemas educacional e cultural, políticas sociais. A **resposta a um stressor** refere-se à quantidade de energia que é utilizada pela pessoa para se ajustar aos stressores (Freese, 2002). É diferente de pessoa para pessoa e depende da eficácia das linhas de defesa e da instabilidade que se gerou dentro do sistema (Pearson e Vaughan, 1992). As reações e os resultados podem ser positivos ou negativos e de acordo com a energia despendida, o sistema pode mover-se da negentropia (processo de recurso à energia no sentido de se atingir a saúde) para entropia (processo de esgotamento de energia podendo levar o sistema à doença e à morte) (George, 2000; Freese, 2002). Betty Neuman definiu três tipos de ambiente onde estes stressores

podem acontecer como o ambiente interno, o ambiente externo e o ambiente criado. O ambiente interno refere-se a todas as interações e influências contidas dentro do sistema, logo, é intrapessoal (George, 2000). O ambiente externo refere-se a todas as interações que ocorrem fora dos limites do sistema, logo incluem o interpessoal e o extrapessoal (Freese, 2002). O ambiente criado é desenvolvido, inconscientemente, pela pessoa e representa a totalidade do sistema aberto, com as trocas de energia entre o ambiente interno e o externo. De uma forma dinâmica e com o intuito de preservar a estabilidade do sistema, a pessoa mobiliza todas as suas variáveis do sistema para criar um efeito protetor, ajudando-a a lidar com a ameaça dos stressores ambientais, mudando-se a si próprio ou a situação. O ambiente criado influencia e é influenciado, continuamente, pelas alterações do estado de bem-estar da pessoa (Freese, 2002). Depois de sofrer as ações dos stressores com as respectivas reações, o sistema inicia a sua reconstituição. Esta representa o estado de adaptação do ambiente interno e externo aos stressores e pode ocorrer em qualquer altura, após o início do tratamento contra a invasão dos stressores. A reconstituição implica um aumento na energia em relação ao grau de reação ao stressor, podendo expandir a linha normal de defesa além do seu nível anterior, estabilizar o sistema num nível inferior ou fazê-lo regressar ao nível existente antes da doença. Estão incluídos os fatores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais, com as respetivas variáveis do sistema (fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual). Depende, portanto, da mobilização bem-sucedida dos recursos da pessoa (George, 2000; Freese, 2002).

A **enfermagem** é uma profissão que pode ser considerada ela própria um sistema porque a sua prática contém elementos em interação. A perspetiva de um sistema aberto possibilita o recorrer ao conhecimento de várias áreas científicas como uma força unificadora como também permite o desenvolvimento de um sistema organizacional que possa responder às mudanças (George, 2000). A enfermagem vê a totalidade da pessoa, tendo em consideração todas as variáveis que podem interferir na resposta da pessoa e à ação dos stressores (Freese, 2002). O enfermeiro tem, assim, uma participação ativa com a pessoa e a sua perceção vai influenciar os cuidados prestados. O seu papel é ajudar a pessoa a atingir e a manter a estabilidade. Através da observação dos efeitos dos stressores, reais ou potenciais, o enfermeiro desenvolve determinadas intervenções para ajudar a pessoa a fazer os ajustes necessários para atingir o bem-estar. Estabelece-se, assim, um vínculo entre **enfermagem, saúde, pessoa e ambiente** (George, 2000).

As intervenções são ações intencionais para ajudar a pessoa a atingir ou a manter a estabilidade do sistema. Baseiam-se numa provável ou real reação aos stressores, recursos, objetivos e resultados. Podem ser desenvolvidas antes ou após o stressor entrar em contato com as linhas de defesa do sistema pelo que são identificadas como **prevenção primária, secundária e terciária** (Freese, 2002).

A prevenção primária ocorre antes do sistema reagir a um stressor, logo, o objetivo desta intervenção é reduzir a possibilidade do sistema enfrentar um stressor e o fortalecimento da linha flexível de defesa, evitando a desadaptação. Inclui a promoção da saúde antes da prevenção do stresse e da redução dos fatores de risco. As estratégias que podem ser usadas incluem imunização, educação para a saúde, exercício físico e as modificações do estilo de vida (George, 2000; Pearson e Vaughan, 1992).

A prevenção secundária ocorre após o stressor ter ultrapassado a linha de defesa e o sistema reagir ao mesmo. O objetivo da intervenção é ajudar a pessoa a readquirir a estabilidade ideal do sistema e conservar a energia, ou seja, a voltar ao seu estado de saúde habitual, a reconstituir-se. A prevenção secundária foca-se no fortalecimento das linhas internas de resistência, protegendo, a estrutura básica através do tratamento apropriado dos sintomas. Se a prevenção secundária não tiver sucesso na reconstituição, a estrutura básica não será capaz de suportar o sistema e as suas intervenções, podendo levar à morte (George, 2000; Pearson e Vaughan, 1992).

A prevenção terciária ocorre após o sistema ser tratado através das estratégias da prevenção secundária. O objetivo desta intervenção é ajudar a pessoa a estabilizar e a manter o seu bem-estar e a proteger a reconstituição do sistema do cliente, evitando uma recorrência do stressor, através dos pontos fortes de apoio existentes e da manutenção da conservação da energia. Tem início em qualquer ponto após o sistema ter começado a ser restabelecido. As estratégias podem ser atividades de manutenção e do tipo educacional. Tende a levar de volta à prevenção primária (George, 2000; Pearson e Vaughan, 1992). Para ajudar o enfermeiro na sua função, Neuman desenvolveu o processo de enfermagem em três passos: o diagnóstico de enfermagem, os objetivos de enfermagem e os resultados de enfermagem (George, 2000). Neuman desenvolveu uma entrevista semiestruturada, recorrendo a seis perguntas, para fazer o levantamento da informação necessária para dar início ao processo de enfermagem:

- “1. O que é que considera ser o seu problema, dificuldade ou área de preocupação mais importante.
2. Como é que tem afetado os seus hábitos ou o seu estilo de vida?
3. Anteriormente já alguma vez teve um problema semelhante? Se sim o que é que foi esse problema e como o resolveu? Deu resultado a forma como resolveu?
4. Como prevê para si o futuro em consequência da situação presente?
5. O que está a fazer e o que pode fazer para se ajudar a si mesmo?
6. O que espera que os prestadores de cuidados, a família, os amigos e outras pessoas façam por si?” (Pearson e Vaughan, 1992, p. 117 e 120).

Estas questões possibilitam um olhar abrangente sobre a pessoa e o meio que o rodeia, permitindo ter uma melhor percepção das suas vivências, dos seus pensamentos e emoções, das suas expectativas. Desta forma é possível avaliar, *a priori*, o nível de *insight* que a pessoa demonstra para a presente situação. Confrontando essa informação com a que foi assimilada pelo enfermeiro durante a entrevista é possível estabelecer quais são os fatores de risco e quais os fatores protetores que a pessoa detém para, posteriormente, definir os diagnósticos, as respetivas intervenções e os resultados expectáveis (Pearson e Vaughan, 1992).

1.4 Intervenções especializadas para a promoção do *insight* na pessoa com doença mental grave

O *insight* poderá definir o rumo da doença, logo, desenvolver intervenções que o promovam deve ser um dos grandes focos do EEESMP, tanto a nível do tratamento da doença mental como no processo de recuperação e reabilitação. Para tal, está implícito a necessidade dos indivíduos compreenderem as repercussões de ter uma doença mental. Ter um *insight* adequado pode levar a uma maior motivação da pessoa para ser mais colaborativa em relação aos tratamentos propostos, o que, por sua vez, vai beneficiar a reinserção social (Di cara et al. 2020).

Ao promover o *insight*, o EEESMP está a dar à pessoa a possibilidade de ter uma participação ativa no seu tratamento. Concedendo-lhe responsabilidade na recuperação, está a incentivar o seu compromisso com a equipa multidisciplinar. Ao fazê-lo, está a assumir o controlo sobre os fatores que afetam a sua vida, aumentando a sua autonomia. Consequentemente, a pessoa e a família irão estabelecer uma melhor relação com o meio que os rodeia, experienciando vivências mais positivas, obtendo uma melhor QdV (Cardoso, 2008). Ao ter consciência de si, da sua identidade

e da sua condição será possível uma colaboração mútua e recíproca entre enfermeiro-pessoa que levará à aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de estratégias que irão capacitá-la e à família a lidarem com a doença e com as suas consequências negativas (Cardoso, 2008). Ao proporcionar este *empowerment* torna-se viável oferecer-lhe esperança na sua recuperação (Hasson-Ohayon et al., 2009). O EEESMP tem, assim, a capacidade de a ajudar a tornar-se forte e resiliente, a valorizar-se por forma a exprimir aquilo em que acredita e que precisa, encontrando apoio, aceitação e sensação de pertença (McAllister e Walsh, 2003). É na colaboração com a pessoa que o enfermeiro poderá obter resultados verdadeiramente eficazes. Recorrendo a uma analogia, Korsbek (2013) associa a recuperação a uma espécie de negociação, em que é necessário chegar a um acordo, o qual irá depender do que está a ser oferecido, quais os benefícios e a que preço (Graham Thornicroft, 2006) dado que são muitas as variantes que podem influenciar o envolvimento no tratamento.

Para melhor desempenhar as suas funções, o enfermeiro especialista (EE) deve ter em mente algumas considerações na sua abordagem à pessoa com doença mental grave. Deve ter a consciência de que ter um *insight* pobre não se restringe apenas à esquizofrenia, sendo comum nos diferentes diagnósticos psiquiátricos (Buchman-Wildbaum et al., 2020). Por outro lado, já foi demonstrado, que existem fatores como a aceitação da doença, experiências vivenciadas, o estigma, a autoestima, a esperança, cultura que podem interferir na forma como a pessoa percebe a sua doença mental, funcionando como barreiras no processo de recuperação. A autoidentidade da pessoa ao longo do contínuo da doença, é outro fator a considerar, pois pode-se tornar um meio de reconciliação entre o eu e as exigências da doença (Katie et al. 2015). Da mesma forma, Korsbek (2013) refere que é inegável o papel determinante da identidade e a forma pessoal como cada um lida com a doença, por estarem associados à formação pessoal, à educação, aos padrões familiares, às interações sociais assim como ao contexto social o que significa que o *insight* tem uma implicação individual que exige uma estratégia ou solução pessoal tanto no enfrentamento da doença como na recuperação. Demonstrar que a doença é algo separado da sua identidade (McAllister e Walsh, 2003; Korsbek, 2013), que é uma condição de saúde que pode ser controlada por um tratamento adequado (Buchman, Wildbaum et al., 2020), poderá ser uma abordagem valiosa na intervenção de enfermagem, no sentido de ajudar a pessoa a aceitá-la como forma de aliviar as suas experiências de sofrimento (Katie et al., 2015). E, não menos pertinente, o

enfermeiro deve assumir uma abordagem de um cuidado centrado na pessoa. Pôr em prática intervenções que não tenham em consideração as experiências vividas, assim como não ter em conta as necessidades especiais e seus desejos individuais, poderão pôr em risco a adesão ao tratamento (Kaite et al., 2015). Estas são abordagens que fazem a pessoa sentir-se valorizada, traduzindo-se em ganhos na relação entre ela e o EEESMP.

Posto isto, a literatura demonstra que uma das principais intervenções para melhorar o *insight*, controlar os sintomas e prevenir recaídas é a promoção da adesão à medicação (Kaite et al., 2016), demonstrando-se essencial para a manutenção da estabilização da doença mental (Copeland, Zeber, Salloum, Pincus, Kilbourne, 2008). Ramachandran et al. (2016) demonstram que o *insight* e a adesão medicamentosa estão intimamente relacionados. No entanto, os enfermeiros de SMP têm perfeita consciência da prevalência do abandono da medicação prescrita e os efeitos que isso provoca na QdV e na concretização dos objetivos pessoais da pessoa. A falta de *insight*, demonstrada pela ideia de que não estão doentes, de que não precisam da medicação ou pelos efeitos adversos que a medicação provoca são razões que motivam o abandono da mesma (Roe e Swarbrick, 2007), assim como o uso de substâncias psicoativas ou a crença num reduzido risco de recaída (Murri e Amore, 2019). Os efeitos adversos assumem uma fatia significativa no abandono da medicação como confirmam Clifford, Crabb, Turnbull, Hahn, Galletly (2020) ao comprovarem que os efeitos adversos da medicação antipsicótica, particularmente o efeito sedativo e o ganho de peso, contribuíram para a não adesão em 50% das pessoas com esquizofrenia (Velligan, Weiden, Sajatovic, et al., 2009). Copeland et al. (2008) sugerem que as tentativas de ajuste entre eficácia e tolerância, sobretudo, nos estabilizadores de humor (por exemplo, os tremores associados ao lítio) ou nos antipsicóticos atípicos (ganho de peso e risco de diabetes) poderão explicar a não adesão. No decorrer deste processo, a pessoa pode apresentar agudização dos sintomas, com internamento e prescrição de novos medicamentos o que prova que não existindo uma preocupação entre explicar os benefícios da medicação e os efeitos adversos indesejáveis, o ciclo de abandono da medicação parece inevitável. É, portanto, necessário identificar, junto das pessoas, quais as razões ou os fatores que levam ao abandono da terapêutica, aplicando intervenções complementares para aumentar a adesão. Murri e Amore (2019) defendem que uma conceção e atitude positivas em relação aos medicamentos podem aumentar a adesão medicamentosa (Lincoln, Lüllmann, Rief, 2007; Sendt, Tracy, Bhattacharyya, 2015) assim como uma

boa relação terapêutica com os profissionais de saúde, ter apoio social e o envolvimento da família (Sendt, Tracy, & Bhattacharyya, 2015 in Clifford et al., 2020).

Uma intervenção de EEESMP com resultados eficazes na promoção do *insight* são os programas de psicoeducação (PSE) que fornecem informação sobre as doenças mentais (diagnóstico, etiologia, sinais e sintomas, prognóstico), o tratamento, realçando a importância da adesão terapêutica (Buchman-Wildbaum et al., 2020) e suporte emocional, ajudando a gerir as emoções e as expectativas (Amaral, Almeida e Sousa, 2020). Estes últimos autores referem-se a esta intervenção não com o intuito de tratar mas para aplicar como complemento à adesão terapêutica, alterando, assim, os significados dos factos sobre as doenças mentais. Korsbek (2013) descreve que a crença de que quanto mais baixo for o *insight* de uma pessoa, mais grave será a sua doença (Sevy, Nathanson, Visweswaraiyah e Amador, 2004; De Hert et al., 2009) regeu muitos programas de PSE, acreditando que, incidindo, especificamente, sobre o *insight* e a sua promoção se iria aumentar a adesão à medicação (Zygmunt, Olfson, Boyer, & Mechanic, 2002; Kemp, Hayward, Applewhaite, Everitt, & David, 1996). De facto, Raffarda et al. (2008) referem que, aparentemente, a combinação entre a PSE individual e familiar e o tratamento farmacológico, desde o primeiro episódio psicótico, permitiria um aumento significativo do *insight* (Mintz, Addington, Addington, 2004). Da mesma forma, Kristiansen, Videbech, Kragh, Thisted e Bjerrum (2017) referem que os programas de educação são úteis na mudança do conhecimento, atitudes e habilidades necessárias para melhorarem o seu estado de saúde, pelo que devem fazer parte do cuidado integral da pessoa com doença mental. Estudos demonstram que dotá-la com conhecimentos válidos acerca da sua doença, através de programas de educação, aumenta, de forma positiva, a sua capacidade de lidar com ela, melhora os sintomas, aumenta a adesão terapêutica, apoia as escolhas de tratamento (Burlingame et al., 2006; Powell e Clarke, 2006; Poplawska et al. 2004), melhorando a QdV e o funcionamento social (Burlingame et al. 2006; Powell e Clarke, 2006; Poplawska et al., 2004; Hatonen et al., 2010; Anttila et al., 2012; Pollack, 1995; Kuosmanen et al., 2009) e prevenindo recaídas. Programas educacionais breves mostraram melhorar a perceção dos utentes em ambulatório e as respetivas atitudes em relação ao tratamento, sendo uma abordagem que poderá beneficiá-los, ainda durante o internamento. Levy-Frank et al. (2012) sublinham que os programas de PSE são considerados práticas baseadas em evidências (Drake, 2005).

A realização de intervenções psicoterapêuticas constituem uma outra forma para trabalhar o *insight* (Høglend, 2018). Sampaio, Sequeira e Lluch-Canut (2020), definem-nas como intervenções que têm o intuito de ajudar a modificar positivamente, características pessoais como comportamentos, percepções e emoções, tendo sido desenvolvido um modelo de referência estrutural para a sua aplicação. Este deve ter em conta, o recurso dinâmico a técnicas de diferentes escolas de psicoterapia, uma duração breve a média (de 3 a 12 sessões), com sessões de 45 a 60 minutos e devem estar associadas a taxonomias de enfermagem (CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem; NANDA - North American Nursing Diagnosis Association) a partir das quais se estabelece o diagnóstico, as intervenções e os resultados (Sampaio, Sequeira e Lluch-Canut, 2020). Para Høglend (2018), os profissionais da área de SMP acreditam que a intervenção psicoterapêutica pode ser aperfeiçoada através de uma base teórica, lógica e da opinião de especialistas (Gabbard e Westen, 2003) mas tal melhoria só será possível ao identificar os mecanismos de mudança que estão subjacentes aos efeitos do tratamento, sejam eles psicológicos (Kazdin, 2007) ou biológicos (Insel e Gogtay, 2014). São eles que terão impacto no complexo processo das intervenções e o *insight* é considerado um dos mais importantes mecanismos de mudança, não apenas para a psicoterapia dinâmica (Crits-Christoph e Connolly Gibbons, 2004) mas, cada vez mais, na terapia cognitivo-comportamental (TCC) (Thoma, McKay, 2015) e na psicoterapia experiencial (Pos, Greenberg e Warwar, 2009).

Outra intervenção promissora para aumentar o *insight*, mais especificamente, o *insight* cognitivo é o treino metacognitivo (TMC). Leonhardt et al. (2016) e Pinho (2020) defendem que para desenvolver o *insight*, a pessoa precisa de ter capacidade metacognitiva para conseguir integrar aspetos da sua experiência por forma a criar um relato coeso do que aconteceu na sua vida. O TMC baseia-se em fundamentos teóricos cognitivo-comportamentais da esquizofrenia, utilizando, contudo, uma abordagem terapêutica diferente (Moritz e Woodward, 2007), para diminuir a atividade delirante e a sua gravidade, demonstrando-se eficaz para dar resposta aos sintomas positivos, aos vieses cognitivos, às crenças disfuncionais e ao défice de insight (Sampaio, Pinho, Sequeira e Ferré-Grau, 2020). Um artigo escrito por Lopez-Morinigo et al. (2020) demonstra que o TMC intensivo, particularmente o individual (Balzan et al., 2019) parece aumentar a percepção das doenças mentais e dos sintomas, apresentando resultados mais eficazes na promoção do *insight* em relação a outros tipos de intervenção como a PSE, terapias de orientação psicanalítica, TCC, auto-

observação gravada em vídeo e antipsicóticos. Ao incidir em focos como os significados atribuídos, as conclusões precipitadas, mudança de crenças, empatia, memória, depressão e autoestima e estigma, o TMC pretende “*semear a dúvida*” (Moritz et al., 2014a) sobre os vieses cognitivos associados às ideias delirantes, aumentando a consciência dos delírios e alucinações. Nesse artigo, pessoas com perturbações psicóticas foram descritas como tendo maior autoconfiança e menor autorreflexividade do que a população em geral (Beck et al., 2004), logo tendem a confiar demais nas suas crenças. Assim, as intervenções da TMC visam aumentar a autorreflexão e diminuir a autoconfiança. Lopez-Morinigo et al. (2020) demonstraram que o TMC melhorou a capacidade da pessoa em refletir sobre seus próprios pensamentos e de corrigir interpretações com base em evidências contraditórias e/ou feedback externo, especialmente logo após o tratamento. No entanto, o impacto do TMC sobre a autoconfiança é significativo no pós-tratamento mas não no acompanhamento após a alta, o que pode exigir a manutenção de sessões (Lopez-Morinigo et al., 2020). Por sua vez, Murri e Amore (2019), referem que, de forma consistente, as intervenções que abordaram as habilidades metacognitivas, recorrendo ao autorrelato orientado para o significado têm mostrado resultados promissores em termos de melhoria da consciência. (Lysaker, Pattison, Leonhardt, Phelps, Vohs, 2018; Lysaker, Hamm, Hasson-Ohayon, Pattison, Leonhardt, 2018; Moritz, Mahlke, Westermann et al., 2018; Lam, Ho, Wa et al., 2015)

A promoção do *insight* também pode ser realizada através do recurso a mediadores expressivos. Philippini (1998) refere-se à terapia pela arte como um processo terapêutico através de mediadores expressivos que servem para materializar símbolos que representam um nível profundo e inconsciente da mente, permitindo “visualizar” o confronto, ao nível da consciência, possibilitando *insights* e a sua posterior transformação. A terapia pela arte expressiva é caracterizada, não pelo produto final (não é a beleza da peça ou a técnica utilizada que importa) mas sim o processo intrínseco que levou à sua construção, à descoberta de emoções profundas, pela catarse que provocou a sua produção. É uma forma de autoexpressão, de libertar as suas emoções, de reconhecer as suas próprias experiências, os seus pontos fortes, de melhorar a percepção que tem de si a nível bio-psico-social, a sua autoestima, a QdV (Vaartio-Rajalin et al. 2021). Facilitam a interação social, comunicação, estimulação sensorial e alívio emocional e podem servir como ponte entre o passado e presente, através do qual os indivíduos podem explorar experiências, rever a sua vida, ajustar-se e adaptar-se às mudanças (Vaartio-Rajalin et al. 2021). Existem

diversas formas de arte (desenho, pintura, escultura, música, escrita, dança) que podem ser usadas na intervenção de enfermagem, com recurso a uma vasta gama de materiais e a uma diversidade de técnicas e, por norma, são organizadas em grupo. Recorrendo a estes mediadores expressivos é possível ajudar a pessoa a explorar os seus sentimentos ocultos, num ambiente seguro (Vaartio-Rajalin et al. 2021). Na terapia de arte expressiva, o enfermeiro pode assumir um papel de destaque na parceria que estabelece com a pessoa. Ao ter em consideração não só os seus sinais e sintomas mas, também as suas opiniões e preferências, está-se a promover as narrativas pessoais da sua vida que refletem as suas experiências vivenciadas (Vaartio-Rajalin et al. 2021). Estes autores referem estudos que mostraram que doentes em fase aguda da doença beneficiaram da pintura ou da música, mesmo não estando dispostos a isso ou não sendo, ativamente, capazes de fazer arte (OMS, 2019b). A terapia pela arte foi considerada benéfica em quase todos os contextos: prevenção, reabilitação, cuidado, cura e palição (Vaartio-Rajalin et al. 2021). Da mesma forma, Haeyen, van Hooren, van der Veld, Hutschemaekers (2018) desenvolveram um estudo que demonstra os efeitos da arteterapia na redução dos sintomas psicopatológicos e na promoção da saúde mental e do bem-estar positivo, aumentando a resiliência e a adaptação emocional. A arteterapia é uma terapia específica dotada de intervenções que reduzem sintomas específicos e a qualidade das intervenções deve estabelecer um equilíbrio entre o foco de promover a saúde mental positiva e reduzir os sintomas de um diagnóstico específico, dependendo dos objetivos terapêuticos, grupos-alvo e contextos.

Resumindo, a pesquisa realizada ao longo destes meses demonstrou que são várias as intervenções a que se pode recorrer para promover o *insight*. Porém, a eficácia de tais intervenções parece estar dependente da capacidade que o EEESMP detém em chegar ao outro e assim sendo, é seguro concluir que, independentemente, da orientação das escolas de pensamento ou da metodologia utilizada, o fator que pode ter mais impacto na consciencialização é a relação terapêutica (RT).

A RT assume um papel fulcral para a determinação e concretização dos objetivos pessoais estabelecidos para o processo de recuperação pois ao compreender melhor as atitudes e preferências da pessoa e ao ter em conta as atividades que dão significado à sua vida, será mais fácil chegar a um compromisso não só em relação à toma da medicação (Roe e Swarbrick, 2007) como, também, em relação às intervenções de enfermagem. Efetivamente, a RT é a base da enfermagem

psiquiátrica, pois define uma interação entre duas pessoas (neste caso enfermeiro-pessoa), assente na confiança, autenticidade e empatia que colaboram entre elas para atingir um fim curativo, promovendo o crescimento e/ou a prevenção da doença (Townsend, 2011). Como reforçam Sylvestre e Gobeil (2020) deve, igualmente, basear-se no respeito, escuta e num real interesse pela experiência pessoal da pessoa que luta contra as suas dificuldades de comunicação (Di Blasi et al. 2001; Kelley et al. 2014). Sampaio, Sequeira e Lluch Canut (2015), recorrem à experiência de Peplau que já, em 1952, apontava para o relacionamento interpessoal entre enfermeiro e pessoa como a pedra basilar de qualquer tipo de terapia. Segundo estes autores, independentemente do modelo assumido, a RT é o fator preditivo positivo mais relevante, sendo o principal mecanismo de mudança das intervenções psicoterapêuticas de enfermagem. De realçar, que o envolvimento na relação pode ser a qualidade mais importante, ainda que subestimada, que os enfermeiros podem oferecer à experiência terapêutica destas pessoas pois é possibilitar uma caminhada conjunta em direção à mudança como referem Mcallister e Walsh (2003).

O estabelecimento de uma RT consolidada requer uma abordagem centrada na pessoa, acreditando, genuinamente, na singularidade de cada pessoa/família, respeitando e incentivando a sua autonomia e *empowerment* (Sylvestre e Gobeil, 2020). Só assim poderá existir uma verdadeira aliança terapêutica (AT). Este conceito foi desenvolvido por Bordin (1979) que o dividiu em constituintes (objetivo, tarefa, vínculo). Referia-se, assim, aos objetivos terapêuticos mutuamente acordados, ao processo terapêutico e ao vínculo estabelecido entre a pessoa e terapeuta (da Costa, Martin e Franck, 2020). Segundo da Costa, Martin e Franck (2020), uma AT forte favorece o sucesso da psicoterapia (Horvath e Symonds, 1991; Horvath et al., 2011; Martin et al., 2000), inclusive para pessoas com perturbações psicóticas (Frank e Gunderson, 1990; Goldsmith et al., 2015; Priebe et al., 2011) e poderá ser determinante na adesão ao tratamento médico (Day et al., 2005; Frank e Gunderson, 1990; Jaeger et al., 2014; McCabe et al., 2012; Montreuil et al., 2012; Weiss et al., 2002). A importância desta AT é justificada pela tomada de decisão compartilhada, em que ambos terapeuta e pessoa, decidem, em conjunto, quais as decisões terapêuticas a tomar. Salienta-se aqui, que para esta colaboração ser potenciada, a pessoa deve ter uma compreensão clara do problema em questão devendo ser informada sobre as diferentes opções de intervenções e as vantagens e desvantagens de cada uma das alternativas terapêuticas disponíveis, seguindo-se pela ética deontológica da profissão e pelo respeito dos direitos de cada um (Sylvestre e Gobeil,

2020). Já Raffarda et al. (2008) comprovam que um dos fatores que mais demonstram ter influência positiva nos resultados de uma psicoterapia é a AT (Horvath, 2000), desde que o terapeuta tenha em consideração a realidade da pessoa e eventuais experiências vividas, as origens étnicas assim como as suas crenças. Raffarda et al. (2008) relembram, ainda, que no que concerne à avaliação da percepção sobressai a diferença de perspetivas entre o terapeuta e uma pessoa que têm suas próprias crenças e atitudes em relação à doença mental.

2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO – DEPARTAMENTO PSIQUIATRIA DE UM HOSPITAL DA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA

Os capítulos anteriores fizeram referência ao conteúdo teórico deste relatório. Apesar da importância indubitável do conhecimento técnico-científico, a consolidação do conhecimento clínico culmina com a sua aplicação na prática e com a experiência, possível através da realização de estágios. Os capítulos que se seguem fazem referência à experiência vivenciada em estágio.

Assim sendo, os estágios foram realizados em dois contextos diferentes, o hospitalar e o comunitário, objetivando o desenvolvimento das competências de EE e de mestre. Ambos os estágios foram desenvolvidos no serviço de psiquiatria da instituição supracitada, no período compreendido entre 11 de Outubro de 2021 a 25 de Fevereiro de 2022.

O referido serviço situa-se no piso 1 e é formado por duas valências: o internamento de agudos e o Hospital de Dia de Psiquiatria (HDP). A entrada principal da psiquiatria, dá acesso ao HDP e ao internamento de agudos que se encontram em sentidos opostos. As respetivas entradas são controladas por um sistema de segurança em que as portas só são abertas através da passagem de um cartão eletromagnético a que, apenas, os colaboradores do serviço têm acesso.

O primeiro estágio foi desenvolvido em contexto comunitário, no HDP de 11 de Outubro a 17 de Dezembro de 2021. Em regime de ambulatório, o HDP tem o objetivo de proporcionar um programa intensivo de reabilitação psicossocial a utentes que apresentem um potencial significativo de recuperação ou que ainda não se apresentem completamente estabilizados do ponto de vista clínico, por forma a atingirem uma melhor QdV. Funciona numa das salas que engloba o ambulatório de

Psiquiatria, onde é feito o acompanhamento diário (dias úteis) dos utentes referenciados, quer do internamento, quer da consulta externa. Devido ao contexto Covid 19, durante o meu período de estágio, o HDP estava limitado a seis utentes. Funciona das 9h às 15h, de acordo com um Programa de reabilitação/reinserção pré-estabelecido pela equipa multidisciplinar (médico, enfermeira, psicóloga e terapeuta ocupacional) e que deverá ser aceite pelo utente. Engloba a realização de atividades como o café da manhã (onde são incentivados a falarem sobre o fim de semana), a adesão terapêutica, treino de AVD (para promover a autonomia no dia-a-dia), estimulação cognitiva, o Programa Viva+ (consiste na avaliação dos sinais vitais, peso, glicémia, perímetro abdominal, avaliação do síndrome metabólico), caminhada terapêutica e movimento, terapias expressivas, PSE, cinematerapia, treino de competências sociais, ludoterapia, SOS cuidados básicos de saúde e tema livre (é selecionado um utente por semana para partilhar com os outros elementos do grupo, os seus interesses e incentivar a sua responsabilização). As atividades são realizadas, maioritariamente, em grupo, no entanto, o EEESMP também poderá realizar intervenções de forma individual, se o utente assim o pretender. O programa é flexível e individualizado, de acordo com a evolução clínica de cada um.

Ao lado do HDP decorre a consulta externa de enfermagem, onde é realizado o acompanhamento dos utentes, para a sua avaliação, permitindo detetar, precocemente, alterações do seu estado mental. Nesta consulta são reforçados os ensinamentos para a saúde mental e para prevenção da doença, incide-se na medicação e os efeitos adversos e é realizada a administração dos neurolépticos de ação prolongada (NAP). São realizados programas de adesão terapêutica, em que os enfermeiros ajudam os utentes a preparar a medicação em caixas de unidose para duas ou três semanas, com o intuito de incentivar, facilitar e reforçar a sua toma no domicílio. À quarta-feira realiza-se o projeto Incorpora em que, através de um acordo entre a instituição e a Câmara Municipal, se faculta transporte aos utentes do domicílio à instituição para a administração dos NAP ou para o programa de adesão, diminuindo o risco de abandono do tratamento.

O estágio do contexto hospitalar teve lugar entre 10 de Janeiro a 25 de Fevereiro. O internamento de agudos destina-se a pessoas adultas (a partir dos 18 anos) que sofram de doença mental em fase aguda/descompensada da doença e que justifique um acompanhamento permanente. A grande maioria é internada

compulsivamente, ao abrigo do artigo 8 da lei nº36/98 de 24 de Julho da lei da saúde mental que defende:

1. *“O internamento compulsivo só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado e finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa.*
2. *O internamento compulsivo só pode ser determinado se for proporcionado ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa.*
3. *Sempre que possível o internamento é substituído por tratamento em regime ambulatorio.*
4. *As restrições aos direitos fundamentais decorrentes do internamento compulsivo são as estritamente necessárias e adequadas à efetividade do tratamento e à segurança e normalidade do funcionamento, nos termos do respetivo regulamento interno.”*

O serviço é constituído por dez enfermeiros e seis assistentes operacionais. Inicialmente, os turnos eram de oito horas passando posteriormente a doze. Quando fui para o contexto do internamento de agudos, já só existiam o turno da manhã (das 8-20h) e o turno da noite (20h-8h). Em ambos os turnos estavam escalados dois enfermeiros. Os assistentes operacionais mantiveram os turnos de oito horas, por opção dos mesmos, pelo que eram dois de manhã, dois à tarde e um à noite.

O serviço tem a capacidade de dezoito unidades de internamento, distribuídas em sete quartos duplos e quatro quartos individuais ou de isolamento, com casas de banho integradas. Os quartos individuais estão localizados, estrategicamente, em frente à sala de enfermagem pois são, comumente, utilizados para receber as pessoas admitidas no serviço que poderão necessitar de uma maior vigilância. O serviço dispõe de um refeitório que, também, funciona como área de convívio e que dá acesso a um jardim interno, uma rouparia, um gabinete médico, a biblioteca, uma casa de banho onde são prestados os banhos assistidos, uma zona de sujos, uma zona de limpos, o gabinete da coordenação de enfermagem, a sala de enfermagem com uma sala de trabalho, uma casa de banho e sala de passagem de turno, uma copa, uma sala de tratamentos e um armazém.

Todos os utentes estão identificados por uma pulseira com o nome, data de nascimento e um código de barras. Através de um dispositivo eletrónico que lê o código de barras, o PDT (terminal Portátil do Sistema Pharma TRAC), é possível aceder à medicação prescrita ou inserir os valores dos parâmetros vitais do respetivo utente diretamente no sistema informático, de forma fiável e segura, minimizando o

erro. O serviço utiliza o sistema informático da Glintt onde se pode aceder ao processo de cada utente.

No que diz respeito, especificamente, ao processo de enfermagem, este é realizado seguindo a taxonomia CIPE no estabelecimento dos diagnósticos e respetivas intervenções. Relativamente às intervenções de enfermagem, à segunda, terça, quinta e sexta, realiza-se o Programa Metacognitivo, uma intervenção grupal de duas semanas, com a duração de cerca de 30-45min, período durante o qual se vai abordando várias temáticas, como as diferentes patologias psiquiátricas ou estilos de vida saudáveis. O programa é realizado pela psicóloga do serviço com o apoio da enfermagem, idealmente, um EE. Atualmente, o programa encontra-se em reestruturação para permitir uma interação mais dinâmica, entre profissionais de saúde e utentes. À quarta-feira avalia-se o peso a todos os utentes. Por último, são realizadas intervenções individuais que assentam, sobretudo, na PSE. Devido ao contexto COVID-19, as intervenções com familiares foram, provisoriamente suspensas, mantendo-se, no entanto, as reuniões familiares quando necessário.

3. INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS DESENVOLVIDAS

Recapitulando, o *insight* é um construto multidimensional que, para além, de não reunir consenso em termos de definição, é circunstancial, sofrendo a influência de múltiplos fatores como os pessoais, ambientais, sociais, culturais, psicológicos, cognitivos, da própria interpretação do EE, o que torna a sua promoção, deveras, desafiante. Dado que o EEESMP deve fundamentar, continuamente, a sua prática em conhecimentos adquiridos pela evidência científica e que o objetivo máximo são os ganhos em saúde, a pesquisa mostrou que a promoção do *insight* deve incidir sobre os seus diferentes domínios e não, especificamente, sobre o *insight per si*. Logo, foi imprescindível adotar uma abordagem abrangente, recorrendo, simultaneamente, a intervenções psicoeducacionais, psicoterapêuticas e socioterapêuticas, de modo a potenciar a sua ação.

Atendendo a este ponto de vista, para o desenvolvimento das intervenções, recorreu-se à avaliação multidimensional de Riggs et al. (2012), no qual o *insight* divide-se nos seguintes domínios:

Figura 1 - Avaliação do insight segundo Riggs et al (2012)



Foi com base neste esquema que as intervenções de enfermagem foram planeadas e aplicadas nos campos de estágio, servindo de guia orientador na promoção do *insight*.

Considerando que a realização dessas intervenções pretendiam fomentar o desenvolvimento das competências necessárias para atingir o nível de especialista, foram definidos objetivos para os estágios. Assim sendo, as intervenções realizadas tiveram como objetivo geral, a promoção do *insight* na pessoa com doença mental grave, para, desta forma, aumentar a sua consciência em relação à doença, ajudá-la a mudar atitudes e comportamentos, prejudiciais a si e aos outros, aumentar a sua adesão ao regime terapêutico, prevenindo recaídas, melhorar a sua autonomia e integração na comunidade. Como objetivos específicos, as intervenções desenvolvidas pretendiam contribuir para o desenvolvimento das competências do EEESMP presentes no Regulamento 515/2018, pág. 21427, do Diário da República (DR); desenvolver a capacidade de avaliação, planeamento e intervenções de enfermagem adequada ao *insight* da pessoa com doença mental grave; realizar uma análise reflexiva sobre como as competências de EEESMP foram adquiridas e desenvolvidas ao longo do estágio.

Seguidamente são apresentadas as intervenções desenvolvidas para a promoção do *insight* na pessoa com doença mental grave.

3.1 Intervenções Psicoeducativas (desenvolvidas no HDP e no Internamento):

- Sessão de psicoeducação sobre a definição de *Insight*, numa atividade de grupo através de uma apresentação visual em HDP (apêndice 1);
- Foram realizadas intervenções psicoeducativas individuais sobretudo em internamento;
- Atividade de PSE “*Insights*” numa atividade de grupo, recorrendo a um jogo de tabuleiro tipo jogo da Glória, elaborado especificamente para o efeito, em internamento (apêndice 4). Posteriormente, também, foi realizado um para o HDP.

As intervenções psicoeducacionais realizadas pretenderam incidir sobre a consciência da doença, a aceitação da doença, o reconhecimento de sinais e sintomas, o reconhecimento da necessidade de tratamento, a atribuição de benefícios ao tratamento.

3.2 Intervenções Psicoterapêuticas (desenvolvidas no HDP e no Internamento):

- Realização de atividade terapêutica, numa atividade de grupo, recorrendo ao barro como mediador expressivo, em HDP (apêndice 2);
- Realização da atividade “Árvore da Aceitação da Doença”, baseada na árvore das competências, numa atividade de grupo, recorrendo a folhas, canetas e colagem como mediadores expressivos (apêndice 3);
- Realização de jogos de tabuleiro como mediador na intervenção psicoterapêutica, tanto individualmente como em grupo, no internamento;
- Colaboração no Programa Metacognitivo em internamento.

A realização destas atividades pretenderam incidir sobre a consciência da doença, a aceitação da doença, a atribuição dos benefícios de tratamento, o reconhecimento da necessidade de tratamento, a compreensão das consequências sociais da doença.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O código deontológico do enfermeiro, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) republicado no anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, o artigo 99.º referencia os princípios gerais que devem orientar os profissionais:

“1. As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro

2. São valores universais a observar na relação profissional:

a) A igualdade;

b) A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum;

c) A verdade e a justiça;

d) O altruísmo e a solidariedade;

e) A competência e o aperfeiçoamento profissional.

3. São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros:

a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade;

b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados;

c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.”

Segundo o livro da Deontologia profissional de Enfermagem, (OE 2015, pg. 39):

“Na perspetiva ética, a relação entre quem cuida e quem recebe cuidados pauta-se por princípios e valores. A dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios e que tem de estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções.”

Deste modo, as questões éticas que se colocaram neste estágio remeteram para a valorização da pessoa como um ser único que tem direito à liberdade de opção e a fazer as suas escolhas. O enfermeiro deve agir na salvaguarda do seu melhor interesse, sobretudo, quando está em questão uma vulnerabilidade acrescida, fruto da sua condição. Na realização das atividades terapêuticas, teve-se em consideração o livre-arbítrio da pessoa. Para além disso, foram sendo disponibilizadas as informações necessárias para a realização da atividade, garantindo a privacidade e a confidencialidade da informação obtida. Foram efetuados planos de sessão com a respetiva fundamentação, estabelecendo-se critérios de inclusão/exclusão aplicáveis a todas as situações. Para os critérios de inclusão, definiu-se pessoa com doença mental com idade superior a 18 anos, com quadro clínico estabilizado, que quisesse participar na atividade, sendo estes critérios cumulativos, ou seja, todos estas condições teriam de estar presentes. Como critérios de exclusão, foram consideradas as pessoas que não queriam participar na realização da atividade, que tivessem deficits cognitivos que não possibilitassem a aprendizagem e as pessoas com

agitação presente ou em risco de apresentarem agitação, bastando que um destes critérios estivesse presente.

Em todo o relatório é garantido o anonimato da instituição hospitalar, dos enfermeiros orientadores clínicos e restantes técnicos dos serviços, bem como de todas as pessoas com doença mental a quem se prestou cuidados.

5. CONSIDERAÇÕES SOBRE AS INTERVENÇÕES

Com a experiência dos estágios foi possível concluir que, de uma forma geral, o EEESMP, ao lidar com a pessoa com doença mental grave enfrenta, frequentemente, os diagnósticos de enfermagem “Aceitação da doença comprometida” e “Adesão terapêutica comprometida”. Na realização das intervenções, tanto no internamento como no HDP, comumente, os utentes manifestaram frases como “Não estou doente”, “Não sei o que estou aqui a fazer”; “O que eu gostaria era de voltar a ser o que era”, “Ninguém me vai dar trabalho se souberem que sou doente da cabeça” o que reforça os achados científicos que foram referidos no capítulo 1.2. Pela experiência vivida em estágio, fatores como a crise de identidade (Korsbek, 2013; Kaite et al., 2015), o estigma (Buchman-Wildbaum et al., 2020; Korsbek, 2013) ou esperança (Hasson-Ohayou et al., 2009), podem, efetivamente, influenciar de forma negativa, a consciência da doença mental e, por conseguinte, a sua aceitação, pelos significados que a pessoa atribui ao diagnóstico. Perante estes pontos de vista, a aceitação da doença revelou-se o domínio que maior impacto exerceu na promoção do *insight*, traduzindo-se em resistência à adesão dos tratamentos (medicamentoso e terapêutico) e às consultas de acompanhamento, na sua maioria de caráter compulsivo.

Com os estágios, foi possível aplicar os conhecimentos teórico-científicos e a experiência adquirida com as situações vivenciadas permitiu a atribuição de novos significados. Foi na interação do enfermeiro-pessoa que foi possível assimilar um novo entendimento sobre a pessoa e a sua relação com o mundo. Já Warne e McAndrew (2008) reconhecem a importância da relação entre os conhecimentos teóricos e as atitudes e emoções que influenciam o enfermeiro na prática, ou seja, a relação entre o conhecimento e o saber. Porém, nem sempre se tem em consideração que entre um e o outro existe o espaço que corresponde ao “não saber”, em que as emoções do enfermeiro podem ser desafiadas. Esta é uma capacidade que requer não só

perspicácia como também autoconhecimento, algo que não é facilmente acessível a todos. Reconhecer o "eu pessoal" inconsciente e o impacto que esse pode ter na RT é uma capacidade que necessita de ser explorada para que, na prática, o conhecimento adquira um novo significado e uma nova realidade (Warne e McAndrew, 2008). Estas são aprendizagens únicas que proporcionam crescimento, amadurecimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

Analisando o decorrer do estágio, houve fatores dificultadores e fatores promotores no desenvolvimento das intervenções. Do meu ponto de vista, penso que a falta de experiência na área de SMP foi um fator dificultador e isso foi notório nas primeiras intervenções. No início, a minha postura era mais ansiosa e tensa mas com o ganho de experiência, a insegurança foi sendo ultrapassada e fui evoluindo para uma postura mais descontraída. Com esta mudança, as intervenções fluíram mais naturalmente e senti menos receio da imprevisibilidade das reações de cada pessoa. Assim, foi possível ter um melhor aproveitamento das intervenções e dos conhecimentos obtidos e o feedback dos utentes foi muito compensatório.

Enquanto enfermeira inexperiente na área, foi inevitável, fazer expectativas sobre o resultado das atividades. Uma das intervenções que foi desenvolvida baseava-se na terapia pela arte, através do recurso ao barro como mediador expressivo. Criei uma enorme expectativa em relação a esta atividade e ao seu efeito terapêutico, o que na realidade não foi correspondida. Assumi que a capacidade de moldagem do barro fosse criar uma forma natural e espontânea dos utentes demonstrarem as suas emoções e a sua forma de perspetivarem a doença. Quando questionados sobre o que sentiam em relação a esse tema e sobre a passagem das emoções para o barro, os utentes mostraram-se muito renitentes à atividade, respondendo que não sabiam o que fazer. Com esta intervenção tornou-se claro que os utentes têm um papel ativo e participativo no seu tratamento. Para além disso, a constatação de que nem sempre as atividades vão ter os resultados esperados permitiu confrontar-me com o meu "não saber" e lidar com as respetivas emoções.

Outra dificuldade sentida esteve relacionada com a orientação e gestão de um grupo terapêutico que, também, revelou ser uma arte que necessita de ser trabalhada e aperfeiçoada. Ainda que as intervenções de grupo proporcionem aprendizagens mais produtivas pela confrontação de diferentes pontos de vista, é necessário desenvolver um saber estar e saber fazer na gestão e adaptação da intervenção aos diferentes utentes pelo que o papel do enfermeiro faz toda a diferença nos resultados

da intervenção. Mais uma vez notei que a falta de experiência nem sempre facilitou a realização das intervenções. No entanto, com o evoluir do estágio e com o desenvolvimento da RT foi sendo mais fácil gerir o grupo, colocar limites e lidar com as emoções.

Em relação ao programa metacognitivo, o feedback dos utentes foi que as apresentações visuais tornavam a atividade monótona e que facilmente perdiam o foco. Por essa razão, a equipa de enfermagem e psicóloga decidiram reformular o programa, no intuito de obter uma abordagem mais interativa e, como tal, esta atividade não foi muito desenvolvida, no período em que decorreu o estágio.

Por fim, a escala de *insight* já utilizada no Departamento, a de Marková e Berrios (anexo 1), revelou-se um fator dificultador. No HDP, a escala foi aplicada no início e no final do estágio. No internamento, essa escala já era aplicada a, praticamente, todos os utentes devido ao Programa Metacognitivo. Trata-se de uma escala de autoavaliação do *insight*, adaptada para a população portuguesa por Vanelli et al. (2010), que considera o insight uma subcategoria da consciência e não tanto uma característica independente da perturbação psicótica, em que a pessoa se apercebe de como é afetado pela doença e como esta altera as suas interações com o mundo. É constituída por 30 questões com resposta de sim e não, que representam aspetos da autoconsciência marcantes para a doença da pessoa, da perceção do ambiente que a rodeia e desejo de compreender a situação atual. Não existe um valor a partir do qual se considere ter *insight*. No final, o resultado pode estar compreendido entre 0 e 30 e à medida que a pontuação vai aumentando, maior será o nível de insight (Vanelli et al., 2010). No entanto, o feedback que a equipa de enfermagem e psicóloga deram é que esta poderia suscitar dúvidas na interpretação das questões, não reunindo consenso entre os elementos, o que iniciou a discussão sobre que outros instrumentos de medida poderiam ser utilizados para avaliar o *insight*.

PARTE II

ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Segundo Sylvestre e Gobeil (2020), a prática reflexiva é um processo interativo que corresponde a um processo de aprendizagem que ocorre ao longo do tempo, marcadas por trocas entre ação e reflexão, permitindo a transformação da prática do profissional de saúde. Ao refletir sobre as próprias experiências podem ser identificadas as situações ou elementos que levantaram questões. Ao questioná-los e analisá-los é possível encontrar resoluções alternativas válidas, alcançando uma nova compreensão do fenômeno, logo, uma nova experiência. Para Sylvestre e Gobeil (2020) este processo, juntamente com um feedback construtivo proporciona o ter a consciência do que é correto ou não e o que pode ser melhorado (Embo, Driessen, Valcke, & Van Der Vleuten, 2014) assim como, a capacidade de atingir uma atitude reflexiva exige disponibilidade de tempo (Larrivee, 2000), um ambiente de apoio (Mann, Gordon, & MacLeod, 2009) e orientação (Donnay & Charlier, 2008).

A aprendizagem faz-se em interação com o meio envolvente. Sem dúvida que a fundamentação científica deve dar robustez à prática do enfermeiro. Porém, é com a experiência que se adquirem as aprendizagens mais significativas. Já Benner (2001) defendia que *“(...) a prática é, em si mesma, um modo de obter conhecimento (...) As práticas crescem através da aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados. (p. 12) (...) A experiência é por isso necessária à perícia.” (p. 32).* De uma forma resumida, é na combinação da teoria com a prática que o EE construirá o seu caminho até à perícia, demonstrando ser detentor de conhecimentos técnicos e de uma conduta ética e moral exímia que, juntamente com a sua experiência, o orientará na tomada de decisão, agindo de forma responsável, flexível e criativa na resolução de problemas. Elevar o nível de excelência da profissão é um dos grandes objetivos de ser especialista e para tal é determinante desenvolver as competências postuladas em regulamento da OE e que constam em DR. Estas dividem-se em competências comuns a todos os enfermeiros especialistas e as que são específicas da área da SMP.

Assim sendo, no decurso dos estágios, a orientação do professor e das enfermeiras especialistas foram valiosas para a aquisição deste novo saber ser, saber estar e saber fazer. Para auxiliar este processo, foi realizado um estudo de caso que

permitiu perspetivar o utente enquanto ser holístico com um conhecimento abrangente, mais completo. Foram, igualmente, realizados jornais de aprendizagem que permitiram analisar, de forma reflexiva, as diversas situações com que fui confrontada, ajudando-me, assim, a reconhecer as minhas falhas e a melhorá-las e, também, a saborear as minhas conquistas. Todo este processo viabilizou a consolidação das aprendizagens adquiridas no exercício das funções como especialista. Seguidamente, desenvolvo uma análise reflexiva às atividades desenvolvidas durante os estágios, de acordo com a aquisição de cada competência.

1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o regulamento n.º 140/2019 postulado no DR, 2.ª série, N.º 26 a 6 de fevereiro de 2019, as competências comuns do EE são:

A - Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

B - Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

C - Competências do domínio da gestão dos cuidados

D - Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Segundo este regulamento, as competências comuns “*envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.*” (p.4744).

A - Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Este é o primeiro domínio que surge no regulamento das competências do EE. Neste domínio o enfermeiro deve ter “*desenvolvido uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1)*” e “*garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2)*”. (p. 4745)

A pessoa com patologia mental é considerada uma das que mais se caracteriza pela sua fragilidade e vulnerabilidade a nível da sociedade, estando, comumente, sujeito ao estigma e à discriminação o que acrescenta uma responsabilidade extra ao enfermeiro especialista enquanto cuidador. Como refere Nunes (2014), a primeira responsabilidade do EE na área de SMP é respeitar a pessoa com patologia mental e

proteger a sua dignidade e os seus direitos, com objetivo máximo de zelar pela qualidade e segurança dos cuidados. Tendo em conta que muitos dos utentes não têm discernimento ou capacidade de autonomia para pedir ajuda, deve ser orientador da prática do EE o cuidado ético, agindo em prol do utente, exercendo um cuidado adaptado à singularidade de cada um (porque as estratégias e intervenções podem variar de utente para utente) e protegendo-o contra a manipulação, o abuso da autoridade, da substituição e do paternalismo (Nunes, 2014).

No desenvolvimento desta competência, o EE, não deve, apenas, ser detentor de conhecimentos científicos. Deverá ter expandida a sua capacidade de reflexão para que, profissionalmente e eticamente, possa questionar-se a si próprio e à sua prática, na tomada de decisão, agindo no melhor interesse do utente (Nunes, 2014).

No local de estágio, tanto na vertente de HDP como na vertente de internamento, a equipa de enfermagem demonstrou ter um grande respeito pela pessoa com doença mental o que facilitou o desenvolvimento deste domínio. Ser pessoa significa que tem direito a ter a sua própria opinião sobre os cuidados prestados assim como tem direito a demonstrar as suas preferências. Sendo que é da responsabilidade profissional desenvolver intervenções que vão de encontro às suas necessidades adequando-as à singularidade de cada um, os utentes foram questionados sobre a sua pretensão em fazer a atividade, promovendo a beneficência e a não-maleficência. Tal como os valores éticos defendem, foi sendo validado com os utentes a confidencialidade das informações que iam partilhando, respeitando os critérios ético-legais.

No exercício das minhas funções enquanto EE foram desenvolvidas atividades de índole terapêuticas para a promoção do *insight*. No HDP, os utentes, ainda que não totalmente estabilizados, têm uma maior perceção da realidade e, portanto, agir, eticamente, no seu melhor interesse foi mais fácil. Neste campo de estágio, foram realizadas várias intervenções como a reunião interdisciplinar, adesão terapêutica, ludoterapia, produção de artigos de natal, estudo de caso, psicoeducação, terapia por mediadores expressivos. Sendo que, todas estas atividades implicavam o envolvimento do utente, foi possível desenvolver esta competência salvaguardando o seu melhor interesse. No estudo de caso, o utente escolhido manifestou o seu receio e a incerteza em ser alvo de um trabalho académico pelo que foi, frequentemente reforçado que seria garantida a confidencialidade da informação partilhada.

A destacar neste domínio, os internamentos compulsivos podem ser um desafio. Na área da SMP os utentes em situação agudizada da doença, não compreendem e não aceitam as razões do internamento, sendo, muitas vezes, necessário recorrer à contenção, ao serem um risco para os próprios ou para terceiros. Existe uma linha ténue entre o que é aceitável e o que pode vir a tornar-se abuso de poder. Para atenuar o sentimento de injustiça e de impotência, foi importante validar com o utente, de que aquela atitude, não era uma forma de castigo mas sim uma forma de proteção para os próprios. No internamento, o desenvolvimento deste domínio incidiu sobre as atividades de vida diárias e na PSE individual, recorrendo, frequentemente, à orientação para a realidade e à imposição de limites.

B - Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

O regulamento das competências comuns defende que neste 2º domínio, o EE deva ser capaz de *“garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1), desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2) e garantir um ambiente terapêutico e seguro (B3).”* (p.4745)

No que concerne ao domínio da melhoria contínua da qualidade, foi importante ter participado nas reuniões multidisciplinares semanais para discussão dos casos clínicos, permitindo a troca de ideias e de opiniões. A permuta de impressões entre os elementos possibilitou perspetivar diferentes pontos de vista, adequando o tratamento a cada utente. As passagens de turno foram, igualmente, enriquecedoras para o conhecer melhor, permitindo desenvolver intervenções que fossem ao encontro das suas necessidades, manifestadas na parceria entre enfermeiro-utente. Nesse sentido, o estudo de caso permitiu conhecer mais aprofundadamente o utente, pelo que foi possível implementar intervenções de qualidade e ajustadas à sua situação específica.

O estabelecimento de uma RT foi de extrema importância para o desenvolvimento desta competência pois só assim foi possível garantir um ambiente terapêutico e seguro. Não me foi difícil desenvolver a RT, contudo, foi decisivo aprender técnicas de comunicação mais adequadas para estes utentes, com a ajuda da experiência das enfermeiras orientadoras.

A adesão terapêutica foi outra atividade desenvolvida que permitiu incentivar a participação do utente. Utentes com patologia psiquiátrica, frequentemente, resistem

à toma da medicação pelos efeitos adversos que estes podem provocar e portanto, esta foi uma forma de o ajudar a ter responsabilidade e *empowerment* nos seus cuidados. Esta continua a ser uma forma cientificamente comprovada para a promoção do *insight*. Estabilizadores de humor, antipsicóticos, ansiolíticos permitem à pessoa com doença mental controlar a doença de forma a serem elementos produtivos da sociedade. No entanto, esta é, ainda, uma área com elevada taxa de abandono, pelo que esta atividade foi de extrema importância para a melhoria e segurança dos cuidados. Aderindo à medicação, os restantes tratamentos têm maior eficácia sobretudo a reabilitação e reinserção do utente na comunidade, assim como se verifica uma taxa de reinternamento menor. No HDP, esta atividade decorria à segunda-feira e permitia ajudar os utentes a prepararem a sua própria medicação para a semana, possibilitando reforçar os ensinamentos sobre a medicação, a sua ação, os seus efeitos adversos por forma a incentivar a manutenção da toma. No internamento, a toma da medicação coincidia com as principais refeições pelo que a sua toma era assistida. O recurso ao PDT permitia a validação e a administração da medicação de forma segura, seguindo os padrões institucionais. A PSE têm aqui um papel essencial para promover, nos utentes, maior conhecimento para, assim, compreenderem o impacto que a medicação pode ter na sua QdV.

Os registos, também, foram essenciais na contribuição de uma prestação de cuidados segura e com qualidade pela avaliação contínua dos riscos de agressividade e de suicídio, preconizado pelo serviço.

C - Competências do domínio da gestão dos cuidados

Este domínio enfatiza o “gerir os cuidados de enfermagem, *otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1) e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2)*”. (p. 4748)

O cuidado centrado na pessoa, sobretudo, na área de SMP remete-nos, para uma abordagem multidisciplinar, o que implica o envolvimento dos diferentes profissionais de saúde. No sentido do melhor interesse para o utente, para o domínio desta competência foi importante a integração da equipa, procurando adaptar-me a esta nova realidade, de forma a tornar-me um elemento competente, eficiente e respeitável. Com a orientação das enfermeiras orientadoras foi possível desenvolver esta competência através da interação com os outros elementos da equipa,

considerando e respeitando as opiniões e a função de cada um. No entanto, como elemento exterior ao serviço, tive dificuldade em saber até onde poderia ir, não querendo me sobrepor aos profissionais que trabalhavam naquele serviço. Para além disso, a pouca experiência na área causou-me alguma insegurança em relação às minhas intervenções que foram sendo ultrapassadas ao validar com os orientadores, tanto com as enfermeiras como com o professor. Neste sentido foi, igualmente, importante a realização dos jornais de aprendizagem que permitiram refletir sobre a ocorrência de determinadas situações, procurando soluções válidas tanto a nível de conhecimentos técnicos como a nível ético-legal.

A tomada de decisão assume um papel crucial na intervenção do EE que alia os seus conhecimentos técnico-científicos e a intencionalidade dos seus cuidados à experiência. E porque os utentes não são todos iguais a criatividade na resolução de problemas é, também um domínio essencial na aplicação dessas intervenções.

No HDP, as intervenções estão pré-definidas de acordo com uma calendarização, com intervalos estabelecidos e que são do conhecimento dos utentes. Estas intervenções fazem parte do programa de recuperação e reabilitação social, para ajudar os utentes a serem autónomos na comunidade. Os horários das intervenções são importantes na gestão do tempo e na imposição de limites do grupo. A gestão de um grupo de trabalho implica sabedoria e prática, pelo que, no início do estágio senti alguma dificuldade nessa gestão mas que foi melhorando com a experiência que fui ganhando. A assertividade e a imposição de limites foram essenciais para o decorrer satisfatório das intervenções. A realização dos artigos de Natal para venda ajudou, não só a desenvolver a gestão e a supervisão do grupo como permitiu trabalhar em articulação com outros elementos da equipa, como por exemplo a terapeuta ocupacional. Com esta atividade foi possível fazer intervenções individuais e pedir a intervenção do médico ou da psicóloga, quando necessário. Por vezes, foi essencial envolver a família para a gestão de situações complexas, tendo sido, inclusivamente, necessária a intervenção do médico para o internamento de dois utentes, dada a sua instabilidade clínica. Num caso particular, foi imprescindível a articulação dos vários elementos da equipa (enfermeiros, médico, psicólogo e terapeuta ocupacional), que culminou na decisão unânime de expulsar um utente do HDP pela destabilização que causava e pelo não cumprimento das normas, comprometendo o benefício das intervenções e a continuidade dos cuidados de qualidade. A produção dos artigos de Natal permitiu, igualmente, a gestão dos

recursos materiais já que estes não fazem parte do stock de materiais do serviço. Esta atividade é, por isso, realizada não só com o intuito de, posteriormente, desenvolver com os utentes o treino de competências sociais e a gestão financeira, como possibilita a angariação de fundos para a compra de materiais que irão ser usados ao longo do ano nas atividades do HDP. Assim sendo, tendo em conta que os materiais são indispensáveis na realização das atividades diárias do HDP, foi essencial fazer uma boa gestão dos mesmos, incentivando, nos utentes, o seu aproveitamento para diminuir o desperdício.

No internamento, foi possível garantir os cuidados associados às AVD dos utentes através da sua supervisão, em colaboração com os assistentes operacionais, sobretudo, utentes com necessidade de banho assistido. O bom funcionamento do serviço assim como cumprimento das normas para garantir a continuidade de cuidados de qualidade implicou, mais uma vez, o desenvolvimento de competências como a imposição de limites, a orientação para a realidade e a gestão de conflitos que, muitas vezes, passou pela necessidade de contenção ambiental e pela supervisão dos utentes durante esse período.

Neste domínio, os registos, também assumiram um importante papel na continuidade dos cuidados através da adaptação dos diagnósticos de enfermagem de acordo com a evolução da situação clínica dos utentes.

D - Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Este último domínio pressupõe que o EE *“desenvolva o autoconhecimento e a assertividade (D1) e baseie a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2)”*. (p. 4745)

Este é um domínio que, de certa forma, é aquisição necessária para quem enveredou pela área de SMP. O autoconhecimento é um instrumento valioso na RT, que deve ser desenvolvido para a obtenção dos melhores resultados com ganhos em saúde. Esta é uma habilidade que caracteriza o EEESMP pois o enfermeiro é ele próprio um instrumento de recurso para chegar ao outro. Conhecer-se a si próprio é reconhecer os seus pontos fortes e as suas fraquezas e que podem afetar o estabelecimento de uma relação autêntica e genuína. Da experiência que tive, apercebi-me que pessoas com patologia mental são, na grande maioria, pessoas

observadoras com grande perspicácia para detetarem o real interesse do profissional de saúde na parceria estabelecida, portanto, este deve ser uma habilidade adquirida.

Em todas as atividades foi dada prioridade ao estabelecimento de uma RT de qualidade. Na interação com o utente, foi possível desenvolver atitudes como a orientação para a realidade, a imposição de limites, a assertividade, indispensáveis para estabelecer os limites da relação e para obter melhores resultados na aplicação das intervenções de enfermagem.

Os jornais de aprendizagem tiveram um papel fundamental neste domínio porque permitiram pôr-me em contato com o meu eu perante determinadas situações, ajudando-me a refletir sobre o que pensei, o que senti, o que fiz e o que poderia ter feito para melhorar a minha prestação na resolução dos problemas. Ter uma maior consciência do que sou e de como vou agir irá permitir-me reconhecer os meus pontos fortes e os meus pontos fracos nas diversas situações, ajudando-me no controlo dos fenómenos de transferência e contratransferência e a melhorar o meu saber ser e saber fazer.

A própria realização deste relatório implicou vários meses de investigação na procura das bases científicas (Cinhal, Research Gate, Elsevier, livros) para fundamentar as intervenções realizadas nos estágios tendo em conta a promoção do *insight* na pessoa com doença mental grave.

2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

No que diz respeito às competências específicas da área de SMP, o regulamento n.º 515/2018 da OE presente no DR, 2.ª série — N.º 151 — 7 de agosto de 2018 página 21427, explicita que:

“A. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional

B. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental

C. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto

D. Presta cuidados psicoterapêuticos, socio-terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.”

Incindindo, nestas competências, os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de SMP postulam que:

“A especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.” (OE 2015, p.17034)

A - Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional

Das competências desenvolvidas pelo EEESMP, o autoconhecimento foi aquele que considero ter desenvolvido mais. A especificidade da profissão e, mais concretamente, a de enfermagem de SMP, assenta no cuidar relacional e no desenvolvimento das competências que possam beneficiar a RT, com ganhos e saúde, tais como a empatia ou a comunicação. Para tal, é inevitável entrar em contato com o nosso *eu*. A relação entre os utentes fez-me aprofundar a inteligência emocional e ajudou-me a gerir os fenómenos de transferência e contratransferência, do que é recebido e do que é devolvido. Foi na relação com o utente que pude entrar em contato com os meus receios e inseguranças e trabalhá-los por forma a não afetar a minha relação com o outro. Aperceber-me dos meus triunfos e das minhas fraquezas ajudou-me a ter os meus próprios *insights* sobre como as situações podem afetar a minha prestação como EEESMP e permitiu-me perceber como posso lidar e gerir as minhas emoções. Só tendo uma compreensão aprofundada do que sinto e o que me afeta é que poderei usar-me como uma ferramenta na relação.

Assim sendo, ao longo dos estágios todas as intervenções realizadas permitiram desenvolver a minha inteligência emocional, com crescimento pessoal e isso repercutiu-se na minha prestação enquanto enfermeira. Em diversos momentos fui confrontada entre o que podia ou não fazer e esta incerteza deixava-me algo ansiosa mas perante a ocorrência das situações agia de acordo com o que achava correto, validando, posteriormente, as minhas ações com as enfermeiras orientadoras, assumindo uma postura genuína e sincera e aceitando a crítica.

As vivências partilhadas com os utentes permitiu-me aprender muito sobre eles e sobre as suas lutas internas. Ao ver os seus pontos de vista foi possível, realmente, perceber o quão difícil pode ser enfrentar situações do dia-a-dia. Tentei, sobretudo, desenvolver a arte comunicacional com o utente com patologia mental. Conseguir direcionar a intervenção num determinado sentido não é fácil para quem não tem experiência e como tal nem sempre fui bem-sucedida, o que, por vezes, me deixou frustrada. No entanto, senti que no decorrer do estágio, com a aprendizagem de algumas técnicas de comunicação, as intervenções começaram a fluir mais facilmente. Senti dificuldade em algumas intervenções individuais em que me apercebi que estava a entrar num “loop” do qual não estava a conseguir sair mas posteriormente, com a orientação das enfermeiras especialistas foi possível refletir sobre a situação de forma a corrigi-la.

Os jornais de aprendizagem foram importantes neste domínio, ajudando-me a crescer não só como pessoa mas, também, como profissional. Com o estudo de caso pude aprofundar as vivências do utente e assim compreender melhor os seus comportamentos, adequando as intervenções de enfermagem à sua realidade e às suas necessidades, para assim obter melhores resultados.

B - Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental

C - Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto

Estas duas competências estão relacionadas com o perceber o utente ao longo da sua vida, tanto na prevenção da doença mental como no tratamento e na sua recuperação. É com estas duas competências que se desenvolve a capacidade de avaliar o utente e a perspicácia de perceber quais são os seus fatores de risco, quais os seus fatores protetores, quais as suas necessidades. É com estas duas competências que, após a avaliação do enfermeiro, se vão estabelecer os diagnósticos, implementar intervenções e avaliar o resultado dessas intervenções.

No HDP, foi possível desenvolver a competência B na consulta externa dado que apresenta um cariz mais preventivo e de *follow-up*. Nas consultas, os utentes eram, muitas vezes, acompanhados por um familiar ou pessoa de referência. Foram realizados ensinamentos sobre a doença e a prevenção de fatores de risco. Durante a

consulta foi possível perceber e avaliar o estado mental da pessoa, juntamente com o feedback do familiar quando este estava presente, articulando com a equipa médica, em caso de necessidade. No internamento, a PSE permitiu preparar os utentes para a alta, reforçando a importância de manter a adesão terapêutica e de manter as consultas de rotina para evitar o reinternamento. Como a ludoterapia assume um papel importante nas intervenções da pessoa com doença mental grave, desenvolvi o jogo de tabuleiro “*Insights*” que é um jogo tipo jogo da glória que pretende aliar a ludoterapia à PSE no sentido de tornar os temas abordados mais interessantes e assim captar melhor a sua atenção e interesse.

Relativamente à competência C, das atividades realizadas, o recurso a moderadores expressivos tanto na produção dos artigos de natal como na modelagem de barro, possibilitou detetar quais as dificuldades sentidas e quais as necessidades a serem trabalhadas. A atividade “Árvore da aceitação da doença” permitiu desenvolver, em HDP, a aceitação da doença, um dos principais diagnósticos nas pessoas com doença mental grave.

A entrevista realizada para a admissão ao serviço, tanto no HDP como no internamento foram momentos de grande contributo para o desenvolvimento destas competências, complementadas com as devidas orientações. Tanto a nível da comunicação verbal como a nível da comunicação não verbal, foi possível perceber quais os diagnósticos a considerar e ponderar as intervenções para a obtenção dos melhores resultados com ganhos em saúde. O estudo de caso, também foi um instrumento importante no desenvolvimento destas competências pois a reflexão sobre o utente permitiu compreender quais das suas necessidades precisam de ser colmatadas.

Os diagnósticos foram realizados em linguagem CIPE como é preconizado pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da OE que defende:

“O estabelecimento do plano de intervenção é baseado no juízo clínico de enfermagem especializada perante a avaliação dos dados e premissas teóricas, é negociado com o cliente e utiliza os diagnósticos e sistemas de classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), adotados pelo International Council of Nurses e pela OE (OE, 2015, p.17304)”

E - Presta cuidados psicoterapêuticos, socio-terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto

e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Durante o estágio tive a oportunidade de realizar diversas intervenções terapêuticas. No HDP, para além das já estabelecidas para a recuperação e reabilitação dos utentes, pude realizar intervenções como PSE com o tema “*Insight*”, terapia expressiva através do barro ou a árvore da aceitação da doença. Todas estas atividades foram realizadas em grupo o que me permitiu desenvolver técnicas de gestão de grupos, sobretudo, a imposição de limites. Na terapia com o barro, os intervenientes demonstraram pouco interesse em realizá-la e apesar do meu incentivo para a sua execução, senti que não atingi o meu objetivo. Após reflexão e orientação com a enfermeira orientadora, as intervenções seguintes correram melhor e os objetivos propostos foram atingidos. Na intervenção “Aceitação da doença”, os utentes foram mais participativos e a intervenção fluiu facilmente. Senti que os utentes refletiram sobre a atividade e que teve impacto sobre eles. Para além destas atividades “formais”, pude desenvolver intervenções com os utentes, individualmente, durante a elaboração dos artigos de Natal ou na adesão medicamentosa. Surgiram, igualmente, várias situações mais complexas de gerir, em que foi necessário realizar intervenção com o utente e família e reunião familiar com equipa multidisciplinar, com desfechos menos felizes como o reinternamento e inclusivamente, a expulsão do utente do HDP por não cumprir as regras estabelecidas.

Na enfermaria, com os utentes em fase aguda, foi mais fácil realizar intervenções individuais. Elaborei um jogo de tabuleiro, tipo jogo da glória, que pretendia juntar a PSE com a atividade lúdica, ou seja, juntar o útil ao agradável. Esta foi uma atividade grupal. A primeira dificuldade sentida foi novamente a gestão do grupo. Foram escolhidos os utentes mais estáveis, no entanto, encontravam-se em fases diferentes da estabilização da doença pelo que a gestão do grupo foi complexa. Enquanto alguns utentes dispersavam nas perguntas ou não deixavam os outros falar, outros utentes, por estarem mais estáveis, não conseguiam esconder a falta de paciência em relação à demora do jogo. A intervenção atingiu o seu fim mas não foi fácil manter os utentes interessados no jogo. Mais uma vez foi necessário impor limites e orientá-los para a realidade, o que me permitiu perceber que ainda é preciso limar arestas no que diz respeito às atividades de grupo. Nas intervenções individuais, desenvolvi esta competência pois consegui adaptar as atividades às necessidades do utente.

CONCLUSÃO

A fundamentação teórica, sob o qual assenta este relatório demonstrou que a promoção do *insight* na pessoa com doença mental grave é uma questão tão complicada de abordar quanto a sua definição. Na contextualização do termo *insight* desenvolvido ao longo deste documento, facilmente se percebe da existência de uma multiplicidade de significados que se lhe são atribuídos, o que, na prática torna a sua promoção complexa.

Muitos são os autores que fazem um constructo subjetivo do tema, fazendo referência a diferentes formas de abordar o *insight*. Apesar das diversas definições aqui descritas, tornou-se facto aceite de que o *insight* é muito mais do que a questão de ter ou não ter. Esta dicotomia que, durante anos, o ditaram, revela tratar-se de uma realidade multidimensional e que sofre a influência de vários fatores. As vivências/experiências de vida da pessoa, o estigma, a autoestima, a esperança, a perda da identidade e a reconstrução de um novo *eu*, a cultura ou mesmo as alterações cognitivas ou a psicopatologia provaram ser variáveis que podem ter impacto na promoção do *insight* o que, mais uma vez, manifesta a complexidade do tema. Como resultado, os instrumentos avaliativos do *insight* tendem a ser redutores (Murri e Amore, 2019) ao não conseguir capturar a essência de todas estas variáveis e portanto, poderá ser necessário desenvolver novas escalas que possam incidir sobre esses fatores. Porém, compactar algo tão complexo e multidimensional como o *insight* numa escala pode revelar-se uma demanda utópica, pelo que, o recurso às narrativas subjetivas poderá ser uma solução promissora de explorar o *insight* como defendem Roe e Kravetz (2003).

De facto, a abordagem ao *insight* pode ser feita por muitos prismas e apesar da clarividência ser o objetivo principal, não deixa de ser, para muitos, uma questão de escolha e, portanto, considerar o lado narrativo do utente, parece ser cada vez mais o caminho para o promover. Contudo, o foco na perspetiva pessoal pode demonstrar-se demasiado abstrato. Para dar suporte científico a este método, Roe e Kravetz (2003) elaboraram uma estrutura que incide na avaliação das funções principais das narrativas das pessoas como a empatia, a capacidade de controlo e a QdV. Talvez assim, possa ser possível uma avaliação mais abrangente do *insight*, fazendo compreender melhor o que move a pessoa com a doença mental.

Independentemente das variáveis que interferem na promoção do *insight* (educacionais, ambientais, sociais ou culturais), os recentes estudos abrem novos horizontes na abordagem à pessoa com doença mental ao reconhecer a existência de uma nova compreensão do *eu* da pessoa.

O *insight* pode ser uma das respostas para a mudança do comportamento da pessoa com doença mental, apesar da investigação científica ainda não deixar bem claro quais os processos mentais que levam à sua ausência e qual a melhor forma de o promover. Seja como for, da revisão da literatura, várias são as intervenções que podem ajudar a modelar comportamentos, apesar de nenhuma, especificamente, se tenha demonstrado ser mais eficaz do que outra, pelo que é da competência do EEESMP, perante um utente, saber quais as intervenções e as estratégias que melhor se adequam à especificidade de cada pessoa, no sentido de potenciar os resultados. É na intencionalidade do cuidado do EEESMP que reside a relevância do seu papel. Portanto, é seguro concluir que não existe uma única forma de abordar e promover o *insight* até porque, apesar dos estudos apresentarem resultados cientificamente comprovados em relação ao impacto das intervenções na percepção, nenhuma garantiu ser 100% eficaz, o que justifica a sua combinação. Uma coisa é certa, a adesão terapêutica continua a ser uma das formas mais eficazes na promoção do *insight*. Porém, quem lida com utentes da área de SMP sabe que este é um dos grandes obstáculos na luta pela estabilização da doença mental já que acaba por se revelar uma realidade cíclica em que, sem adesão terapêutica dificilmente haverá *insight* e sem *insight* dificilmente haverá adesão terapêutica.

É sabido, então, que existe um vasto leque de intervenções que conjugadas podem ajudar a obter melhores resultados na mudança de comportamentos. Também ficou ciente que é na relação com o outro que a mudança pode ser possível, logo, parece evidente que o segredo do sucesso de qualquer intervenção atribui-se à pessoa que a desenvolve, neste caso, o EEESMP, o que leva a concluir que a RT e a aliança estabelecida serão os verdadeiros preditores. Este é o grande trunfo do EEESMP, o poder relacional, o saber ser, o saber fazer, o saber estar. Estas são as grandes habilidades/competências a desenvolver. Compreensão empática, autenticidade, respeito, interesse genuíno são características que definem uma relação de qualidade. São elas que dão suporte e alicerce à relação e se não for este o mote que move o EEESMP, então, a promoção do *insight* (ou qualquer que seja o comportamento a promover) estará, desde o início, condenada.

Considero que os objetivos propostos para este relatório foram atingidos. A sua elaboração proporcionou-me “*insights*” sobre o tema e sobre o modo como a pessoa com doença mental grave a perspetiva e as estratégias que usa para geri-la. De notar que, estando a lidar com o ser humano não há forma certa ou errada de intervir. Há, porém, atitudes que funcionam melhor com uns do que outros. Independentemente disso, da pesquisa desenvolvida, da informação obtida e da experiência vivida ao longo deste período, em muitas situações, a realidade convergiu para uma questão de subjetividade, subjetividade do tema, subjetividade do EE, subjetividade do utente.

Da experiência dos estágios, muitas foram as aprendizagens alcançadas. A que mais se salienta é que o EEESMP tem um papel fundamental na mudança de comportamentos da pessoa/família e na QdV. Fazem parte dos seus objetivos, ensinar o utente a duvidar e a reformular as suas conceções e as suas certezas, a refletir sobre os seus pensamentos e emoções, a questionar o seu comportamento, a aderir aos tratamentos medicamentosos e terapêuticos e a ter responsabilidade no tratamento, o tão importante *empowerment*. É na RT que tais ações são possíveis mas é essencial compreender que o enfermeiro não está sozinho nesta relação. Existe uma parceria com o utente que é um interveniente ativo e deve ter um papel assumido porque no fim, ele é o elemento central do cuidado.

Uma outra aprendizagem que se destacou é que não são só os enfermeiros que transmitem conhecimento aos utentes. Também eles dão o seu contributo, como tão bem, demonstra Betty Neuman, quando refere que ocorrem trocas entre os vários sistemas. Aprendi que pessoas com doença mental, apesar de serem frequentemente discriminadas e ostracizadas, são pessoas muito observadoras e perspicazes. Talvez tenham desenvolvido estas capacidades por desconfiarem dos “de fora” mas, rapidamente, se aprende que mentir/enganar não é uma opção para lidar com eles o que reforça a importância do interesse genuíno e o respeito que sustenta a relação.

Outra grande aprendizagem, sobretudo para alguém sem experiência em SMP, é que não existem palavras mágicas que vão mudar a pessoa, não existem atividades lineares, não existem certezas inabaláveis. A realidade deste mundo é que a possibilidade de recidiva com reinternamento é grande e a taxa de abandono medicamentosa é elevada o que torna a promoção do *insight* uma tarefa árdua e, muitas vezes, um trabalho inglório. Porém, enquanto existir vontade em fazer a diferença na vida da pessoa com doença mental e família e acreditar que toda a

mudança é possível, ainda que insignificante, então, nada é impossível e isso terá de ser suficiente para o EEESMP.

Por fim, em termos de implicações para a saúde mental, o *insight* será sempre um tema pertinente para a área de SMP. Este relatório permitiu compilar e consolidar informação sobre o *insight* demonstrando novas perspetivas e estratégias que podem ajudar a lidar com a pessoa com doença mental grave e a sua perceção da doença. Os estudos demonstram que este é um tema em constante investigação e atualização. Apesar dos estudos quantitativos possibilitarem dados mais concretos sobre os resultados das intervenções, os estudos qualitativos dão informações valiosas sobre o processo e a forma como a experiência foi vivenciada, o que tem sido cada vez mais valorizada em SMP. Assim sendo, por este ponto de vista, seria benéfico recorrer a mais estudos qualitativos que foquem os processos mentais que ocorrem durante a experiência e que tão bem define a complexidade do ser humano porque, como cita Korsbek (2013) no seu artigo:

“a perceção da doença tem sido considerada principalmente como uma questão clínica (...) com foco principalmente na patologia. (...) Se as pessoas com diagnóstico de doença mental não têm perceção da doença e, além disso, isso é considerado patognomónico (...) então, parece que existe muito pouco espaço para considerar o ponto de vista subjetivo das pessoas com experiências vividas.” (p.225)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J. (2018). *A Saúde Mental dos Portugueses*. Lisboa. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- American Psychiatric Association (2014) - *DSM V – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* 5ª Edição. Lisboa: Climepsi.
- Amaral, A., Almeida, E., Sousa, L. (2020) – Intervenção Psicoeducacional. In Sequeira, C. e Sampaio, F. (coordenação), *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções*, 174- 176. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Assembleia da República (1998). Lei de Saúde Mental Lei n.º 36/98. Diário da República n.º 169/1998, Série I-A de 24 de julho de 1998, 3544-3550.
<https://files.dre.pt/1s/1998/07/169a00/35443550.pdf>
- Assembleia da República (2015). Lei n.º 156/2015 (16 de setembro). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 181/2015, Série I de 16 de setembro de 2015, 8059-8105
[0805908105.pdf \(dre.pt\)](https://files.dre.pt/1s/2015/09/181a00/80598105.pdf)
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora
- Buchman-Wildbaum, T., Váradi, E., Schmelowszky, Á., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., Urbán, R. (2020). The paradoxical role of insight in mental illness: The experience of stigma and shame in schizophrenia, mood disorders, and anxiety disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34, 449-457.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.07.009>
- Burton, C., Vella, L., Twamley, E. (2011), Clinical and cognitive insight in a compensatory cognitive training intervention. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 14, 307–326.
DOI: 10.1080/15487768.2011.622159
- Cardoso, A. (2008). O insight em psiquiatria fractal: *Revista de Psicologia*. 20(2).
DOI: doi.org/10.1590/S1984-02922008000200003
- Clifford, L., Crabb, S., Turnbull, D., Hahn, L., Galletly, C. (2020). A qualitative study of medication adherence amongst people with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34, 194-199.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.06.002>

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

Copeland, L., Zeber, J., Salloum, I., Pincus, H., Fine, M., Kilbourne, A. (2008). Treatment adherence and illness insight in veterans with bipolar disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(1), 16- 21.

DOI:10.1097/nmd.0b013e318160ea00

da Costa, H., Martin, B., Franck, N. (2020). Determinants of Therapeutic Alliance with people with psychotic disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(4), 329–339.

DOI:10.1097/nmd.0000000000001125

Deontologia Profissional de Enfermagem (2015). Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional – Mandato 2008-2011, Coordenação Enf. Sérgio Deodato, NORPRINT Artes Gráficas, S.A.

Di Cara, M., Palmeri, R., Formica, C., Lo Buono, V., Andaloro, A., Bonanno, L., Romeo, L., Rifici, C., Bramanti, P., Marino, S., Corallo, F. (2020). Assessment of insight in hospitalized neurological patient: Cognitive profile and mood disorder. *Journal of Clinical Neuroscience*, 79, 104-107.

<https://doi.org/10.1016/j.jocn.2020.07.050>

Freese, B. (2002). Modelo de Sistemas. In Tomey, A. e Alligood, M. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra - Modelos e teorias de enfermagem* (5ª edição), 335-375. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

George, J. (2000). Betty Neuman. In George e colaboradores *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional* (4ª Edição), 225-240. Porto Alegre: Artmed Editora

Haeyen, S., van Hooren, S., van der Veld, W., Hutschemaekers, G. (2018). Promoting mental health versus reducing mental illness in art therapy with patients with personality disorders: A quantitative study. *The Arts in Psychotherapy*, 58, 11-16

<https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.12.009>

- Hamilton, B., Roper, C. (2006). Troubling 'insight': Power and possibilities in mental health care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13(4), 416-422.
DOI:10.1111/j.1365-2850.2006.00997.x.
- Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., Meir, T., Rozencwaig, S. (2009). Insight into severe mental illness, hope, and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Research*, 167(3), 231–238.
DOI:10.1016/j.psychres.2008.04.019
- Høglend, P. (2018). Insight into insight in Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 175, 10.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18050634>
- Kaite, C., Karanikola, M., Merkouris, A., Papathanassoglou, E. (2015). “An ongoing with the self and illness”: A meta-synthesis of the studies of the lived experience of severe mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(6), 458–473.
DOI:10.1016/j.apnu.2015.06.012
- Korsbek, L. (2013). Illness insight and recovery: How important is illness insight in peoples’ recovery process? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(3), 222-225.
DOI:10.1037/prj0000018
- Kristiansen, S.T., Videbech, P., Kragh, M., Thisted, C.N., Bjerrum, M.B. (2017). Patient’s experiences of patient education on psychiatric inpatient wards: A systematic review. *Patient Education and Counseling*.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2017.09.005>
- Leonhardt, B., Benson, K., George, S., Buck, K., Sahieb, R., Vohs, J. (2016). Targeting insight in first episode psychosis: A case study of metacognitive reflection insight therapy (MERIT). *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(4), 207–216.
DOI:10.1007/s10879-016-9332-9
- Levy-Frank, I., Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., Roe, D. (2012). A narrative evaluation of a Psychoeducation and a Therapeutic Alliance Intervention for parents of persons with a severe mental illness. *Family Process*, 51(2), 265–280.
DOI:10.1111/j.1545-5300.2012.01398.x
- Lopez-Morinigo, J.D., Ajnakina O., Martínez, A., Escobedo-Aedo, P.J., Ruiz-Ruano, V., Sánchez-Alonso, S. et al. (2020). Can metacognitive interventions improve

- insight in schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine* 50, 2289–2301.
<https://doi.org/10.1017/S0033291720003384>
- Martin, S., Del-Monte, J., Graziani, P. (2019). Impulsivity issues in borderline personality disorder and it's links with insight: The role of urgency. *Heliyon*, 5(10), 1-7.
 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02564>.
- McAllister M., Walsh, K. (2003). CARE: A framework for mental health practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10(1), 39-48.
 DOI:10.1046/j.1365-2850.2003.00551.x.
- Mintz, A., Dobson, K., Romney D. (2003). Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research* 61, 75 – 88.
 DOI: 10.1016/s0920-9964(02)00316-x.
- Murri, M., Amore, M. (2019). The Multiple Dimensions of Insight in Schizophrenia-Spectrum Disorders, *Schizophrenia Bulletin*, 45(2), 277–283.
 DOI:10.1093/schbul/sby092
- Nunes, L. (2014). Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental. Encontro 2014 do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental: Da publicação às compreensões
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15263/1/EESMP_Responsabilidade%20profissional%20%C3%A9tica%20e%20legal_LN.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, publicado em Diário da República, 2.ª série. N.º 122 de 25 de junho de 2015, 17034-17041
<https://files.dre.pt/2s/2015/06/122000000/1703417041.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, publicado em Diário da República, 2ª Série. Nº151 de 7 de agosto de 2018, 21427-21430.
<https://dre.pt/application/conteudo/115932570>

- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, publicado em Diário da República nº 26/2009, 2.ª Série, Nº 26 de 6 de fevereiro de 2019, 4744-4750.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Genebra. Climepsi editores.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHO_2001_por.pdf;jsessionid=1A41B22E954F03C71B23AB49203A79A5?sequence=4
- Organização Mundial da Saúde (2009). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global*. Coordenação da versão Portuguesa: Prof. Doutor José Miguel Caldas de Almeida, Lisboa.
<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/Integra%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAdem-mental-nos-cuidados-de-sa%C3%BAdem-prim%C3%A1rios-uma-perspectiva-global.pdf>
- Organização Mundial da Saúde e Fundação Calouste Gulbenkian (2017). *Policy options on mental health: A who-gulbenkian mental health platform collaboration*. Genebra.
https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/95Est_PolicyOptions_MentalHealth.pdf
- Pearson, A., Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Lisboa, ACEPS
- Peralta, V., Cuesta, M. J. (1998). Lack of insight in mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 49(1), 55–58.
DOI:10.1016/s0165-0327(97)00198-5
- Philippini, A. (1998). Mas o que é mesmo Arteterapia. *Revista Imagens da Transformação*, 5, 4-9.
<https://www.arteterapia.org.br/pdfs/masoque.pdf>
- Pinho, L. (2020). *Eficácia do Treino Metacognitivo nos delírios, alucinações, insight cognitivo e funcionalidade na esquizofrenia*. Tese de Doutoramento. Departament d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
<http://hdl.handle.net/10174/29242>

- Raffard, S.; Bayard, S.; Capdevielle, D.; Garcia, F.; Boulenger, J.P.; Gely-Nargeot, M.C. (2008). La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie: une revue critique: Partie I: insight et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'insight. *L'Encéphale*, 34, 597-605.
DOI:10.1016/j.encep.2007.10.008
- Ramachandran AS, Ramanathan R, Praharaj SK, Kanradi H, Sharma PS (2016). A Cross-sectional, comparative study of insight in schizophrenia and bipolar patients in remission. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38(3), 207-12.
DOI: 10.4103/0253-7176.183085
- Riggs, S., Grant. P., Perivoliotis, D., Beck, A. (2012). Assessment of cognitive insight: A qualitative review. *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 338–350.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbq085>
- Roe, D.; Kravetz, S. (2003). Different ways of being aware of a psychiatric disability: A multifunctional narrative approach to insight into mental disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(7), 417- 424.
DOI: [10.1097/01.NMD.0000081645.31919.6B](https://doi.org/10.1097/01.NMD.0000081645.31919.6B)
- Roe D, Swarbrick M. (2007). A recovery-oriented approach to psychiatric medication: Guidelines for nurses. *Journal of Psychosocial Nursing*, 45 (2), 35-40.
DOI:10.3928/02793695-20070201-07
- Sampaio, F., Pinho, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C. (2020). Treino Metacognitivo. In Sequeira, C. e Sampaio, F. (coordenação), *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções*, 228-231. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Sampaio, F., Sequeira, C., Lluch Canut, T. (2015). Nursing psychotherapeutic interventions: a review of clinical studies. *Journal of Clinical Nursing*, 24(15-16), 2096–2105.
DOI:10.1111/jocn.12808
- Sampaio, F., Sequeira, C., Lluch Canut, T. (2020). Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. In Sequeira, C. e Sampaio, F. (coordenação), *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções*, 171-173. Lidel – Edições Técnicas, Lda.

- Sequeira, C., Sampaio, F. (2020). Da Saúde à Doença Mental. In Sequeira, C. e Sampaio, F. (coordenação), *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções*, 3-6. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Sylvestre, A., Gobeil, S. (2020). The therapeutic alliance: A must for clinical practice. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology* (CJSLPA), 44(3), 125-136.
https://cjslpa.ca/files/2020_CJSLPA_Vol_44/No_3/CJSLPA_Vol_44_No_3_20_20_1193.pdf
- Stolzenburg, S., Freitag, S., Evans-Lacko, S., Muehlan, H., Schmidt, S., Schomerus, G. (2017). The stigma of mental illness as a barrier to self labeling as having a mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 00, 1-7.
DOI:10.1097/NMD.0000000000000756
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª edição). Loures: Lusociência. Edições Técnicas Científicas Lda.
- Trzepacz, P., Baker, R. (2002). *Exame Psiquiátrico do Estado Mental* (1ª edição). Lisboa: Climepsi
- Vaartio-Rajalin, H., Santamäki-Fischer, R., Jokisalo, P., Fagerström, L. (2021). Art making and expressive art therapy in adult health and nursing care: A scoping review. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(1), 102-119
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013220301502>
- Vanelli, I., Chendo, I., Levy, P., Figueira, M.L., Góis, C., Santos, J., Markova, I. (2010). Adaptação para português da escala de *insight* Marková e Berrios. *Acta Médica Portuguesa*, 23(6), 1011-1016
<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/748/425>
- Warne, T., McAndrew, S. (2008). Painting the landscape of emotionality: Colouring in the emotional gaps between the theory and practice of mental health nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 108–115
DOI: 10.1111/j.1447-0349.2008.00518.x
- Yanos, P.T., Vayshenker, B., Pleskach, P., Mueser, K.T. (2016). Insight among people with severe mental illness, co-occurring PTSD and elevated psychotic

symptoms: Correlates and relationship to treatment participation.
Comprehensive Psychiatry, 68, 172–177
DOI:10.1016/j.comppsy.2016.04.016

ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA DE *INSIGHT* DE MARKOVÁ E BERRIOS

Escala de Insight

Nome: _____ Data de aplicação: _____

Instruções: Leia com atenção todas as frases que se seguem na tabela abaixo. Em relação a cada uma delas assinale com uma cruz (X), no quadrado respetivo do 'sim ou 'não', aquilo que representa a forma como se sente agora.

Pergunta	Início		Fim	
	Sim	Não	Sim	Não
1. Sinto-me diferente do que sou normalmente.				
2. Não há nada de errado comigo.				
3. Estou doente.				
4. As pessoas à minha volta parecem diferentes.				
5. Não me sinto parte de nada.				
6. Tudo parece desorganizado.				
7. A mente não se pode tornar doente, só o corpo.				
8. Os meus sentimentos em relação aos outros parecem estar diferentes.				
9. Sinto-me pouco à vontade.				
10. Tenho dificuldade em pensar.				
11. Nesta altura, sofre de um problema de nervos.				
12. Tudo à minha volta está diferente.				
13. Estou a perder o contacto comigo mesmo.				
14. É difícil para mim sentir-me à vontade com as pessoas que conheço.				
15. Algo de estranho me está a acontecer.				
16. Quero saber porque me sinto assim.				
17. Não pareço ser capaz de funcionar normalmente.				
18. As doenças mentais podem acontecer a qualquer pessoa na população.				
19. Parece que não tenho assim tanto controlo sobre os meus pensamentos.				
20. Não estou doente, mas estou cansado.				
21. Sinto que a mente me está a fugir.				
22. Estou a perder o contacto com aquilo que me rodeia.				
23. Tudo me parece agora mais claro do que nunca.				
24. Sinto que coisas estranhas estão a acontecer à minha volta.				
25. Sei que os meus pensamentos são estranhos mas não posso fazer nada.				
26. Tudo parece diferente à minha volta.				
27. As coisas já não fazem sentido.				
28. O meu problema principal é a minha saúde física.				
29. Sinto que o meu estado atual foi causado deliberadamente por qualquer coisa.				
30. Acho que preciso de algum tipo de ajuda.				

APÊNDICES

APÊNDICE 1

PICOEDUCAÇÃO – O *INSIGHT* NA PESSOA COM DOENÇA MENTAL

Plano da sessão

1. Nome da intervenção:

- Psicoeducação - O *insight* na pessoa com doença mental

2. Fundamentação:

- A psicoeducação é uma forma específica de educação¹;
- Tem como foco as atitudes e os comportamentos para a saúde¹;
- Fornece conhecimento sobre as doenças mentais (diagnóstico, etiologia, sinais e sintomas, prognóstico), o tratamento, realçando a importância da adesão terapêutica²;
- É um complemento ao regime terapêutico;
- Previne recaídas e reinternamentos¹;

3. Descrição sumária da atividade:

- Proceder ao levantamento das necessidades do grupo;
- Realizar sessão de psicoeducação;
- Promover a participação dos elementos de grupo, para colocação de dúvidas e para a gestão das emoções e expectativas;
- Validação da informação.

4. Objetivos:

- Definir o que é o *insight*
- Demonstrar como o *insight* pode ter impacto na doença mental
- Definir o que é juízo crítico
- Promover o insight na pessoa com doença mental

5. Identificação dos participantes ou do grupo alvo a que se destina:

- A sessão destina-se aos elementos do grupo do HDP
- Critérios de inclusão:
 - Utentes com doença mental com idade superior a 18 anos;
 - Com quadro clínico estabilizado
 - Querer participar na atividade
- Critérios de exclusão:
 - Utentes que não queiram participar da atividade
 - Que apresentem alterações cognitivas que impossibilitem a capacidade de aprendizagem;
 - Que apresentem agitação ou risco de agitação

6. Recursos necessários:

- Tempo previsto - 60min
 - Quebra gelo – 10 min
 - Apresentação – 20 min
 - Incentivar participação dos utentes e retirar dúvidas – 20 min
 - Validar informação – 10 min

- Apresentação de PowerPoint

Enf.^a dinamizadora – Clara Mendes

Referências:

1. Amaral, A., Almeida, E., Sousa, L. (2020) – Intervenção Psicoeducacional. In Sequeira, C. e Sampaio, F. (coordenação), *Enfermagem em Saúde Mental, Diagnósticos e Intervenções*, pg. 174- 176. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
2. Buchman-Wildbaum, T., Váradi, E., Schmelowszky, Á., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., Urbán, R. (2020). The paradoxical role of insight in mental illness: The experience of stigma and shame in schizophrenia, mood disorders, and anxiety disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*.



PSICOEDUCAÇÃO

O *INSIGHT* NA PESSOA COM DOENÇA MENTAL

Enf.ª Clara Mendes

Novembro 2021

O *INSIGHT* NA PESSOA COM DOENÇA MENTAL

Objetivos:

- Definir o que é o *insight*
- Demonstrar como o *insight* pode ter impacto na doença mental
- Definir o que é juízo crítico
- Promover o *insight* na pessoa com doença mental

O QUE É O *INSIGHT*

- É a capacidade de uma pessoa estar ciente do que se passa a nível interno (mente) e a nível externo (ambiente à nossa volta);
- Implica o reconhecimento e compreensão dos sentimentos, pensamentos, reações da própria pessoa em relação aos outros e às situações;
- É ter consciência de como a personalidade e comportamentos podem contribuir para os sintomas e problemas interpessoais;
- Existem vários tipos e níveis de insight que variam entre o *insight* total e a ausência extrema de *insight*;
- O *insight* poderá definir o rumo da doença.

Trzepacz, P. Baker, R. (2002)

AVALIAÇÃO DO *INSIGHT*



Riggs et al. (2012)

BAIXO NÍVEL DE *INSIGHT*



Leonhardt et al (2016)

INSIGHT E JUÍZO CRÍTICO

- Juízo crítico é um processo de formação de uma opinião baseada na informação que a pessoa tem sobre um determinado tema ou situação antes de tomar uma decisão;
- Implica avaliar e comparar diferentes aspetos de um assunto para uma decisão mais ponderada
- É algo subjetivo que irá depender do intelecto, quantidade e qualidade da informação disponível, personalidade, experiências passadas, humor, sentimentos, capacidades cognitivas, fatores culturais e sociais
- É afetado pelo *insight*.

Trzepacz P, Baker R. (2002)

INSIGHT E JUÍZO CRÍTICO

Quanto maior o
nível de *insight*



melhor será o
juízo crítico



maior
probabilidade de
tomar a decisão
acertada

Trzepacz P, Baker R. (2002)

FATORES QUE INFLUENCIAM O INSIGHT

- Aceitação da doença (Yanos et al., 2016)
- Experiência de vida de cada pessoa (Kaite et al., 2015)
- Autoestigma e vergonha (Buchman-Wildbaum et al., 2020)
- Autoestima (Yanos et al., 2016)
- Esperança (Hasson-Ohayon et al., 2009)

COMO PROMOVER O INSIGHT

- ✓ Aderir à terapêutica
- ✓ Assistir a sessões de psicoeducação
 - Para fornecer conhecimento sobre as doenças mentais - diagnóstico, etiologia, sinais e sintomas, prognóstico, tratamento.
- ✓ Aderir a outras terapias não medicamentosas como práticas baseadas na conscientização (terapia através de mediadores expressivos por exemplo) ou exercícios de relaxamento
- ✓ Não esquecer que o processo de recuperação e reabilitação assenta numa parceria entre a equipa de profissionais de saúde e a pessoa e que esta é uma **caminhada conjunta**

CONCLUSÃO:

Ter um insight adequado ajuda a:

- ter uma melhor compreensão sobre si mesmo e da sua condição (Cardoso, 2008)
- prevenir recaídas e reinternamentos;
- ter uma maior motivação da pessoa para ser mais colaborativo em relação aos tratamentos propostos (Di cara et al 2020).
- beneficiar da reabilitação e reinserção social (Di cara et al 2020).
- melhorar a qualidade de vida (Cardoso, 2008).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Buchman-Wildbaum T., Váradi E., Schmelowszky Á., Griffiths, M. D., Demetrovics Z., & Urbán, R. (2020). The paradoxical role of insight in mental illness: The experience of stigma and shame in schizophrenia, mood disorders and anxiety disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*. In DOI:10.1016/j.apnu.2020.07.009
- Cardoso, A. (2008). O insight em Psiquiatria. *Fractal: Revista de Psicologia* 20 (2). In DOI: doi.org/10.1590/S1984-02922008000200003
- Di Cara, M., Palmeri, R., Formica, C., Lo Buono, V., Andaloro, A., Bonanno, L., Romeo, L., Rifici, C., Bramanti, P., Marino, S., Corallo, F. (2020). Assessment of insight in hospitalized neurological patient: Cognitive profile and mood disorder. *Journal of Clinical Neuroscience* 79, pg. 104-107. In <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2020.07.050>
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0967586820314120>
- Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., Meir, T., & Rozenzweig, S. (2009). Insight into severe mental illness: hope and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Research*, 167(3), pg. 231-238. In DOI:10.1016/j.psychres.2008.04.01

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kaite, C., Karanikola, M., Merkouris, A., Papathanassoglou, E. (2015). "An ongoing struggle with the self and illness": A meta-synthesis of the studies of the lived experience of severe mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing* 29(6), pg. 458-473. In DOI:10.1016/j.apnu.2015.06.012
- Riggs, S., Grant, P., Perivoliotis, D., Beck, A. (2012). Assessment of cognitive insight: A qualitative review. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 38, no. 2, pg. 338-350. In <https://doi.org/10.1093/schbul/sb085>
- Roe, D., Swarbrick, M. (2007). A recovery-oriented approach to psychiatric medication: Guidelines for nurses. *Journal of Psychosocial Nursing* Vol. 45 (2), pg. 35-40. In DOI: 10.3928/027936952007020407
- Trzepacz, P., Baker, R. (2002). *Exame psiquiátrico do estado mental* (1ª edição). Lisboa: Climepsi
- Yanos, P.T., Vayshenker, B., Pleskach, P., Mueser, K.T. (2016). Insight among people with severe mental illness: co-occurring PTSD and elevated psychotic symptoms: Correlates and relationship to treatment participation. *Comprehensive Psychiatry* 68, pg. 172-177. In DOI:10.1016/j.comppsy.2016.04.016

APÊNDICE 2

TERAPIA COM RECURSO A MEDIADORES EXPRESSIVOS



1. Nome da intervenção:

- Terapia com recurso a mediadores expressivos

2. Fundamentação:

- São formas de arte (desenho, pintura, escultura, música, escrita, dança) que podem ser usadas na intervenção de enfermagem, recorrendo a uma vasta gama de materiais e a uma diversidade de técnicas;
- Através dos mediadores expressivos é possível ajudar a pessoa a explorar os seus sentimentos ocultos, num ambiente seguro.¹
- Facilitam a interação social, comunicação, estimulação sensorial e alívio emocional e podem servir como ponte entre o passado e presente, através da qual os indivíduos podem explorar experiências, rever a sua vida, ajustar-se e adaptar-se a mudanças.¹

3. Descrição sumária da atividade:

- Início da sessão:
 - Questionar o grupo sobre o insight
 - Permitir ao grupo entrar em contato com o material
- Trabalho criativo
- Discussão dos trabalhos
- Fim da sessão

4. Objetivos:

- Realizar uma breve introdução sobre mediadores expressivos
- Promover a expressão emocional através de mediadores expressivos
- Promover o insight
- Orientar a realização da atividade

5. Identificação dos participantes ou do grupo alvo a que se destina:

- A sessão destina-se aos elementos do grupo do HDP
- Critérios de inclusão:
 - Utentes com doença mental com idade superior a 18 anos;
 - Com quadro clínico estabilizado
 - Querer participar na atividade
- Critérios de exclusão:
 - Utentes que não queiram participar da atividade
 - Que apresentem alterações cognitivas que impossibilitem a capacidade de aprendizagem;
 - Que apresentem agitação ou risco de agitação

6. Recursos necessários:

- Tempo previsto - 90min
 - Início da sessão – 15 min
 - Trabalho criativo – 40 min
 - Discussão dos trabalhos – 30 min
 - Fim da sessão – 5 min
- Atividade com recurso ao barro
- Enf.^a dinamizadora – Clara Mendes

Referências bibliográficas

1. Vaartio-Rajalin, H., Santamäki-Fischer, R., Jokisalo, P., Fagerström, L. (2021). Art making and expressive art therapy in adult health and nursing care: A scoping review. *International Journal of Nursing Sciences*. Vol.8 (1), pg.102-119
DOI:10.1016/j.ijnss.2020.09.011
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013220301502>

Promoção do *insight* na pessoa com doença mental

O recurso a
mediadores expressivos

Enf.ª Clara Mendes

Novembro 2021

Objetivos:

- Realizar uma breve introdução sobre mediadores expressivos
- Promover a expressão emocional através do barro
- Promover o *insight*
- Orientar a realização da atividade

O que são mediadores expressivos?



- São formas de arte (desenho, pintura, escultura, música, escrita, dança) que podem ser usadas na intervenção de enfermagem, recorrendo a uma vasta gama de materiais e a uma diversidade de técnicas;
- Através destes mediadores expressivos é possível ajudar a pessoa a explorar os seus sentimentos ocultos, num ambiente seguro.
- Facilitam a interação social, comunicação, estimulação sensorial e alívio emocional e podem servir como ponte entre o passado e presente, através da qual os indivíduos podem explorar experiências, rever a sua vida, ajustar-se e adaptar-se a mudanças.

Vaartio-Rajala et al (2020)



"Arte é a expressão mais pura que há para a demonstração do inconsciente de cada um. É a liberdade de expressão, é sensibilidade, criatividade, é vida"

(Jung, 1920)

O barro:



- É possível fazer coisas reais:
 - As esculturas de argila podem funcionar como objetos simbólicos e, assim, proporcionar um espaço potencial muito mais amplo para manifestações de fantasia e do mundo interior, como medos, ansiedades, desejos;
- Permite trazer à consciência ideias, sentimentos, desejos e memórias reprimidas do passado;



- Facilita a comunicação
- Envolve a expressão corporal através do trabalho físico com a argila e os processos mentais através do ato de modelar e da observação do produto. Assim, permite a integração de emoções, memórias e fantasias de diferentes níveis de consciência

Shoff, H., Carron, T. (2006)

- Tem potencial para ser trabalhado e retrabalhado e por isso há maior liberdade para explorar.
- Por meio do toque, o trabalho com barro permite o envolvimento consciente dos pensamentos, sentimentos e experiências do mundo interior (Franklin, 2017; Shoff e Carron, 2006) que deixa uma marca palpável na terra molhada.
- Esse envolvimento com um material que está literalmente sob nossos pés aumenta a nossa aceitação do momento presente e coloca-nos no aqui e agora.

Liardi-Zorini, R. (2020)

Experienciar o barro

- Momento para sentir o barro;



- Tudo é permitido:

tocar, sentir, mexer, sovar, estender, espetar, moldar, contruir, transformar, desconstruir e começar de novo;

Atividade 1

O que é para mim ter uma doença mental?

O que sinto por ter doença mental?

Atividade 2

Como gostaria de me sentir no futuro?

Referência Bibliográfica:

- Sholt, M., Gusten, T. (2006). Therapeutic Qualities of Clay-work in Art Therapy and Psychotherapy: A Review. *Art Therapy Journal of the American Art Therapy Association*, 23(2), pp. 66-72
- Vuartic-Rajalin, H., Santamäki-Fischer, R., Jokisalo, P., Fagerström, L. (2020). Art making and expressive art therapy in adult health and nursing care: A scoping review. *International Journal of Nursing Sciences* Vol.8 (1), pp. 102-113
DOI:10.1016/j.ijnss.2020.03.011
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013220301502>
- Wardi-Zanna, K. (2020). Finding Buddha in the Clay Studio: Lessons for Art Therapy, *Art Therapy*, 37:1, pp. 42-45.
DOI: [10.1080/07421656.2019.1656459](https://doi.org/10.1080/07421656.2019.1656459)

Apesar de serem seis utentes no HDP, neste dia esta atividade decorreu com apenas três utentes (um dos utentes encontrava-se de baixa em casa, outro tinha sido operado ao 4º metatarso da mão direita e outro tinha ficado em casa a cuidar do irmão menor).

Nesta atividade os utentes gostaram de sentir e mexer no barro, no entanto, quando foram confrontados com as duas atividades mostraram-se pouco motivados, não a querendo fazer, referindo que não sabiam o que moldar. No final da atividade os utentes manifestaram vergonha dos objetos que elaboraram e demonstraram-se renitentes para falarem sobre eles.

Fotografias das atividades:

Utente N

Atividade 1



Atividade 2



Atividade 1 – Inicialmente, o utente, quis fazer uma figura com duas caras, uma triste e outra alegre mas o utente não conseguiu manter o foco na atividade. O utente acabou por brincar com o barro, que parecia estar a proporcionar-lhe algum relaxamento. Refere “Agora não me lembro de nada para fazer”. Fez 1 meia lua mas não quis explicar o porquê ou falar mais sobre isso.

Atividade 2 – Também não conseguiu fazer a atividade. Continuou a amassar o barro. Quando questionado sobre o futuro respondeu “Eu agora ando a portar-me bem. Faço a medicação certinha, durmo bem, faço atividade física. Já tenho 33 anos, tenho de

ter juízo. Quero estar bem para ajudar a minha mãe. Quero trabalhar, fazer uma sociedade com os meus amigos e ter uma oficina de mecânica, bate chapas e pintura. E voltar a conduzir.”

Estratégias a adotar para passar do agora para o futuro (para a mudança):

- ✓ Sabe que tem de cumprir o tratamento;
- ✓ Está motivado para a mudança.

Utente P

Atividade 1



Atividade 2



Atividade 1 – Fez uma pessoa triste. Refere que se sente triste por ser como é e que gostava de voltar a ser a pessoa que era, uma pessoa alegre e extrovertida. Sente ansiedade por estar na presença de outras pessoas.

Atividade 2 – Fez uma pessoa sorridente. Refere que, no futuro, gostaria de ser feliz. Foi questionado, se não queria algo mais para o futuro, por exemplo, ter uma família ao que o utente respondeu “Isso já não vai acontecer”.

Estratégias a adotar para passar do agora para o futuro (para a mudança):

- ✓ Sabe que não se deve isolar, que tem de interagir com os outros mas de momento não se sente preparado para isso;

- ✓ Sabe que a reabilitação passa por interagir com as outras pessoas e arranjar trabalho.

Utente S

Atividade 1



Atividade 2

Por lapso não foi tirada foto da atividade 2 mas a resposta a esta atividade foi uma cara alegre

Atividade 1 – Refere “Sinto-me sempre triste. Às vezes quando olho para as outras pessoas parece que não têm problemas nenhuns, estão sempre bem com a vida. Estão sempre alegres e a sorrir. Dá-me uma raiva e uma tristeza por não ser assim também. Sinto-me má mãe porque ao fim de semana só me dá para limpar a casa. Não me sai da cabeça que a casa está sempre suja e depois não faço nada com as minhas filhas.

Atividade 2 – Fez uma cara alegre à semelhança do utente P. Refere que não quer estar mais triste e que quer ser feliz.

Estratégias a adotar para passar do agora para o futuro (para a mudança):

- ✓ Sabe que para mudar não se pode isolar em casa.
- ✓ Sabe que, apesar de não querer estar no HDP (sente-se obrigada a estar lá), fez bem em ter aceite o contrato terapêutico.

APÊNDICE 3

ÁRVORE DA ACEITAÇÃO DA DOENÇA



1. Nome da intervenção:

- Árvore da aceitação da doença

2. Fundamentação:

- Na área da saúde, especialmente em enfermagem, recorre-se a dinâmicas de criatividade e sensibilidade (DCS) para a produção de dados de pesquisa e para a promoção de cuidados de grupos e famílias. Essas DCS como a árvore do conhecimento ou das competências reúnem técnicas de colheita de dados da pesquisa qualitativa, tais como a entrevista coletiva, a discussão em grupo e a observação dos participantes para promover a análise reflexiva e o senso crítico dos participantes durante o processo de criação artística.¹
- Esta atividade baseou-se no conceito da árvore das competências, desenvolvido por Herbert Kellner que utiliza a imagem de uma árvore como metáfora para o crescimento e desenvolvimento do ser humano. Através das suas componentes, raízes, tronco e copa, é feita uma representação dos três indicadores de uma competência.²
 - As **raízes** representam o saber ser. Refere-se às atitudes, à disposição interna do indivíduo perante o mundo externo e que orienta a sua conduta, implicando o envolvimento das funções cognitiva, afetiva e conativa;
 - O **tronco** refere-se ao saber, ao conhecimento, correspondendo à aquisição de um conjunto de dados, informações e conceitos que o indivíduo vai armazenando ao longo da nossa vida;
 - A **copa**, com folhas, flores e frutos, representam o saber fazer, as habilidades desenvolvidas, sabendo utilizar o conhecimento adquirido de forma a demonstrar capacidade e técnica, no intuito de se obter resultados positivos.

- A árvore das competências foi buscar a sua fundamentação à obra “A Árvore do Conhecimento” de Maturana e Varela que fazem uma analogia entre a árvore e ser humano. Da mesma forma que a árvore é considerada como parte integrante da natureza com os seus componentes, assim deve ser encarado o ser humano, um sistema aberto em constante interação com o meio exterior. É através dessa experiência, que se amplifica o conhecimento e a nossa consciência, conseguindo atribuir significados, podendo ser possível a mudança e transformação, levando à autoaceitação e a aceitação do outro.²
- De forma geral, é reconhecer que o conhecimento é um processo sistémico e complexo que deve incidir sobre o autoconhecimento e não ser imposto de fora para dentro, devendo ser encarado como um *“processo activo, vivencial, reflexivo, crítico, criativo, lúdico, simbólico de construção e re-construção de sentidos e significados, com especial ênfase no carácter construtivo-dialógico-singular do sujeito.”*²

3. Descrição sumária da atividade:

- Início da sessão:
 - Atividade alusiva ao natal por ser a época das festividades;
 - Entregar a cada utente, uma folha com o desenho de uma árvore de natal, uma folha com uma estrela e seis bolas para enfeitar a árvore. A estrela e as bolas deverão ser recortadas;
 - Explicar ao grupo qual o objetivo da atividade e como se vai proceder
- Desenvolvimento da atividade:
 - Ao grupo são colocadas as questões:
 - ⇒ Nas atividades anteriores, disseram que queriam ser felizes. O que acham que podem fazer de diferente para atingir esse objetivo?
 - ⇒ Quais as estratégias que acham que podem desenvolver para mudar o que sentem agora e terem um futuro mais feliz?
 - Preenchimento das bolas com as respostas;

- Trabalho criativo com colagem dos elementos na árvore e a decoração dos trabalhos;
- Discussão dos trabalhos
- Fim da sessão

4. Objetivos:

- Promover o autoconhecimento dos utentes
- Promover a aceitação da doença
- Promover o *insight*
- Desenvolver a capacidade cognitiva e motivacional do utente
- Desenvolver a motricidade fina e a expressão artística

5. Identificação dos participantes ou do grupo alvo a que se destina:

- A sessão destina-se aos elementos do grupo do HDP
- Critérios de inclusão:
 - Uteses com doença mental com idade superior a 18 anos;
 - Com quadro clínico estabilizado
 - Querer participar na atividade
- Critérios de exclusão:
 - Uteses que não queiram participar da atividade
 - Que apresentem alterações cognitivas que impossibilitem a capacidade de aprendizagem;
 - Que apresentem agitação ou risco de agitação

6. Recursos necessários:

- Tempo previsto - 60min
 - Quebra gelo – 10min
 - Atividade – 20min
 - Discussão dos resultados – 25min
 - Fim da sessão – 5min
- Material necessário:
 - folhas com desenho da árvore de natal;

- folha com estrela e bolas para enfeitar, tesoura e cola
- Enf.^a dinamizadora – Clara Mendes

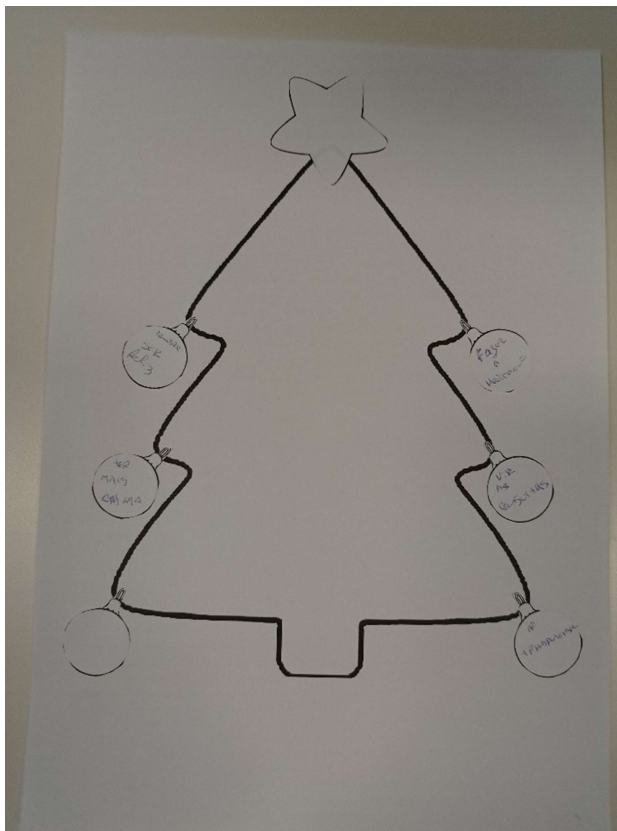
7. Referências bibliográficas:

1. dos Santos, W. M.; de Souza, N. S. (2014). A árvore do conhecimento como instrumento para a promoção da saúde de adolescentes de um centro de atendimento socioeducativo (case). *Revista Contexto & Saúde*, 14(26), 43–46.
<https://doi.org/10.21527/2176-7114.2014.26.43-46>
2. Bucho, J. (2016). A árvore das competências em criatividade: Árvore do conhecimento e da vida. www.psicologia.pt. ISSN 1646-6977
<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0998.pdf>

Esta atividade foi realizada no seguimento da atividade anterior, a do barro. Nessa atividade quando foram questionados sobre o que “Como me gostaria de sentir no futuro?”, todos os utentes responderam que queriam ser felizes. Foi com essa resposta que se deu início a esta atividade.

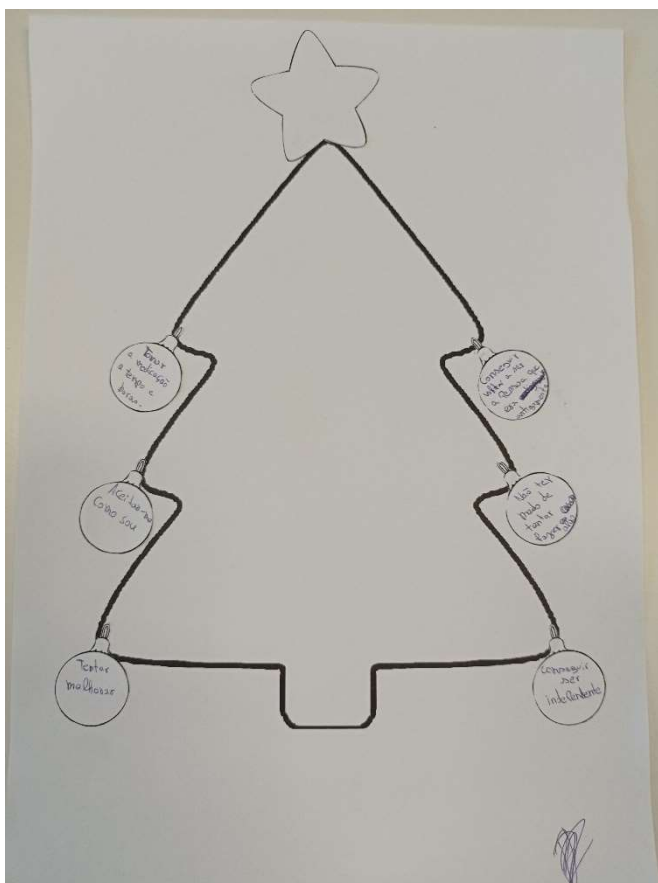
A questão inicial para esta atividade foi **“Se vocês querem ser felizes, o que acham que precisam de fazer para conseguir realizar esse desejo?.”**

Como nos encontrávamos em época festiva, recorreu-se a uma árvore de Natal para fazer a analogia com a árvore de competências. Os utentes tinham de escrever as suas respostas refletidas nas bolas natalícias e posteriormente colá-las na árvore de acordo com a sua criatividade. A estrela simbolizava a aceitação da doença.



Utente S

- 1 – Tentar ser feliz
- 2- Fazer a medicação
- 3- Ter mais calma
- 4- Vir às consultas
- 5 – Ir trabalhar



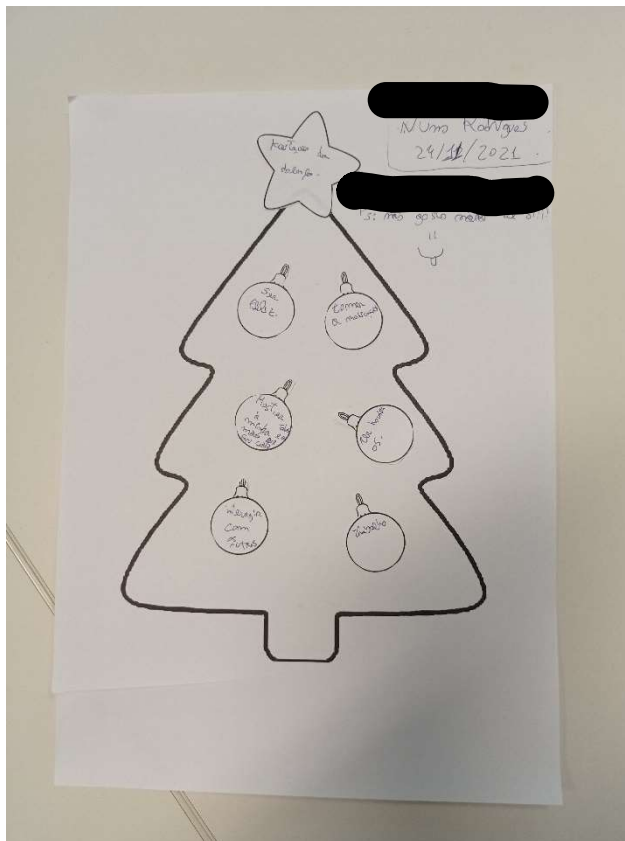
Utente B

- 1- Tomar a medicação a tempo e horas
- 2- Conseguir voltar a ser a pessoa que era antigamente
- 3- Aceitar-me como sou
- 4- Não ter medo de tentar fazer algo
- 5- Tentar melhorar
- 6- Conseguir ser independente



Utente P

- 1- Arranjar emprego
- 2- Não me isolar tanto
- 3- Conviver com mais pessoas
- 4- Pensar positivo



Utente N

- 1- Ser feliz
- 2- Tomar a medicação
- 3- Mostrar à minha mãe e a todos que sou capaz
- 4- Ter horários
- 5- Interagir com os outros
- 6- Ter trabalho



Utente F

- 1- Criar objetivos
- 2- Tomar a medicação
- 3- Recuperar o sono perdido
- 4- Ouvir os outros e respeitar a equipa
- 5- Fazer o tratamento

APÊNDICE 4
PSICOEDUCAÇÃO “*INSIGHTS*”



1. Nome da intervenção:

- Psicoeducação: “Insights”

2. Fundamentação:

- A psicoeducação é uma forma específica de educação¹;
- Tem como foco as atitudes e os comportamentos para a saúde¹;
- É uma intervenção eficaz na promoção do insight porque fornece conhecimento sobre as doenças mentais (diagnóstico, etiologia, sinais e sintomas, prognóstico), o tratamento, realçando a importância da adesão terapêutica² e fornecem suporte emocional ajudando a gerir as emoções e as expectativas¹;
- É um complemento ao regime terapêutico;
- Previne recaídas e reinternamentos¹;
- A ludoterapia consiste num conjunto de técnicas e atividades que utiliza os jogos e brincadeiras como forma de expressão e comunicação entre a pessoa e os profissionais com o intuito de transmitir conteúdos educacionais e terapêuticos⁴;
- Possibilita aprendizagem e estimula a capacidade cognitiva e motora, a criatividade, a comunicação e a socialização, logo, estimula a diversão, prazer e bem-estar. Através da ludoterapia é possível avaliar sentimentos, pensamentos, experiências, comportamentos. No adulto com psicopatologia, pode ser utilizada como forma de diminuir o isolamento social, a ansiedade e a difícil interação com os pares ou profissionais de saúde, reduzindo o desconforto do doente durante o internamento³ e uma forma de lidar com questões como a atenção, a adesão ao tratamento⁴;

- O desenvolvimento de ações de educação para a saúde aliada à diversão é uma estratégia que pode potenciar o envolvimento da pessoa no cuidado à sua saúde, de uma forma mais prazerosa. Ao compreender os fatores envolvidos, poderá encarar o processo saúde-doença de uma perspetiva diferente, assumindo um papel ativo nos cuidados. A literatura sobre educação em saúde demonstra que os índices de abandono do tratamento, de uso incorreto das medicações e de procura excessiva e desnecessária de serviços de saúde diminuem significativamente⁴.

3. Objetivos:

Geral:

- Promover o insight através da psicoeducação, recorrendo ao método interativo de um jogo.

Específicos:

- Ensinar sobre ganhos em saúde se adesão ao regime terapêutico;
- Ensinar sobre risco de doença aumentado se adesão comprometida;
- Estabelecer relação terapêutica através do lúdico e desta forma contribuir para a melhoria do bem-estar;
- Promover a reflexão e a partilha de experiências entre os elementos do grupo;
- Incentivar a partilha de sentimentos em relação à sua situação de doença mental;
- Promover o coping, auxiliando o utente na definição de estratégias para lidar com a sua situação patológica;
- Estimular as competências cognitivas e motoras, afetivas, sociais e comunicacionais da pessoa com psicopatologia.

4. Identificação dos participantes ou do grupo alvo a que se destina:

- A sessão destina-se aos utentes com doença mental internados num serviço de psiquiatria de agudos da área metropolitana de Lisboa.

- Critérios de inclusão:
 - Utente com doença mental com idade superior a 18 anos;
 - Utente que aceite participar na dinâmica de grupo.
- Critérios de exclusão:
 - Utente que recuse participar na dinâmica de grupo;
 - Utente que apresente deficit cognitivo que impossibilite a capacidade de aprendizagem;
 - Utente que apresente comportamento agressivo ou risco de agitação.

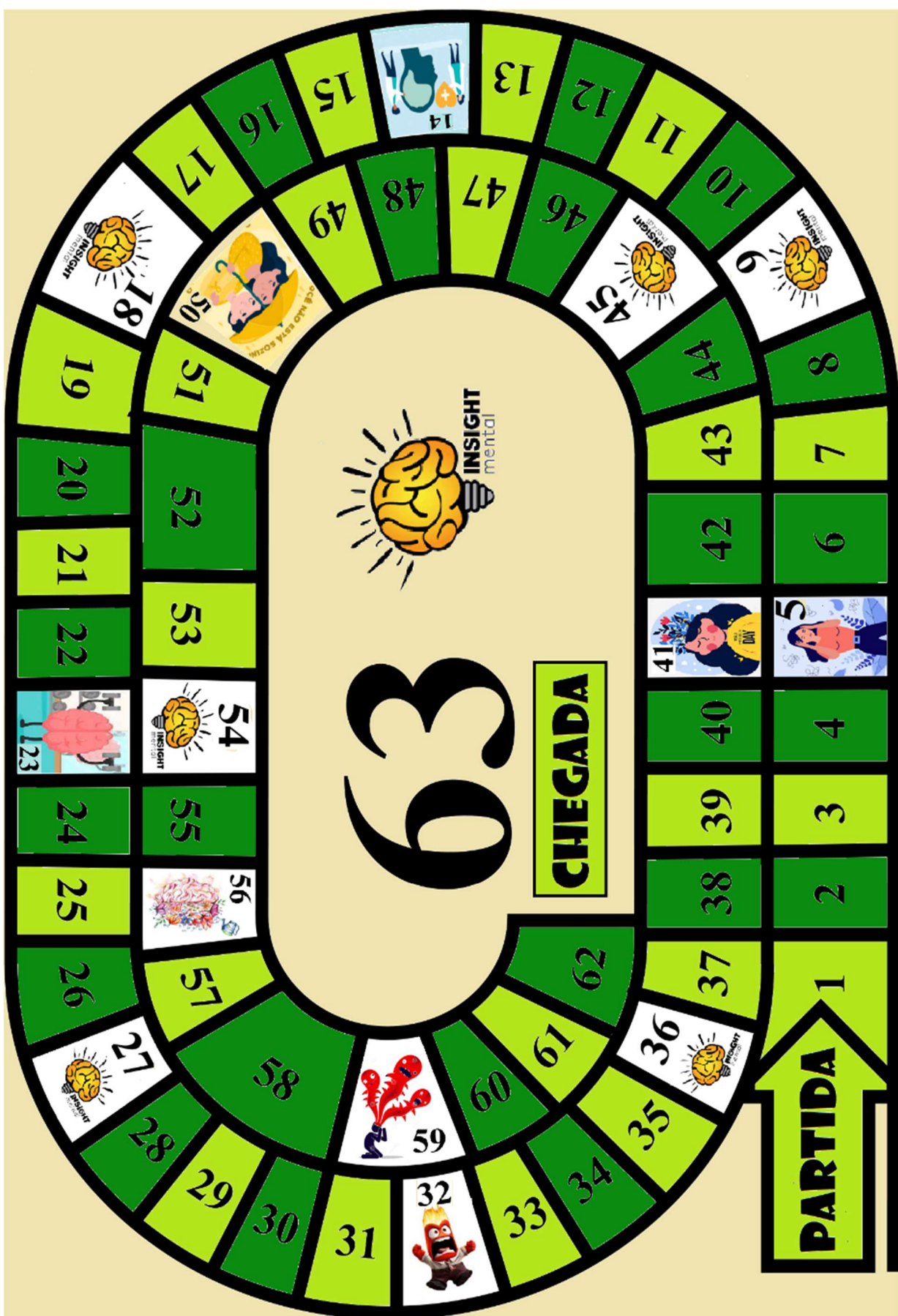
5. Recursos necessários:

- Tempo previsto de sessão
 - Introdução – 5min
Apresentação do Jogo (justificação da escolha do jogo e explicação das regras) – método expositivo.
 - Desenvolvimento – 40min
Jogar o Jogo – dinâmica de grupo.
 - Conclusão – 15 min
Validação de conhecimentos adquiridos, partilha de emoções e sentimentos sentidos durante a sessão – método expositivo e interrogativo.
- Data: dias 7, 8, 9, 10 e 11 de fevereiro de 2022
- Local: sala comum do serviço
- Materiais: jogo de tabuleiro, mesa e cadeiras
- Enf.^a dinamizadora – Clara Mendes

Referências:

3. Amaral, A., Almeida, E., Sousa, L. (2020) – Intervenção Psicoeducacional. In Sequeira, C. e Sampaio, F. (coordenação), *Enfermagem em Saúde Mental, Diagnósticos e Intervenções*, pg. 174- 176. Lidel – Edições Técnicas, Lda.

4. Buchman-Wildbaum, T., Váradi, E., Schmelowszky, Á., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., & Urbán, R. (2020). The paradoxical role of insight in mental illness: The experience of stigma and shame in schizophrenia, mood disorders, and anxiety disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*.
5. Duarte, I (s.d.). *A Ludoterapia no cuidado de enfermagem ao adulto com psicopatologia: Uma reflexão conceptual*. Associação científica dos enfermeiros.
<https://www.acenfermeiros.pt/articles/document/73fd3bc07fa8f86b19ac9a56acfd0e11.pdf>
6. de Farias Brehmer, L.; de Souza, S., Ramos, F. (2013). *Ludoterapia: Estratégia lúdica na atenção de enfermagem em um grupo de educação em saúde*. In 17º seminário nacional de pesquisa em enfermagem. Natal.
http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1487co.pdf



Regras do jogo:

Cada peão corresponde a um jogador.

Todos os peões são colocados na casa de partida ou casa 1.

A pessoa lança o dado e avança o peão de acordo com o número que saiu no dado. Sempre que calhar numa casa com o símbolo  avance 9 casas.

Nos locais assinalados são colocadas as questões da psicoeducação:

Casa 5 – Estou internado e tenho dificuldade em saber o porquê. Sim ou não? Lembra-se do que sentiu antes de entrar para este serviço?

(cartas dos sinais e sintomas)

Casa 14 – Como se sente com o tratamento que está a fazer no internamento? O que é que a medicação faz?

(cartas da medicação)

Casa 23 – Como posso cuidar de mim? Que estratégias posso usar para melhorar a minha saúde mental?

(Hábitos de vida saudáveis - alimentação, sono, cuidados de higiene)

Casa 32 – Tenho dificuldade em gerir as minhas emoções. O que posso fazer para lidar com elas?

Fica uma vez sem jogar.

Casa 41 - Hoje dormi cerca de 8 horas. Sinto-me bem.

Avance três casas.

Casa 50 – Ter a mente doente implica ter dias melhores e dias piores. O que podemos fazer para o(a) ajudar?

Casa 56 – O estigma e preconceito existem na doença mental, mas sei que é uma doença como outra qualquer e cumprindo as coisas que aprendi posso ter uma vida melhor.

Já se sentiu estigmatizado a)? Se sim, quer partilhar a situação?

Casa 59 – Deixei de tomar a medicação e de ir às consultas. Volte ao início do jogo.

DOENÇA AFETIVA BIPOLAR

Sintomas:

Fase maníaca

- Humor eufórico, expansivo, exaltado, irritável
- Autoestima aumentada ou grandiosidade
- Energia extrema
- Pensamento acelerado
- Fuga de ideias
- Diminuição da necessidade de dormir
- Desinibição agindo impulsivamente como fazer compras desnecessárias, ter comportamentos de risco, ser agressivo com outros

DOENÇA AFETIVA BIPOLAR

Sintomas:

Fase depressiva

- Estado de desânimo, triste, abatido
- Perda do gosto pela vida e do interesse na realização de atividades prazerosas
- Pessimismo
- Autodesvalorização, baixa autoestima e sentimentos de culpa
- Mal-estar físico generalizado, fadiga, alterações do apetite, do sono e da vontade de ter sexo

DOENÇA DEPRESSIVA

Sintomas:

- Tristeza, desânimo
- Ansiedade
- Irritabilidade
- Labilidade emocional
- Sentir-se sem energia e sem vontade de fazer atividades que eram prazerosas
- Lentificação
- Negativismo
- Baixa autoestima
- Ideação de culpa, ruína e hipocondria
- Ideação suicida e tentativas de suicídio
- Défice de atenção/concentração
- Insónia ou dormir muito
- Alteração do apetite e do peso

PERTURBAÇÕES DA ANSIEDADE

Sintomas:

- Preocupação e ansiedade excessivas
- Dificuldade em controlar a preocupação e ansiedade
- Sensação de opressão do tórax, dificuldade em respirar
- Comportamento evitante
- Facilmente distraído
- Inquietação
- Insónia
- Humor depressivo
- Podem separar em grupos principais:
 - Ansiedade generalizada
 - Crises de ansiedade

ESQUIZOFRENIA

Sintomas positivos:

- Ideias delirantes
- Alucinações
- Perturbações na forma do pensamento:
 - Perda de associação de ideias
 - Tangencialidade
 - Bloqueios do pensamento
 - Descarrilamento do pensamento
 - Incoerência
- Comportamento estranho ou bizarro
- Quebra das regras sociais
- Agitação e inquietação motora
- Comportamento repetitivo
- Agressividade

ESQUIZOFRENIA

Sintomas negativos:

- Pensamento pobre
- Linguagem pobre com respostas curtas, por vezes monossilábicas
- Perda de discurso espontâneo
- Isolamento e empobrecimento social:
 - Perda do interesse por atividades sociais
 - Dificuldade em estabelecer relações sociais
- Perda do autocuidado e hábitos de higiene e do interesse nas AVD's
- Embotamento afetivo:
 - Diminuição da espontaneidade
 - Evitamento do contato visual
 - Empobrecimento afetivo

EPISÓDIO PSICÓTICO

Sintomas:

- Interferências no pensamento
- Preservação do pensamento
- Pressão do pensamento
- Bloqueio do pensamento
- Perturbações na linguagem recebida, escrita ou falada
- Diminuição na capacidade para distinguir entre ideias e percepções, fantasias ou memórias verdadeiras
- Ideias instáveis sobre si mesmo
- Perturbações da percepção visual
- Perturbações da percepção auditiva

PERTURBAÇÕES ADITIVAS E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

Sintomas:

- Por intoxicação:
 - Amnésia (álcool)
 - Alucinações e ideias delirantes (cocaína, canabinóides)
 - Agitação psicomotora (álcool, cocaína)
- Por abstinência:
 - Irritabilidade
 - Tremores
 - Suores
- Por abuso:
 - Uso recorrente da substância com incapacidade para cumprir obrigações pessoais e profissionais, com dano físico ou problemas legais recorrentes
- Por dependência:
 - Tolerância
 - Sintomas de abstinência
 - Incapacidade de diminuir ou controlar a utilização da substância, apesar dos danos que provoca

DOENÇA DA PERSONALIDADE

Cluster A (estranhos):

- **Paranoide**
 - Muito reservados
 - Desconfiados
 - Culpam os outros pelos seus problemas
- **Esquizoide**
 - Distantes, fechados no seu mundo
 - Frieza emocional
 - Desinteresse nas relações
- **Esquizotípica**
 - Estranhos em vários aspetos:
 - No vestir
 - Em maquilhar
 - Em se comportar
 - Distantes, isoladas
 - Capacidade de formar relações

DOENÇA DA PERSONALIDADE

Cluster B (dramáticos):

- **Borderline**
 - Grande instabilidade de comportamento, dos afetos, do humor e da autoimagem
 - Impulsividade
 - Automutilações
 - Sentimentos de aborrecimento e de vazio
 - Intolerância à solidão
- **Antissocial**
 - Falta de empatia, ausência de sentimentos e remorsos
 - Não toleram o aborrecimento
 - Procura de excitação (abuso de substâncias, jogo, promiscuidade)
 - Culpam os outros pelos seus problemas
 - Falta de empatia, exploram os outros a seu favor

DOENÇA DA PERSONALIDADE

Cluster B (dramáticos):

- **Histrionica**
 - Muito dramáticos
 - Labilidade de humor
 - Egocentrismo
 - Procura exagerada de elogios e aprovação
- **Narcísica**
 - Sentem-se grandiosamente importantes
 - Preocupações com fantasias de sucesso, poder e brilhantismo
 - Sentimentos de superioridade, acreditam ter direito a receber tratamentos especiais
 - Necessidade exibicionista de captar admiração e atenção
 - Arrogância, egocentristas, invejam o sucesso dos outros

DOENÇA DA PERSONALIDADE

Cluster C (ansiosos):

- **Evitante**
 - Falta de capacidades sociais para começar a estabelecer relações
 - Tímidos, tensos, envergonham-se facilmente
 - Tendência para o isolamento
 - Inseguros, baixa autoestima
- **Dependente**
 - Necessidade excessiva de apoio por parte dos outros
 - Falta de confiança
 - Falta de ambição com submissão à vontade dos outros
 - Postura passiva, facilmente angustiados em relação aos problemas do dia a dia.
- **Obsessiva-compulsiva**
 - Preocupações com pontualidade e pormenores sendo muito meticolosos
 - Dificuldade em lidar com a incerteza, rigidez de opiniões, falta de espontaneidade, muito formais
 - Grande necessidade de ter tudo sob controlo

Cartas dos medicamentos:

ANTIPSICÓTICOS

Também chamados neurolépticos.
São medicamentos usados no tratamento:

- de fase aguda e na manutenção da esquizofrenia
- na doença esquizoafetiva
- nos episódios maníacos, depressivos e na manutenção da doença bipolar
- da agitação psicomotora nos estados confusionais agudos
- dos sintomas comportamentais e psicológicos graves (psicose, agitação psicomotora e agressividade) nas demências

ANTIPSICÓTICOS

Dividem-se em:

Antipsicóticos de primeira geração ou típicos ou clássicos (APG):

- ⇒ Amisulprida (Socian)
- ⇒ Ciamemazina (Tercian)
- ⇒ Clorpromazina (Largactil)
- ⇒ Levomepromazina (Nozinan)
- ⇒ Prometazina (Fenergan)
- ⇒ Haloperidol (Haldol)
- ⇒ Zuclopentixol (Cisordinol)

Antipsicóticos de segunda geração ou atípicos (ASG):

- ⇒ Aripiprazol (Abilify)
- ⇒ Clozapina (Leponex)
- ⇒ Olanzapina (Zyprexa)
- ⇒ Quetiapina (Seroquel)
- ⇒ Paliperidona (Invega)
- ⇒ Risperidona (risperdal)

ANTIPSICÓTICOS

Efeitos secundários:

- Podem provocar arritmias e por isso é necessário fazer ECG.
- Podem provocar efeitos extrapiramidais (mais associados aos APG):
 - Tremores
 - Passo arrastado
 - Rigidez
 - Roda dentada
 - Aumento da salivação
 - Inquietação contínua (acatisia)
 - Espasmos involuntários (dystonia)
- Boca seca
- Visão turva
- Obstipação
- Náuseas
- Problemas de pele
- Sedação

ANTIPSICÓTICOS

Efeitos secundários (cont.):

- Tensão arterial baixa ao levantar-se
- Movimentos bizarros da cara e língua pescoço rígido e dificuldade em engolir (discinesia tardia)
- Síndrome Maligna dos Neurolépticos (mais nos APG):
 - Febre
 - Respiração rápida
 - Pulso acelerado
 - Tensão arterial oscilante
 - Rigidez muscular generalizada
 - Alterações do estado de consciência
- Hiperglicemia e Diabetes (mais comum nos ASG)
- Efeitos hormonais:
 - Diminuição da libido (homens)
 - Ausência de menstruação
 - Aumento de peso

ANSIOLÍTICOS/HIPNÓTICOS

São medicamentos utilizados para o tratamento da ansiedade e na indução e manutenção do sono, quando os sintomas são graves e provocam desadaptação marcada.

Ansiedade

- ⇒ Alprazolam (Xanax)
- ⇒ Bromazepam (Bromalex)
- ⇒ Diazepam (Valium)
- ⇒ Lorazepam (Lorenin)
- ⇒ Oxazepam (Serenal)
 - ⇒ Mexazolam (Sedoxil)
 - ⇒ Loflazepato de etilo (victan)

Hipnótico

- ⇒ Estazolam (Kainever)
- ⇒ Flurazepma (Morfex)
- ⇒ Lorazepam (Lorenin)
- ⇒ Midazolam (Dormicum)
- ⇒ Zolpidem (Stilnox)

ANSIOLÍTICOS/HIPNÓTICOS

Efeitos secundários:

- Fadiga
- Sedação
- Confusão
- Fraqueza muscular
- Dor de cabeça
- Descoordenação motora
- Visão dupla
- Dificuldades cognitivas
- Dificuldade em demonstrar as emoções
- Podem criar tolerância e dependência física e psíquica

Provocam dependência física e psicológica e devem ser retirados gradualmente.

ANSIOLÍTICOS/HIPNÓTICOS

Atualmente existem fármacos mais eficazes no tratamento da ansiedade:

- ⇒ Pregabalina (Lyrica)
- ⇒ Gabapentina (Neurontin)
 - Não induzem dependência e são bem tolerados
 - Têm uma ação anticonvulsivante e analgésica.

A Buspirona também é utilizado no tratamento da ansiedade e não induz dependência como a maioria das benzodiazepinas.

ANTIDEPRESSIVOS

Tratamento de episódios de depressão moderados a graves e das perturbações da ansiedade (pânico, ansiedade generalizada, obsessiva-compulsiva, stress pós-traumático, ansiedade social, bulimia e anorexia nervosa)

Existem vários tipos dependendo da ação sobre os neurotransmissores:

- ⇒ Escitalopram (Ciprallex)
- ⇒ Fluoxetina (Prozac)
- ⇒ Paroxetina (Seroxat)
- ⇒ Sertralina (Zoloft)
- ⇒ Venlafaxina (Efexor)
- ⇒ Bupropion (Elontril, Ziban)
- ⇒ Mirtazapina (Remeron)
- ⇒ Trazodona (Triticum)

ANTIDEPRESSIVOS

Os efeitos da medicação surgem ao fim de 3-4 semanas de toma contínua devendo manter-se pelo menos 6 meses após a remissão dos sintomas.

Efeitos secundários:

- Boca seca
- Sedação
- Náuseas
- Síndrome de descontinuação com tonturas, náuseas, dor de cabeça e fadiga acentuada
- Visão turva
- Obstipação
- Aumento de peso
- Disfunção sexual

Devem ser retirados gradualmente pela síndrome de descontinuação

ESTABILIZADORES DE HUMOR

São medicamentos indicados no tratamento e manutenção da doença bipolar, no tratamento dos episódios de mania e depressão bipolar.

⇒ **Lítio (Priadel)**

Indicações:

- Prevenção e tratamento de episódios maníacos

Efeitos secundários:

- Dor de cabeça
- Sonolência, tonturas
- Boca seca, sede
- Tremores nas mãos
- Náuseas, vômitos e diarreia
- Sabor metálico na boca
- Desidratação
- Aumento de peso

É necessário fazer análises de sangue para controlo da dosagem pelos efeitos neurotóxicos

ESTABILIZADORES DE HUMOR

⇒ **Valproato de Sódio (Depakine, Dipelexil)**

Indicações:

- Alternativa ao lítio no tratamento da mania e mania resistente
- Indicação nos ciclos rápidos, estados mistos e prevenção da doença bipolar

Efeitos secundários:

- Náuseas, vômitos
- Tremores
- Aumentos de peso
- Queda de cabelo

É necessário fazer análises de sangue para controlo da dosagem pelos efeitos neurotóxicos

ESTABILIZADORES DE HUMOR

⇒ **Carbamazepina (Tegretol)**

Indicações:

- Tratamento da mania e prevenção da doença bipolar

Efeitos secundários:

- Dores de cabeça
- Sonolência
- Visão dupla
- Alterações da coagulação do sangue
- Reações da pele

⇒ **Lamotrigina (Lamictal)**

Indicações:

- Indicado para a prevenção de episódios depressivos da doença bipolar
- Não está indicado no tratamento agudo de episódios maníacos e depressivos

Efeitos secundários:

- Manchas vermelhas na pele

ESTABILIZADORES DE HUMOR

Os antipsicóticos atípicos têm propriedades estabilizadoras de humor e são também utilizadas no tratamento da doença bipolar.

- ⇒ Olanzapina (Zyprexa)
- ⇒ Aripiprazol (Abilify)
Utilizados no tratamento de episódios maníacos moderados a graves e na prevenção de episódios maníacos agudos
- ⇒ Queatipina (Seroquel)
Utilizados no tratamento de episódios maníacos moderados a graves e episódios depressivos *major* e na prevenção de episódios agudos

