



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

(Não) Adesão à terapêutica da pessoa com perturbação mental na comunidade

Ana Filipa Ribeiro Moreira

Orientação: Ana Paula Lampreia Banza Zarcos, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde no Instituto Politécnico de Beja, Mestre em Enfermagem, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

(Não) Adesão à terapêutica da pessoa com perturbação mental na comunidade

Ana Filipa Ribeiro Moreira

Orientação: Ana Paula Lampreia Banza Zarcos, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde no Instituto Politécnico de Beja, Mestre em Enfermagem, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



RESUMO

A elaboração do presente relatório vislumbra o percurso formativo desempenhado no estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica e do trabalho desenvolvido.

O tema definido vai ao encontro do desafio que os profissionais de saúde se deparam diariamente, o fenómeno da adesão à terapêutica. Ir-se-á promover a entrevista motivacional pela sua aplicabilidade em contexto comunitário e pela melhoria quanto ao comportamento de adesão. Existem diversos fatores que atuam como barreiras na adesão. O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica detém as ferramentas necessárias, quer de conhecimentos quer na relação terapêutica, para promover a modificação de comportamentos que visem o aumento da adesão à terapêutica e, consequentemente, uma melhoria da qualidade de vida. A pessoa com perturbação mental tem uma participação ativa no seu tratamento e caminha lado a lado com o enfermeiro, sendo detentora da tomada de decisão acerca do seu plano terapêutico.

Assim sendo, após identificada a necessidade com a colaboração da equipa de cuidados, foi desenvolvido um protocolo de atuação para a modificação de comportamentos de (Não) Adesão à terapêutica, através da Entrevista Motivacional aos utentes.

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica, Adesão à Medicação, Doença Mental, Entrevista Motivacional



ABSTRACT

This report looks at the training course carried out at the stage of the master's degree in nursing, in the area of specialization of mental and psychiatric health and the work developed.

The defined theme meets the challenge that health professionals face daily, the phenomenon of adherence to therapy. Motivational interview will be promoted for its applicability in several contexts and for the demonstrated improvement in adherence behavior. There are several factors that act as barriers in adhesion. The nurse specialist in mental and psychiatric health has the necessary tools, both in terms of knowledge and in the therapeutic relationship, to promote the modification of behaviors aimed at increasing adherence to therapy and, consequently, an improvement in the quality of life. The person with mental disorder has an active participation in their treatment and walks side by side with the nurse, being the decision maker about their therapeutic plan.

Therefore, after identifying the need with the collaboration of the care team, an action protocol was developed for the modification of behaviors of (Non) Adherence to therapy, through the Motivational Interview to the users.

Key-Words: Psychiatric Nursing, Medication Adherence, Mental Disorder, Motivacional Interviewing

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	11
2.1 ADESÃO À TERAPÊUTICA E O SEU DESAFIO NA DOENÇA MENTAL....	11
2.2 FATORES DA ADESÃO À TERAPÊUTICA.....	14
2.3 ENFERMAGEM E A ADESÃO À TERAPÊUTICA.....	17
2.4 ESTIGMA E A PERTURBAÇÃO MENTAL	19
2.5 RECOVERY E EMPOWERMENT NA DOENÇA MENTAL	23
2.6 ENFERMAGEM E O MODELO TIDAL.....	25
2.7 ENTREVISTA MOTIVACIONAL E A ADESÃO	30
3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	33
4. METODOLOGIA DE PROJETO.....	34
4.1 FASE DE ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	34
4.2 DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	38
4.3 CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	39
4.4 CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	43
4.5 OBJETIVOS DELINEADOS.....	45
4.6 FASE DE ELABORAÇÃO DO PLANEAMENTO DAS ESTRATÉGIAS.....	46
4.7 FASE DE INTERVENÇÃO DAS ESTRATÉGIAS PLANEADAS	50
4.8 PROPOSTA DE PROTOCOLO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM: ENTREVISTA MOTIVACIONAL	64
4.9 FASE DE EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO	77
4.10 FASE DE DIVULGAÇÃO DE DADOS	78
5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE, ENFERMEIRO ESPECIALISTA E ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	79
6. CONCLUSÃO	85
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86

ANEXOS

ANEXO I – Artigo científico intitulado “Impacto da entrevista motivacional na adesão à terapêutica da pessoa com perturbação mental na comunidade”



ANEXO II - Consulta de enfermagem

ANEXO III – Consentimento informado

ANEXO IV – Avaliação do estado mental

ANEXO V – Escala de Medição de Adesão ao Tratamento

ANEXO VI - Escala de Insight Marková e Berrios

ANEXO VII – Critérios de seleção de inclusão e exclusão

ANEXO VIII – Sessão expositiva “Adesão à terapêutica e a sua gestão”

ANEXO IX – Folheto “Adesão ao Regime Terapêutico”

ANEXO X – Sessão formativa “Avaliação do estado mental”

ANEXO XI - Sessão formativa “Adesão à terapêutica na doença mental”

ANEXO XII – Sessão formativa “Entrevista Motivacional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica”

ANEXO XIII – Estudo de caso “Pessoa com perturbação Bipolar”



SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional de Parametrização em Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

ESMP – Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMC – Equipa de Saúde Mental Comunitária

OE – Ordem dos Enfermeiros

WHO – World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório de estágio, no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, apresenta como intento a partilha e análise do percurso caminhado ao longo do estágio, para o desenvolvimento de competências especializadas nesta área, conjeturadas no Regulamento aprovado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018).

Ao longo dos anos, a Saúde Mental foi assumindo grande valor, sendo considerada a base do bem-estar da pessoa. Mas, não é estanque nem estática e pode ocorrer uma desestabilização durante o ciclo vital. Por esse motivo, a intervenção precoce poderá, por um lado, em certas situações, precaver dificuldades futuras e, por outro, auxiliar na recuperação e na inclusão social. Torna-se solene destacar que “Não há saúde sem saúde mental” (DGS, 2014, p.7).

Em Portugal, as perturbações mentais apresentam uma taxa de prevalência de 22,9% (DGS, 2013), em que “cinco das dez principais causas de incapacidade a longo prazo e de dependência são doenças neuropsiquiátricas: depressão unipolar (11,8%), problemas ligados ao álcool (3,3%), esquizofrenia (2,8%), distúrbios bipolares (2,4%) e demência (1,6%)” (DGS, 2013, p.5).

Para o Conselho Internacional dos Enfermeiros (2009), as evidências asseveram que uma das prevaletentes questões que o sistema de saúde se defronta é o abandono ou o incorreto cumprimento dos tratamentos estabelecidos pelos profissionais de saúde, cujas repercussões são espelhadas na morbilidade e na mortalidade.

Segundo o Plano Nacional de Saúde mental (DGS, 2017) conceitua-se que uma das precedências é a reformulação da prestação de cuidados à pessoa com perturbação mental pela problemática da não adesão ao tratamento.

De acordo com a WHO e Organização Mundial de Médicos (2008), a adesão à terapêutica de longo-prazo é um desafio multifacetado que requisita a reflexão e a melhoria de fatores com influência, englobando uma relação entre o profissional e o utente alicerçada em confiança e num contrato terapêutico, bem como, proporcionar conhecimentos ao mesmo acerca das consequências (quer de uma boa como má adesão), na aquisição de suporte familiar e comunitário.

Na mesma linha de pensamento, “a questão da adesão é reconhecida como multifatorial e complexa. É elevado o número de preditores de adesão / não-adesão e, aparentemente, têm-se destacado os fatores individuais e ambientais.” (p. III). São compreendidas variadas medidas para o combate à não adesão, quer seja na sua promoção da adesão quer na redução de barreiras para o seu cumprimento (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2009).

Contudo, segundo os autores Agumasie et al. (2018), na pessoa com perturbação mental, a fraca adesão à terapêutica é considerada como o grande objetor no controlo da sintomatologia e do seu alívio, configurando-se como um grande preditor da probabilidade de recaídas e de reinternamentos.

Pesquisas efetuadas demonstram o impacto da entrevista motivacional como uma intervenção psicoterapêutica eficaz na adesão da mesma. Nesse sentido, Chien et al. (2016) descrevem que a entrevista motivacional apresenta a finalidade de consolidar a motivação da pessoa para a mudança, ou seja, a sua própria motivação. É um estilo de intervenção centrado na pessoa, aplicado para facilitar e envolver a sua motivação intrínseca e para contribuir na exploração e resolução da ambivalência para o comportamento de adesão.

Os profissionais de saúde desempenham um contributo essencial na mudança de comportamentos salutogénicos por parte da pessoa (Ashish, Naresh & Susan, 2005). Sherwood & Zomorodi, 2014; Sofaer & Shuman (2013) descrevem que são a ferramenta que detém tanto o conhecimento como a capacidade de comunicar com competência, de modo a dar suporte às habilidades de autogestão da pessoa que tenta fazer mudanças.

Para o Conselho Internacional dos Enfermeiros (2009), “(...) os enfermeiros encontram-se numa posição única para avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar resultados nas questões relacionadas com a adesão”, incluindo “avaliar o risco de não-adesão (incluindo aspectos físicos, mentais, comportamentais, sócio-culturais, ambientais e espirituais); identificar os diagnósticos e motivos para a não-adesão; proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação; e avaliar a adesão ao tratamento” (p.10).

A Ordem dos Enfermeiros (2018) destaca que as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica visam tributar-se para o



ajuste do feedback da pessoa/família relativamente aos problemas particulares relacionados com a doença mental. Apresenta como propósito prevenir o agravamento desses mesmos problemas, a desinserção social e, igualmente, alavancar o recovery e a qualidade de vida de todos dos agregados da família.

O tema do presente relatório debruça-se sobre a (Não) adesão à terapêutica da pessoa com perturbação mental, tendo como recurso psicoterapêutico a entrevista motivacional. São apresentados como objetivos: elaborar um projeto de estágio para a problemática encontrada e desenvolver as competências de mestre, específicas do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

O presente relatório encontra-se dividido em quatro capítulos. O primeiro abrange uma dimensão teórica sobre o enquadramento conceitual, sendo abordada a adesão à terapêutica e o seu desafio na doença mental, os fatores da adesão, o estigma, o recovery e o empowerment, o Modelo Tidal e a entrevista motivacional e a adesão à terapêutica.

No segundo capítulo é apresentada a questão de investigação. O terceiro capítulo é composto pela metodologia de projeto e pelas atividades desenvolvidas desde a fase de elaboração até a fase de divulgação de dados. No quarto capítulo encontra-se descrito o desenvolvimento das competências de mestre, de enfermeiro especialista e de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico apresentado irá prover para a base da composição do relatório de estágio e, igualmente, da metodologia de projeto, consolidadas na qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

2.1 ADESÃO À TERAPÊUTICA E O SEU DESAFIO NA DOENÇA MENTAL

As perturbações mentais são um dos maiores desafios na Região Europeia, mensurado pela prevalência, carga de doença e incapacidade. Os problemas de saúde mental, incluindo depressão, ansiedade e esquizofrenia, são as principais causas de incapacidade e, para muitos países, um grande fardo para a economia, exigindo um plano de ação política (WHO, 2015).

De acordo com o mesmo autor, a doença mental influencia o bem-estar. As pessoas com perturbações mentais têm menos acesso à educação, altos níveis de desemprego e a um isolamento a nível social. Tem-se em consideração que a presença de uma perturbação mental aumente os comportamentos de risco, tais como, consumos tabágicos, abuso de álcool, dietas pobres e baixos níveis de exercício e, concludentemente, um maior risco de obesidade, doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes e suicídio.

Conforme WHO (2002), as doenças não transmissíveis e problemas de saúde mental também são prevalentes nos países em desenvolvimento, representando 46% da carga total de doenças para o ano de 2001 e, com previsão para aumentar para 56% até 2020 (WHO, 2003). A magnitude e o impacto da baixa adesão nos países em desenvolvimento são elevados pela escassez de recursos de saúde e das desigualdades no acesso aos seus cuidados (WHO, 2003).

A DGS (2015) refere que, em Portugal, a carga da doença mental representa 22,55% da carga das incapacidades. Nos países desenvolvidos, a não adesão ao

tratamento nas perturbações mentais representa uma preocupante adversidade na saúde pública repercutindo-se na adoção de programas terapêuticos.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (2009) assevera que o sistema de saúde se confronta com o abandono ou o erróneo cumprimento pela pessoa na prescrição de tratamentos pelos profissionais de saúde, sendo um fator preditivo no aumento da mortalidade e morbilidade.

Há muitos séculos atrás, Hipócrates já se encontrava ciente do incumprimento da toma da terapêutica, no fato dos seus utentes fingirem a sua toma (Sackett, 1979). A atenção dada á adesão terapêutica verifica-se desde há vários anos, desenvolvendo-se com as indústrias farmacêuticas e com o seu consumo sendo, atualmente, importante na gestão da doença. No fim dos anos 90 a pessoa assume importância na gestão da sua doença e na sua participação nos cuidados de saúde (Cruz, 2017).

A crença de que a pessoa é a única responsável pela toma da medicação é ilusória e, na maioria das vezes, reflete um mal-entendido como outros fatores afetam o seu comportamento e a capacidade de adesão ao tratamento (WHO, 2003). Torna-se necessário definir o modelo de crença em saúde, no sentido de entender a dificuldade encontrada na adesão terapêutica por parte da pessoa.

Na perspectiva de Conner & Norman (1994), o modelo pleiteia a sua decisão com vista a um comportamento salutugénico e é compreendido pela percepção da suscetibilidade de determinada doença, da sua gravidade e da percepção do ganho de determinadas ações e das barreiras apresentadas para as mesmas.

Existem diversas barreiras para as pessoas não adquirirem ajuda profissional ou para ocorrer um atraso na obtenção da mesma. Um dos mais importantes é o problema em reconhecer os sintomas da doença (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010). Também, para o autor, Phipps (2009), estas mesmas percepções são influenciadas pelas variáveis demográficas (idade, raça, sexo, etnia), psicossociais (personalidade, classe social) e pelas variáveis estruturais (conhecimento acerca da doença e os contactos prévios com a mesma).

Ao considerar-se os fatores envolventes valorizados pela pessoa no seu contexto, a exequibilidade de adesão ao tratamento é maior quando os aspetos positivos excederem os riscos e os aspetos negativos (Lacro, Dunn, Dolder, Leckband & Jeste, 2002).

Vastos estudos analisaram a influência das atitudes e crenças da pessoa com perturbação mental comparativamente à terapêutica antipsicótica e o quanto podem afetar a adesão ao tratamento (Rofail, Gray & Gournay, 2008; Hofer & Fleischhacker, 2009). Freudenreich, Cather, Elvis, Henderson & Goff (2004) referem que as atitudes e crenças negativas, para com a medicação, encontram-se relacionadas com a fraca adesão e com um pior prognóstico. Reddy (2012) destaca que a adesão é um processo dinâmico. Não é um fenómeno estático, e na maioria das pessoas, é uma questão de cumprimento parcial.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (2009) aborda a necessidade na confrontação da adesão ao regime medicamentoso na prática dos cuidados e devendo ser priorizada na saúde. E, Reddy (2012) refere que o aparecimento da farmacoterapia foi um marco revolucionário na gestão da doença mental, nomeadamente no alívio dos seus sintomas e na reintegração social pois auxiliam na sua recuperação sintomática e funcional.

A adesão abrange inúmeros comportamentos que estão relacionados com a saúde e que vão além do uso de medicação prescrita (WHO, 2003). A definição dada à adesão refere-se à extensão do comportamento da pessoa para tomar a medicação, cumprir uma dieta e ou executar mudanças no seu estilo de vida, correspondendo às recomendações acordadas pelo profissional de saúde. A autogestão da doença pela pessoa e as suas consequências também assumem um papel relevante (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009).

Para os autores Coelho et al. (2017), a adesão à terapêutica diz respeito ao modo como a pessoa toma os medicamentos tendo em conta a prescrição médica e abrange três processos entre si: a iniciação (na toma da primeira dose da medicação), implementação (o utente toma a mesma tendo em conta a prescrição médica) e descontinuação (a finalização do tratamento). É definida como persistência o período de tempo desde a iniciação até à descontinuação. A não adesão à terapêutica pode decorrer na sua não iniciação, na má execução ou na interrupção precoce.

Torna-se fundamental referir, segundo o mesmo autor, que a palavra “adherence” acarreta a cooperação entre o utente e o prescritor. Na literatura também é utilizado um outro termo “compliance”, mas, neste caso, refere-se ao papel da pessoa

como sendo um ser passivo e com a imposição médica relativamente à prescrição da medicação.

A adesão é um importante modificador da eficácia do sistema de saúde e existem intervenções para distanciar as barreiras à adesão. Intervenções que promovam a adesão podem ajudar a diminuir a lacuna entre a eficácia e a eficiência do sistema de saúde. Não obstante, o sistema de saúde tem o potencial de afetar o comportamento de adesão da pessoa pelo que é necessária uma abordagem multidisciplinar (WHO, 2003). Segundo o Plano Nacional de Saúde mental 2017, é considerado uma das precedências a reformulação da prestação de cuidados à pessoa com perturbação mental grave dado à problemática da não adesão ao tratamento (DGS, 2017).

2.2 FATORES DA ADESÃO À TERAPÊUTICA

Conforme a WHO (2003) descreve, a adesão é um fenómeno multidimensional determinada pela interação de cinco conjuntos de fatores, que serão descritos seguidamente.

1) Fatores socioeconómicos influenciam na baixa adesão à terapêutica: situação socioeconómica desfavorável, a pobreza, o analfabetismo, a baixa escolaridade, o desemprego, o carecer de suporte social, as condições de vida precárias, a inacessibilidade aos cuidados de saúde, o custo dos meios de transporte, o alto custo da medicação, as mudanças nas situações ambientais, a cultura e as crenças leigas sobre doença e tratamento e a disfunção familiar (WHO, 2003).

Nos idosos, pelo comprometimento cognitivo e funcional, o risco de baixa adesão está aumentado. Múltiplas comorbidades e a complexidade de prescrições médicas também comprometem a adesão (WHO, 2003).

2) Equipa multidisciplinar e o sistema de saúde: a relação estabelecida pelo profissional de saúde com o utente pode melhorar a adesão (Rose, Kim, Dennison & Hill, 2000). A relação terapêutica é um processo que prospera por estadios desde uma categoria mais superficial à mais profunda, de modo a se estabelecer uma aliança terapêutica (Gardner, 2010).

A comunicação terapêutica torna-se um aspeto fundamental para estabelecer a relação terapêutica. É um processo consciencioso e intencionado para a obtenção de informações acerca do estado de saúde da pessoa. Promove uma relação objetiva, de confiança e uma comunicação intencional para auxiliá-lo na resolução dos seus problemas e, dessa forma, permitir estabelecer uma relação terapêutica (Sequeira, 2016).

O enfermeiro estabelece uma relação de confiança com as pessoas ao longo da continuidade de cuidados prestados em que avalia, diagnostica e intervém, para, posteriormente, efetuar uma avaliação dos resultados relativamente á adesão. Os enfermeiros “desempenham um papel importante na otimização da adesão ao tratamento ao nível do indivíduo, da família, da comunidade e do sistema de saúde” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009, p. 10).

No entanto, podem existir fatores de carácter negativo relacionados com o desenvolvimento deficitário dos serviços de saúde, sendo eles, a carência de conhecimento dos profissionais de saúde no que diz respeito à gestão de doenças crónicas e em relação ao fenómeno da adesão, a falta de incentivos e feedback sobre o seu desempenho, consultas curtas e a fraca capacidade do sistema de saúde no acompanhamento da pessoa. É destacada, identicamente, a necessidade de estratégias educativas e o fortalecimento do apoio comunitário (WHO, 2013).

3) Fatores relacionados com doença: alguns dos pontos fortes que são determinantes na adesão são aqueles relacionados com a gravidade dos sintomas e o nível de incapacidade (físico, psicológico, social e profissional), tal como, a disponibilidade de tratamentos eficazes. O seu impacto vai depender do modo como é influenciada a perceção de risco da pessoa, da importância em seguir o tratamento e na prioridade dada à adesão (WHO, 2003).

4) Fatores relacionados com o tratamento: tem-se em conta a complexidade da prescrição médica, da duração do tratamento, das mudanças frequentes no tratamento, no desaparecimento imediato dos sintomas e nos efeitos adversos da medicação. Intervenções de adesão devem ser adaptadas às necessidades da pessoa, a fim de alcançar o máximo impacto (WHO, 2003).

5) Fatores relacionados com a pessoa: são identificados como recursos os conhecimentos, atitudes, crenças, perceções e expectativas da pessoa. O comportamento



de adesão é influenciado pelo conhecimento e crenças acerca da sua doença, a motivação e a confiança para a sua gestão, as expectativas em relação ao tratamento, bem como, as consequências acerca da sua não adesão (WHO, 2003). A percepção da necessidade de adesão à terapêutica, por parte da pessoa, é influenciada pela sua função cognitiva, mediante os sintomas, expectativas e experiências que tenha vivido (Horne, 1999). Há que ter em conta as características singulares de cada pessoa (WHO, 2003; WHO, 2005).

Para Miller (1999), a motivação da pessoa para aderir ao tratamento prescrito é influenciada pelo valor atribuído para seguir o regime medicamentoso (relação custo-benefício) e pelo grau de confiança em ser capaz de segui-lo.

Com base na motivação intrínseca da pessoa e, ao enfatizar positivamente a importância da adesão e fortalecendo a confiança através da construção de habilidades de autogestão, ir-se-á ao encontro das metas de tratamento comportamental (WHO, 2003).

Conforme expresso pela WHO (2003), existem vários aspetos que são tidos em conta para a adesão à terapêutica, sendo eles: a necessidade de apoiar o utente e não responsabilizá-lo. O utente pode sentir-se frustrado se as suas preferências e decisões, quanto ao tratamento, não forem levadas em consideração; a fraca adesão à terapêutica de longo prazo pode-se repercutir no aumento dos custos em saúde; a adesão à terapêutica está diretamente implícita na melhoria da segurança da pessoa.

As recidivas referentes à fraca adesão à terapêutica podem ser mais graves do que as recaídas que possam ocorrer se existir o seu cumprimento; maior risco de dependência é valorizado. Diversos medicamentos podem produzir dependência grave se utilizados de forma inadequada; maior risco de abstinência, onde os efeitos adversos e danos potenciais podem ocorrer quando uma medicação é interrompida ou interrompida abruptamente (WHO, 2003).

Além disso, tem-se em consideração, o maior risco de desenvolver resistência terapêutica, de toxicidade e da probabilidade de ocorrência de acidentes. Torna-se imprescindível que a diversidade de medicação tomada pela pessoa se conjugue com as mudanças do seu estilo de vida pois é uma medida de precaução contra o risco de acidentes que podem ocorrer pelos efeitos secundários da medicação (WHO, 2003).

Vários autores referenciam que a não adesão ao tratamento reflete resultados negativos como, o risco de recaída, stress físico e emocional derivado aos reinternamentos (Sokol, McGuigan, Verbrugge & Epstein, 2005) e o acréscimo dos custos de saúde (Winnick, Lucas, Hartman & Toll, 2005). As perturbações mentais agravam-se com tratamentos ineficazes e pela baixa adesão (Agumasie et al., 2018).

2.3 ENFERMAGEM E A ADESÃO À TERAPÊUTICA

Para Pereira & Santos (2011), na pessoa com perturbação mental, a fraca adesão ao tratamento é considerada como o grande objeto no controlo da sintomatologia e no seu alívio. Por outro lado, a não adesão torna-se um grande preditor da probabilidade de recaídas e os reinternamentos. O incorreto cumprimento das prescrições farmacológicas e não farmacológicas subestima a sua recuperação e aumenta o número de internamentos (Velligan et al., 2010).

Conforme Cardoso, Byrne, Xavier (2016), a possibilidade de haver interrupção da toma da terapêutica pode estar comprometida no aparecimento dos efeitos adversos da medicação e cabe aos profissionais esclarecer as dúvidas e desmistificar crenças relacionadas com a doença ou com o seu tratamento. O profissional de saúde tem de ter um papel ativo e de cooperação para otimizar estratégias que favoreçam a adesão.

Todavia, para Cardoso & Xavier (2014), ao ser estabelecida uma relação terapêutica entre profissional e utente existe espaço para desmistificar crenças sobre a doença e o seu tratamento e detetar fatores referentes ao insight diminuído. Também apoia no esclarecimento das vantagens da adesão ao tratamento e no lidar com os possíveis efeitos adversos da medicação e a clarificar incertezas acerca da doença e do tratamento.

O profissional de saúde, por um lado, tem que deter o saber para avaliar o significado e as atitudes da pessoa com perturbação mental adjudica quer à sua doença quer ao seu tratamento e, por outro, ter em reflexão as suas próprias atitudes, crenças e a repercussão que ambas podem provocar na adesão (Cardoso, Byrne, Xavier, 2016; Byrne, Deane, Hawkins & Quinn, 2010).

A OE (2017), destaca que nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental é apresentado como anunciado descritivo a prevenção de complicações e apresenta como destaque “A promoção da adesão ao regime terapêutico instituído e a proatividade na prevenção de incidentes críticos” (p. 7).

Ashish, Naresh & Susan (2005) mencionam que os profissionais de saúde desempenham um importante contributo na mudança de comportamentos salutogénicos por parte da pessoa. Num estudo elaborado pelos autores acima supracitados, estes deram a conhecer um mnemónico, denominado “SIMPLE”, para agrupar as intervenções que ajudam na melhoria da adesão à terapêutica.

Descreveram como: S - Simplificação do regime terapêutico. A complexidade do regime da terapêutica pode afetar a adesão. Existem diversas estratégias usadas para simplificar o mesmo, como, por exemplo, ajustar a frequência das tomas aos horários de refeição ou atividades diárias da pessoa, o uso de caixas de medicamentos e de alarmes; I – Intensificar a oferta dos seus conhecimentos sobre a condição do utente. A relação entre profissional-utente estabelecida e o recorrer a informação escrita e a panfletos; M – Modificar crenças e mitos. Avaliação da suscetibilidade, gravidade, benefício e barreiras encontradas. o conhecimento, por si só, não é suficiente para aumentar a adesão pelo que é recomendado a envolvimento de mudanças complexas de comportamento; P – Promover a melhoria da comunicação com utentes e familiares. Escutar a pessoa, inclui-la na decisão, agendar consultas, visitas domiciliárias e envolver os familiares; L – Levar em consideração aspetos demográficos. Ter em consideração os referidos aspetos para que haja uma compreensão exequível por parte da pessoa; E – Evolução da aderência. O que é expressado pelo utente e análises clínicas (Ashish, Naresh & Susan, 2005).

Posto isto, a entrevista motivacional é uma intervenção psicoterapêutica eficaz, centrada na pessoa, para auxiliar na adesão à terapêutica. Para vários autores esta técnica de entrevista obteve impacto na melhoria significativa na adesão à terapêutica, na motivação para mudar, na autoeficácia e na satisfação do tratamento (Mckenzie & Chang 2014; Chien et al., 2016; Pakpour et al., 2017; Dobber et al., 2018).

Também, existe a necessidade de destacar o papel importante que família desempenha na redução de recaídas, sendo considerada um complemento da terapêutica de manutenção.

Para os autores WHO (2001) e para o Conselho Internacional de Enfermeiros (2009) tem de existir a ligação de três aspetos, a farmacoterapia, psicoterapia e a reabilitação psicossocial. Cada intervenção executada prende-se a três princípios: tem de ser acordo com o diagnóstico, ser proporcional à gravidade da doença, à durabilidade exigida pela natureza e gravidade e, por último, preceder-se à sua monitorização na adesão ao tratamento e os resultados expectáveis, considerando sempre a pessoa como um parceiro integrante no cuidado.

2.4 ESTIGMA E A PERTURBAÇÃO MENTAL

Os países da região europeia enfrentam um desafio considerável. A saúde mental comprometida afeta uma em cada quatro pessoas em algum momento da sua vida. Derivado ao estigma e ao preconceito apresentado, para com as pessoas com perturbação mental, é necessário agir na sociedade (WHO, 2015).

O estigma relacionado com as perturbações mentais é um problema que se reflete mundialmente (WHO, 2001). Afeta diretamente a recuperação da pessoa com perturbação mental. Wahl (2012) alude que é uma questão com pouca abordagem no sistema de saúde e, para Clemente et al. (2015), pode tornar-se uma barreira no pedido de ajuda por parte da pessoa com perturbação mental.

A WHO (2001) retratou a perturbação mental como uma alteração do pensamento e das emoções que resultam no agravamento psicossocial e resulta de razões psicológicas, biológicas e sociais. Existem duas consequências visíveis para pessoa com perturbação mental, sendo eles, os sintomas da doença que afetam na continuidade do seu dia a dia e a existência de estigma na sociedade para com os mesmos (Corrigan & Blink, 2016).

De acordo com WHO (2015), na perturbação mental a promoção da saúde mental, a sua prevenção e o seu tratamento são indispensáveis para salvaguardar e melhorar a qualidade de vida, o bem-estar e a produtividade quer da pessoa, das

famílias, dos trabalhadores e das comunidades, aumentando a força e a resiliência da sociedade como um todo.

Nesse sentido, para o autor acima supracitado, a maioria das pessoas com perturbação mental os cuidados de saúde na comunidade são o primeiro ponto de acesso. Tem-se em consideração a acessibilidade e as intervenções breves que podem ser executadas com eficiência, particularmente para a ansiedade e a depressão.

Para Goffman (1963), o estigma é caracterizado como um comportamento, um atributo ou reputação reductiva de uma característica não aceite socialmente. A pessoa é classificada mentalmente por estereótipos indesejáveis e rejeitado na sociedade.

Contudo, Corbière, Samson, Villotti, & Pelletier (2012) entendem por estigma a inexorável reprovação social relativamente a certas características, crenças ou comportamentos que estão em discrepância com certas normas culturais, sociais, políticas ou económicas estabelecidas. É considerado um fenómeno multidimensional, apreendendo conceitos cognitivos, isto é, a repercussão das construções cognitivas, incluindo diferentes formas de discriminação, preconceitos e estereótipos (Link & Phelan, 2001; Corrigan & Shapiro, 2010).

Corrigan (2004) apontou quatro processos sociocognitivos intrínsecos ao estigma, sendo eles, os indícios, os estereótipos, o preconceito e a discriminação. Também distingue o estigma público do autoestigma. Entende-se como estigma público a existência de grupos sociais que concordam com estereótipos relativamente a um outro grupo e atuam, conseqüentemente, contra esse mesmo grupo.

Para o mesmo autor, o seu início tem evidências particulares, como por exemplo, défices de competências sociais, aparências, rótulos, que direcionam para estereótipos. O autoestigma está relacionado com a perda da autoestima e da autoeficácia decorrente da interiorização do estigma público. Numa outra perspetiva Link & Phelan (2001) e Chandra (2012) referem que as crenças que estão relacionadas à doença mental e a pessoa começa a considerar possuir um menor valor do que outras pessoas, derivado à sua doença.

O preconceito e a discriminação, a que estão sujeitos, privam no acesso a um tratamento mais rápida e eficazmente (Cardoso, Byrne & Xavier, 2016; WHO, 2015). Pode, de certa forma, influenciar na baixa autoestima e nas oportunidades limitadas a

vários níveis como por exemplo, no emprego, na educação e na procura de habitação (Quinn et al., 2013).

É identificado pela WHO (2005) que o estigma é a principal causa de discriminação e exclusão. Afeta a autoestima das pessoas, ajuda a romper as relações familiares e limita sua capacidade de socialização, na obtenção de habitação e de empregabilidade. Contribui para a transgressão dos direitos humanos quer na sociedade quer nas instituições.

Sharac, Mccrone, Clement, & Thornicroft (2010) evidenciam que a pessoa com perturbação mental tem que lidar, não só, com as dificuldades da sua condição, como também, experienciar reações sociais negativas a nível social, ocupacional e educacional.

Barrantes, Violante, Graça & Amorim (2017) expõem a existência de estereótipos negativos face à pessoa com perturbação mental como a perigosidade, a incerteza do comportamento, a ineficiência da pessoa, a puerilidade, a culpabilidade e o contágio. São potenciadas reações emocionais ou a preconceitos negativos, como é o caso do medo, pena, repulsa e a raiva.

Na corrente de ideias dos mesmos autores, “haverá uma associação, destas pessoas diagnosticadas, com etiquetas desagradáveis condicionadas por crenças culturais prevalentes. Segue-se uma consideração, para com estes indivíduos, como sendo um grupo diferente, estabelecendo-se uma divisão entre “eles” e “nós” (p.20).

Pelo estigma associado à doença mental são verificadas limitações nos direitos de cidadania da pessoa com perturbação mental e a existência de preconceito. Promove, também, o seu isolamento apresentando como consequência a relutância na procura de ajuda no sistema de saúde. Verifica-se, como resultado, uma fraca adesão ao tratamento (Cardoso, Byrne & Xavier, 2016; WHO, 2015), aumentando a lacuna temporal no início do tratamento (Quinn et al., 2013).

A diminuta aquiescência a nível social quanto ao tratamento psiquiátrico apresenta um impacto prejudicial acerca do curso da doença e, concludentemente, na adesão ao tratamento (Tsang, Fung & Chung 2010; Cavelti, Beck, Kvrjic, Kossowsky & Vauth, 2012). São apresentados três elementos conectados entre si: o conhecimento, em termos de ignorância e desinformação, preconceito e discriminação (Thornicroft et al. 2016).

Contudo, para a OE (2017), os profissionais de saúde deparam-se diariamente com o desafio da adesão ao tratamento pela pessoa com perturbação mental e pelo estigma face à doença mental. É de referenciar que, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, “foram identificadas oito categorias de enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a adaptação, a organização dos cuidados de enfermagem, a relação psicoterapêutica, estigma e exclusão social” (p.8).

Para expor o estigma, Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz, & Rüsch (2012) conceberam três estratégias que vão ao encontro das perspetivas teóricas de conhecimento, comportamento e atitude. A psicoeducação ajuda na alteração desse mesmo conhecimento, a interação com membros estigmatizados de uma comunidade influencia na redução de preconceitos e na alteração do comportamento e protestações públicas em objeção daqueles que estigmatizam promove a mudança de comportamento.

Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz, & Rüsch (2012) e Thornicroft et al. (2016), nos seus estudos, demonstraram que o convívio interpessoal e a psicoeducação são as estratégias de intervenção que se têm demonstrado eficazes no combate ao estigma. Quer a educação quer o contacto com a doença mental, influenciam positivamente a redução do estigma.

Ao entrarem em contacto com a pessoa com perturbação mental pode-se verificar alteração das crenças sobre a doença mental. Torna-se fundamental criar expectativas favorecedoras na capacidade da pessoa com perturbação mental na recuperação e no tomar as suas próprias decisões (Corrigan & Bink, 2016).

Posto isto, a WHO (2015) conclui que são necessárias ações como combater o estigma e a discriminação, assegurar a proteção dos direitos humanos e dignidade e implementar a legislação necessária, a fim de capacitar as pessoas em risco, que sofrem de problemas de saúde mental e de incapacidade, na participação plena na sociedade. Torna-se prioritário combater coletivamente o estigma, a discriminação e a desigualdade, e, capacitar e apoiar as pessoas com problemas de saúde mental e as suas famílias a serem ativamente envolvidos neste processo.

Segundo o autor supracitado e para Mnookin (2016), as campanhas anti estigma podem ser ferramentas poderosas para enfrentar as perturbações mentais. Estas campanhas nem sempre são fáceis de quantificar, mas, mesmo assim, são uma ferramenta importante no combate ao estigma e à discriminação.

O desenvolvimento e a implementação de políticas de saúde mental não devem ser comprometidos pelo estigma generalizado associado a problemas de saúde mental que levam à discriminação. Os direitos humanos e o respeito pelas pessoas com problemas de saúde mental devem ser protegidos (WHO, 2015).

Para Arboleda-Florez & Stuart (2012) o desenvolvimento de estratégias no campo da saúde mental, é imprescindível aumentar da literacia, proporcionar uma atitude assertiva contras as representações da doença mental, propiciar contacto interpessoal entre a comunidade e as pessoas com perturbação mental, criação de leis contra a discriminação, despargir práticas que assegurem os direitos e a cidadania e deter papeis sociais valorizados na comunidade.

Selden, Zom, Ratzan, & Parker (2000) definem literacia em saúde como “a medida em que os indivíduos têm capacidade para obter, processar e entender informação básica em saúde e serviços disponíveis para tomar decisões de saúde apropriadas” (p.6).

De acordo com a literatura científica há que haver protestos e mobilização social, material educativo relativamente à doença mental e promover a interação com a pessoa com perturbação mental para reduzir a repercussão do estigma na doença mental, desmistificar e encorajar o recovery e o empowerment (Barrantes, Violante, Graça & Amorim, 2017).

2.5 RECOVERY E EMPOWERMENT NA DOENÇA MENTAL

A ideia de recovery e a necessidade de um sistema de saúde mental voltado para sua promoção não é novidade. Do mesmo modo que não existe saúde sem saúde mental, não existe recovery sem empowerment (Mental Health Commission of Canada, 2015). O recovery é definido, de acordo com a OE (2017), como

“um processo profundamente pessoal, exclusivo de uma mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, habilidades e/ou funções. É uma forma de viver uma vida com satisfação, de esperança e de contribuição. Este processo envolve o desenvolvimento de um novo significado e propósito na vida assente no conhecimento e aceitação da doença mental” (p. 16).

No manual CIPE-versão 2015 (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016) a conceção do termo Recuperação designa que é “status: eliminar; readquirir força, restabelecer a saúde, condição normal ou modo de vida” (p.76).

Para vários autores, o Recovery não é equivalente ao sinónimo de cura, mas expõe um combinado de circunstâncias internas versadas pela pessoa que se relata a si própria, ou seja, refere-se a viver uma vida satisfatória, esperançosa e tributária, mesmo quando existam limitações contínuas causadas por problemas de saúde mental ou doença (WHO, 2013; Mental Health Commission of Canada, 2015).

Nesse sentido, Davindson (2016) refere que o recovery é exposto com uma situação de recuperação ou restituição da função psíquica, física e social da pessoa, no funcionamento do dia a dia. Mesmo com manifestações de sintomas, independentemente da seriedade da doença, a pessoa com perturbação mental, pode recuperar e ter uma vida produtiva.

Essencial para uma orientação de recovery é o reconhecimento da singularidade de cada pessoa e o seu direito de determinar, na medida do possível, o seu próprio caminho para a saúde mental e o bem-estar. Também a Mental Health Commission of Canada (2015) enfatiza que a recuperação reconhece a natureza individual da jornada de bem-estar de cada pessoa e o direito de encontrar o seu próprio caminho para viver uma vida de valor e de propósito na comunidade em que se insere. É valorizada a sua autonomia.

Continuamente, o empowerment é um passo crucial no aumento da integração e da inclusão social (WHO, 2015) e refere-se ao nível de escolha, de influência e de controlo que a pessoa com perturbação mental pode exercer sobre os eventos que acontecem na sua vida. A chave para o empowerment são a remoção de barreiras formais ou informais e a transformação das relações de poder entre as pessoas, comunidades, serviços e governos (WHO, 2010).

Ornelas (2008) descreve que

“O empowerment engloba e defende a inclusão de todos os tipos de grupos e pessoas que necessitam de se envolver com a sociedade para sentirem-se aceites na comunidade e poderem atingir objetivos que necessitam de alcançar tal como equilíbrio de poder na sociedade, poderem ter direitos iguais e características próprias e exprimirem-se livremente” (p. 145).

Com base na asserção da WHO (2010), acerca do empowerment em Saúde Mental e nas recomendações para ação, foram identificadas nas seguintes áreas: a proteção dos direitos humanos, a inclusão na tomada de decisões, os cuidados de alta qualidade e o acesso às informações e aos recursos.

E, para o mesmo autor, o empowerment precisa ocorrer na população. É designado como um processo social multidimensional através do qual a pessoa e os grupos obtêm uma melhor compreensão e controlo sobre as suas vidas. A nível individual, o empowerment é um elemento importante do desenvolvimento humano. É o processo de assumir o controlo e a responsabilidade pelas ações que têm a intenção e o potencial de levar ao cumprimento da capacidade. São incorporadas quatro dimensões: a autossuficiência, a participação nas decisões, dignidade e respeito e pertencer e contribuir para uma comunidade mais ampla.

2.6 ENFERMAGEM E O MODELO TIDAL

Com o progresso da abordagem científica na enfermagem, os enfermeiros começaram a debater a finalidade da profissão e o valor da prática de enfermagem tradicional e de natureza intuitiva. Este debate levou aos enfermeiros a formalização de conceitos e teorias de enfermagem. No decurso da pesquisa efetuada, mediante vários modelos teóricos de enfermagem desenvolvidos ao longo dos anos, considerou-se pertinente abordar o Modelo Tidal.

De acordo com Barker & Buchanan-Barker (2005), o Modelo Tidal, conhecido também pela Teoria das Marés, foi desenvolvido entre 1995-1998 em Inglaterra, exposto pelos autores Barker e Poppy Buchanan-Barker, tendo como aspiração teórica vários autores, tal como, Harry Sullivan, Hildegard Peplau, Vitor Frankl, Thomas Szasz, Shoma Morita. Desenha a sua principal metáfora filosófica a partir da teoria do caos, em que, de modo imprevisível, ainda que limitado, a natureza do comportamento e das

experiências do ser humano são comparadas a um fluxo dinâmico e poderoso das águas do oceano, vai e vem, por vezes calmo, outras vezes tempestuoso.

Segundo os mesmos autores, representa uma alternativa importante para integrar as teorias de saúde mental, enfatizando como as pessoas com doença mental podem beneficiar ao tomar um papel ativo no seu próprio tratamento. Baseado numa extensa pesquisa, delineia a sua base teórica do modelo de modo a ilustrar os benefícios de um modelo holístico de cuidados onde promove a autogestão e a recuperação.

É um modelo desenvolvido por enfermeiros de saúde mental, especificamente para a prática da enfermagem, e concentra a sua atenção nas pessoas com doença mental e nos benefícios que as mesmas poderão obter ao assumirem um papel ativo no seu próprio tratamento. Foi utilizado pela primeira vez, na prática, por duas enfermeiras da área psiquiatria em Newcastle, em 1998 e, em 2000 foi abraçado pelo Programa de Saúde Mental responsável pelos serviços de Newcastle e North Tyneside. É um modelo adotado por vários países, sendo exemplo disso a Austrália, Canadá, Inglaterra, Irlanda, Japão, Nova Zelândia, Escócia e País de Gales (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

De acordo com este modelo, Barker & Buchanan-Barker (2005) explanam que a vida é uma jornada empreendida num oceano de experiências. Todo o desenvolvimento humano, incluindo a experiência na doença e na saúde, envolve descobertas feitas numa viagem, esse oceano de experiências. Em pontos críticos do percurso de vida, a pessoa pode experimentar tempestades (crise).

Outras vezes no navio pode começar a entrar água e a pessoa pode enfrentar a perspetiva de afogamento ou naufrágio (colapso). A pessoa pode precisar de ser guiado até um porto seguro para ser auxiliado ou para se recuperar do trauma (reabilitação). O objetivo é de reorientar a pessoa no curso da vida (recovery) (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Este modelo centra-se no tipo de apoio que a pessoa acredita que necessita para viver a sua própria vida. A pessoa que sofreu um trauma (dando o exemplo de lesões ou abusos) ou com problemas de vida mais duradouros (exemplo de repetidas hospitalizações, a perda da liberdade caso haja a necessidade) relatam muitas das vezes a perda do seu senso de self. Estas pessoas necessitam de um salva vidas, seguido, num intervalo de tempo apropriado, um acompanhamento no desenvolvimento necessário

para existir um verdadeiro recovery, sendo uma forma de intervenção na crise (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Quando a fase de resgate está completa (assistência psiquiátrica) dá-se ênfase a este tipo de ajuda de modo a que a pessoa volte ao curso da vida, retornando para uma vida significativa na comunidade, os cuidados de saúde mental (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

A água é usada como a metáfora tanto para a experiência vivida da pessoa, que se torna o doente psiquiátrico, como para o sistema de cuidados que se molda em torno da necessidade da pessoa de ter apoio humano. A metáfora da água é apropriada por diversas razões: O fluxo e refluxo das nossas vidas refletem-se na forma como respiramos de dentro e para fora, como o bater das ondas na costa (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Toda a vida humana surgiu a partir do oceano e nós emergimos das águas do ventre das nossas mães sendo a água usada, quase universalmente, como uma metáfora para a limpeza do espírito. A água evoca o conceito de afogamento, usado com frequência por pessoas que estão sobrecarregados pelas suas experiências sendo o poder da água difícil de conter. Podemos colher a água do mar, mas não podemos escavar para fora um oceano inteiro, a única maneira de lidar com o poder da água é aprender a viver com as suas forças (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Aprendemos a nadar na água, ou então construímos barcos que flutuam sobre as ondas. Em última análise, o poder da água é imprevisível. Essas metáforas evocam algo da intangibilidade e poder da experiência de sofrimento mental, se não toda a experiência humana (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

O Modelo Tidal é uma abordagem filosófica para a recuperação ou descoberta da saúde mental. Não é um modelo de tratamento, o que implica que algo precisa de ser feito para mudar a pessoa. Pressupõe-se com este modelo que a pessoa já está a mudar, embora de forma subtil, para que haja a capacitação da pessoa com doença mental para reingressar à sua comunidade, o mais brevemente possível, apoiando-a no que concerne ao porquê do internamento, de modo a conseguir lidar melhor com os problemas de vida que motivaram o internamento (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

A história de vida da pessoa é o foco de atenção deste modelo, ou seja, histórias que contamos sobre nós mesmos na primeira pessoa e as histórias que os outros contam

sobre nós. As pessoas são as suas próprias narrativas, incidindo sob a sua experiência particular; experiência essa, a de cada pessoa, que não se pode entender completamente, mas sim podemos acreditar que conhecemos e compreendemos o outro, pois só se consegue perceber a própria experiência (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Os autores evidenciam que a doença mental, para ser entendida, tem que ser experienciada pelo que a empatia que se cria com a pessoa é a melhor maneira para quem não a vivenciou. Também é de referir que este modelo soberaniza a espiritualidade, explora e desenvolve a experiência de vida da pessoa, onde existe a importância no significado e valor que a mesma agrega à sua experiência. Normalmente, a empatia: envolve uma maior consciência das experiências da outra pessoa, está focada na compreensão, concretização e 'saber' o que é 'ser' essa pessoa, envolve alcançando a pessoa (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

No foco do Modelo Tidal não está em causa desvendar o curso causador de problemas de vida atuais da pessoa, mas sim, usar a experiência da viagem da pessoa e receber os significados dessa experiência de modo a traçar o 'próximo passo' que se considera necessário a ser levado na jornada de vida da pessoa (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

O modelo aceita a visão da realidade proporcionada pela física contemporânea, reconhecendo que para todos só existe agora, e dentro deste momento reside o potencial de ação. Este é um fato importante da vida para o profissional, orientando o tipo de ajuda que pode ser oferecida. Existe o agora, o presente, e aí residem as ações da pessoa que irão influenciar o futuro. Este fato determina que o atendimento oferecido para a pessoa está focado, tanto quanto possível sobre o que precisa ser feito, no agora (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Ao contrário de muitos outros modelos de atenção à saúde mental, há ênfase em curto, médio ou longo prazo os objetivos, uma vez que estes são eventos imaginários no futuro, que não podem ser abordados agora. Da mesma forma, não há necessidade de dedicar muito tempo a rever o passado, a não ser para fazer contato com a história da pessoa, de como veio parar aqui e agora. Em vez disso, o profissional se concentra em determinar o que pode ter de ser feito agora, por meio de apoiar a pessoa (Barker & Buchanan-Barker, 2005).



É baseado em quatro princípios sendo o foco terapêutico primário de cuidados de saúde mental é a comunidade natural. As pessoas vivem num 'oceano de experiência' (as suas vidas naturais) e crise psiquiátrica é apenas uma coisa, entre muitos, que podem ameaçar, metaforicamente, a 'afogar' os mesmos. O objetivo dos cuidados de saúde mental é ajudar as pessoas a regressarem ao 'oceano de experiência', para que possam continuar com sua 'jornada de vida'; a mudança é um processo em curso constante. Este modelo visa ajudar as pessoas a desenvolver a sua consciência em pequenas mudanças que, em última análise, terá um efeito significativo sob as suas vidas; O empowerment está no cerne do processo de cuidar (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Os profissionais são o alicerce das pessoas para identificar como podem ter mais em conta as suas vidas, e toda a sua experiência relacionada, os cuidados de enfermagem eficazes envolvem o cuidar com as pessoas, ao invés de simplesmente cuidar deles ou preocupar-se com eles. Isto tem implicações não só para o que se passa dentro do relacionamento, mas também para o tipo de apoio executado pelo profissional para manter a integridade do processo de cuidar (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Então a sua atenção na pessoa, na experiência da pessoa na angústia e a valorizar a pessoa no que necessita de executar para resolver os problemas imediatos de vida colocando a pessoa no centro do processo de cuidar, onde se assume que a experiência da pessoa é feita através da narrativa pessoal ou da sua história. Esta história não é, no entanto, de qualquer forma 'lá fora' no mundo, separada da pessoa. Assume que a narrativa da pessoa é desenvolvida através da colaboração com o profissional (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

O objetivo do profissional é ajudar a pessoa a fazer escolhas que irão orientá-las através de seus problemas atuais de vida, para que possam começar a traçar um curso para 'casa' no seu oceano de experiências. Existe o agora, o presente, e aí residem as ações da pessoa que irão influenciar o futuro. Este fato determina que o atendimento oferecido para a pessoa está focado, tanto quanto possível sobre o que precisa ser feito, no agora. Ao contrário de muitos outros modelos de atenção à saúde mental, há um ênfase em curto, médio ou longo prazo os objetivos, uma vez que estes são eventos imaginários no futuro, que não podem ser abordados agora (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Da mesma forma, não há necessidade de dedicar muito tempo a rever o passado, a não ser para fazer contato com a história da pessoa, de como veio parar aqui e agora. Em vez disso, o profissional concentra-se em determinar o que pode ter de ser feito agora, por meio de apoiar a pessoa (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

2.7 ENTREVISTA MOTIVACIONAL E A ADESAO

A entrevista motivacional foi desenvolvida, na década de 80, nos Estados Unidos da América por William Miller e Stephen Rollnick com o propósito de ajudar a pessoa a mudar um ou mais comportamentos e para conscientizar para a premência da mudança e, cimentar o compromisso no que respeita ao processo de mudança (Sequeira, 2016).

Nesse sentido, Miller & Rollnick (2016) descrevem que, quando a pessoa se apresenta na ambivalência está mais próxima da mudança, mas, pode permanecer nesse estado durante um período de tempo. Apesar da pessoa saber o que quer mudar encontra-se, por vezes, numa atitude defensiva para o qual tenta arranjar diversas explicações para a resistência da mudança.

Para os mesmos autores, uma das definições da entrevista motivacional pode ser entendida como “um estilo de conversa colaborativa para fortalecer a própria motivação da pessoa e o seu compromisso para mudar.” É uma conversa sobre a mudança que se encontra centrada na pessoa. Tem a finalidade de consolidar a motivação para a mudança da pessoa, ou seja, a sua própria motivação. É uma maneira de impulsionar as motivações e recursos da pessoa no sentido para a mudança (p. 28).

Além disso, Miller & Rollnick (2016) intentam que o espírito da entrevista motivacional adota um destaque de relevo apresentando quatro princípios inter-relacionados, sendo eles, a parceria, a aceitação, a compaixão e a evocação. A parceria é feita por duas pessoas, envolvendo um método de exploração em que quem executa a entrevista tenta originar um ambiente interpessoal positivo e contribuinte à mudança. Mas nesta parceria é fundamental que quem entrevista tenha consciencializado o respeito pelo outro e entender a vida da pessoa, visualizar o mundo através dos seus olhos dessa pessoa e não ditar a sua visão.

A entrevista motivacional, para os autores supracitados, torna-se uma técnica única e com características específicas onde as necessidades da pessoa adquirem um papel de destaque, promovendo-se a automudança. Tem se sempre em conta que a pessoa é perita em relação a si própria apresentando pontos fortes, motivações e meios para que a mudança ocorra. Detém a sua própria visão da sua situação e do que quer mudar e a maneira como pode alcançar. O profissional necessita de compreender a pessoa e aceitar as suas decisões.

Quanto ao método da entrevista motivacional são considerados quatro processos que são desenvolvidos, mediante onde a pessoa se encontra. Pode-se sempre retornar a um dos processos anteriormente atingidos caso seja necessário. São eles o ligar, focar, evocar e planejar (Miller & Rollnick, 2016).

Num estudo executado por Mckenzie & Chang (2014) são descritas informações acerca do comportamento na toma da medicação pela pessoa com perturbação bipolar e são descritas como a entrevista motivacional pode ser usada na prática clínica pelos enfermeiros de saúde mental e psiquiátrica para promover a adesão à terapêutica e também o apoio necessário para seguirem o tratamento. Com este estudo, pode-se concluir que cada participante é único e apresenta diferentes formas de ambivalência e resistência à mudança e conotou-se que a entrevista motivacional foi segura e eficaz.

Por outro lado, os autores Pakpour et al. (2017) referem que a combinação de sessões breves de entrevista motivacional com psicoeducação e com o envolvimento da família na promoção da adesão demonstram-se eficazes na adesão.

Vários estudos apresentados demonstram o envolvimento e a competência dos enfermeiros na área de saúde mental e psiquiátrica na execução da intervenção entrevista motivacional para a adesão à terapêutica da pessoa com perturbação mental.

Os autores Mckenzie & Chang (2014) descrevem que os enfermeiros de saúde mental e psiquiátrica estão numa posição ideal para integrar a entrevista motivacional na sua prática clínica, devendo considerar a sua aplicação aquando a administração da terapêutica.

Além disso, Chien et al. (2016) destaca a importância dos enfermeiros no uso dos princípios da entrevista motivacional, sendo eles, expressar empatia, desenvolver discrepância, evitar a argumentação, acompanhar a resistência e promover a



autoeficácia, para discutir as suas atitudes e crenças em relação à doença e à adesão à terapêutica.

É promovida uma aceitação e uma visão futurista considerada útil para o acesso à motivação do utente e, assim, fomentar o crescimento terapêutico e a mudança de comportamentos específicos em relação à medicação (Pakpour et, al., 2017).

De acordo com Dobber et al. (2018) é destacada a relação de confiança entre o profissional e a pessoa com perturbação mental, uma vez que, alavanca-se o apoio para o mesmo se abrir e conversar livremente acerca das experiências, objetivos, valores, preocupações e ambivalências relacionadas com a adesão à terapêutica. A relação de confiança é a base da entrevista motivacional e, portanto, um pré-requisito para o sucesso.

Mckenzie & Chang (2014) frisam que os enfermeiros de saúde mental e psiquiátrica estão familiarizados com seus utentes e terão um relacionamento estabelecido, o que economizará uma quantidade significativa de tempo na aplicação da entrevista motivacional.

3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

O ponto de partida de uma investigação advém na sequência de uma situação que desencadeia indagações e é pretendida uma explanação ou, pelo menos, uma melhor intelecção. Dessas indagações, ergue-se um tema que se concretiza num problema de investigação e é composto por muitos componentes reunidos que carecem de uma análise. Fortin (2009) e Wood & Ross-Kerr (2011) pleiteiam que o problema de investigação pode ser uma situação que necessita de elucidação ou, para Grove, Burns, & Gray (2013), pode ser determinado num âmbito de interesse onde se conota o carecimento de conhecimento para a evolução da prática de enfermagem e o problema de investigação tem que possuir sentido quer a nível científico quer para a sociedade, onde existe uma prática baseada na evidência.

Segundo Wood & Ross-Kerr (2011) e Ellis (2013) a questão de investigação é decisiva para o rumo que se equaciona dar à investigação e encaixa-se com o problema de investigação e com os objetivos delineados. Tem de ser clara acerca de um problema que carece de investigação para ocorrer produção de novos conhecimentos.

A questão de investigação delineada durante o contexto clínico deveu-se ao carecimento de evidência científica em Portugal acerca do impacto da entrevista motivacional na adesão à terapêutica da pessoa com perturbação mental. Após o ingresso e interação com a equipa multidisciplinar e, mais concretamente, com o orientador de estágio, tornou-se claro o caminho a seguir. A questão de investigação delineada **“Qual o impacto da entrevista motivacional (I) na adesão à terapêutica (O) da pessoa com perturbação mental (P) na comunidade (C)?”**.

Posteriormente, foi elaborada uma revisão sistemática da literatura, em que seguiu a metodologia indicada pelo Joanna Briggs Institute (Briggs, 2014). Foi formulada a questão de partida, em formato PICO (Briggs, 2014) (população, intervenção, comparação e outcome/resultado).

4. METODOLOGIA DE PROJETO

4.1 FASE DE ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A premência de abranger a saúde mental entre as primeiras prioridades da agenda da saúde pública tem sido cada vez mais identificada pela União Europeia desde a projeção do Livro Verde da Comissão a respeito da melhoria da saúde mental em 2005. Esta identificação é alicerçada na gradual evidência e percepção acerca da magnitude dos problemas de saúde mental na Europa (Barbato, Vallarino, Rapisarda, Lora & Almeida, 2016).

As perturbações mentais, para Barbato, Vallarino, Rapisarda, Lora & Almeida (2016) são altamente hegemônicas na Europa e atribuem um alto custo às pessoas, à sociedade e à economia, revelando uma fração eloquente da carga de incapacidade da União Europeia. Concludentemente, uma das questões de saúde mais categóricas para os países membros da União Europeia é como prestar serviços que possam responder satisfatoriamente e atender às necessidades das pessoas com perturbações mentais.

Desta forma, para os mesmos autores, a evolução dos serviços de Saúde Mental na comunidade tornou-se basilar para a melhoria do sistema de saúde mental. Tem como objetivo a melhoria na acessibilidade da pessoa com perturbação mental e, desta forma, auxiliar na preservação das suas relações familiares, sociais e de empregabilidade ao longo do tratamento, bem como, na intervenção precoce e na reabilitação social. Os cuidados de saúde mental na comunidade promovem a sua continuidade, a satisfação dos utentes, uma maior adesão ao tratamento, a proteção dos direitos humanos e o combate do estigma.

Além disso, os autores acima supracitados, mencionam que, os cuidados de saúde mental cooperam para a progressão da participação integrada com os cuidados de saúde primários e são peculiarmente eficientes no tratamento de pessoas com comorbilidades mentais e físicas. Ao longo dos anos denotou-se a relevância da transição dos modelos tradicionais de saúde mental para modelos baseados na comunidade e socialmente inclusivos, tornando-se uma das fundamentais metas das políticas de saúde mental.

Em Portugal foram executados esforços consideráveis para diligenciar a reorganização e a atualização dos serviços de saúde mental. Tem-se verificado a transferência dos cuidados de saúde mental de longa duração prestados a nível hospitalar para os serviços na comunidade (Barbato, Vallarino, Rapisarda, Lora & Almeida, 2016).

Os serviços a nível comunitário apresentam um processo distintamente complexo, apresentando infindas contrariedades relacionadas às modificações a nível económica, social e política, bem como a nível ideológico e científico. Mas, em Portugal, o processo de desinstitucionalização, iniciou-se mais tardiamente comparativamente a outros países europeus. Concomitantemente, deu-se início outro processo a nível europeu no desenvolvimento de serviços localizados na comunidade, tais como, unidades de internamento nos hospitais, unidades de dia e a consulta externa (Barbato, Vallarino, Rapisarda, Lora & Almeida, 2016).

Foi implementado o Programa Nacional para a Saúde Mental (DGS, 2017) em que descreve a posição da saúde mental do país em 2016 e expõe o que foi realizado nesse mesmo ano, o que está a ser executado em 2017/2018 e o que está conjeturado para 2020. Portugal apresenta uma elevada prevalência de perturbações mentais, analogamente aos restantes países europeus.

Segundo a DGS (2017), uma considerável parcela de pessoas com perturbação mental grave mantém-se sem acessibilidade aos cuidados de saúde mental e, aqueles que têm acesso, não beneficiam dos modelos de intervenção, tendo como exemplo os programas de tratamento e de reabilitação psicossocial.

No estudo efetuado no campo de ação do projeto da União Europeia Joint Action on Mental Health and Well-being (2013/2016), acerca da situação da saúde mental dos portugueses, demonstrou-se o gradual egresso nas metas indicadas pela Organização Mundial de Saúde. Foi apurado que Portugal apenas se pode aproximar do processo de mudança, existente na Europa, caso ocorram modificações nas políticas e nos serviços de Saúde Mental (DGS, 2017).

Na perspetiva de Thornicroft & Tansella (2003), os serviços baseados na comunidade estão relacionados com uma maior satisfação da pessoa e com uma maior participação na vida social e na adesão ao tratamento. Além disso, diligenciam uma continuidade dos cuidados e uma maior flexibilidade dos serviços, proporcionando

reconhecer e tratar, mais frequentemente, as recaídas precoces e possibilitar o combate ao estigma.

Wang et al. (2011), menciona que os inquéritos Mundiais de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde reportaram dados sobre a prevalência de perturbações mentais por gravidade em dez países da União Europeia: Bélgica, Bulgária, França, Alemanha, Itália, Países Baixos, Portugal, Roménia e Espanha. As taxas de perturbação mental graves e moderadamente graves, conjuntamente, variaram de 4,7% na Roménia a 15,6% em Portugal.

Além disso, o mesmo autor refuta que a magnitude da incapacidade das perturbações mentais deriva de uma variedade de fatores, incluindo o seu início precoce e o impacto no funcionamento social. É considerado também, o fracasso da pessoa com perturbação mental em receber o devido tratamento quer pela falta de serviços ou de barreiras apresentadas quer pela acessibilidade tardia.

Os países europeus que participaram na pesquisa relataram que a principal barreira encontrada se deveu à fraca acessibilidade aos serviços de saúde mental, com taxas de 80% ou mais na Holanda, Itália, França, Bulgária, Alemanha e Bélgica. Também, foi constatado que as barreiras relativamente às atitudes, isto é, crenças negativas de saúde, medo de efeitos secundários relativos ao tratamento e medo de serem estigmatizados desempenharam um papel importante. Barreiras estruturais e financeiras, localização inconveniente do serviço, tempos de espera, custos, foram mencionadas por uma minoria (Barbato, Vallarino, Rapisarda, Lora & Almeida, 2016)

A nível nacional, Almeida & Xavier (2013) realizaram um estudo epidemiológico de saúde mental onde é analisada a morbilidade psiquiátrica da população portuguesa com idade adulta, nos 12 meses anteriores. É apresentada uma elevada prevalência, a segunda mais alta na Europa, das perturbações mentais. Uma em cada cinco pessoas, que participaram no estudo, apresentam uma perturbação mental nos 12 meses anteriores à entrevista. Relativamente aos cuidados de saúde recebidos, verifica-se que nos 12 meses anteriores, apenas 15% dos participantes receberam cuidados pelos sintomas a nível psiquiátrico. Cerca de 65% não adquiriu qualquer tratamento.

No entanto, é verificado, pelo autor acima supramencionado, um grande consumo de psicofármacos, tendo lugar de destaque os ansiolíticos. Seguidamente os

mais consumidos são os antidepressivos e, com uma pequena percentagem, os antipsicóticos e os estabilizadores de humor. Os autores compararam o seu estudo com outros realizados a nível europeu, com igual metodologia, e tendo chegado à conclusão, que Portugal apresenta um elevado consumo de psicofármacos.

Velligan, et al. (2010) clarificam que o tópico da adesão ao tratamento nas perturbações mentais torna-se cada vez mais importante, onde os pressupostos do incumprimento da sua prescrição são, de acordo com a literatura, profundamente eloquentes. Por um lado, promove a diminuição da recuperação da pessoa com perturbação mental e, por outro, aumenta a verosimilhança de recaídas e consequentemente de internamentos.

A pessoa com perturbação mental ao aceitar a doença e a compreendê-la, traça-se um ponto de partida, na medida em que, o tratamento passa a ser considerado como imprescindível e fundamental para a sua qualidade de vida (Cardoso, Byrne & Xaviera, 2016). Demonstra dificuldade na adesão à terapêutica proposta, enumerando-se diversos fatores tais como: as crenças, aceitação do diagnóstico, coping, a personalidade, as representações individuais da doença e a relação profissional/utente (Joyce-Moniz e Barros, 2005).

Kane, Kishimoto & Correll (2013) asseveram que os fatores que comprometem a adesão à terapêutica têm sido alvos de estudos e é reportada o destaque para as atitudes e crenças quer da pessoa com perturbação mental quer dos profissionais de saúde.

O profissional de saúde detém um papel fundamental para minimizar o incumprimento da terapêutica, esclarecendo dúvidas e desmistificando crenças relativas quer com a doença quer com o tratamento. O profissional e a pessoa com perturbação mental têm um papel ativo e colaborativo para desenvolver estratégias no que respeita a adesão à terapêutica (Cardoso, Byrne & Xaviera, 2016).

A WHO (2003) indica que a adesão à terapêutica é um essencial indicador da eficácia dos serviços de saúde. Torna-se necessário salientar que nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental a adesão está incluída na prevenção de complicações (OE, 2017).

Assim, existe a necessidade de proceder à avaliação diagnóstica de enfermagem. Para Lopes (2006), um dos constructos que determina a essência da relação entre o

enfermeiro e o utente é o processo de avaliação diagnóstica, isto é, um processo ininterrupto e ativo.

4.2 DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Ao longo da experiência profissional na área de saúde mental e psiquiatria, exercendo funções de enfermeira no internamento de agudos de psiquiatria no Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro, os reinternamentos da pessoa com perturbação mental por abandono da terapêutica, pela fraca adesão ou pela administração errónea são frequentes. Ao integrar a equipa de saúde mental comunitária (ESMC) deparei-me com a mesma problemática relativamente à adesão à terapêutica e, inclusivamente, iriam iniciar um projeto nesse âmbito. Salienta-se a lacuna existente a nível do acompanhamento da pessoa com perturbação mental face à adesão à terapêutica na comunidade.

Ficou determinado com o orientador de estágio e com os restantes elementos da equipa comunitária em participar no projeto e desenvolver intervenções de Enfermagem exclusivas do Enfermeiro Especialista De Saúde Mental e Psiquiátrica (intervenções psicoterapêuticas) para a adesão à pessoa com perturbação mental. Foi decidido, desta forma, incidir na adesão à terapêutica da pessoa com perturbação mental em contexto comunitário recorrendo à intervenção psicoterapêutica a entrevista motivacional e intervenções psicoeducativas com o intuito de promover estratégias/comportamentos de mudança face ao regime medicamentoso e, consequentemente, consciência acerca da sua doença (insight).

Também, com o intuito de potenciar ganhos em saúde (a diminuição dos números de internamentos), a qualidade de vida na comunidade em todos os contextos (pessoal, familiar, socioeconómico e financeiro) e capacitar a pessoa com perturbação mental face à sua doença e ao tratamento.

Os diagnósticos de enfermagem que foram definidos de acordo as necessidades da pessoa com perturbação mental encontradas:

- Aceitação do estado de saúde

Descrição: “Coping: reduzir ou eliminar as barreiras, apreensões ou tensões.”
(Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p.37)

- Comportamento de adesão (Avaliar a adesão ao regime medicamentoso)

Descrição:

“Status positivo: ação autoiniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos, Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento.(Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente)” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p.38).

- Conhecimento (Avaliar potencial para melhorar o conhecimento)

Descrição: “Status: conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação aprendida ou competência; conhecimento e reconhecimento da informação” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p.47).

4.3 CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O Centro Hospitalar Universitário do Algarve é constituído por três unidades hospitalares: Faro, Portimão e Lagos e pelos serviços de Urgência Básica do Algarve e o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul.

O Departamento de psiquiatria – Unidade de Portimão abrange os utentes que pertencem ao barlavento algarvio, isto é, a zona ocidental da região do Algarve (fazem parte os municípios de Albufeira, Aljezur, Lagoa, Lagos, Monchique, Portimão, Silves e Vila do Bispo). Mas, no entanto, o conceito Barlavento Algarvio dota de outro significado para a Administração Regional de Saúde do Algarve (ARS Algarve) e, dessa forma, apenas apresentam a sua área de intervenção que abrange apenas sete municípios, excetuando Albufeira.

Quanto aos recursos físicos, encontra-se na ala sul do piso 0 e é constituído pelo Internamento de psiquiatria e pela Unidade de ambulatório: Hospital de Dia e a Consulta Externa. O internamento, com abertura em 2001, apresenta uma lotação de 15 camas, distribuídas por 6 enfermarias. Quatro enfermarias são compostas por duas

camas e por três enfermarias com três camas. É ainda composta por uma enfermaria de intervenção em crise (enfermaria de isolamento).

Apresenta também, um gabinete da enfermeira chefe, dois gabinete médico, um gabinete polivalente, uma sala de sujos, uma casa de banho para os funcionários, um refeitório para os utentes, uma sala de estar, uma sala de fumo que no momento se encontra inativa, uma gabinete de secretariado e os vestiários dos funcionários. O seu acesso pode ser feito quer pelo interior do centro hospitalar quer pela área de ambulatório.

A unidade de ambulatório, é constituída por uma sala de espera, um gabinete de secretariado, 8 gabinetes de consulta, uma sala de terapias de grupo, um gabinete de enfermagem, existência de uma sala onde está a biblioteca e é utilizada como sala de reuniões, uma sala/ginásio, o hospital de dia e reabilitação de psiquiatria, uma sala de sujos, uma casa de banho para os funcionários e duas casas de banho para os utentes.

É neste espaço que são realizadas as consultas de psiquiatria e psicologia, atividades em contexto de hospital de dia da psiquiatria, intervenções domiciliárias na comunidade (realização de visitas domiciliárias em toda a área geográfica do barlavento algarvio) e consulta de enfermagem no centro de saúde de Silves às 3ª feiras, Equipa Saúde Mental Comunitária em Lagos (3ª e 4ª feira) e Equipa Saúde Mental Comunitária de Monchique (5ª Feira). Na consulta externa, em Portimão, há consulta de Enfermagem para administração de terapêutica Depôt e apoio que funciona de 2ª a 5ª feira.

Quanto aos recursos humanos é constituído por 21 enfermeiros, 7 médicos especialistas em psiquiatria, três psicólogos clínicos, uma terapeuta ocupacional, 8 assistentes operacionais, quatro assistentes técnicos e uma assistente social.

O DPSM – Unidade de Faro apresenta-se fora do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, ocupando as instalações do antigo Centro de Saúde Mental e tem como área de intervenção o Sotavento Algarvio, zona oriental do Algarve (constituída pelos municípios de Loulé, Faro, São Brás de Alportel, Olhão, Tavira, Castro Marim, Alcoutim e Vila Real de Santo António). O município de Albufeira apresenta-se agregado à Unidade de Faro.

Integra diversos serviços. No piso 1 encontra-se o Internamento de agudos de Psiquiatria. Apresenta uma lotação de 35 camas, sendo duas delas para os residentes

crónicos. É composto por seis enfermarias, com seis camas cada (três enfermarias para o género feminino e três para o género masculino), e por cinco enfermarias com uma cama. Estas últimas enfermarias também podem ser utilizadas como enfermarias de intervenção em crise (enfermaria de isolamento).

Apresenta também, um wc para o sexo masculino e outro wc para o sexo feminino, ambas situadas no corredor do serviço, exteriores às enfermarias, uma sala de registos de enfermagem, um gabinete do Enfermeiro Chefe, três gabinetes clínicos, uma copa para os funcionários, um refeitório, uma sala de convívio, um ginásio, uma sala para as atividades psicoterapêuticas, uma sala para fumadores, uma sala denominada Lavandaria (com vestuário para os utentes e roupa hospitalar) e uma sala com o material hospitalar.

A equipa multidisciplinar é constituída pelo enfermeiro chefe, com especialidade em saúde mental e psiquiátrica, 22 enfermeiros (dois especialistas em saúde mental e psiquiátrica), seis médicos especialistas em psiquiatria, oito assistentes operacionais, uma assistente social e uma educadora social e 4 psicólogas. Os médicos, habitualmente, assumem o seguimento dos utentes internados pertencentes à sua área de intervenção em contexto comunitário. Na área da psicologia acontece o mesmo cenário.

No mesmo piso também se encontra a consulta externa de pedopsiquiatria. É constituída por dois pedopsiquiatras e uma enfermeira ESMP, com o seu gabinete de enfermagem no piso 0.

No Piso 0 é onde se encontra o Hospital de dia de Psiquiatria, o Serviço de Urgência de Psiquiatria e a Consulta externa de Psiquiatria e a Unidade de Psicologia. Este piso apresenta uma entrada direta pelo exterior. Na zona distal encontra-se o Hospital de Dia de Psiquiatria que é composto pela equipa multidisciplinar constituída por uma enfermeira, duas psicólogas, uma médica especialista em psiquiatria e uma educadora social. É composto por uma sala de registos de enfermagem, uma sala para as atividades propostas, um ginásio e um wc para os utentes e outro para os profissionais.

A zona proximal à entrada, é onde se encontra a Consulta Externa e o Serviço de Urgência de Psiquiatria. É constituída por sete gabinetes clínicos (psiquiatria e psicologia), uma sala de registo de enfermagem para as equipas comunitárias, uma sala de enfermagem destinada para urgência de psiquiatria e uma sala de tratamentos.

Também é constituída por uma copa dos funcionários, um wc para os mesmos e outro wc para os utentes, um secretariado, uma sala de espera para os utentes provenientes para a consulta externa e outra sala de espera para os utentes provenientes do serviço de urgência de psiquiatria.

O Serviço de Urgência de Psiquiatria tem um horário flexível. A nível semanal é das 9:00 até às 21:00, composta por dois médicos psiquiatras e um enfermeiro. Os médicos que estão escalados para o serviço de urgência pertencem a ambas as Unidades, a de Faro e a de Portimão. Os médicos pertencentes à Unidade de Portimão têm o horário reduzido, das 10:00 às 20:00. Ao fim de semana apenas é composto por um médico e um enfermeiro e o horário de funcionamento depende do médico que estiver escalado.

As consultas externas de psiquiatria a nível comunitário são semanais. Iniciaram-se em março de 2003 nos centros de Saúde dos Municípios de Tavira, Olhão, Loulé e Albufeira (que cobrem os respetivos conselhos). As consultas externas que decorriam em Monte Gordo foram transferidas para o Centro de Saúde de Castro Marim (que cobre os conselhos de Castro Marim, Vila Real de Santo António e Alcoutim) derivado a uma melhor acessibilidade e articulação.

Apresenta como referência o modelo comunitário. As consultas são efetuadas nos respetivos Centros de Saúde e existe articulação com os médicos de Medicina Geral/ Médicos de Família aquando exista a necessidade para se proceder a uma intervenção em saúde mental e psiquiatria. Neste momento, as consultas externas do conselho de Olhão são realizadas no DPSM por falta de espaço físico no Centro de Saúde.

Apenas as intervenções de enfermagem são realizadas no centro de Saúde. Existem cinco equipas de Saúde Mental Comunitárias (ESMC): a ESMC de Faro que se mantém nas instalações físicas do DPSM e abrange os utentes residentes na área de Faro, de São Brás de Alportel e da Ilha da Culatra; ESMC de Albufeira; ESMC Olhão; ESMC de Tavira; ESMC Castro Marim.

As equipas multidisciplinares são constituídas por médico especialista em psiquiatria, um enfermeiro, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e uma psicóloga. Cabe ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental assegurar os recursos humanos que compõem a equipa multidisciplinar.

Quanto aos cuidados de enfermagem, são executadas: consulta de enfermagem, intervenções de enfermagem: administração da terapêutica de ação prolongada, enfermagem e visitas domiciliárias

As equipas multidisciplinares são constituídas por médico especialista em psiquiatria, um enfermeiro, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e uma psicóloga. Cabe ao DPSM assegurar os recursos humanos que compõem a equipa multidisciplinar.

4.4 CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Os Censos 2011 demonstraram que na região do Algarve a população residente é de 451 006 pessoas, representando 4,3% da população de Portugal, distribuídos pelo género feminino 231 075 e pelo género masculino 219 931. Na última década houve um aumento de 14,1% da população e, em Tavira, houve um recuo no envelhecimento comparativamente a outros municípios algarvios (INE, 2012).

O Conselho de Tavira tem uma área de 611 km² (Município de Tavira, 2015) e está subdividido em 6 freguesias (Cachopo, Conceição e Cabanas de Tavira, Luz de Tavira e Santo Estevão, Santa Catarina da Fonte do Bispo, Santa Luzia Tavira) (Lei n.º 11-A/2013, de 28 de janeiro).

Apresenta, averiguado nos Censos de 2011, relativamente a população residente, 26167 pessoas (sexo feminino 13353; sexo masculino 12814), representando cerca de 5,80% da população residente no Algarve e, é o oitavo mais povoado. De acordo com os Censos de 2011 (INE, 2012), habitavam no conselho de Tavira 2269 pessoas estrangeiras.

A estrutura etária da população residente, na última década, apresentou um brando aumento a nível da faixa etária dos 0 aos 14 anos, verificando-se que em 2001 uma taxa de 12,48% e em 2011 de 13,43%; no grupo etário dos 15 aos 24 anos verifica-se uma diminuição, passando de, em 2001, de uma taxa de 12,52% para uma taxa, em 2011; de 9,11%; no grupo dos 25 aos 64 anos, conclui-se que, pelas taxas demonstradas (taxa de 51,61% em 2001 e em 2011 uma taxa de 53,51%), verifica-se um envelhecimento duplo, observando-se, neste sentido, o envelhecimento na base da pirâmide e

simultaneamente no seu topo. Com mais de 65 anos de idade em 2001 a taxa percentual é 23,39% e em 2011 23,95% (Município de Tavira, 2015).

Relativamente à estrutura familiar houve um aumento de famílias desde 2001, isto é, 1237 famílias, o que representa 13, 21%. Mas, quanto ao núcleo familiar, verifica-se um menor número de filhos. No que toca à escolaridade é demonstrado diferenças significativas. A população residente com ensino superior completo representa cerca de 9,75%, verificando-se um aumento da taxa de variação entre 2001 e 2011, de 22,41%. Com o ensino secundário completo, existe cerca de 13,87 % da população. Com o primeiro ciclo do ensino básico corresponde 25,63% da população e sem qualquer ensino existe cerca de 21,79% da população (Município de Tavira, 2015).

De acordo com os mesmos autores, em 2011 as freguesias do interior, mais concretamente, Cachopo e Santa Catarina, existe uma grande percentagem de pessoas sem qualquer nível de ensino. Por outro lado, na freguesia de Santa Luzia, demarcou-se com o menor número de pessoas sem qualquer ensino. As maiores taxas acerca do nível de instrução estão concentradas na freguesia de Tavira. Na comparação do nível de instrução tendo em conta o género, a população feminina apresenta uma maior percentagem, 5,83%, relativamente ao género masculino, 3,95%, no que diz respeito ao ensino superior; Sem qualquer nível de ensino o sexo feminino representa cerca de 11, 67% e o sexo masculino 10,20%. Torna-se pertinente referir a diminuição do analfabetismo ao longo dos anos. Em 2001 verificava-se uma percentagem 14,01% e em 2011 apresenta-se um decréscimo para 7,80%.

Na sua distribuição geográfica, relativamente à densidade populacional, existe diferenças no conselho. Com maior densidade populacional estão as freguesias de Santa Luzia, de Tavira e da Luz de Tavira e Santo Estêvão. Nas freguesias Santa Catarina da Fonte do Bispo e Conceição e Cabanas de Tavira verifica-se o contrário, uma diminuição da densidade populacional. Na freguesia de Cachopo é destacado uma forte quebra de habitantes (em 2001 com 5,2 habitantes por Km² e em 2011, 3,5 habitantes por Km²) (Município de Tavira, 2015).

Na análise da natalidade e da mortalidade, de 2001 a 2013, existem mais óbitos que nascimentos, traduzindo-se num crescimento natural negativo. A taxa de natalidade em 2013 é de 7,7 nascimentos por cada mil habitantes. Por outro lado, a taxa de morta-

lidade tem vindo a decrescer havendo e em 2013 houve 13,7 óbitos por cada mil habitantes (Município de Tavira, 2015).

Quanto ao índice de envelhecimento população, ou seja, a relação estabelecida entre a população idosa (população idosa considerada com 65 ou mais anos) e a população por cada 100 jovens, constata-se que em 2001, cerca de 187,3 idosos para cada 100 jovens. Um outro fato importante na caracterização da população diz respeito à atividade económica. Em 2001, verificou-se que existia cerca de 52,85% de população ativa (aqueles com idade superior a 15 anos, com disponibilidade para trabalhar), maioritariamente localizados na Freguesia de Tavira. Em 2011, são cerca de 60,84%. Em 2001 apurava-se que a população ativa se localizava, maioritariamente, na freguesia de Tavira (52,85% do total da população ativa). Em 2011, verifica-se que a tendência é acentuada, passando a representar 60,84% do total da população ativa (Município de Tavira, 2015).

Sendo assim, falta fazer referência da população seguida em Consulta Externa pela equipa de saúde mental comunitária Tavira. Os utentes seguidos têm de possuir residência no conselho de Tavira, com idade igual ou superior a 18 anos de idade. São seguidos pela equipa multidisciplinar, de forma voluntária ou em regime de tratamento ambulatorio compulsivo (relativamente para a administração da terapêutica de ação prolongada). São referenciados para consulta externa após alta clínica do internamento de psiquiatria ou pelo psiquiatra do serviço de Urgência de Psiquiatria, após terem recorrido à mesma e existe necessidade de seguimento pela especialidade no exterior. O médico de família/medicina geral e familiar dos Centros de Saúde e extensões pertencentes ao conselho podem, também, referenciar o utente para observação pela especialidade.

4.5 OBJETIVOS DELINEADOS

Os objetivos podem incluir distintas posições, isto é, desde ao geral até ao específico, e indicam as decorrências que se tencionam atingir (Mão de Ferro, 1999).

Objetivo geral: Promover a adesão à terapêutica na pessoa com perturbação mental, em contexto comunitário.

Objetivos específicos:

-
1. Diagnosticar as principais necessidades da pessoa com perturbação mental face à adesão terapêutica;
 2. Identificar os fatores que influenciam a não adesão à terapêutica da pessoa com perturbação mental;
 3. Desenvolver intervenções de enfermagem exclusivas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica que atendam às necessidades identificadas;
 4. Identificar as estratégias psicoterapêuticas para potenciar a adesão à terapêutica na pessoa com perturbação mental;
 5. Elaborar uma proposta de protocolo para a Consulta de enfermagem com recurso à entrevista motivacional;
 6. Capacitar a pessoa com perturbação mental na adesão à terapêutica e consequentemente no seu funcionamento pessoal, social, profissional e familiar;
 7. Promover o processo de autodesenvolvimento a nível pessoal e profissional;
 8. Desenvolver e consolidar competências específicas de Mestre, Enfermeiro Especialista e Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, com o intuito de obter uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

4.6 FASE DE ELABORAÇÃO DO PLANEAMENTO DAS ESTRATÉGIAS

Na fase de planeamento tive a preocupação de ter em conta os princípios mais relevantes para o sucesso da implementação de programas de intervenção descritos pela WHO (2001).

Com base nos pressupostos descritos pelo autor acima referido, na efetividade-eficácia tem-se em consideração três aspetos: a saúde (demonstrado uma diminuição quer da incidência como da prevalência da doença mental como resultado a melhoria da qualidade de vida), o social (um progresso no relacionamento interpessoal, escolar e profissional, acompanhados pela redução do estigma) e económico (diminuição de dias de absentismo em relação ao trabalho, à recorrência de internamento e outros custos).

Os outros princípios são a aceitação pela comunidade, financiamento, meios técnicos e o seu benefício.

Ao ingressar numa equipa multidisciplinar, que iria desenvolver um projeto com incidência na adesão à terapêutica da pessoa com perturbação mental, obtive um fio condutor para o percurso estratégico a desenvolver ao longo do estágio. Por outro lado, pude ter a perceção do ponto de Aquiles, das preocupações sentidas e do combate diário da equipa multidisciplinar quanto à promoção da adesão à terapêutica dos utentes seguidos no conselho de Tavira.

Primeiramente, a meta delineada compreendeu-se na integração na equipa de saúde mental comunitária e compreender o seu funcionamento enquanto equipa. Simultaneamente também fui conhecendo a realidade dos utentes seguidos pela equipa e a sua interação/relação com o enfermeiro especialista.

O próximo passo, para executar o diagnóstico das necessidades, foi estabelecer uma relação terapêutica e de confiança com os utentes. Ao perceber as necessidades, ou seja, a executar uma avaliação de diagnóstico, a próxima etapa incidiu no planear das intervenções do enfermeiro ESMP e, seguidamente, desenvolvê-las no contexto clínico.

Ou seja, comete-se um processo de raciocínio clínico com reconhecimento das necessidades e das dificuldades sentidas pelos utentes, a definição dos objetivos, a determinação de prioridades e de estratégias de intervenção para que se possam colocar em desenvolvimento.

Após serem delineados os objetivos e de se identificar as limitações encontradas para a execução da metodologia do projeto, iniciou-se uma procura exaustiva da literatura, da prática baseada a evidência (Anexo I) da intervenção psicoterapêutica proposta. A prática baseada na evidência é a ponte entre a favorável pesquisa científica e a prática clínica. São usadas provas científicas atuais e disponíveis, possuidoras de uma positiva validade interna e externa com o propósito de aplicar os resultados obtidos na prática clínica (Atallah, 2004). A prática baseada na evidência, sustentado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2012) é “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do utente no contexto do cuidar” (p.10).

Para a execução deste trabalho teve-se em conta os aspetos éticos concernentes quer à instituição quer aos utentes seguidos pela equipa, pelo que foi solicitada autorização à comissão de ética à Direção de Enfermagem do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, conforme a Norma Hospitalar: Investigação da referida instituição.

Quanto há metodologia é necessária, segundo Collière (1999), para

“clarificar a identidade dos cuidados de enfermagem, não só pelo perfil do que a enfermeira/o é, ou deve fazer, ou em que se deve tornar, nem em relação a um modelo teórico suscetível de a formar, mas a identificação da natureza, a razão de ser, a significação, a estimativa social e económica da prestação de cuidados oferecida aos utilizadores, parece ser a chave da evolução da profissão” (p.20).

A metodologia definida para o desenvolvimento do projeto foi ao encontro de pesquisa bibliografia dos temas em questão e das intervenções planeadas; avaliação da adesão à terapêutica com recurso a instrumentos de avaliação preconizados para a população portuguesa, avaliação do estado mental e aplicação da técnica entrevista estruturada (entrevista motivacional).

Tornou-se pertinente, desenvolver e implementar intervenções terapêuticas à pessoa com perturbação mental em contexto comunitário, com a finalidade de promover a adesão ao regime terapêutico e, tendo como recurso psicoterapêutico, a entrevista motivacional. Existe a premência de se promover o crescimento dos saberes e da obtenção de competências por parte do utente, para capacitá-lo e, consequentemente, melhorar a sua qualidade de vida.

Em primeiro lugar foi planeada a consulta de enfermagem (Anexo II) e as respetivas intervenções: será executado o acolhimento do utente, promovida a informação do que se irá desenvolver no contexto clínico e fornecido o consentimento informado (Anexo III) e esclarecidas quaisquer dúvidas.

Continuamente será executado a intervenção exclusiva do EESMP: avaliação do estado mental (Anexo IV). Seguidamente são aplicados os instrumentos de avaliação propostos, a escala de Medição de Adesão ao Tratamento (Anexo V) e a Escala de Insight Marková e Berrios (Anexo VI). Foram delineados os critérios de seleção de inclusão e exclusão (Anexo VII).

Posteriormente, é executada a intervenção psicoterapêutica proposta, entrevista motivacional aos utentes que preencham os critérios de seleção. Simultaneamente serão executadas intervenções psicoeducacionais acerca do tema: sessões grupais com recurso ao método expositivo e interativo “Adesão à terapêutica e a sua gestão” (Anexo VIII) e a produção de um folheto (Anexo IX). É uma estratégia relevante para prover informação adequada ao utente acerca da sua doença e no reconhecer os sinais e sintomas, elevando a sua capacidade de juízo e senso crítico. A psicoeducação eficiente possibilita o decrescimento de reinternamentos (Saraiva & Cerejeira, 2017).

Também é constatada a importância e relevância de integração de sessões formativas para os profissionais do DPSM – unidade de Faro acerca dos conteúdos: Avaliação do Estado Mental (Anexo X), “Adesão à terapêutica na doença mental” (Anexo XI) e a “Entrevista Motivacional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica” (Anexo XII). É um ótimo recurso para contribuir para a melhoria da prática clínica em ESMP dos conteúdos supracitados. Serão traçadas sessões grupais, com método expositivo e interativo.

Contudo, nesta fase de planeamento, deparei-me com uma limitação, a nível institucional, relacionado com a autorização da comissão de ética, em que o seu aval positivo chegou muito tardiamente, impossibilitando-me de desenvolver o que tinha planeado em parceria com o enfermeiro orientador.

Assim, tracei um novo percurso e decidi elaborar uma proposta de protocolo para a consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: entrevista motivacional, de modo a ser uniformizada a nível institucional e, posteriormente, implementada pelo enfermeiro especialista da equipa.

Dadas as considerações éticas a ter em conta, a execução da consulta de enfermagem, no que diz respeito à colheita de dados, no fornecimento do consentimento informado e à aplicação dos instrumentos de avaliação propostos, não será executado. Desta forma, a execução à posteriori da entrevista motivacional não foi executada. Foi executada a entrevista motivacional breve nas consultas de enfermagem programadas. As restantes intervenções mantiveram-se no planeamento.

Na próxima fase, embora não tenham sido executadas as intervenções, serão referidas para que haja um entendimento do que foi inicialmente construído

mentalmente e, também, por, à posteriori, serem implementadas pelo enfermeiro especialista no âmbito do projeto que a equipa está a desenvolver.

4.7 FASE DE INTERVENÇÃO DAS ESTRATÉGIAS PLANEADAS

Após a construção mental do que é pretendido desenvolver ao longo do estágio e do estabelecimento dos objetivos a atingir, comecei a traçar o caminho a percorrer ao longo período temporal compreendido entre os meses de outubro 2018 a janeiro 2019.

A primeira etapa do percurso na continuidade do projeto de formação foi a integração na ESMC. O processo de integração é o motor para o sucesso na adaptação do estudante à organização e quanto ao seu desempenho. Tive também possibilidade de participar num projeto institucional que está a ser construído de raiz com vista à promoção da saúde mental e à prevenção da doença mental na comunidade cujo foco é a adesão à terapêutica.

Seguidamente, o próximo passo a ser tomado, prende-se na interação com os utentes que se deslocam para a consulta de enfermagem programada no Centro de Saúde de Tavira e estabelecer uma relação terapêutica e de confiança. “O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)” e a relação terapêutica é estabelecida e fortificada durante um processo dinâmico. Para além disso, é expandida pela parceria entre o utente e o profissional, na consideração pelas competências e no reconhecimento que o mesmo é detentor de um papel proactivo (OE, 2011, p.5).

Pontes, Leitão & Ramos (2008) salientam que, num determinado contexto, o enfermeiro e o utente desenvolvem uma relação interpessoal, tendo como objetivo o bem-estar deste e é incrementado, num espaço temporal limitado, por etapas.

Para Reynolds (2009) tem se em conta os domínios técnicos e pessoais do profissional e, não deixando de ressaltar, utiliza-se a si próprio como instrumento terapêutico. Pode-se fazer a distinção entre o domínio técnico, onde se inclui o saber

adquirido e a perícia e, por outro lado, o domínio pessoal que alberga os atributos de cada um.

A relação terapêutica, em enfermagem de saúde mental, de acordo com Chalifour (2008), torna-se imprescindível no processo de cuidar, em que a recuperação do equilíbrio da pessoa com doença mental apraza em relações interpessoais importantes. Esta relação estabelecida entre profissional e a pessoa está na base do cuidar.

Para Gardner (2010), as características pessoais do enfermeiro podem favorecer o processo de relação terapêutica em que o compromisso terapêutico tem início com a erudição mútua entre o enfermeiro e o utente. McCann & Baker (2001) expõe que as relações terapêuticas são influenciadas pelos anos de experiência, mas, também, pelas atitudes e personalidade do enfermeiro.

Segundo Phaneuf (2005), para se estabelecer uma relação terapêutica há que ter em conta a prestação de apoio emocional, manifestar compreensão, empatia, respeito e autenticidade. A transmissão de confiança, aceitação incondicional e honestidade são aspetos importantes, bem como, estar presente e possibilitar a expressão de sentimentos e emoções por parte do utente. “a enfermeira que ajuda, procura favorecer no outro o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida” (p.324).

Ainda de acordo com a mesma autora, primeiramente é estabelecido uma relação de confiança, entre enfermeiro-utente, primordial a um pacto terapêutico pois “ajuda a pessoa a descobrir-se, a fazer uma representação clara da sua dificuldade e a reorientar-se para pistas de soluções ou vias de mudança de acordo com as suas possibilidades” (p.323).

É necessário que o enfermeiro entenda o utente como um todo e “Quando se trata de contacto com a pessoa, as manifestações de aceitação e de respeito da enfermeira são a chave da abertura para uma relação significativa e calorosa, numa convivência terapêutica essencial a um trabalho profissional “(Phaneuf, 2005, p. 322). O utente é caracterizado como um comparte essencial na relação do cuidar, onde o enfermeiro presta os cuidados e o utente recebe-os e coopera. Sem essa cooperação pela parte do utente, a missão do enfermeiro no estabelecer uma relação torna-se infrutífera.

Torna-se necessário dar enfoque também a outra intervenção, a relação de ajuda, que está presente nos cuidados no dia a dia. O enfermeiro para desenvolver uma relação de ajuda, necessita de manifestar certas atitudes e requisitos, como, a presença, a vontade de não julgar, a não diretividade da entrevista, o escutar, a pessoa é tida como o centro, e demonstrar consideração positiva. A afetividade é fulcral para que se estabeleça uma relação de confiança (Phaneuf, 2005).

A escuta, o olhar e o silêncio têm de ser considerados e, não deixando de parte, as principais atitudes ou habilidades próprias da relação de ajuda: a aceitação, o respeito e a empatia (Phaneuf, 2005).

Contudo, para Sequeira (2016), a escuta é considerada uma técnica não-verbal, de extrema importância e que demonstra o interesse pelas exiguidades, inquietações e adversidades do utente, havendo, por parte do enfermeiro, uma percepção dos sinais da comunicação não-verbal por parte deste.

Assim, para o autor referido anteriormente, tem que se pronunciar a escuta ativa pois é uma intervenção que consiste em auxiliar na minimização dos problemas do utente, incorporando desta forma a escuta, mas é muito mais que escuta, havendo a necessidade de haver interesse e disponibilidade para a partilha, com um tempo próprio.

Quanto ao olhar, Sequeira (2016) revela que “constitui o primeiro sentido utilizado para iniciar o contacto com o outro, e é um elemento único e primário das relações interpessoais” (p.129). Na perspetiva de Phaneuf (2005) o olhar do enfermeiro deve exprimir acolhimento e compaixão e pode promover a descoberta do outro e do seu mundo interior. O silêncio pode ser considerado útil e necessário na estratégia de comunicação, demonstrar o respeito, favorecer na introspeção, num momento reflexivo e no contacto com as suas emoções (Sequeira, 2016).

Chalifour (2008) equaciona que o enfermeiro também é considerado um sistema aberto e, nesse sentido, Sequeira (2016) expressa que a compreensão empática, a autenticidade e o respeito são as atitudes que se salientam como facilitadoras no contexto da relação de ajuda profissional.

A empatia é o âmago da relação de ajuda em que consiste no sentimento de compreender o outro. Existe a necessidade de se propiciar um contexto de compreensão empática, uma fonte de confiança e de uma cumplicidade terapêutica (Phaneuf, 2005). Além disso, Sequeira (2016) refere que a empatia abraça duas condições, sendo “o

conhecimento aprofundado sobre a situação/problema do utente;” e “O conhecimento sobre o utente que vive a situação/problema” (p.116).

É importante salientar, também, a comunicação terapêutica, no sentido de ser uma ferramenta de grande utilidade. É definida como um processo consciencioso e intencionado para a obtenção de informações acerca do estado de saúde do utente, promovendo uma relação objetiva, de confiança e uma comunicação intencional para auxiliá-lo na resolução dos seus problemas e, dessa forma, permitir estabelecer uma relação terapêutica.

Na perspetiva de Chalifour (2008), a comunicação terapêutica tem que corresponder a determinados aspetos, sendo eles, o determinar a sua intenção, a criação de um ambiente acolhedor, concentrar-se no utente, evitar interrupções, esperar pela comunicação quer verbal quer não-verbal do utente, decodificar a mensagem do utente, transmitir uma resposta empática e clarificar se essa mesma resposta foi eficaz.

Para as competências comunicacionais tive sempre em conta a singularidade de cada utente em termo da sua cultura, crenças, escolaridade, estatuto social, idade e valores internos.

Na comunicação verbal é necessária clareza nas mensagens transmitidas, a disponibilidade de tempo para o utente exprimir os seus sentimentos, emoções e preocupação relativamente a um problema e a encontrar estratégias para o mesmo. A comunicação não verbal fortalece a comunicação verbal com o utente e teve-se em conta o toque, o olhar, a escuta ativa, o silêncio, as expressões faciais, a distância e as posições utilizadas. “Não existe comunicação verbal sozinha: a mensagem transmitida é sempre uma interação entre a comunicação verbal e a não-verbal” (Silva, 2006, p.43).

A interação com os utentes e o estabelecimento de uma relação terapêutica foi alcançada de forma gradual, uma vez que era vista como uma pessoa estranha naquela equipa. Foi possível, ao longo deste percurso, diagnosticar as principais necessidades da pessoa com perturbação mental relativamente à adesão terapêutica, sendo elas, a aceitação do seu estado de saúde.

Correia (2014) refere que existem utentes que não apresentam conhecimentos da doença, compreensão e consequências e ausência de crítica perante a mesma.

Foi executada a avaliação do diagnóstico de enfermagem aceitação do estado de saúde comprometido e foram delineadas as seguintes intervenções, de acordo com a

CIPE (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016; OE, 2018a): assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde, confortar, incentivar a comunicação de emoções, executar aconselhamento, executar intervenção psicoeducativa, executar apoio emocional, escutar e executar apoio emocional.

Na interação com os utentes constatou-se o conhecimento comprometido relativamente à doença, à adesão terapêutica e tudo o que está implicado (reações adversas, benefício da adesão e o malefício da não adesão, qual a medicação prescrita e para que serve, conhecimentos sobre a doença). Também, o comportamento de adesão à terapêutica apresenta-se comprometido (referência aos esquecimentos na toma da medicação, no descuido relativamente aos horários, abandono da medicação por se sentirem melhor ou por agravamento da sua situação, a interrupção da medicação por falta dos mesmos ou também por automedicar-se e não recorrem ao psiquiatra).

Quanto à identificação dos fatores que influenciam a não adesão os utentes exprimiram a existência de barreiras a nível socioeconómicos, relacionados com a equipa multidisciplinar, com a doença, com o tratamento e com eles próprios. Existe a referência a desemprego e, por esse fato, a dificuldade na obtenção da medicação prescrita, o custo dos meios de transporte dos utentes das zonas rurais mais distanciadas, crenças leigas sobre a doença e o tratamento, disfunção familiar, a relação com a equipa multidisciplinar, a importância de seguir o tratamento prescrito e as suas consequências pelas não adesão do mesmo, os efeitos secundários sentidos pela medicação, as crenças, expectativas, atitudes e sua motivação.

No diagnóstico de enfermagem conhecimento as intervenções delineadas foram: executar programa de literacia em saúde Mental, executar aconselhamento, executar intervenção psicoeducativa, ensinar sobre comportamentos de procura de saúde, providenciar material de leitura sobre o regime medicamentoso, avaliar conhecimento sobre a doença, avaliar conhecimento sobre o regime medicamentoso e ensinar sobre medicamentos e ensinar sobre o regime medicamento (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016; OE, 2018a)

Em seguida, o que estaria previsto era realização da consulta de enfermagem com as diversas intervenções anteriormente referidas. A consulta de enfermagem

“é uma atividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao Enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos

problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar planos de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respetiva reformulação das intervenções de enfermagem” (Ministério da Saúde, 1999, citado por OE, 2012, p. 1).

Seria proporcionado o consentimento informado e esclarecido qualquer dúvida do utente. O consentimento é o processo que certifica que os participantes compreendem os riscos e benefícios, e são esclarecidos acerca dos seus direitos, abrangendo o de não participar. Posteriormente aplicar-se-ia o questionário demográfico e executar-se-ia a avaliação diagnóstica: avaliação do estado mental e a aplicação dos instrumentos de avaliação delineados.

Sendo assim, a OE (2017a) alude que a avaliação de estado mental é considerada, pelo Mesa do colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Ordem dos Enfermeiros, uma avaliação diagnóstica de enfermagem que compreende tanto a avaliação física como a avaliação do estado mental. É realizada através de uma entrevista onde é possível recolher dados acerca da cognição, pensamento, consciência de si, emoções, assim como “informações acerca das atividades de vida diárias e a forma como o utente gere a sua problemática de saúde também devem ser recolhidas pela mesma forma” (p. 3).

O enfermeiro canaliza o seu foco no conjunto de problemas da pessoa e, nesse sentido, tem a incumbência de reunir a informação acerca do que a mesma entende, depreende e conceitua de modo a conjecturar as estratégias e capacidades face ao problema que dispõe (OE, 2017a).

“A AEM é um dos vários instrumentos que o enfermeiro pode utilizar dentro da componente de avaliação diagnóstica compreensiva no processo de enfermagem, para detetar alterações da normalidade em várias áreas do funcionamento mental do indivíduo” (OE, 2017a, p. 1).

Para o mesmo autor é atribuída esta avaliação como uma competência dos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica. É uma ferramenta de grande utilidade, uma parte integrante dos cuidados prestados sob o ponto de vista holístico, executada à pessoa tendo como meta a perceção do que se passa com a mesma. No entanto, de ressaltar, é contraproducente a focalização apenas nos sinais e sintomas.

Não obstante, torna-se indispensável adotar uma visão holística, de modo a não se dissipar a compreensão da conjuntura e do contexto respeitantes à doença e a repercussão que esses mesmos sinais e sintomas apresentam para a pessoa (OE, 2017a).

Seguidamente seria avaliado a adesão à terapêutica e o insight na pessoa com perturbação mental. Delgado & Lima (2001) conceberam a escala Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), preconizado para a população portuguesa, em que construíram uma medida de adesão aos tratamentos medicamentosos com sete itens: “Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?; Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?; Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?; Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?; Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?; Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?; Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?” (p.99).

A resposta é fornecida numa escala de Likert de seis pontos (que variava de sempre=1 a nunca=6). O índice de adesão ao tratamento é igual à soma do score de cada resposta a dividir pelo número total de questões. Se for superior ou igual a 5 existe adesão ao tratamento e se for menor a 5 não existe adesão ao tratamento (Delgado & Lima (2001).

Para o mesmo autor,

“Tendo em conta que o fracasso da terapêutica de muitas doenças se deve substancialmente à inadequada adesão aos tratamentos, é importante estar ciente que a utilização de um instrumento válido e fiável de self-report fornecia desde cedo, ao profissional de saúde, um esboço do perfil de adesão aos tratamentos de cada doente” (p.95).

O instrumento de avaliação escala de Insight Marková e Berrios, preconizado também para a população portuguesa, foi adaptada pelos autores Vanelli et al. (2010). Para os mesmos autores, o termo insight, “Actualmente, é considerado como uma entidade multidimensional com diferentes implicações para a abordagem terapêutica ao doente e que varia numa escala contínua “(p. 1012).

Marková e Berrios (1992) conceberam uma escala de autoavaliação do insight fundamentada num princípio tendo em conta que o “(...) insight é uma subcategoria da consciencialização mais do que uma característica independente da perturbação psicótica. Esta medida do insight é mais abrangente e ultrapassa o conceito do insight na doença considerado até então” (Vanelli et al. 2010, p. 1012). É composta por 30 perguntas e tendo como resposta Sim ou Não.

Sequeira (2010) evidencia a necessidade da aplicação de instrumentos de avaliação uma vez que auxiliam a tomada de decisão clínica em enfermagem. São uma ferramenta importante no uso diário pelos profissionais de saúde em que procedem à avaliação e monitorização de resultados após a sua aplicação.

No sentido de motivar o utente para a mudança e para a adoção de comportamentos saudáveis, respeitante à adesão à terapêutica, surge a entrevista motivacional. É caracterizada como uma intervenção simples, eficaz e de baixo custo (Miller & Rollnick, 2016). A entrevista motivacional, será abordada e descrita na proposta de elaboração do protocolo.

A intervenção executada nas consultas de enfermagem de saúde mental e psiquiatria ao longo do contexto clínico foi a entrevista motivacional breve. A mudança surge como a essência da entrevista motivacional, existindo um estilo de comunicação que se centra entre o dirigir (o profissional fornece informação, formação e conselhos), o guiar (saber ouvir e oferecer os conhecimentos quando necessário) e por último o seguir (procurar compreender a pessoa e interferir com as suas próprias ideias) (Miller & Rollnick, 2016).

As intervenções de enfermagem destacadas foram executar apoio emocional, escutar, executar aconselhamento, executar intervenção breve (entrevista motivacional breve).

Uma questão que me preocupou entooou-se como seria possível praticar a entrevista motivacional em situações breves. Nas consultas de enfermagem os utentes demonstravam-se dispostos a ter uma conversa sobre mudança e apresentavam motivação.

As conversas sobre mudança podem acontecer em situações muito breves.

Os autores, Bernstein et al. (2005), Nock & Kazdin (2005), Rubak, Sandbaek, Lauritzen & Christensen (2005), Senft, Polen, Freeborn & Hollis (1997), Soria, Legido,

Escolano, Lopes, Yeste & Montoya (2006) demonstraram, em ensaios clínicos, que as intervenções breves de entrevista motivacional podem estimular uma mudança significativa.

Para Rubak, Sandbaek, Lauritzen & Christensen (2005), se o que é necessário é haver mudança de um comportamento do utente, mesmo que seja num período de tempo breve, é plausível que a entrevista motivacional apresente uma maior eficiência, ao invés de verbalizar ao utente o que fazer e o porquê. Por outro lado, Heather (2005) descreve que entender os elementos críticos da entrevista motivacional que são auxiliaadoras na mudança é especialmente relevante em intervenções breves.

Miller & Rollnick (2016) referem que a entrevista motivacional não tem tempo definido e, mesmo apenas em alguns minutos de conversa, poder ser positivo para a mudança, uma vez que conta é em termo de qualidade. Para os mesmos autores “uma troca tão simples como substituir «porque não tenta...?» por «o que pensa que pode resultar para si?» poderia mudar o resultado da interação” (p.351).

Ao experienciar a execução da entrevista motivacional breve surgiu-me, inicialmente, algumas questões, como por exemplo, como é que sabia que estaria a fazer entrevista motivacional e com sei que é uma conversa de mudança? Surgem questões sobre como foi a ligação com o utente e se este se sentiu ligado na conversa, se houve um foco claro, se evoquei a conversa de mudança e se havia um planeamento colaborativo.

Senti uma grande preocupação em utilizar os princípios básicos e as competências de comunicação. Realizar uma Pergunta aberta, afirmar, resumir e refletir inicialmente é complicado pois é algo que não é comumente utilizado por mim, pelo menos conscientemente.

Ao longo das consultas, na interação com os utentes, tive sempre em conta que a opção do utente é aceite e respeitada pois é ele o responsável pelas suas decisões. Há que ter em conta que o utente é especialista em relação a si mesmo e o profissional não tem que fazer com que a mudança aconteça pois tem que vir do utente tem que ser evocada.

O estabelecimento da base relacional foi sendo conquistada. A formulação de perguntas abertas, como por exemplo “ Como se sente hoje” ou “ Como é que seu problema o tem afetado no dia a dia” ou “Como pensa que posso ajudá-lo?”, solicita o

utente a refletir um pouco previamente e dá-lhe autonomia na forma de responder. Na adoção de perguntas fechadas o utente remete uma resposta breve e são limitadas as suas respostas.

Ao longo das intervenções breves o afirmar, isto é, dar reforço positivo ao utente, reconhecer e admitir aquilo que é bom, auxiliam a que o utente confie, não se apresente defensivo e facilita a mudança. Ao afirmar comenta-se algo positivo do utente e não é o mesmo que elogiar. Elogiar pode levantar barreiras entre o profissional e o utente pois quem elogia está numa posição dominante. Resumir também assume uma grande pertinência auxiliando o utente em manter e a refletir o que o próprio exprimiu e dá-lhe sensação de tranquilidade por saber que o profissional está a escutar.

Pude experienciar, quanto ao processo de ligar, de várias maneiras. A ligação ao utente numa questão de minutos, noutros que demorou vários dias ou várias semanas e outros que não foi sequer conseguida. A ambivalência dos utentes que tinham a vontade de fazer uma mudança de comportamento era, maioritariamente, assombrado pela questão de não se sentirem capacitados e por possuírem dúvidas em relação ao tratamento prescrito.

Na clarificação de objetivos deparei-me com variados cenários, em que o foco estava claro ou com várias opções de escolha ou então não está claro. Tive a necessidade de resistir ao reflexo de correção, ou seja, não solucionar os problemas pelos utentes, mas sim apoiá-los nas suas decisões tomadas. Tive a oportunidade, também, de conseguir desbloquear uma conversa, ou seja, quando o utente expressava vários temas, relativamente ao seu problema quanto à adesão à terapêutica, mas não se conseguia chegar a lado nenhum. É de grande utilidade interromper a conversa por uns instantes e questionar o utente de todos os problemas que mencionou qual será o mais importante para ser focado no momento.

No que toca à transmissão de informação relativamente à adesão à terapêutica torna-se prudente resistir no querer facultar toda a informação que pode ajudar o utente com o seu problema pois é o utente que pede os conselhos e a informação, dado que, uma vez mais, ele é que é especialista de si próprio. É necessário em primeiro lugar estimular, isto é, pedir permissão e clarificar necessidades de informação e diferenças, como por exemplo “Existe alguma informação que eu possa transmitir para ajudá-lo?”. Seguidamente foi utilizada a estratégia de dar em que se clarifica e prioriza-se e apoia-

se a autonomia do utente, podendo serem feitas questões como “O que precisa ou que quer saber em primeiro lugar?”. Por fim utiliza-se novamente a estratégia estimular para se pedir uma resposta por parte do utente tendo em conta as perguntas abertas.

Para auxiliar no evocar tive que partir do princípio de que o utente detém todos os recursos e a motivação para a mudança e tem têm que ser fortalecidos os seus valores, os objetivos e as suas perceções e ter em conta a sua autonomia nas decisões tomadas e no seu comportamento adotado. O estabelecimento do compromisso para a adesão à terapêutica e das estratégias delineadas pelo utente foram sendo discutidas nas consultas de enfermagem e sempre, com o intuito, pela minha parte, de incentivar e reforçar positivamente a adesão.

Como foi referido anteriormente, complementou-se o estágio com intervenções de caráter educativo, dando enfoque à adesão à terapêutica e a auxiliar a pessoa com perturbação a esclarecer todas as suas dúvidas e preocupações para de certa forma dotá-las de conhecimento e promover a sua capacitação.

No diagnóstico de enfermagem comportamento de adesão as intervenções delineadas foram: encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão, ensinar sobre comportamento de adesão, identificar atitude face ao regime medicamentoso, incentivar adesão ao regime medicamentoso, incentivar a aprendizagem de habilidades para otimizar a gestão do regime medicamentoso, incentivar comportamento de adesão, negociar adesão ao regime terapêutico, promover consciencialização, executar Intervenção Breve, executar intervenção psicoeducativa, executar aconselhamento e executar programa de literacia em Saúde Mental.

O enfermeiro ESMP para além de se mobilizar como instrumento terapêutico “desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. 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, 2018, p.21427).

Para a OE (2017), o uso de técnicas psicoeducativas, psicoterapêuticas e socio terapêuticas contribuem nas respostas adaptativas da pessoa quanto à sua condição de saúde mental. Demarca-se as competências exigidas do EESMP na alínea d) do artigo 4º em que se especifica “presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos,

psicossociais e psicoeducacionais, á pessoa ao longo do ciclo a vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar ou recuperar a saúde” (p. 21427).

Gonçalves-Pereira e Sampaio (2011) descrevem que a “psicoeducação entende-se, especificamente, o trabalho com famílias para transmitir conhecimento sobre a doença mental (...) e melhorar as competências para lidar com ela” (p.6). Pheula & Isolan (2007) mencionam que a psicoeducação pode modificar comportamentos, tendo como desfecho o sucesso no tratamento.

As intervenções psicoeducativas têm sido expandidas no sentido de amplificar o saber das pessoas e o seu insight respetivamente à sua doença e potencializar a eficiência do seu tratamento. O acréscimo do saber promove o desenvolvimento dos mecanismos de coping para lidar com a doença (Degmecié, Pozgain & Filakovié, 2017).

Na perspetiva de Pereira, Xavier, Neves, Barahona-Correa & Fadden (2006), a psicoeducação pode ser compreendida como uma combinação de abordagens quer para proporcionar informações acerca da doença mental ao utente e família quer para apresentar forma de lidar com a mesma. E, de acordo com Caminha, Wainer, Oliveira & Piccoloto (2003) interatua com o processo de aprendizagem humano, concretamente direcionada para os seus padrões normais e patológicos, tendo em conta o efeito do meio, da família, da sociedade e do caminho profissional da pessoa no seu trajeto de vida.

O utente assume um papel ativo no tratamento da sua doença e, nesse sentido, pretende-se prover informação acerca da sintomatologia, do tratamento e do seu curso para que haja uma adesão à terapêutica e com crítica para a doença (Cardoso, 2008). É de salientar a importância da técnica de psicoeducação na capacitação do utente acerca da adesão à terapêutica bem como na sua gestão.

Ao educar o utente e a família acerca da doença e das suas consequências favorece a que haja uma melhor hipótese de tratamento, um decrescimento quer dos sintomas quer das recaídas e, se por um lado, aumenta autoestima e o bem-estar e por outro diminui o sofrimento catalogado à doença, a redução do estigma e do stress (Stefanelli & Moreno, 2008). Na visão de Basco & Rush (2005), pode ser utilizado como estratégias educativas esclarecimentos, folhetos informativos, livros, filmes para que o

utente aprenda sobre a sua doença e, assim, consiga reconhecer os sinais e sintomas da mesma precocemente.

A sessão que desenvolvi com os utentes acompanhados pela equipa na comunidade intitulou-se de “Adesão ao regime medicamentoso e a sua Gestão” e foi circunscrevido como objetivo geral o de sensibilizar e capacitar o utente para a importância da adesão ao regime terapêutico bem como da sua gestão.

Esta intervenção foi executada, também, com intuito de reforçar junto dos utentes a importância da equipa de saúde mental comunitária e pela acessibilidade da mesma por estar próxima dos mesmos e a importância da adesão na melhoria da qualidade de vida. Nas sessões de psicoeducação foram abordadas as questões que os utentes manifestaram mais dúvidas nas consultas de enfermagem.

O folheto foi criado no sentido de fornecer a informação ao utente e que pudesse acompanhá-los. Uma das grandes dificuldades referidas prende-se de conseguirem lembrar-se do dia da consulta, dos medicamentos em falta pedir em consulta e das dúvidas e sintomas que sentem, mas, que na consulta, quer com o psiquiatra quer com o enfermeiro, se esquece de referir.

Considero ter sido proveitoso quer profissional quer pessoalmente a execução de intervenções educativas na comunidade tendo como foco capacitar e envolver a pessoa com perturbação mental no seu tratamento.

A sala para as sessões era cedida pelo Centro de Saúde. A intervenção psicoeducativa decorria às quintas-feiras, tendo como programação semanal ou quinzenalmente, dependendo da disponibilidade dos utentes. Uma das limitações encontradas foi a disponibilidade, por parte dos utentes, para participar nas sessões educativas. Constatou-se algumas barreiras: a fraca acessibilidade dos utentes que habitam nos meios rurais, a ausência de crítica para a necessidade de informação acerca da adesão à terapêutica, o fato de ser no Centro de Saúde (estigma social) e pelo horário dos seus empregos.

Realizei, também, a sessão para os utentes que frequentam o Hospital de Dia de Psiquiatria e Reabilitação para sensibilizar e reforçar a importância da adesão à terapêutica.

Foram executadas as sessões formativas para os enfermeiros de departamento de psiquiatria. A formação em serviço pretende colmatar as necessidades de formação e

proporcionar o desenvolvimento das suas competências. De acordo com Sousa (2003), a formação contínua é uma fonte fundamental na evolução quer pessoal quer profissional do profissional e das organizações, onde proporciona a adaptação às mudanças que ocorrem do mundo que se mostra em constante mudança com finalidade de uma melhoria dos cuidados prestados.

Desta forma, os profissionais estão constantemente atualizados quanto aos conhecimentos que são necessários para a sua prática clínica diária e que são refletidas no desempenho profissional. A formação em serviço é uma estratégia assume um caráter indispensável para profissional na progressão da aquisição de saberes.

A primeira sessão realizada intitulou-se “Avaliação do estado mental, Contributos para a prática clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica” e teve como objetivo contribuir para a melhoria da prática clínica e sensibilizar os enfermeiros acerca da sua importância na prática clínica e reconhecer os principais itens da avaliação do estado mental bem como para contribuir para a uniformização da terminologia específica que é utilizada.

A segunda sessão formativa teve enfoque na adesão à terapêutica: “Adesão ao regime terapêutico na doença mental”. A realização desta sessão formativa deveu-se para orientar os profissionais, a nível da temática do projeto que estava a ser delineado na equipa de saúde mental comunitária. Foram identificados os fatores de adesão à terapêutica, as questões da adesão e não adesão à terapêutica, foram referidos quais os fatores determinantes para a gestão do regime terapêutico e foram identificadas as estratégias para melhorar a adesão à terapêutica.

A última sessão executada expôs a proposta de protocolo para a consulta de enfermagem: entrevista motivacional. Teve como objetivo promover a importância da entrevista motivacional na prática de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. Demonstrou-se útil no sentido em que foi fornecida informação acerca de uma entrevista pouco conhecida pelos profissionais, relativamente ao seu funcionamento, na perspetiva dos autores Miller & Rollnick (2016).

4.8 PROPOSTA DE PROTOCOLO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM: ENTREVISTA MOTIVACIONAL

A descrição do presente protocolo é alicerçada tendo por base a norma hospitalar do Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

A entrevista motivacional foi elaborada baseada nos autores William Miller e Stephen Rollnick (2016).

1 – Política e definição

A mudança surge como a essência da entrevista motivacional existindo um estilo de comunicação que se centra entre o dirigir (o profissional fornece informação, formação e conselhos), o guiar (saber ouvir e oferecer os conhecimentos quando necessário) e por último o seguir (procurar compreender a pessoa e interferir com as suas próprias ideias). Um dos maiores pontos críticos é a ambivalência em que a pessoa se encontra para realizar a mudança, isto é, querem mudar e não querem mudar, simultaneamente, sendo habitual no processo de mudança (Miller & Rollnick, 2016).

Uma das definições da entrevista motivacional pode ser entendida como “um estilo de conversa colaborativa para fortalecer a própria motivação da pessoa e o seu compromisso para mudar.” É uma conversa sobre a mudança que se encontra centrada na pessoa. Tem a finalidade de consolidar a motivação para a mudança da pessoa, ou seja, a sua própria motivação. É uma maneira de impulsionar as motivações e recursos da pessoa no sentido para a mudança (Miller & Rollnick, 2016, p. 28). Também é definida como

“um estilo de comunicação colaborativo e orientado para objetivos, com particular atenção á linguagem de mudança. Está desenhada para fortalecer a motivação pessoal e o compromisso face a um objetivo específico, estimulando e explorando as próprias razões da pessoa para mudar, em clima de aceitação e paixão” (Miller & Rollnick, 2016, p. 47)

O espírito da entrevista motivacional adota um destaque de relevo apresentando quatro princípios inter-relacionados, sendo eles, a parceria, a aceitação, a compaixão e a evocação. A parceria é feita por duas pessoas, envolvendo um método de exploração em

que quem executa a entrevista tenta originar um ambiente interpessoal positivo e contribuinte à mudança. Mas nesta parceria é fundamental que quem entrevista tenha consciencializado o respeito pelo outro e entender a vida da pessoa, visualizar o mundo através dos seus olhos dessa pessoa e não ditar a sua visão (Miller & Rollnick, 2016).

A entrevista motivacional não é uma maneira de calotear a pessoa na mudança, mas sim é uma maneira de impulsionar as suas motivações e recursos para essa mesma mudança. Mas, para isso, tem que se ter em mente que “as pessoas são especialistas incontestáveis em relação a si próprias. Nunca ninguém esteve mais tempo ou as conhece melhor que elas mesmas”. A aceitação está intimamente vinculada ao que a pessoa traz consigo, contendo quatro aspetos, tendo como fonte o trabalho de Carl Rogers, o valor absoluto, a empatia precisa, a autonomia e a afirmação (Miller & Rollnick, 2016).

Quanto ao valor absoluto os autores apresentam uma definição do autor Carl Rogers, sendo “uma aceitação deste outro individuo como outra pessoa, um respeito pelo outro como tendo valor por direito próprio. É uma confiança básica- uma crença que esta outra pessoa é de alguma forma fundamentalmente confiável.” (p.34) No momento em que as pessoas se sentem admitidas como são encontram-se livres para mudar (Miller & Rollnick, 2016).

A empatia precisa é a disposição e o interesse para entender o ponto de vista interno do outro, para visualizar o mundo mediante os seus olhos (Miller & Rollnick, 2016). A empatia consiste no sentimento de compreender o outro. Existe a necessidade de se propiciar um contexto de compreensão empática, uma fonte de confiança e de uma cumplicidade terapêutica (Phaneuf, 2005). Sequeira (2016) afirma que a empatia abraça duas condições, sendo “o conhecimento aprofundado sobre a situação/problema do utente;” e “O conhecimento sobre o utente que vive a situação/problema” (p.116).

Ao admitir a liberdade de escolha da pessoa faz com que a mesma diminua a defesa e nesse sentido favorecer a mudança. O entrevistador não muda a pessoa, mas sim ela própria é que detém esse poder. Por último, a aceitação implica afirmação na procura e reconhecimento dos aspetos fortes, bem como, os esforços feitos pela pessoa (Miller & Rollnick, 2016).

Por outro lado, no espírito subjacente à entrevista emocional a compaixão é entendida como a promoção do bem-estar da pessoa, conceder prioridade às suas

necessidades, colocando-se em primeiro plano e não o entrevistador. A entrevista motivacional inicia-se sob os pontos fortes que a pessoa possuiu dentro de si e o entrevistador tem como tarefa evocar os mesmos e impulsioná-los, pois, está empenhado em entender o ponto de vista de saber da pessoa (Miller & Rollnick, 2016).

A entrevista motivacional torna-se uma técnica única e com características específicas onde as necessidades da pessoa adquirem um papel de destaque, promovendo-se a automudança. Tem-se sempre em conta que a pessoa é perita em relação a si própria apresentando pontos fortes, motivações e meios para que a mudança ocorra. Detém a sua própria visão da sua situação e do que quer mudar e a maneira como pode alcançar. O profissional necessita de compreender a pessoa e aceitar as suas decisões (Miller & Rollnick, 2016).

A condição essencial a entrevista motivacional é ostentada na empatia entre profissional e o utente, também denominada por escuta reflexiva. O profissional não adota o papel de “expert” relativamente ao assunto, mas sim, assume uma relação onde o utente detém a autonomia e a liberdade de escolha. O profissional detém um papel de estimular a motivação do mesmo permitindo, desta forma, ampliar a possibilidade da mudança sem ditar ao utente uma linha orientadora que não seja conveniente ao seu momento pessoal (Miller & Rollnick, 2016). Existem 5 princípios básicos a ter em conta, sendo eles:

- Expressar empatia: aceitar a postura do utente, tentando compreendê-lo, sem construir julgamentos ou críticas; escutar o utente: a componente fundamental deriva como o profissional retorquirá ao que ouve, ou seja, de certa forma, adivinha o que o utente quer expressar, decifrando aquilo que ouve e expressando para o utentes em afirmações; ter em conta a ambivalência do utente como parte do processo de mudança.

- Desenvolver discrepância: entre o atual comportamento do utente e objetivos que se quer alcançar, isto é, demonstrar o distanciamento entre onde o utente está e gostaria de estar. É necessário que o utente tenha consciência das consequências do seu comportamento atual e da sua discrepância entre esse mesmo comportamento e os seus objetivos futuros, promovendo-se a mudança e o estímulo na apresentação de razões para a mesma.

- Evitar discussões: as mesmas são contraproduativas, originam o utente entre em defesa e resistência na mudança e a tentar encontrar estratégias. Comummente gerar

uma discussão pode levar o profissional a confrontar o utente com o seu problema e, concludentemente, a tencionar colocá-lo nalguma categoria (dando como exemplo, o profissional entender que o utente se assuma como alcoólico). Categorizar é considerado uma consequência negativa para o processo da mudança (Miller & Rollnick, 2016).

- Fluir com a resistência e não enfrentá-la: identificar o momento do utente e saber usá-lo; as percepções do utente podem mudar, especialmente se for demonstrado resistência ao tratamento, à relação terapêutica ou à mudança; tem sempre em consideração que é no utente que se encontra a solução para o problema designado.

- Estimular autoeficácia: considera-se o elemento chave no processo da motivação para a mudança, ou seja, a crença do utente na capacidade de realizar uma tarefa; é necessário que o profissional aceite a possibilidade da mudança, o utente é responsável pelas suas escolhas (Miller & Rollnick, 2016).

Para os autores, adota, também, competências de comunicação aplicadas de várias formas ao longo dos quatro processos: Ligar, focar, evocar e planear. Sendo eles: Perguntas abertas: ao serem utilizadas perguntas abertas a pessoa é solicitada a refletir e a elaborar. Encoraja o utente a falar o máximo possível pois não são respondidas com uma palavra ou uma simples frase. Por outro lado, auxilia o utente a refletir relativamente ao seu problema. Nos processos ligar e focar as perguntas abertas são essências, coadjuvando a entender a pessoa para fortalecer uma relação de confiança e a obter uma direção do que a mesma pretende. Por outro lado, são relevantes para avocar a motivação e traçar um caminho para a mudança; Afirmar: promover o reforço positivo, fornecendo apoio, apreciação e compreensão. Incentiva a pessoa e reconhece aquilo que há de valor na mesma, não oferecendo um mero elogio, mas sim assertividade. Deste modo, o profissional identifica e analisa os pontos fortes, as aptidões, os esforços e os favoráveis intentos da pessoa. Escutar reflexivamente: produz um forte resultado reflexivo no utente, isto é, desperta o diálogo, a exploração e a reflexão. Aponta que o profissional entende e o aceita. As afirmações reflexivas ajudam a aprofundar a inteligência, tornando claras as hipóteses acerca dos intentos que a pessoa apresenta. Ao longo do processo de evocar e planear são executadas direções concisas na predileção acerca do que refletir e onde concentrar a atenção. Trata-se de indagar o que o utente pretende verbalizar e, onde o profissional retribui o

que é dito pelo mesmo utilizando afirmações por meio de reprodução de uma fração do diálogo ou de uma palavra verbalizada pelo utente e que é relevante. Resumir: podem ser empregados para ligar os assuntos que foram discutidos, indicando que o profissional escutou o utente. É considerado também uma estratégia didática para que a pessoa consiga organizar as suas ideias. São efetuadas reflexões que aglomeram o que a pessoa acabou de expressar, retribuindo-lhe o que foi dito de modo compactado. É uma estratégia que tem relevância nos processos Ligar e Focar uma vez que diligenciam a compreensão e demonstra à pessoa que o profissional assumiu uma postura em que a escuta e valora o que a mesma expressou. Informar e aconselhar: o profissional fornece informações e conselhos sempre que o utente solicitar, desde que sejam relevantes e complexivos (Miller & Rollnick, 2016).

2- Objetivo

Elaboração de um protocolo para a criação da consulta de enfermagem: entrevista motivacional para a sua uniformização

3- Orientação:

Enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica

4- Procedimento

Quanto ao método da entrevista motivacional são considerados quatro processos que são desenvolvidos, mediante onde a pessoa se encontra. Pode-se sempre retornar a um dos processos anteriormente atingidos caso seja necessário. São eles o ligar, focar, evocar e planejar (Miller & Rollnick, 2016).

1. Consulta de enfermagem: Ligar (CEL)

No processo ligar é onde se inicia a ligação terapêutica entre o profissional e a pessoa. Caracteriza-se como a base relacional da entrevista motivacional, onde é estabelecida confiança e consideração recíproca. A ligação pode acontecer numa questão de minutos ou levar mais tempo a ser estabelecida e mantida. A existência de fatores que apoiam na ligação e afetam a pessoa a dar continuidade à entrevista

motivacional, sendo eles os objetivos, a importância, a positividade, as expectativas e a esperança. (Miller & Rollnick, 2016).

De acordo com Miller & Rollnick (2016) “é ligar o cliente numa relação de trabalho colaborativa” (p.57). Para se conseguir esta relação acima supracitada e, para que não haja a desligação por parte da pessoa, tem que se ter em conta estratégias na utilização da entrevista motivacional, sendo elas, as armadilhas a que o profissional pode estar exposto, a escuta, as aptidões da entrevista motivacional e a exploração de valores e objetivos (Miller & Rollnick, 2016).

Estratégias no processo ligar:

1.1 No início do percurso da entrevista motivacional podem surgir armadilhas para o profissional e que irão prejudicar a ligação com a pessoa, pondo em risco o comportamento para a mudança, pelo que se tem em conta, tais como:

- Armadilha da avaliação: o profissional ao querer recolher um conjunto de informação, acometendo diversas perguntas ao utente, que pode fazer com que o mesmo se sinta num papel passivo e inferior. Adota-se uma relação de pergunta-resposta e pode promover à desligação por parte do utente pois normalmente este remete respostas curtas e simples, não possibilitando a exploração da conversa acerca da mudança e a construção de uma base relacional;
- Armadilha do especialista: o profissional ao demarcar-se como tendo todas as respostas para o problema do utente coloca-o num patamar de passividade. O profissional não necessita de verbalizar o que o utente necessita de fazer;
- Armadilha do foco prematuro: o profissional pode ter a tentação de se centrar prontamente em questões quanto ao problema do utente. Mas, por outro lado, o utente pode querer debater sobre outros assuntos ou outras preocupações. Ao ouvir as preocupações remetidas pelo utente, o profissional consegue compreendê-lo melhor e consegue construir uma base relacional e, para posteriormente, conseguir-se explorar os problemas;
- Armadilha de colocar etiquetas: o profissional ao focar-se num problema em particular e ao verbalizá-lo ao utente por um nome aplica uma etiqueta. Maioritariamente das vezes, promovem o estigma por parte do utente e destacando

sentimentos de desconforto. Analisa-se os problemas, mas sem acrescentar etiquetas que evocam inevitavelmente discordância entre os intervenientes, por isso mesmo, não existe carecimento de introduzir-se uma discussão quanto a etiquetas ou rótulos;

- Armadilha da culpa: neste contexto o utente pode inquietar-se com a causa do problema ou com o culpado. Existe a necessidade de referir que a culpa é irrelevante no início da entrevista motivacional;

- Armadilha da conversa: na criação da base relacional entre profissional e utente pode chegar-se à situação de se estar apenas a conversar sem se expor uma direção definida. No início pode ser benéfico para o quebra gelo, contudo a conversa ao estender-se por longos períodos pode estar desenquadrada do problema e não ter qualquer utilidade e, posteriormente, diminuir a motivação por parte do utente (Miller & Rollnick, 2016);

1.2 Escuta ativa: a escuta é basilar na entrevista motivacional, auxiliando o utente a prosseguir no seu trajeto e explorar o que pode ser um tema incómodo para si. É uma favorável aptidão para simplificar a autoexploração. Na escuta ativa, o silêncio e a expressão não verbal do profissional também são destacados. Miller e Rollnick (2016), usam a denominação de escuta reflexiva, sendo a escuta ativa denominada por Thomas Gordan. De acordo com os mesmos autores, “a essência da resposta da escuta reflexiva é colocar uma hipótese sobre o que a pessoa quer dizer. Antes de falar, a pessoa quer comunicar uma certa intenção” (p.73), isto é, é uma forma de se apurar a hipótese e não de se arrogar que já se entendeu.

A intenção é descortinada nas palavras, em que a pessoa não expressa precisamente o que pretendem expressar, pelo que o profissional necessita de escutar atentivamente as palavras para decifrar o seu sentido. Torna-se importante responder com uma afirmação pois o utente pode não estar confiante se a sua hipótese é apropriada. Ao ser executada uma afirmação reflexiva existe uma menor possibilidade que a pessoa assuma uma postura defensiva. Pode-se determinar dois tipos de afirmações na escuta reflexiva, sendo as reflexões simples, onde se adiciona uma repetição de uma palavra que o utente verbaliza, reestruturando o conteúdo de uma outra forma. As reflexões complexas adicionam uma certa aceção ou realce ao que o utente verbalizou, elevando uma hipótese acerca de um tópico não expresso. Permitem a

desenvolvimento da conversa e auxilia na comunicação e na compreensão (Miller & Rollnick, 2016);

1.3 Competências principais no processo ligar:

- Perguntas abertas: solicitam o utente a pensar antes de responder e promove a autonomia no modo de responder, na medida em que convidam a conversar a respeito de um assunto, a focalizar a atenção numa direção;
- Afirmar: realçar o positivo, identificar e reconhecer aquilo que é bom, abrangendo o valor intrínseco do utente;
- Resumir: os resumos são determinantemente reflexões que agrupam o que o utente verbalizou. Assiste o utente no preservar e no refletir das diversas experiências que foram expressando e, noutro sentido, escutam a descrição dessas mesmas experiências por parte do profissional, possibilitando-os a refletir e, consequentemente, encorajar a continuar (Miller & Rollnick, 2016);

1.4 Entender os valores e objetivos do utente (Miller & Rollnick, 2016).

2. **Consulta de enfermagem: Focar (CEF)**

O profissional para compreender o modelo interno de referência do utente, carece em abarcar os seus objetivos e os seus valores principais e, neste sentido, tem o fundamental para motivá-la para a mudança e, para se estabelecer a ligação entre o profissional e o utente. Seguidamente o processo focar destina-se ao tema que a pessoa quer abordar, em que se expande e se conserva um certo caminho na conversa acerca da mudança e, isto é, auxilia a esclarecer o caminho que cada pessoa quer avançar. Clarifica-se os objetivos iniciais. O foco pode erguer-se do utente, do contexto ou do profissional (Miller & Rollnick, 2016).

Primeiramente os objetivos podem não ser claros, usualmente existe um processo de avaliação ou de reformulação dos mesmos. Ao iniciar-se a exploração pode-se deparar com a ambivalência, com variados problemas ou com objetivos antagonistas, pelo que é um processo ininterrupto de indagar e preservar a direção do utente quanto à motivação para a mudança. Os autores realçam no processo focar a existência do conceito de agenda e que é caracterizada como um guia onde se abrange

as preocupações, esperanças, expectativas, e os medos para promover a mudança do utente (Miller & Rollnick, 2016).

Na entrevista motivacional, o processo focar institui a direção do trajeto, centrado no utente, é o profissional pode-se deparar com três situações, sendo elas em que, o foco é claro ou existem opções a eleger ou o foco não está clarificado. Quando os objetivos entre o profissional e o utente diferem, tem se em conta os quatro princípios éticos, a não-maleficência, beneficência, autonomia e justiça (Miller & Rollnick, 2016).

Estratégias do processo focar

Aspetos do profissional que podem surgir ao longo do focar são, essencialmente, tolerar a incerteza isto é, objetar o reflexo de correção, ou seja, o profissional não assume a tendência em resolver o problema do utente, mas sim, apoiar os esforços do mesmo para que encontrem a resolução; partilhar o controlo pois ao partilhar o controlo da consulta com o utente, o profissional mantém a direção da fluidez da entrevista, promovendo espaço ao utente para explorar e influir o caminho que quer seguir; procura de pontos fortes e abertura para a mudança no utente (Miller & Rollnick, 2016).

2.1 Os cenários possíveis no processo focar:

- Direção clara: o utente apresenta objetivos e preocupações de forma clara;
- Escolha da direção: existem vários temas de conversa possíveis ao longo da entrevista e não é estabelecido um foco claro. Incluir o utente na predileção da direção, possibilitará uma integração preferentemente acessível da entrevista motivacional na sua prática diária. Mapear a agenda assume grande relevância neste cenário pois é uma ferramenta profícua que auxilia o utente no focar e a prevenir conflitos dispensáveis na sua direção (Miller & Rollnick, 2016).

A lista executada pelo utente com os vários problemas e ou preocupações auxiliam-no a focar e a determinar qual deles seguir primeiramente, colocando o resto de parte para posteriormente se focar nesses. Neste sentido, primeiramente existe a necessidade estruturar/ clarificar o que se pretende focar, tendo o profissional a responsabilidade de dirigir o utente. Seguidamente considera-se as opções definidas pelo mapear da agenda efetuado pelo utente. Mapear a agenda pode ser útil na escolha

de um tema de mudança, em que ajuda o utente a identificar um ponto para iniciar essa mudança.

Ao longo das entrevistas também pode acontecer existir a necessidade de mudar de direção, clarificando os objetivos e discutir novas possibilidades. O mapear da agenda apresenta utilidade na mudança de direção, no desbloquear, no sugerir um tema difícil ou para clarificar (Miller & Rollnick, 2016);

2.2 A direção não está clara: orientar: o profissional escuta o utente e tem como tarefa orientar e, conjuntamente com o mesmo, clarificar o foco da mudança que se pretende iniciar (Miller & Rollnick, 2016);

2.3 Troca de informação consistente com a entrevista motivacional: o profissional dota de conhecimentos mas o utente é especialista sobre si próprio; cabe ao profissional descobrir qual a informação de que o utente quer e necessita; o profissional combina a informação com as necessidades e pontos fortes do utente; os utentes podem referir qual o tipo de informação útil; autonomia do utente é útil (Miller & Rollnick, 2016);

2.4 Estratégia para a troca de informação útil: estimular – dar – estimular (Miller & Rollnick, 2016);

2.5 Primeiramente ao estimular, tem-se como tarefa pedir permissão ao utente e clarificar as necessidades de informação. Seguidamente a estratégia dar apresenta como tarefas priorizar, clarificar, apoiar a autonomia e não prescrever a resposta do utente. Por último, novamente a estratégia estimular onde se pede a interpretação, compreensão ou resposta do utente (Miller & Rollnick, 2016);

2.6 Existem três pontos essenciais de troca de informação a serem considerados: aconselhar, autoexposição e avaliação da rotina e feedback. No aconselhar é necessário obter a permissão do utente, ser claro e objetivo e não fornecer grande quantidade de informação. Ter em atenção as reações do utente. É fundamental a ligação entre o profissional e o utente para que o conselho seja recebido pelo mesmo, usá-lo conscientemente, pedir permissão, enfatizar a escolha pessoal e dar um conjunto de opções para o problema clarificado pelo utente. A autoexposição circunda o arbítrio de compartilhar algo do profissional que é verdadeiro, quando há uma boa razão para esperar que isso auxilie o utente (Miller & Rollnick, 2016).

3. **Consulta de enfermagem: Evocar (CEE)**

No processo evocar consiste em encorajar as motivações da pessoa para a mudança que quer concretizar, tendo em conta, as ideias e sentimentos e as razões da mudança. O profissional proporciona o diagnóstico e a solução tendo a pessoa uma participação ativa no processo de mudar. Apenas quando se define um objetivo de mudança é que é possível evocar (Miller & Rollnick, 2016).

Após a clarificação do foco dá-se início a evocar e a fortificar a motivação para a mudança. É nesta etapa que se reconhece a conversa da mudança. A ambivalência é uma circunstância habitual no caminho para a mudança, envolvendo motivações gerenciadores de conflito simultâneas. Quando o utente se demonstra ambivalente habitualmente expressam razões a favor e contra a mudança (Miller & Rollnick, 2016).

Na conversa da mudança existem argumentos que favorecem a mudança verbalizados pelo utente. Existe desta forma a conversa preparatória para a mudança onde é refletido o lado da ambivalência que é a favor da mudança, apresentando variados componentes de motivação, sendo eles o desejo dessa mesma mudança, ou seja, um constituinte da motivação para mudar; a habilidade percebida pelo utente para atingir a motivação; as razões identificadas para a mudança; a necessidade apresentada para importância ou urgência da mudança (Miller & Rollnick, 2016).

Seguidamente estabelece-se a conversa mobilizadora da mudança em que destaca o curso na resolução da ambivalência, a favor da mudança (Miller & Rollnick, 2016).

Estratégias do processo evocar

3.1 Evocar a motivação do utente:

- Falar a si próprio sobre a mudança: o utente tende a tornar-se mais envolvido na resolução da ambivalência quando o próprio se ouve. Ao verbalizar em voz alta sobre as suas próprias motivações na presença do profissional e, ao existir uma relação de aceitação, de afirmação, de escuta e não avaliativa, pode conotar-se um impacto no mesmo. Evoca-se e explora-se a conversa sobre a mudança;
- Evocar a conversa de mudança;

Fazer perguntas evocativas: a forma mais simples e direta de evocar a conversa de mudança está no solicitar permissão, colocando perguntas abertas, considerando as componentes da motivação: desejo, habilidade, razões e necessidade (Miller & Rollnick, 2016).

3.2 Explorar objetivos e valores: podem fornecer pontos de referência com os quais se pode comparar com a situação atual e quais os valores que elegem para guiar a sua vida. A conversa de mudança e a motivação erguem-se da discrepância entre o estado atual e os valores e objetivos escolhidos pelo utente. Torna-se fundamental explorar e fortalecer tópicos de debate entre os objetivos e os valores relevantes e o comportamento atual do utente (Miller & Rollnick, 2016);

3.3 Responder à conversa de mudança com perguntas abertas, afirmações, reflexões e resumos (Miller & Rollnick, 2016);

3.4 Evocar esperança e confiança: fortalecer a confiança entre o profissional e utente, fornecer informação e aconselhar, identificar e afirmar os pontos fortes do utente, revisar os sucessos passados, produção de um maior número de ideias sobre como realizar a mudança, oferecer esperança (Miller & Rollnick, 2016).

3.5 Explorar a ambivalência revendo os prós e contras de forma equilibrada (Miller & Rollnick, 2016);

3.6 Desenvolver a discrepância: a mudança pode advir quando o utente se apercebe de uma discrepância significativa entre os objetivos ou valores relevantes e o seu estado atual. Para ser motivadora, a discrepância necessita de estimular a mudança (Miller & Rollnick, 2016).

4. Consulta de enfermagem: Planear (CEP)

No processo planear amplifica-se o compromisso da mudança e elabora-se um plano individual de ação, em que se encoraja as soluções verbalizadas pela pessoa e impulsiona-se a autonomia na sua tomada de decisão. É indispensável o reforço contínuo sobre a mudança à medida que vai surgindo o plano. Mas, não quer dizer que esse mesmo plano não tenha que ser novamente reformulados pois podem surgir novas prioridades. No planear existe uma concórdia de objetivos e planos de mudança, uma

troca de informação e recorrentemente uma caracterização das etapas posteriores para a execução, que podem ou não envolver o tratamento (Miller & Rollnick, 2016).

Ao progredir-se a discrepância e a evocar a motivação para a mudança no utente é auxiliá-lo no caminho para a autêntica mudança. A essência do processo planejar está envolvida no debate acerca da relevância para o progresso do plano individualizado de mudança que o utente está disposto a realizar (Miller & Rollnick, 2016).

Estratégias do processo planejar:

De evocar a planejar: caracteriza-se pelo momento em que o utente se encontra disponível para iniciar a discussão de não só o porquê da mudança, mas também como irá atingir essa mudança. A ambivalência pode estar presente caso o plano de mudança não pertencer claramente ao utente. Planejar é um procedimento de negociação e de cooperação entre o utente e o profissional, onde se recorre aos conhecimentos de ambos, mas, tem-se sempre valorizado que é o utente que o irá executar (Miller & Rollnick, 2016).

4.1 Quando avançar para o processo planejar:

- Aumento da conversa de mudança, em que é constatado uma maior frequência na conversa de mudança, onde o utente descreve o seu desejo, finalidade, habilidade, razões e necessidade de mudança (Miller & Rollnick, 2016);

4.2 Desenvolvimento de um plano de mudança, são considerados três cenários:

- Na existência de um plano claro: torna-se importante resumir o plano, para auxiliar o utente na sua consolidação e assegurar a sua compreensão quer por parte do profissional quer por parte do utente e que estão ambos de acordo; estimular a conversa mobilizadora de mudança; esclarecer problemas com o plano e evitar proporcionar soluções;

- Na existência de várias opções claras: na existência de várias alternativas para o objetivo é necessário dar a prioridade e fazer opções. Existe a necessidade de certificar o objetivo, numerar as escolhas disponíveis e as que foram debatidas, encaixar as propostas do utente relativamente ao percurso a seguir, resumir o plano e fortificar o compromisso. O profissional ao verbalizar as suas preocupações auxilia na resolução de problemas;

- Desenvolver um plano desde o início: confirmar os objetivos (Miller & Rollnick, 2016);

4.3 Fortalecer o compromisso: a mudança ocorre gradualmente e é importante esclarecer a satisfação do utente quanto ao seu plano individualizado e se pretende realizá-lo. Evocar a intenção do utente para a realização do seu plano. Tem-se em conta, também, outras formas no fortalecimento do compromisso, tais como: promover uma ligação colaborativa, focar os objetivos precisos da mudança, evocar as motivações da mudança do utente, incrementar um plano individualizado de mudança, demarcar as etapas que o utente apresenta disposição e capacidade para conceder (Miller & Rollnick, 2016);

4.4 Explorar a relutância: Ao explorar-se a relutância e as apreensões do utente apresentadas acerca da mudança e do seu plano fortalece o compromisso (Miller & Rollnick, 2016);

4.5 Apoiar a mudança e a resistência apresentada pelo utente (Miller & Rollnick, 2016).

4.9 FASE DE EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

O projeto elaborado será executado pelo enfermeiro especialista em saúde mental da equipa de saúde mental comunitária de Tavira após o protocolo ter parecer positivo pela comissão de ética do Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Quanto à sua avaliação, após uma extensa pesquisa na literatura, de acordo com os autores, Barkhof, Meijer, Sonnevile, Linszen, & Haan (2013) e Pakpour et al. (2017) refere que tem que existir acompanhamento com avaliação passados 6 e 12 meses.

Já Chien, Mui, Gray & Cheung (2016) referem um intervalo temporal de 18 meses. A avaliação é executada com a aplicação dos instrumentos de avaliação aplicados inicialmente, a escala de Medida de Adesão ao Tratamento e a escala de Insight de Marková e Berrios. Também é referido, segundo os autores, o benefício de intervenções psicoeducativas conjuntamente com a intervenção psicoterapêutica entrevista motivacional. As intervenções psicoeducativas mantém-se em plano, sendo executadas quinzenalmente e em SOS sempre que se verifique a sua necessidade.



3.10 FASE DE DIVULGAÇÃO DE DADOS

A divulgação de dados carece, posteriormente, que seja executado um relatório passado 12 meses para demonstrar a eficácia ou não da entrevista motivacional na pessoa com perturbação mental na comunidade do conselho de Tavira seguida pela especialidade de Psiquiatria. Permite, desta forma, dar a conhecer o trabalho que foi desempenhado pela equipa.

5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE, ENFERMEIRO ESPECIALISTA E ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Ao longo do percurso efetuado nos ensaios clínicos tive a oportunidade de experienciar situações novas, em diferentes contextos e, sempre com o suporte de enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica para me guiar nesta nova fase, nos cuidados de enfermagem especializados.

Ter a possibilidade de poder aprender com o mesmo enriquece-me quer a nível pessoal quer a nível profissional pois é uma fonte de aprendizagem e com uma bagagem de experiência enaltecadora. Para Alarcão & Rua (2005), os estágios clínicos são “momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde e afins, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências” (p. 376).

Phaneuf (2005), define a competência clínica em enfermagem como “conjunto integrado que supõe a mobilização das capacidades cognitivas e sócio-afectivas do enfermeiro, de saberes teóricos, organizacionais e procedimentais, tanto como habilidades técnicas e relacionais aplicadas a situações de cuidados, o que lhe permite exercer a sua função ao nível da excelência”. (p.4)

Contudo a OE (2017) vincula que a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, apoiada na evidência científica e baseada em teorias de enfermagem, neurobiológicas, psicossociais e psicológicas, empreende padrões de qualidade de excelência no cuidar. A visão holística que é adotada, referente às necessidades e às aptidões da pessoa, família e comunidade, é sustentada na relação terapêutica.

Para a aquisição de competências de mestre foram desenvolvidos e aprofundados conhecimentos anteriormente apreendidos e elaborado uma revisão sistemática da literatura sobre a influência da Entrevista Motivacional na adesão à terapêutica em pessoas com Perturbação Mental. Em Portugal não foram identificadas publicações sobre estudos realizados pelo que ainda mais me motivou a procura de saberes e de evidencia científica acerca da mesma. Nos estágios foi-me possibilitado a aplicação de conhecimentos e, de conseguir compreendê-los em situações novas e em contextos multidisciplinares relacionados com a área de especialização saúde mental e psiquiátrica. Também pude desenvolver a capacidade de comunicar os conhecimentos

obtidos a uma equipa multidisciplinar, relativamente à técnica da entrevista motivacional, de forma clara e concisa. Consegui fomentar competências que me irão possibilitar uma aprendizagem com autonomia ao longo do percurso profissional (Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março). Também tive a oportunidade estar presente no IX Congresso Internacional d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental subordinado ao tema “Saúde Mental para todos” e de ter participado, em grupo, na publicação do póster “Aplicação de metodologia de estudo de caso no planeamento de cuidados de enfermagem especializados a um utente com transtorno obsessivo-compulsivo” exposto no congresso. Foi uma oportunidade para maximizar o conhecimento quer profissional e pessoal quer académico.

Relativamente às competências comuns do enfermeiro especialista, estas são descritas como aquelas que todos os enfermeiros especialistas terão de deter em qualquer a área de especialização. São “demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019, p. 4745). O enfermeiro detém saberes, capacidades e aptidões para proceder à avaliação das necessidades apresentadas pelo grupo-alvo relativamente aos cuidados de saúde prestados (OE, 2019).

De acordo com a OE (2019) os quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista foram sendo desenvolvidos ao longos dos estágios com o suporte do enfermeiro orientador, a interação com a equipa multidisciplinar e com os utentes e com as situações que me fui deparando diariamente, sendo eles a “a) responsabilidade profissional, ética e legal (A) ; b) Melhoria contínua da qualidade (B); c) Gestão dos cuidados (C); d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)” (p. 4745).

Ao longos dos estágios efetuados, em regime de internamento e na comunidade, os cuidados prestados honram os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Quanto à melhoria continua da qualidade, foram consultadas as normas e procedimentos existentes e os registos de enfermagem são realizados informaticamente (em suporte SAPE -Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), recorrendo à CIPE. Por outro lado, a realização de formação em serviço também auxilia na melhoria continua.

Na gestão dos cuidados, ao integrar na equipa e a participar no projeto que se está a desenvolver, colaborando e participando ativamente na prestação dos cuidados dife-

renciados da pessoa com perturbação mental foi construtivo e essencial para o desenvolvimento quer pessoal quer profissional.

No desenvolvimento das aprendizagens profissionais, os estágios efetuados proporcionaram uma evolução nos saberes, adquirindo novos e consolidando outros, utilizando como ferramenta a pesquisa na literatura acerca da temática da adesão, do modo a fundamentar as intervenções realizadas e para as aplicar na prática baseada na evidência. Há que ressaltar, na Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que o enfermeiro se utiliza a si próprio como ferramenta terapêutica e, dessa forma, detém competências de excelência nas relações interpessoais com o utente. Ao longo do estágio essas mesmas competências foram sendo desenvolvidas quer em termos na equipa ingressada quer com os utentes.

Seguidamente abordar-se-á as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica que foram desenvolvidas.

“a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;” (OE, 2018, p. 21427).

O desenvolvimento pessoal e o autoconhecimento são fundamentais, interferindo diretamente no estabelecimento de uma relação terapêutica na prática de enfermagem de saúde mental (OE, 2018).

A capacidade de tomar consciência de mim mesma na relação terapêutica foi desenvolvida na interação com os utentes, nas introspeções executadas após o término dos turnos e no suporte do enfermeiro orientador e nas reflexões com o mesmo. Ao descobrir e perceber o verdadeiro eu, consigo perceber as minhas características principais, o que me faz agir de certa forma e os resultados que posso ter.

O autoconhecimento é uma das capacidades essenciais para o sucesso a todos os níveis. A maneira de agir e responder a determinadas situações externas é gerida por processos mentais internos. Ao conseguir reconhecê-los e a entendê-los é crucial para viver a vida de forma saudável e equilibrada. No desenvolvimento profissional é necessário a pessoa conhecer-se, isto é, dar bem consigo mesmo, e saber lidar com os outros e com o ambiente onde está inserida.

Em concordância com Chalifour (2008), a relação terapêutica, em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, é a base no processo de cuidar. A recuperação do equilíbrio da pessoa em sofrimento mental é estabelecida por relações interpessoais significadoras.

A relação entre ambos desenvolve-se tendo em conta os domínios técnicos e pessoais (Pontes, Leitão, & Ramos, 2008). Para Chalifour (2008) “É na expressão consciente das suas qualidades pessoais e profissionais que se situa a base de todas as suas intervenções. Em diversas situações de ajuda serão as suas qualidades humanas que se constituirão como os principais utensílios” (pp.9,10).

Reynolds (2009) expõe que permite a mobilização do domínio pessoal (características de cada um) e do domínio técnico (saber adquirido e perícia) uma vez que a relação interpessoal conjectura que o enfermeiro se comprometa com aquilo que é como pessoa ().

Phaneuf (2001), diz-nos que, “os meios de nos conhecermos a nós próprios são ilimitados e a tarefa nunca está terminada; que a auto-reflexão, a tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, e a retroação dos outros permitem-nos descobrir bastante bem quem nós somos, como somos e o que precisaríamos de fazer para melhor nos atualizarmos (...) a introspecção é o primeiro instrumento do autoconhecimento.” (p. 177)

“b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;” (OE, 2018, p. 21427).

O domínio foi sendo desenvolvida na interação constante com os utentes através da colheita de informação e avaliação das necessidades de saúde e, para isso, tive de desenvolver as competências comunicacionais e de observação.

Ao executar a avaliação das necessidades dos utentes seguidos pela equipa dessaúde comunitária pude delinear a construção de um projeto com vista na promoção da saúde mental e na prevenção doença mental.

O problema identificado, junto dos utentes, foi a fraca adesão à terapêutica e o impacto que esta pode apresentar na sua qualidade de vida e no seu bem-estar e, consequentemente, na funcionalidade social e na autonomia.

Neste sentido foram adotadas estratégias de desenvolvimento quer para o utente, individualizadas, quer em grupo, tendo sempre em vista, o seu papel ativo na tomada de decisão e no seu plano terapêutico. Ao promover a adesão à terapêutica junto dos utentes prevenimos as recaídas e os internamentos hospitalares e, dessa forma, estamos a empoderar a pessoa e a inclui-la na sociedade.

“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;” (OE, 2018, p. 21427).

Neste domínio, para o seu desenvolvimento, competência foi exigido um vasto trabalho para serem estabelecidos diagnósticos de enfermagem e para o seu planeamento e negociação das intervenções que sejam delineadas, bem como a identificação dos resultados esperados.

Nesse sentido, o Conselho internacional de enfermeiros (2016) descreve que o diagnóstico de enfermagem é entendido como a atribuição efetuada pelo enfermeiro acerca de uma decisão de um fenómeno que é o foco das intervenções de enfermagem. A intervenção de enfermagem é considerada a ação para a resposta de um diagnóstico de enfermagem, tendo como finalidade a obtenção de um resultado de enfermagem.

Amaral (2010) apresenta como objetivo atingir uma necessidade apresentada pela pessoa e que se consiga adequar uma resposta face ao diagnóstico executado. Este mesmo diagnóstico é exclusivo à profissão enfermagem. Tem como características ser específico, claro e objetivo tendo em conta os dados observados e os que são fornecidos pelo utente, havendo distinção dos sinais e dos sintomas.

Com o suporte do enfermeiro orientador foram diagnosticadas as necessidades manifestadas pelos utentes seguidos pela equipa comunitária: Aceitação do estado de saúde, comportamento de adesão comprometido e o Conhecimento comprometido. Foram desenvolvidas e dirigidas intervenções, quer individuais quer grupais, para o estabelecimento de ambientes promotores de saúde mental. Delimitou-se como prioridade conceber estratégias para o aumento do conhecimento acerca da adesão à terapêutica e, assim, conceber estratégias de empoderamento. Traz ganhos em saúde para o utente, para a sua família e, assim, mantém-se no seu contexto habitual, na sua

comunidade. Ao capacitar o utente e ao dotá-lo de conhecimentos e apoiá-lo nas suas tomadas de decisão previne-se as recaídas e os reinternamentos hospitalares.

Tendo em conta os Padrões de Qualidade de Enfermagem de Saúde Mental, tem-se em conta um dos enunciados descritivos, a prevenção de complicações. Para a excelência dos cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica é imprescindível a prevenção de complicações para a saúde mental do utente adotando intervenções para a promoção do seu regimento medicamentoso (OE, 2017).

Também, no estágio I, foi elaborado um estudo de caso (Anexo XIII) acerca da temática perturbação bipolar, possibilitando-me desenvolver a referida competência.

“d) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” (OE, 2018, p. 21427).

O desenvolvimento deste domínio foi sendo alcançado ao longo do estágio com o intuito de responder às necessidades dos utentes. Foram mobilizadas, por mim, técnicas que foram aprendidas ao longo dos estágios, pela pesquisa na literatura e com o enfermeiro orientador.

O enfermeiro mobiliza os seus conhecimentos teóricos e utiliza-se a si próprio como instrumento terapêutico (Reynolds, 2009). Segundo Phaneuf (2005, p.31), a “postura adotada pela enfermeira mostra bem o tempo e a importância que ela pretende consagrar à pessoa que se ocupa.”

No sentido de promover a saúde mental foram implementadas intervenções psicoeducativas tendo como foco a adesão à terapêutica e como intervenção psicoterapêutica a entrevista motivacional breve. Ao serem desenvolvidas as intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais tem-se como objetivo a adaptação do utente à sua situação, capacitar a pessoa de conhecimentos e, desta forma, promover a sua autonomia e a funcionalidade pessoa, familiar, social e profissional e, consequentemente, a sua inclusão na sociedade.

6. CONCLUSÃO

A enfermagem como arte e ciência, caminha lado a lado com a pessoa com perturbação mental, promovendo cuidados diferenciados indispensáveis para a sua qualidade de vida. A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é uma área de grande complexidade que requiere do profissional uma competência relacional e cuidados diferenciados de excelência.

Ao longo desta etapa percorrida os objetivos estabelecidos foram sendo desenvolvidos ao longo do tempo disponibilizando-se um vasto empenho pessoal, profissional e académico, com o intento de desenvolver as competências de mestre, enfermeiro especialista e enfermeiro ESMP acerca da temática (Não) adesão à terapêutica da pessoa com perturbação mental na comunidade.

Ao entrar em contacto com uma realidade diferente, a nível comunitário e, ser orientada pelo enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica com vastos anos de experiência, foram proporcionados elementos indispensáveis para o progresso da experiência facultada nos cuidados diferenciados e especializados da área de especialização de saúde mental e psiquiátrica. A experiência albergada promove uma bagagem de conhecimentos que alenta na futura prática como enfermeira especialista com área de especialização acima supracitada.

Foram encontradas limitações a nível do aval da comissão de ética que foram suplantadas e, foi direccionado outro caminho a percorrer de modo a participar no projeto no âmbito da adesão à terapêutica, que estava a ser estabelecido na equipa de saúde mental comunitária de Tavira.

Na execução da entrevista motivacional breve e de sessões de psicoeducação para a promoção da adesão, tendo sempre em conta as competências do enfermeiro especialista em saúde mental, foi promovido na comunidade cuidados para satisfazer o utente a melhorar a sua qualidade de vida e a promover a inclusão social.

A proximidade vislumbrada do enfermeiro de saúde mental e psiquiátrica da pessoa com perturbação mental e da comunidade incide na visão positiva do trabalho efetuado, considerado como essencial e com impacto na prestação de cuidados especializados.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agumasie, S., Kwasi, T., Abubakar, M., Nega, A., Gezahegn, T., Augustine, A. (2018). Psychotropic medication non-adherence and associated factors among adult patients with major psychiatric disorders: a protocol for a systematic review. *Systematic reviews*, 7 (10), pp. 1-5. Doi: 10.1186/s13643-018-0676-y

Alarcão, I., & Rua, I. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), pp. 373-378. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>

Amaral, A. (2010). Prescrições de enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE. Loures: Lusociência.

Almeida, J., Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental – 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Arboleda-Flores, J., Stuart H., (2012). From sin to science: fighting the stigmatization of mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), pp. 457-463. DOI: 10.1177/070674371205700803

Ashish, A., Naresh, B., Susan, L.(2005). Strategies to Enhance Patient Adherence: Making it Simple. *Medscape General Medicine*, 7(1), p. 4. PMID: 16369309

Atallah, A. (2004). A incerteza, a ciência e a evidência. *Diagnóstico & Tratamento*. 9(1), pp.27-28.

Barbato, A., Vallarino, M., Rapisarda, F., Lora, A., Almeida, J. (2016). EU compass for action on mental health and well-being. In mental health care in europe - Scientific Paper. European Union in the frame of the 3rd EU Health Programme (2014-2020)

Barkhof, E., Meijer, C., de Sonnevile, L., Linszen, D. & Haan, L. (2013). The Effect of Motivational Interviewing on Medication Adherence and Hospitalization Rates in Nonadherent Patients with Multi-Episode Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39 (6), 1242-51.

Backer, P., Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model. a guide for mental health professionals*. New York: brunner-routledge.

Barrantes, F., Violante, C., Graça, L., Amorim, I. (2017). Programa de luta contra o estigma: resultados obtidos na formação nos profissionais da saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, ESPECIAL 5, pp. 19-24. Disponível em <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0162>

Basco, M., Rush, A. (2005). *Cognitive - Behavioral Therapy for Bipolar Disorder*. 2ª ed. New York: The Guilford Press.

Beldie A, Den-Boer, J., Brain, C., Constant, E., Figueira, M., Filipcic, I., Gillain, B., Jakovljevic, M., Jarema, M., Jelenova, D., Karamustafalioglu, O., Kores, B., Kovacsova, A., Latalova, K., Marksteiner, J., Palha, F., Pecenak, J., Prasko, J., Prelipceanu, D., Ringen, P., Sartorius, N., Seifritz, E., Svestka, J., Tyszkowska, M., Wancata, J. (2012). Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47 (1), pp. 1-38. Doi: 10.1007/s00127-012-0491-z.

Bernstein, E., Bernstein, J., Tassiopoulos, K., Heeren, T., Levenson, S., Hingson, S. (2005). Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin users. *Drug and alcohol dependence*, 77 (1), pp. 49-59. DOI:10.1016/j.drugalcdep.2004.07.006

Briggs, J. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Australia: The University of Adelaide.

Byrne, M., Willis, A., Deane, F., Hawkins, B., Quinn, R. (2010). Training inpatient mental health staff how to enhance patient engagement with medications: Medication alliance training and dissemination outcomes in a large US mental health hospital. *Journal of Evolution in Clinical Practice*, 16(1), pp.114–20. Doi: 10.1111/j.1365-2753.2009.01126. x.

Caminha, R., Wainer, R., Oliveira, M., Piccoloto, N. (2003). *Psicoterapias Cognitivo- Comportamentais. Teoria e Prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Cardoso, A., Byrne, M., Xavier, M. (2016). Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal. Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), pp. 209–219. Doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.05.004

Cardoso, A. (2008). O Insight em Psiquiatria. *Revista de Psicologia*, 20(2), pp.347-356.

Cardoso, A., Xavier, M. (2014). *Barriers to acceptance and adherence of pharmacotherapy in patient with mental health disorders*. In: Oral poster presentation: XIX Annual Course of Schizophrenia. Madrid.

Cavelti, M., Beck, E., Kvrgic, S., Kossowsky, J., Vauth, R. (2012). The role of subjective illness beliefs and attitude toward recovery within the relationship of insight and depressive symptoms among people with schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 68 (4), p.462–76. DOI: 10.1002/jclp.20872

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures. Lusodidacta.

Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica – Estratégias de intervenção*. Loures. Lusodidacta.

Chandra, A. (2012). Mental Health Stigma. *Encyclopedia of Adolescence*.,1(5), pp. 1714-1722.

Chien, W., Mui, J., Gray, R. & Cheung, E. (2016). Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 16 (42). DOI 10.1186/s12888-016-0744-6.

Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, Morgan C., Rüsch N., Brown JS L, Thornicroft G (2015). What is the impact of mental health-related stigma on helpseeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45, pp.11-27. Doi: 10.1017/S0033291714000129.

Coelho, A., Vilares, C., Silva, M., Rodrigues, C., Costa, M., Gordicho, S., Caetano, P. (2017). Investigação sobre adesão à terapêutica na população portuguesa: uma revisão de âmbito. *Revista Portuguesa Medicina Geral*, 33 (4), pp. 262- 276. DOI: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v33i4.12226>

Collière, M. (1999). *Promover a vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.

Comissão das Comunidades Europeias. (2005). *Livro verde: melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.

Conner, M., Norman, P. (1994). *Comparing the health belief model and the theory of planned behavior in health screening*. In Rutter, R., Quine (ed.): *social psychology and health: european perspectives*. Aldershot: Avebury.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Versão 2015. Lisboa: Edição Portuguesa. Ordem dos enfermeiros.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE). Lisboa. Edição Portuguesa. Ordem dos Enfermeiros.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2012). *Combater a Desigualdade: Da evidência à ação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Corbière, M., Samson, E., Villotti, P., & Pelletier, J. (2012). Strategies to fight stigma toward people with mental disorders: perspectives from different stakeholders. *The Scientific World Journal*, 2012, 516358. doi: 10.1100/2012/516358

Correia, D. (2014). Manual de psicopatologia. 2ª ed. Lisboa: Lidel

Corrigan, P. (2004). How Stigma Interferes with Mental Health Care. *American Psychologist*, 59(7), pp. 614-625. Doi: 10.1037/0003-066X.59.7.614.

Corrigan, P., Bink, A. (2016). The stigma of mental illness. *Encyclopedia of Mental Health*, 4, pp. 230-234. doi:10.1016/B978-0-12-397045-9.00170-1

Corrigan, P., Morris, S., Michaels, P., Rafacz, J., Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63 (10), p. 963–973. DOI: 10.1176/appi.ps.201100529

Corrigan, P., Shapiro, J. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30 (8), pp. 907–922. Doi:10.1016/j.cpr.2010.06.004

Cruz, R. (2017). Evolução do conceito de adesão à terapêutica. *Saúde & Tecnologia*, 18, pp. 11-16. Disponível em: <https://web.estesl.ipl.pt/ojs/index.php/ST/article/viewFile/2041/1601>

Davidson, L (2016). The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Affairs*, 35(6), pp. 1091-1097. Doi: 10.1377/hlthaff.2016.0153.

Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março. Título II. Graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República - I SÉRIE-A* N.º 60- 24 de março de 2006, p. 2242- 2257.

Degmecié, D., Pozgain, I., Filakovié, P. (2007). Psychoeducation and Compliance in the Treatment of Patients with Schizophrenia. *Coll Antropol*, 31(4), pp.1111-1115.

Delgado, A., Lima, M. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), pp. 81-100. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v2n2/v2n2a06.pdf>

DGS. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Direção geral da saúde. Ministério da Saúde.

DGS. (2013). *Portugal Saúde Mental em números – 2013*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

DGS. (2014). *Portugal Saúde Mental em Números – 2014*. Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

DGS. (2015). *Saúde Mental em Números*. Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: Direção Geral de saúde.

Dobber, J., Latour, C., Haan, L., Reimer, W., Peters, R., Barkhof E. & Meijel, B. (2018). Medication adherence in patients with schizophrenia: a qualitative study of the patient process in motivational interviewing. *BMC Psychiatry*, 18 (1), 135 -145.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Freudenreich, O., Cather, C., Evins, A., Henderson, D., Goff, D. (2004). Attitudes of schizophrenia outpatients toward psychiatric medications: Relationship to clinical variables and insight. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (10), pp. 372–6. PMID:15491241

Gardner, A. (2010). Therapeutic friendliness and the development of therapeutic leverage by mental health nurses in community rehabilitation settings. *Contemporary Nurse. A Journal for The Australian Nursing Profession*, 34(2), pp.140-8. DOI: 10.5172/conu.2010.34.2.140

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall: New York.

Gonçalves-Pereira, M., e Sampaio, D. (2011). Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1). pp. 3-10. Doi.org/10.1016/S0870-9025(11)70002-5

Grove, S., Burns, N., & Gray, J. (2013). *Practice of nursing research* (6^a ed.). St. Louis: Elsevier.

Gulliver, A., Griffiths, K., Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10 (113), pp. 1-9. Doi: 10.1186/1471-244X-10-113

Heather, N. (2005). Motivational interviewing: is it all our clients need?. *Addiction Research and Theory*, 13(1), pp. 1-18. Doi.org/10.1080/16066350412331318377

Hofer, A., Fleischhacker, W. (2009). Attitudes towards medication in patients with schizophrenia. *Acta Psychiat Scand*, 13, pp.161–2. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2006.00749.x

Horne, R. (1999). Patients' beliefs about treatment: the hidden determinant of treatment outcome?. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), pp.491-5. PMID:10661596

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos. Região Algarve*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Joint Action on Mental Health and Wellbeing. (2016). *Linhas de Ação Estratégica para a Saúde Mental e Bem-estar da União Europeia*. Co-funded by the European Union.

Joyce-Moniz, L. Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: Desenvolvimento e intervenção*. Porto: Edições ASA.

Kane, J., Kishimoto, T., Correll, C. (2013). Non- adherence to medication in patients with psychotic disorders: Epidemiology, contributing factors and management strategies. *World Psychiatry*, 12, pp. 216-226. Doi: 10.1002/wps.20060.

Lacro, P., Dunn, B., Dolder, R., Leckband, G., Jeste, V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *Journal Clinical Psychiatry*, 63(10), pp.892-909. doi:http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v63n1007.

Lei n.º 11-A/2013, de 28 de janeiro: Reorganização administrativa do território das freguesias. Anexo I. Diário da República, 1.ª Série, n.º 19, Suplemento, de 28/01/2013.)

Link, B., Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27 (1), pp.363–385. Doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363

Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Mão de Ferro, A. (1999). *Na rota da pedagogia*. Lisboa: edições Colibri.

McCann, T., Baker, H. (2001). Mutual relating: Developing interpersonal relationships in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 530-537. Doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01782.x

McKenzie, K. & Chang, Y. (2015). The effect of nurse-led motivational interviewing on medication adherence in patients with bipolar disorder. *Perspectives in psychiatric care*, 51 (1), 36-44.

Marková, I., Berrios, G. (1992). The Meaning of Insight in Clinical Psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 160, pp.850-60

Mental Health Commission of Canada. (2015). *Guidelines for Recovery-Oriented Practice Hope. Dignity. Inclusion*. Ottawa: Mental Health Commission of Canada.

Miller, W. Rollnick, S. (2016). *Entrevista motivacional. Preparando as pessoas para a mudança*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi editores.

Miller, W., Rollnick, S. (1999). *Motivational interviewing*. New York: Guilford Press.

Mnookin, S. (2016). *Out of the shadows: Making mental health a global development priority*. Washington: World Bank Group and World Health Organization.

Município de Tavira. Carta Educativa – Tavira. (2015). Tavira: Município de Tavira. Disponível em: <http://www.cm-tavira.pt/site/sites/default/files/cmt/Carta%20Educativa%202015%20FINAL.pdf>

Nock, M., Kazdin, A. (2005). Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), pp. 872-79. Doi: 10.1037/0022-006X.73.5.872.

WHO e Organização Mundial de Médicos (2008). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários. Uma perspetiva global*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

OE. (2017a). Mesa do colégio de especialidade de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Parecer N° 01/2017. Acedido www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP_Parecer1_2017_CompEEESMPRealizacaoExameEstadoMental.pdf

OE. (2018a). Padrões de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9938/ppadr%C3%A3o-documenta%C3%A7%C3%A3o_enfermagem-sa%C3%BAde-mental-e-psiqui%C3%A1trica_auscul%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf

OE. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. In Ordem dos enfermeiros em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5685/ponto-2_padroesqualidadece_smp.pdf

OE. (2012). Parecer n.º 03/2012 da Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 14/03/2015. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_3_2012_Consulta_de_Enfemagem_Especializada.pdf

OE. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista in regulamento n.º 140/2019. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, p. 4744 – 4750.

OE. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica in Regulamento n.º 515/2018. Diário da República, N.º 151, 2.ª série, 7 de agosto de 2018, p. 21427 – 21430.

OE. (2011). Divulgar. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ornelas, J. (2008). Psicologia Comunitária. Lisboa, Fim de Século.

Pakpour, A., Modabbernia, A., Lin, C., Saffari, M., Ahmadzad, A. & Webb, T. (2017). Promoting medication adherence among patients with bipolar disorder: a multicenter randomized controlled trial of a multifaceted intervention. *Psychological Medicine*, 47 (14), 2528-2539.

Pereira, A., Santos, E. (2011). Tratamento em saúde mental: aderência à terapêutica medicamentosa e principais reações adversas dos psicofarmacoterápicos. *Revista Saúde e Beleza*, p. 21-29.

Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correa, B., Fadden, G. (2006). Intervenções Familiares na Esquizofrenia: Dos Aspectos Teóricos à Situação em Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, 19, pp. 1-8. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/911/584>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures. Lusiciência.

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora.

Pheula, G. F., e Isolan, L. R. (2007). Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes. *Revista Psiquiátrica Clínica* 34(2), 74-83. DOI: 10.1590/S010160832007000200003

Phipps, M. (2009). *Enfermagem medico-cirurgica*, 2ª ed. vol. Lisboa: Lusodidacta

Pontes, A., Leitão, E., Ramos, E. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (3), pp.312-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>

Quinn, N., Knifton, L., Goldie, I., Bortel, T., Dowds, J., Lasalvia, A., Scheerder, G., Boumans, J., Svab, V., Lanfredi, M., Wahlbeck, K., Thornicroft, G. (2013). Nature and impact of European anti-stigma depression programmes. *Health Promotion International*, 29 (3), pp. 403-413. Doi.org/10.1093/heapro/das076

Reddy, M. (2012). Non-compliance in pharmacotherapy. *Indian Journal Psychology Med*, 34(2), pp. 107–109. Doi: 10.4103/0253-7176.101762

Reynolds, B. (2009). Developing therapeutic one-to-one relationships. In P. Barker, *Psychiatric and mental health nursing: the craft of caring* (2º ed). London: Hodder Arnold.

Rofail, D., Gray, R., Gournay, K. (2008). The development and internal consistency of the Satisfaction with Antipsychotic Medication Scale. *Psychological Medicine*, 35 (7), pp.1063–72. PMID:16045072

Rose, E., Kim, T., Dennison, R., Hill, N. (2000). The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), pp.587-594.

Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., Christensen, B. (2000). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of general practice*, 55(513), pp. 305-12. PMCID:1463134

Sackett, L. (1979) *Introduction*. In: Haynes, B., Taylor, W., Sackett, L., eds. *Compliance in Health Care*. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Saraiva, C., Cerejeira, J. (2017). *Psiquiatria Fundamental*. De acordo com o DSM-5. Lisboa: Lidel.

Selden, C., Zorn, M., Ratzan, S., Parker, R. (2000). *Health literacy*. *National Library of Medicine* in L. Nielsen-Bohlman, A. Panzer & D. Kindig (eds) (2004) *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington: The National Academies Press.

Senft, R., Polen, M., Freeborn, D., Hollis, J. (1997). Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. *American Journal of preventive Medicine*, 13 (6), pp. 444-47. PMID: 9415794

Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Porto: Lidel.

Sharac, J., Mccrone, P., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). The economic impact of mental health stigma and discrimination: A systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 19 (3), pp. 223–232. doi:10.1017/S1121189X00001159

Silva, M. (2006). *Comunicação tem Remédio – A comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo. Edições Loyola.

Sokol, C., McGuigan, A., Verbrugge, R., Epstein, S. (2005). Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare. *Medical Care*, 43, pp. 521–30. PMID: 15908846

Soria, R., Legido, A., Escolano, C., Lopes-Yeste, A., Montoya, J. (2006). A randomized controlled trial on motivational interviewing for smoking cessation. *British Journal of General Practice*, 56(531), pp. 768-74. PMID: 17007707

Sousa, M. (2003). A formação contínua em enfermagem. *Revista Nursing*, 15 (175), pp.28-33.

Stefanelli, M., Moreno R. (2008). *Intervenção Psicoeducacional: orientação e educação em saúde mental*. In: Stefanelli, M., Fukuda, I., Arantes. São Paulo: Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais.

Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45 (6), pp. 204-11. Disponível em: <https://www.ccdhb.org.nz/working-with-us/nursing-and-midwifery-workforce-development/preceptorship-and-supervision/3-tanner-2006.pdf>

Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C., Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*. 387(10023): p. 1123-1132. Doi: 10.1016/S0140-6736(15)00298-6

Thornicroft, G., Tansella, M. (2003). *What are the arguments for community-based mental health care? Health Evidence Network report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/E82976.pdf>.

Tsang, H., Fung, K., Chung, R. (2010). Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 80 (1), pp.10–5. Doi: 10.1016/j.psychres.2009.09.001

Vanelli I, Chendo I, Levy P, Figueira, M., Góis, C., Santos, J., Markosa, I. (2010). Portuguese version of the Marková and Berrios Insight Scale. *Acta Medica Portuguesa*, 23(6), pp.1011-6.

Velligan, I., Weiden, J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., Docherty, P. (2010). Strategies for addressing adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: Recommendations from the expert consensus guidelines. *Journal Psychiatry Practice*, 16 (5), pp.306–24. Doi: 10.1097/01.pra.0000388626.98662.a0.

Wahl, O. (2012). Stigma as a barrier to recovery from mental illness. *Trends in Cognitive Sciences*, 16 (1), pp.9–10. Doi: 10.1016/j.tics.2011.11.002

Wang, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Angermeyer, M., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., Bunting, B., Caldas de Almeida J., Florescu, S., Girolamo, G., Graaf, R., Gureje, O., Haro, J., Hinkov, H., Hum, C., Karam, E., Kovess V, Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Sagar, R., Seedat, S., Wells, J., Kessler, R. (2011). *Treated and untreated prevalence of mental disorder worldwide*. In Thornicroft G, Szumukler K, Mueser RE, Drake (Eds.), *Oxford Textbook of Community Mental Health*. New York: Oxford University Press.

WHO. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=8EFA32C1D9B3EFE8479308943381248C?sequence=1

WHO. (2001). *The World Health Report 2001- Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization. Disponible en: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1

WHO. (2002). *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization. Disponible en: https://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1

WHO. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World health organization. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf?sequence=1>

WHO. (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference*. Denmark: World Health Organization. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf

WHO. (2010). *User empowerment in mental health.a statement by the WHO Regional Office for Europe*. Copenhagen: World Health Organization and Regional Office for Europe. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf

WHO. (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013–2020*. Denmark: WHO Regional Office for Europe. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf



Winnick, S., Lucas, O., Hartman, L., Toll, D. (2005). How do you improve compliance?. *Pediatrics*. 115(6): p.718–24. Doi: 10.1542/peds.2004-1133

Wood, M., & Ross-Kerr, J. (2011). *Basic steps in planning nursing research* (6^a ed.). Sudbury: Jones and Bartlett.



ANEXOS

ANEXO I

Artigo científico intitulado “Impacto da entrevista motivacional na adesão à terapêutica da pessoa com perturbação mental na comunidade”

Impacto da entrevista motivacional na adesão à terapêutica da pessoa com perturbação mental na comunidade

Impacto de la entrevista motivacional en la adhesión a la terapéutica de la persona con trastorno mental en la comunidade

Impact of the motivational interviewing on the adherence to the therapy of the person with mental disorder in the community

Ana Moreira*, Paula Zarcos Carlos Simões***,**

*Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria, Unidade de Faro, Rua Luís de Camões nº 26, 8000-510 Faro, Portugal.
afmoreira@chalgarve.min-saude.pt (289891187)

**Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde no Instituto Politécnico de Beja, Mestre em Enfermagem, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Rua Dr. José Correia Maltez – 7800-111 Beja, Portugal
paula.zarcos@ipbeja.pt (284314400)

*** Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermeiro no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Departamento de Saúde Mental e Psiquiátrica, Unidade de Faro, Rua Luís de Camões nº 26, 8000-510 Faro, Portugal.
csimões@chalgarve.min-saude.pt (289891187)

Resumo:

Contexto: A adesão à terapêutica da pessoa com perturbação mental apresenta-se como uma preocupante barreira para a prevenção de recaídas e de reinternamentos. Pesquisas efetuadas demonstram o impacto da entrevista motivacional como uma intervenção eficaz na adesão da mesma.

Objetivo: Avaliar o impacto da entrevista motivacional na adesão à terapêutica da pessoa com perturbação mental na comunidade.

Método: Revisão sistemática da literatura e avaliação da qualidade dos estudos do Joanna Briggs Institute, realizada no motor de busca EBSCO, nas bases de dados respetivas CINAHL, Nursing & Allied Health, Cochrane plus Collection, Medclatina e Medline, no intervalo temporal de publicação entre 2013 e 2018, utilizando o método PICO. Eleitos 5 artigos para análise.

Resultados: Destaca-se uma melhoria significativa no insight da doença e/ou tratamento, no funcionamento psicossocial, na gravidade dos sintomas, no número de reinternamentos e na adesão à terapêutica da pessoa com perturbação mental com recurso da entrevista motivacional.

Conclusão: Dos estudos analisados existe, ao longo de uma linha cronológica, a perceção do impacto da entrevista motivacional, demonstrando eficácia na adesão à terapêutica da pessoa com perturbação mental. No entanto, existe a necessidade mais estudos na área.

Palavras chave: entrevista motivacional, psiquiatria, adesão à medicação

Resumen

“Impacto de la entrevista motivacional en la adhesión a la terapéutica de la persona con trastorno mental en la comunidade”

Contexto: La adhesión a la terapia de la persona con trastorno mental se presenta como una preocupante barrera para la prevención de recaídas y de reinternamentos. Las investigaciones realizadas demuestran el impacto de la entrevista motivacional como una intervención eficaz en la adhesión de la misma.

Objetivo: Evaluar el impacto de la entrevista motivacional en la adhesión a la terapéutica de la persona con trastorno mental en la comunidad.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura y evaluación de la calidad de los estudios del Joanna Briggs Institute. En la base de datos de CINEHL, Nursing & Allied Health, Cochrane plus collection, Medclatina y Medline, en el intervalo temporal de publicación entre 2013 y 2018, utilizando el método PICO. Elegidos 5 artículos para análisis.

Resultados: se destaca una mejora significativa en la visión de la enfermedad y / o tratamiento, en el funcionamiento psicosocial, en la gravedad de los síntomas, en el número de reinternamientos y en la adhesión a la terapéutica de la persona con trastorno mental con recurso de la entrevista motivacional

Conclusiones: de los estudios analizados existe, a lo largo de una línea cronológica, la percepción del impacto de la EM, demostrando eficacia en la AT de la persona con TM. Sin embargo, existe la necesidad de más estudios en el área.

Descriptores: Entrevista Motivacional; Psiquiatría; Cumplimiento de la Medicación

Abstract

“Impact of the motivational interviewing on the adherence to the therapy of the person with mental disorder in the community”

Background: Adherence to therapy of the person with mental disorder is a worrying barrier to the prevention of relapse and rehospitalization. Research carried out demonstrates the impact of motivational interview as an effective intervention in the same.

Objective: To evaluate the impact of the motivational interview on adherence to therapy of the person with mental disorder in the community.

Methods: Systematic literature review and quality assessment of Joanna Briggs Institute studies. We performed a search in the EBSCO search engine, in the respective databases CINAHL, Nursing & Allied Health, Cochrane plus Collection, Mediclatina and Medline, in the time interval of publication between 2013 and 2018, using the PICO method. Elected 5 articles for analysis.

Results: there is a significant improvement in the insight of the disease and / or treatment, in the psychosocial functioning, in the severity of the symptoms, in the number of readmissions and in the Adherence to therapy of the person with mental disorder through the motivational interview.

Conclusions: of the studies analyzed, there is, along a chronological line, the perception of the impact of the motivational interview, demonstrating effectiveness in Adherence to therapy of the person with mental disorder. However, there is a need for further studies in the field.

Keywords: motivational interviewing, psychiatry, medication adherence



ANEXO II

Consulta de enfermagem

Planeamento	Consulta de Enfermagem
Intervenção individualizada	Utentes com perturbação mental seguidos pela equipa de saúde mental comunitária de Tavira do Centro Hospitalar Universitário do Algarve
Local	Centro de Saúde de Tavira
Data	Às quintas-feiras
Horas	A serem definidas
Duração:	45 minutos
Número de participantes	Consulta individualizada
Recursos materiais e humanos	Sala proporcionada pelo centro de saúde, mesas, cadeiras Enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica da equipa de saúde mental comunitária de Tavira
Enquadramento	A consulta de enfermagem “é uma atividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao Enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar planos de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respetiva reformulação das intervenções de enfermagem” (Ministério da Saúde, 1999, citado por OE, 2012, p. 1).
Objetivo Geral:	Efetuar a consulta de enfermagem à pessoa com perturbação mental para promover a adesão à terapêutica
Objetivos Específicos:	Estabelecer uma relação terapêutica Informar o utente dos objetivos, conteúdos, intencionalidade, e periodicidade das intervenções a desenvolver Solicitar a disponibilidade do cliente para participar no programa de intervenções, obtendo o seu consentimento informado verbalmente Informar e sensibilizar o cliente para os benefícios das mesmas no seu projeto terapêutico Executar a avaliação diagnóstica: Avaliação do estado mental Aplicar os instrumentos de avaliação: Medida de Adesão ao Tratamento e Escala de Insight de Marková e Berrios Esclarecer eventuais questões verbalizadas pelo cliente Informar o cliente da data e objetivos da próxima entrevista
Bibliografia	OE (2012). Parecer n.º 03/2012 da Mesa do Colégio de Especialidade em

	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 14/03/2015. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_3_2012_Consulta_de_Enfermagem_Especializada.pdf
--	--



ANEXO III

Consentimento Informado

FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Título do estudo: (Não) adesão à terapêutica da pessoa com perturbação mental em contexto comunitário

Introdução:

O presente estudo incide na promoção da adesão à terapêutica da pessoa com perturbação mental seguida pela equipa comunitária do departamento de psiquiatria do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – pólo Faro, não área de residência de Tavira.

Antes de decidir se quer ou não participar neste estudo, é importante que compreenda porque está a ser efetuado este estudo, assim como o que vai abranger. Leia cuidadosamente a informação que se segue e não hesite em perguntar em caso de dúvidas, ou se necessitar de mais informação.

Objetivo do estudo:

O objetivo deste estudo é promover a adesão terapêutica em contexto comunitário.

Porque fui escolhida(o) para participar neste estudo?

Este estudo irá envolver uma amostra representativa de pessoas com mais 18 anos e que são seguidas pela equipa comunitária de saúde mental do Centro Hospitalar Universitário do Algarve- Pólo Faro.

Participação:

A sua participação no estudo é voluntária, como tal pode decidir participar ou não nesta investigação. Se decidir participar será pedido que responda a algumas questões, contudo pode desistir a qualquer altura, sem se sentir obrigado a dar qualquer justificação. A sua participação no estudo é anónima e não remunerada, sendo que dados recolhidos neste estudo, que não a(o) identificam individualmente, serão guardados e processados em computador.

Resultados do estudo:

Os resultados deste estudo, são acometidos para a metodologia de projecto que será executada. Não será identificada(o) em nenhuma publicação ou relatório.



Benefícios esperados e riscos possíveis: Espera-se que os resultados deste estudo aumentem a compreensão sobre adesão à terapêutica da pessoa com perturbação mental em contexto comunitário. O estudo não apresenta qualquer tipo de riscos.

Garantia da privacidade e da confidencialidade: As respostas são confidenciais e os dados recolhidos servirão para este estudo (e para melhorar a intervenção) e a sua confidencialidade está salvaguardada.

Obrigado pelo tempo que despendeu a ler esta Informação e a ponderar a sua participação neste estudo. Se desejar participar, deve assinar e datar o Consentimento Informado.

Consentimento Informado

Título do estudo: (Não) adesão à terapêutica da pessoa com perturbação mental em contexto comunitário

Ao assinar este documento confirmo o seguinte:

Compreendi a informação sobre o estudo acima referido, tendo-me sido

Disponibilizado tempo para refletir sobre a participação, assim como, colocar todas as minhas dúvidas.

Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento sem dar qualquer justificação.

Consinto participar neste estudo e a divulgação dos dados como descrito na Folha de informação ao participante.

Nome da(o) participante: _____

Assinatura da(o) participante: _____

Data: (datada pela(o) utente)

Assinatura do investigador: _____

Data:



ANEXO IV

Avaliação do Estado Mental

Avaliação do estado mental (Correia, 2014)

(assinalar as alterações apresentadas)

Nome:

Idade:

Apresentação e Postura

Idade aparente _____

Apresentação _____

Consciência

Consciente

Obnubilado

Sonolência

Torpor

Coma

Atenção

Ativa

Passiva: hiperprosexia; hipoprosexia; distractibilidade; estreitamento da atenção

Orientação

Orientação

Desorientação no tempo, desorientação no espaço, desorientação autopsíquica, desorientação alopsíquica

Memória

Fases da memória

Imediata, curto prazo, longo prazo

Tipos de memória

Semântica, episódica, explícita, implícita

Formação da memória:

Apreensão, retenção, evocação, reconhecimento

Alterações quantitativas:

Hipermnésia

Hipomnésias: anterógrada, retrógrada, lacunar, remota

Alterações qualitativas:

Paramnésias:

Alteração da evocação: falsificação retrospectiva; delírio retrospectivo, recordações delirantes, confabulações, síndrome de memórias falsas, criptomenésia;

Alterações no reconhecimento: **Não delirantes**: déjà-vu, jamais-vu;
Delirantes: identificação errónea positiva, identificação errónea negativa, síndrome de intermetamorfose

Percepção

Distorções sensoriais:

Alteração da intensidade (quantitativas): hiperestesia, hipostesia

Alteração da qualidade: alterações da cor, dismegalopsia, dismorfopsias, distorção da imagem corporal, separação da percepção

Falsas percepções:

Ilusões: pareidolia, imagem eidética, ilusão de preenchimento, ilusão de afeto

Alucinações:

Alucinações auditivas: - Acusmas, parcialmente organizadas, completamente organizadas:
- Qualidade, conteúdo, impacto, dirigidas ao utente ou não

Alucinações visuais: -tipo elementar, parcialmente organizadas, completamente organizadas
- Tácteis, cenestésicas, olfativas, gustativas, cinestésicas

Discurso e linguagem

Alterações orgânicas:

disartria, dislexia, afasia (compreensão, motora), parafasia

Alterações funcionais:

Perturbação da articulação: gaguez

Perturbação da atividade verbal:

Hipoatividade: linguagem quantitativamente diminuída, mutismo seletivo ou eletivo, mutacismo

Hiperatividade: prolixidade, verborreia

Alteração do débito: bradifémia, taquifémia, aprosodia

Alterações iterativas: logoclonia, ecolalia, palilalia, psitacismo, estereotipias verbais, verbigeração

Alterações semânticas e sintáticas: neologismos, paralogismos, discursa desorganizado, discurso pobre, pedolália, coprolalia, mussitação, glossolalia

Alterações sintáticas: agramatismo, paragramatismo

Outros: pararespostas, tangencialidade

Pensamento (curso, forma e posse)

Alteração do curso:

Ritmo do pensamento: taquipsiquismo, fuga de ideias, pensamento circunstanciado, bradipsiquismo, pensamento inibido

Continuidade do pensamento: bloqueio de pensamento, perseveração de conteúdo, perseveração verbal

Alterações na forma: Pensamento concreto, pensamento assindético, sobreinclusão, metonímia, interpenetração de temas, fragmentação do pensamento, descarrilamento, fusão, suspensão, pensamento desagregado

Alterações na posse: ideias obsessivas, alienação do pensamento

Conteúdo do pensamento:

Delírio:

- **Delírio primário:** humor delirante, percepção delirante, intuição delirante, recordação delirante;

- **Delírio secundário**

- **Temática do delírio:** persecutório, autorreferência, grandeza, místico, somático, infestação, niilista, negação dos órgãos, de culpa, de ruína, de ciúme, erotomania, identificação delirante; grau de organização do delírio: sistematizado, não sistematizado, simples, complexos, compartilhados.

Outras alterações: ideias de suicídio com plano, sem plano

Vivência do eu

Alterações da consciência da existência e atividade do eu: despersonalização, perda da ressonância emocional

Alterações da consciência da unidade do eu: autoscopia, duplicação, múltipla personalidade

Alterações da consciência da identidade e continuidade do eu: alteração completa da identidade, sensação de perda de continuidade

Alterações da consciência do limite do eu: alienação do pensamento, alienação da atividade motora e/ou dos sentimentos, apropriação, transitivismo, estados extáticos, desrealização

Humor, emoções e afetos

Temperamento: hipertímico. Distímico, ciclotímico, irritável, ansioso

Alterações quantitativas do humor: eutímico; alterações hipertímicas: euforia, expansão, exaltação, êxtase; alterações hipotímicas: humor depressivo

Alterações qualitativas do humor: disfórico, irritável

Alterações da expressão efetiva e emocional: anedonia, anestesia afetiva, dissociação afetiva, embotamento afetivo, labilidade afetiva, ambivalência afetiva, incontinência afetiva, rigidez afetiva, apatia, indiferença, paratímia, perplexidade, neotímia, alexitimia. Puerilidade, moria, desmoralização

Vontade e impulsividade e comportamentos agressivos

Alterações quantitativas da vontade: hiperbulia, hipobulia, abulia

Alterações qualitativas da vontade: ambivalência volitiva, sugestionabilidade, obediência automática, ataxia volitiva

Atos impulsivos: impulsivos agressivos-destrutivos, grangofilia, automutilação, piromania, tricotilomania, dromomania, dipsomania, cleptomania, jogo patológico, compulsão pela internet e videojogos, compras impulsivas, comportamento sexual compulsivo

Comportamentos auto e heteroagressivos: comportamento autolesivo com intenção suicida, comportamento autolesivo sem outra especificação, tentativa de suicídio, suicídio consumado

Motricidade

Alteração de movimentos espontâneos:

Alterações qualitativas:

hiperatividade: aumento dos movimentos expressivos,

aumentos dos movimentos direcionados (inquietação motora, agitação psicomotora, hipercinésia)

hipoatividade: redução dos movimentos expressivos (sinal de veraguth, sinal de ómega), redução dos movimentos direcionados (lentificação psicomotora, inibição psicomotora, bloqueio, estupor (melancólico, histérico, catatónico))

Alterações qualitativas: paracinesias, maneirismos, estereotipias, tiques, tremor de repouso, coreia, atetose, mioclonias

Alteração dos movimentos induzidos: obediência automática, ecopraxia, ecolalia, perseveração, cooperação, oposição, ambitendência

Alteração da postura: maneirista, estereotipada, perseveração da postura
Efeitos extrapiramidais secundários ao uso de psicofármacos: pseudoparkinsonismo, acatisia, distonia aguda, discinesia tardia

Vida instintiva

Alterações do sono:

Dissónias:

Insónia (inicial, intermédia, terminal), hipersónia, narcolepsia, redução da necessidade de dormir

Parassónias:

Pesadelos, terrores noturnos, sonambulismo, bruxismo

Alteração do comportamento alimentar: anorexia, receio mórbido de engordar, hiperfagia, ingestão alimentar compulsiva, pica, potomania, recusa alimentar

Alteração do comportamento sexual: hipersexualidade, hiposexualidade

Insight ou consciência para a doença

Insight ausente, parcial, presente

ANEXO V

Escala de Medição de Adesão ao Tratamento

MEDIDA DE ADEÇÃO AO TRATAMENTO (MAT)

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

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

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

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

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido melhor?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

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

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

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

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por outra razão?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6



ANEXO VI

Escala de Insight Marková e Berrios

Escala de Avaliação do Insight Marková e Berrios

	Sim	Não
Sinto-me diferente do que sou normalmente		
Não há nada de errado comigo		
Estou doente		
As pessoas em torno de mim parecem diferentes		
Não me sinto parte de nada		
Tudo parece desorganizado		
A mente não se pode tornar doente, só o corpo		
Os meus sentimentos em relação aos outros parecem estar diferentes		
Sinto-me pouco à vontade		
Tenho dificuldades em pensar		
Nesta altura, sofro de problemas dos nervos		
Tudo à minha volta está diferente		
Estou a perder o contacto comigo mesmo		
É difícil para mim sentir-me à vontade com as pessoas que conheço		
Algo de estranho me está a acontecer		
Quero saber porque me sinto assim		
Não pareço ser capaz de funcionar normalmente		
As doenças mentais podem acontecer em qualquer pessoa na população		
Parece que não tenho assim tanto controlo sobre os meus pensamentos		
Não estou doente, mas estou cansado		
Sinto que a mente me está a fugir		
Estou a perder o contacto com aquilo que me rodeia		
Tudo me parece agora mais claro do que nunca		
Sinto que coisas estranhas estão a acontecer em torno de mim		
Sei que os meus pensamentos são estranhos mas não posso fazer nada		
Tudo parece diferente à minha volta		
As coisas já não fazem sentido		
O meu problema principal é a minha saúde física		
Sinto que o meu estado actual foi causado deliberadamente por qualquer coisa		
Acho que preciso de algum tipo de ajuda		

Fonte: Vanelli et al., (2010), Adaptação para português da Escala de Insight Marková e Berrios, *Acta Médica Portuguesa*, 23: 1011-1016.



ANEXO VII

Critérios de seleção de inclusão e exclusão

Critérios de seleção dos utentes para integrarem o programa de intervenções de enfermagem:

Com o objetivo de selecionar o grupo de utentes a participar definidos os seguintes critérios:

Critérios Inclusão:

- Uteses da área de residência de Tavira acompanhados pela equipa de saúde mental e psiquiatria comunitária do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – pólo Faro
- Uteses com idades superiores a 18 anos
- Uteses interessados em participar no programa individualizado
- Uteses que após aplicação dos instrumentos de avaliação escala Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) e a Escala de Avaliação do Insight Marková e Berrios tenha como resultado a não adesão à terapêutica
- Uteses com autonomia para se deslocarem semanalmente às instalações da equipa

Critérios de Exclusão:

- Uteses que após aplicação da escala Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) e a Escala de Avaliação do Insight Marková e Berrios tenha como resultado adesão à terapêutica
- Os que não se apresentem interessados
- Clientes que não reúnam um ou mais critérios de inclusão.



ANEXO VIII

Sessão expositiva “Adesão à terapêutica e a sua gestão”

Plano de sessão

Instituição: Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Tema: Sessão psicoeducação “Adesão ao regime medicamentoso e a sua Gestão”

População alvo: Utentes com perturbação mental seguidos pela equipa de saúde mental e comunitária do Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Duração: 45 minutos

Recursos físicos e humanos: sala disponível pelo centro de saúde, material informático (computador), cadeiras, Enfermeiro orientador, orientanda.

Número de participantes: 5-7 utentes

Portugal apresenta-se como o país com uma maior prevalência de doenças mentais a nível europeu (DGS, 2017). O Conselho Internacional de Enfermeiros (2009) aborda a necessidade na confrontação da adesão à terapêutica na prática dos cuidados, devendo ser priorizada. A não adesão ao tratamento nas perturbações mentais representa uma preocupante adversidade na saúde pública, repercutindo-se na adoção de programas terapêuticos (Cardoso, Byrne e Xavier, 2016). As perturbações mentais pioraram com tratamentos ineficazes e pela baixa adesão ao tratamento. Na pessoa com PM a fraca AT é considerada como o grande objeto no controlo da sintomatologia e no seu alívio. A não adesão é um grande preditor da probabilidade de recaídas e de reinternamentos (Agumasie et al. 2018).

A definição dada à adesão refere-se à extensão do comportamento da pessoa para tomar a medicação, cumprir uma dieta e ou executar mudanças no seu estilo de vida, correspondendo às recomendações acordadas pelo profissional de saúde. A autogestão da doença pela pessoa e as suas consequências também assumem um papel importante (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009). Adesão à terapêutica diz respeito ao modo como a pessoa toma os medicamentos tendo em conta a prescrição médica, abrangendo três processos entre si: a iniciação (na toma da primeira dose da medicação), implementação (o utente toma a mesma, tendo em conta a prescrição médica) e descontinuação (a finalização do tratamento). É definida como persistência o período de tempo desde a iniciação até à descontinuação. A não adesão à terapêutica pode decorrer na sua não iniciação, na má execução ou na interrupção precoce (Coelho, et al., 2017). Há que ter em conta as características

singulares de cada pessoa pois apresentam-se como elementos cruciais na AT. Isto é, as crenças negativas sobre a eficácia do tratamento, a incompreensão e a descrença no diagnóstico, o estigma pessoal e social, a frustração com o acompanhamento deficitário, em relação à sua frequência, pelos profissionais de saúde, diminuição da motivação, ausência de crítica para a necessidade de tratamento, défice de conhecimentos acerca dos sintomas da doença, a habilidade ineficiente para administrar a terapêutica bem como ansiedade acerca da complexidade do regime medicamentoso instituído são fatores que dependem dessas características (WHO, 2003).

Bibliografia:

Agumasie, S., Kwasi, T., Abubakar, M., Nega, A., Gezahegn, T. & Augustine, A. (2018). Psychotropic medication non-adherence and associated factors among adult patients with major psychiatric disorders: a protocol for a systematic review. *Systematic reviews*, 7:10, 1-5. doi: 10.1186/s13643-018-0676-y

Cardoso, A., Byrne, M. & Xavier, M. (2016). Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal. Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos. *Revista portuguesa de Saúde Pública*. 34 (3): 209-219.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE)*. Serie II. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Coelho, A., Vilares, C., Silva, M., Rodrigues, C., Costa, M., Gordicho, S. & Caetano, P. (2017). Investigação sobre adesão à terapêutica na população portuguesa: uma revisão de âmbito. *Revista Portuguesa Medicina Geral*, 33 (4), 262- 276.

Direcção geral da Saude (DGS). (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: Direcção geral da saúde. Ministério da Saúde.

World Health Organization (WHO). (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization.

Objetivo Geral:

Promover a adesão à terapêutica junto da pessoa com perturbação mental

Sensibilizar a pessoa com perturbação mental na gestão da terapêutica

Objetivo específico:

Promover a comunicação e a interação entre o grupo de clientes

Compreender a importância da adesão à terapêutica

Identificar as questões da adesão à terapêutica

Compreender a importância Prevenção de recaídas e os Efeitos secundários da medicação

Identificar os fatores para aderir à terapêutica

Identificar as estratégias para melhorar a adesão ao regime terapêutico

Partilhar as experiências e esclarecer dúvidas existentes.

Fases	Conteúdos	Métodos pedagógicos	Recursos didáticos	Tempo
Introdução	Apresentação dos intervenientes e do tema Apresentação dos objetivos	Método Expositivo Interativo	material informático: computador e data show	5´
Desenvolvimento	Definição de adesão à terapêutica Questões relacionadas com a adesão à terapêutica Prevenção de recaídas Efeitos secundários Fatores para aderir à terapêutica Estratégias para adesão ao regime medicamentoso	Método Expositivo Interativo	material informático: computador e data show	20´
Conclusão	Síntese dos principais assuntos discutidos Esclarecimento de dúvidas	Método Expositivo e Interativo	material informático: computador e data show	10´
Avaliação	Avaliação da sessão Feedback dos participantes	Interativo Questionário	caneta	10´

ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO E SUA GESTÃO

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM 2017-2018
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA II

Orientador de estágio:
EESMP Carlos Simões
Discente: Ana Moreira

OBJECTIVO:

Sensibilizar a importância da adesão à terapêutica bem como da gestão do regime terapêutico

ADESÃO À TERAPÊUTICA

Refere-se à extensão do comportamento da pessoa para tomar a medicação, cumprir uma dieta e ou executar mudanças no seu estilo de vida, correspondendo às recomendações acordadas pelo profissional de saúde

Tem um papel importante no processo de gestão da medicação

É necessário a colaboração de todos os elementos da equipa multidisciplinar e do utente

Vantagens: Melhora a sua qualidade de vida e bem estar, Diminuir os sinais e sintomas da doença e a recaídas, evitar internamentos

QUESTÕES DA ADESÃO À TERAPÊUTICA:

Apoiar o utente

Aumentar os conhecimentos em relação à doença e à terapêutica

Prevenir as recaídas promove uma melhoria da qualidade de vida

Prevenir o risco de abandono (quando se termina abruptamente um medicamento) e de resistência ao medicamento por abuso

PREVENÇÃO DE RECAÍDAS:

Os sinais de recaída se forem detetados o mais depressa possível podem ser tratados mais rapidamente e não existir a necessidade de internamento

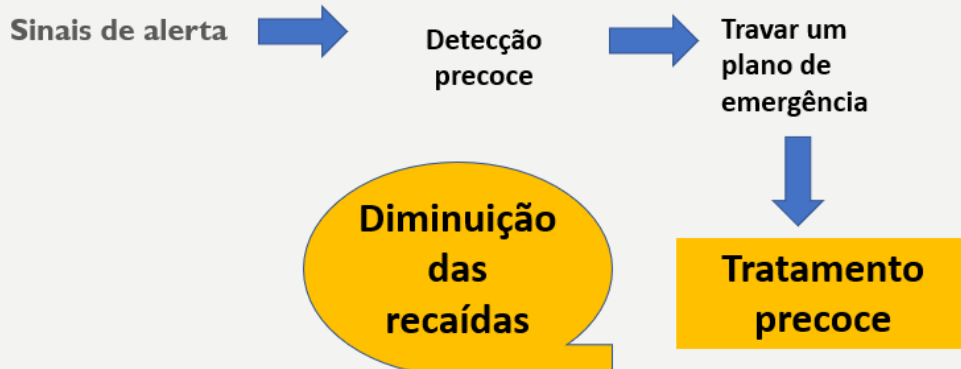
Comportamento não habitual, Agitação, agressividade ou medo, Isolamento social, Abandono das atividades habituais profissionais e de lazer, Descuido na higiene pessoal e na aparência, Insónia ou perturbações do sono Ideias estranhas, discurso incoerente, Abuso de álcool ou outras substâncias

Torna-se importante reforçar :

Identificação dos conhecimentos para a prevenção de recaídas sobre:

- A sua doença;
- reações adversas da terapêutica
- Importância da toma da terapêutica prescrita

PREVENÇÃO DE RECAÍDAS



EFEITOS SECUNDÁRIOS:

Existem diversos efeitos secundários da medicação pelo que é importante:

- ✓ Registrar os efeitos secundários e informar a equipa multidisciplinar de Saúde Mental Comunitária:
Sonolência, rigidez muscular, lentificação psicomotora, excesso de saliva, entre outros...
- ✓ Existem medicamentos que reduzem ou controlam esses efeitos
- ✓ Os benefícios dos medicamentos são superiores aos efeitos secundários

FATORES PARA ADERIR À TERAPÊUTICA:

- ✓ Procurar da equipa de saúde mental comunitária sempre que tenha dúvidas pois são os profissionais de referência
- ✓ Manter a confiança com os profissionais da equipa: (médico, enfermeiro, psicóloga, terapeuta ocupacional, educadora social)
- ✓ Adquirir as receitas dos medicamentos com antecedência e tomar conforme prescrição
- ✓ Adotar estilo de vida saudáveis (atividade física, sono, alimentação)

Não esquecer os 5 certos da medicação: a via certa, o medicamento certo, a hora certa, a pessoa certa e a dose certa!

ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A ADEÇÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

1. Reduzir o número de tomas da medicação para facilitar a toma da mesma e não haver esquecimentos em acordo com o seu médico psiquiatra
2. Associar as tomas da medicação a uma Ação do dia que realiza (por ex. às refeições)
3. Lembretes no telemóvel
4. Escrever no calendário ou agenda os dias e as horas das tomas
5. Caixa semanal de medicação
6. Pedir ajuda à família, a um amigo ou a uma pessoa de referência

GUIA DE TRATAMENTO

[illegible]

CONCLUSÃO

A adesão à medicação e a gestão do regime terapêutico é importante para a qualidade de vida!!!

A confiança depositada na equipa multidisciplinar é fundamental pois é um alicerce para o utente, em que se sente acompanhado e em qualquer dúvida tem a sua equipa de referência para auxiliá-lo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselho Internacional de Enfermeiros (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE). Serie II. Lisboa. Edição Portuguesa. Ordem dos Enfermeiros

World Health Organization. (2001). The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneve: World Health Organization

World health organization. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneve: World Health Organization

World Health Organization. (2005). Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. Dinamarca: World Health Organization



ANEXO IX

Folheto “Adesão ao Regime Terapêutico”



ANEXO X

Sessão formativa “Avaliação do estado mental”

Plano de sessão

Instituição: Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Tema: Avaliação do estado mental, contributos para a prática clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

População alvo: Enfermeiros do Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Pólo Faro

Duração: 45 minutos

Recursos físicos e humanos: sala de enfermagem, material informático (computador), cadeiras, enfermeiros.

Número de participantes: sem número definido

Enquadramento Teórico:

Consoante o parecer da Mesa do colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Ordem dos Enfermeiros (OE) os enfermeiros erigem a realização da avaliação diagnóstica de enfermagem que compreende tanto a avaliação física como a avaliação do estado mental (AEM). Esta última é realizada através de uma entrevista onde é possível recolher dados acerca da cognição, pensamento, consciência de si, emoções, assim como “informações acerca das atividades de vida diárias e a forma como o utente gere a sua problemática de saúde também devem ser recolhidas pela mesma forma” (OE, 2017, p. 3). O enfermeiro canaliza o seu foco no conjunto de problemas da pessoa e, nesse sentido, tem a incumbência de reunir a informação acerca do que a mesma entende, depreende e conceitua de modo a conjecturar as estratégias e capacidades face ao problema que dispõe (OE, 2017).

“A AEM é um dos vários instrumentos que o enfermeiro pode utilizar dentro da componente de avaliação diagnóstica compreensiva no processo de enfermagem, para detetar alterações da normalidade em várias áreas do funcionamento mental do indivíduo” (OE, 2017, p. 1), sendo atribuída esta avaliação como uma competência dos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria. É uma ferramenta de grande utilidade, uma parte integrante dos cuidados prestados sob o ponto de vista holístico, executada à pessoa tendo como meta a perceção do que se passa com a mesma. No entanto, de ressaltar, é contraproducente a focalização apenas nos sinais e sintomas. Torna-se indispensável adotar uma visão holística, de modo a não se dissipar a

compreensão da conjuntura e do contexto respeitantes à doença e a repercussão que esses mesmos sinais e sintomas apresentam para a pessoa (OE, 2017).

Bibliografia:

Ordem dos enfermeiros (2017). Mesa do colégio de especialidade de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Parecer N° 01/2017. Acedido www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP_Parecer1_2017_CompEEESMPRealizacaoExameEstadoMental.pdf

Correia, D. (2014). Manual de psicopatologia. 2ª ed. Lisboa: Lidel

Objetivo Geral:

Contribuir para a melhoria da prática clínica em ESMP: avaliação do estado mental

Objetivo específico:

Sensibilizar os enfermeiros para a importância da Avaliação do Estado Mental na sua prática clínica;

Reconhecer os principais itens de avaliação do exame nuclear do estado mental;

Contribuir para a uniformização da terminologia específica convencional na Avaliação do Estado Mental (AEM).

Fases	Conteúdos	Métodos pedagógicos	Recursos didáticos	Tempo
Introdução	Apresentação dos intervenientes e do tema Apresentação dos objetivos	Método Expositivo Interativo	material informático: computador e data show	5´
Desenvolvimento	Importância do exame do estado mental como avaliação diagnóstica do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica Abordagem dos itens do exame do estado mental	Método Expositivo Interativo	material informático: computador e data show	20´
Conclusão	Síntese dos principais	Método Expositivo e	material informático:	10´

	assuntos discutidos Esclarecimento de dúvidas	Interativo	computador e data show	
Avaliação	Avaliação da sessão Feedback dos participantes	Interativo Questionário	caneta	10´



Avaliação do Estado Mental

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM 2017-2018
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA II

Orientador de estágio: EESMP Carlos
Simões
Discente: Ana Moreira

Objetivos:

Geral:

- Contribuir para a melhoria da prática clínica em ESMP: avaliação do estado mental

Específicos:

- Sensibilizar os enfermeiros para a importância da Avaliação do Estado Mental na sua prática clínica
- Reconhecer os principais itens de avaliação do exame nuclear do estado mental
- Contribuir para a uniformização da terminologia específica convencional na Avaliação do Estado Mental

1

Avaliação do estado mental

Os enfermeiros eregem a realização da avaliação diagnóstica de enfermagem que compreende tanto a avaliação física como a avaliação do estado mental (AEM) (01).



Entrevista onde é possível recolher dados acerca da cognição, pensamento, consciência de si, emoções, assim como "informações acerca das atividades de vida diárias e a forma como o utente gere a sua problemática de saúde também devem ser recolhidas pela mesma forma" (01, 2017, p. 3).

2

Avaliação do estado mental (cont).

"AEM é um dos vários instrumentos que o enfermeiro pode utilizar dentro da componente de avaliação diagnóstica compreensiva no processo de enfermagem, para detetar alterações da normalidade em várias áreas do funcionamento mental do indivíduo" (01, 2017, p. 1).

Avaliação do estado mental (cont).

1 - Apresentação e Postura:

- Idade aparente
- Apresentação

5

Avaliação do estado mental (cont).

2 - Consciência

Alterações quantitativas

- Obnubilado
- Sonolência
- Torpor (estupor)
- Coma

6

Avaliação do estado mental (cont).

2 - Consciência

Alterações qualitativas

- Estado oniroide (confuso-onírico):
Delirium ou estado confusional agudo
Delirium tremens
- Estreitamento restrição da consciência
Estado crepuscular
- Expansão da consciência

Avaliação do estado mental (cont).

3 - Atenção

- Ativa ou voluntária
- Passiva ou espontânea

hiperprosexia
hipoprosexia
distractibilidade
estreitamento da atenção

Avaliação do estado mental (cont).

4 - Orientação

> Existem 4 tipos de perturbações da orientação:

Desorientação no tempo
Desorientação no espaço
Desorientação autopsíquica
Desorientação alopsíquica

9

Avaliação do estado mental (cont).

5 - Memória

> Fases da memória

Imediata, curto prazo, longo prazo

> Tipos de memória

Semântica, episódica, explícita, implícita

> Formação da memória:

apreensão, retenção, evocação, reconhecimento

10

Avaliação do estado mental (cont).

5 - Memória

Alterações quantitativas

> Hipermnésia

> Hipomnésias ou amnésias:

Anterógrada, Retrógrada, Lacunar, Remota

Avaliação do estado mental (cont).

5 - Memória

Alterações qualitativas

> Paramnésias

Alteração da evocação:

Falsificação retrospectiva, Delírio retrospectivo, Recordações delirantes, Confabulações, Síndrome de memórias falsas, Criptomnésia

Alterações no reconhecimento:

Não delirantes: déjà-vu, jamais-vu

Delirantes: identificação errónea positiva, identificação errónea negativa, síndrome de intermetamórfose

Avaliação do estado mental (cont).

6 – Percepção

Distorções sensoriais

Alteração da intensidade (quantitativas):

Hiperestesia, Hipostesia

Alteração da qualidade:

alterações da cor, dismegalopsia, dismorfopsias, distorção da imagem corporal, separação da percepção

13

Avaliação do estado mental (cont).

6 – Percepção

Falsas percepções

> Ilusões:

pareidolia, imagem eidética, ilusão de preenchimento, ilusão de afeto

14

Avaliação do estado mental (cont).

6 – Percepção

Falsas percepções

> Alucinações

Alucinações auditivas:

Aousmas, parcialmente organizadas, completamente organizadas

Qualidade, conteúdo, impacto, dirigidas ao utente ou não

Avaliação do estado mental (cont).

6 – Percepção

Falsas percepções

> Alucinações

Alucinações visuais:

Tipo elementar, parcialmente organizadas, completamente organizadas

São mais típicas dos estados orgânicos do que das psicoses funcionais

Avaliação do estado mental (cont.).

6 – Percepção

Falsas percepções

- Alucinações
 - Alucinações táteis ou da sensibilidade superficial
 - Alucinações cenestésicas ou da sensibilidade profunda
 - Alucinações olfativas
 - Alucinações gustativas
 - Alucinações motoras ou onestésicas
- Pseudoalucinações

17

Avaliação do estado mental (cont.).

6 – Percepção

Falsas percepções

- Tipos especiais de alucinações:
 - Hipnagógicas e hipnopômpicas
 - Alucinações funcionais
 - Alucinações reflexas
 - Alucinações múltiplas, sincrónicas ou combinadas
 - Alucinações extracâmpicas
 - Autoscopia
 - Alucinose

18

Avaliação do estado mental (cont.).

7 – Discurso e linguagem

Alterações orgânicas

disartria, dislexia, afasia (compreensão, motora), parafasia

21

Avaliação do estado mental (cont.).

7 – Discurso e linguagem

Alterações funcionais

- Perturbação da articulação: gaguez
- Perturbação da actividade verbal:
 - Hipoactividade: linguagem quantitativamente diminuída, mutismo selectivo ou electivo
 - Hiperactividade: prolixidade, verborreia
- Alteração do ritmo: bradifémia, taquifémia, aprosodia

22

Avaliação do estado mental (cont.).

7 – Discurso e linguagem

Alterações funcionais

- Alterações iterativas: logoclonia, ecolalia, palilalia, psitacismo, estereotipias verbais, verbigeração
- Alterações semânticas e sintáticas: neologismos, paralogismos, discurso desorganizado, discurso pobre, pedolalia, coprolalia, musitação, glossolalia
- Alterações sintáticas: agramatismo, paragramatismo
- Outros: pararespostas, tangencialidade

21

Avaliação do estado mental (cont.).

8 – Pensamento

- Alterações na forma: Pensamento concreto, pensamento assindético, sobreinclusão, metonímia, interpenetração de temas, fragmentação do pensamento, descarilamento, fusão, suspensão, pensamento desagregado
- Alterações na posse: ideias obsessivas, alienação do pensamento

22

Avaliação do estado mental (cont.).

8 – Pensamento

Curso

- Alteração do ritmo do pensamento:
 - taquipsiquismo ou pensamento acelerado, fuga de ideias ou pensamento ideofugitivo, pensamento circunstanciado, bradipsiquismo, pensamento inibido
- Perturbações da continuidade do pensamento:
 - Bloqueio do pensamento, perseveração ideativa, perseveração verbal

21

Avaliação do estado mental (cont.).

8 – Pensamento

Forma

- Estão alterados a organização e o processo associativo do pensamento - no que se refere à sua componente abstrata e de conceptualização
- Pensamento desagregado, descarilamento

22

Avaliação do estado mental (cont).

8 – Pensamento

Posse

- Ideias obsessiva
- Alienação do pensamento: influenciamento ou imposição do pensamento, roubo ou interceptação do pensamento, difusão do pensamento

25

Avaliação do estado mental (cont).

8 – Pensamento

Posse

- Ideias obsessiva
- Alienação do pensamento: influenciamento ou imposição do pensamento, roubo ou interceptação do pensamento, difusão do pensamento

26

Avaliação do estado mental (cont).

8 – Pensamento

Conteúdo: ideias
sobrealimentadas

- Ideias errôneas por superestimação afetiva. O conteúdo do pensamento centraliza-se em torno de uma ideia particular que assume uma tonalidade afetiva acentuada
- É irracional e aceita pela pessoa que não resiste contra ela (egossintonia), porém sustentada com menos intensidade que uma ideia delirante

Avaliação do estado mental (cont).

8 – Pensamento

Conteúdo: ideias delirantes
Delírio primário

- As vivências delirantes primárias podem ser classificadas em:
Humor delirante, percepção delirante, ocorrência ou intuição delirante, recordação delirante, recordação delirante do tipo percepção delirante, recordação delirante do tipo ocorrência delirante

Avaliação do estado mental (cont).

8 – Pensamento

Conteúdo: ideias delirantes

Temática do delírio

- Quanto a grau de organização ou estruturas dos delírios:
Sistemizados, não sistemizados, simples, complexos, compartilhados

29

Avaliação do estado mental (cont).

8 – Pensamento

Conteúdo: ideias delirantes

Temática do delírio

- Pode classificar-se de acordo com a temática:
Delírio persecutório ou paranoide, autorreferência delirante ou delírio sensitivo de relação, delírio de grandeza, delírio místico ou religioso, delírio somático, delírio de infestação, delírio nilista, delírio de negação de órgãos, delírio de culpa ou de autodesvalorização, delírio de ruína, delírios passionais: de ciúme, erotomania, identificação delirante: síndrome de Capgras ou delírio das cópias, síndrome de fregoli, síndrome das intermetamorfoses, síndrome dos duplos subjetivos

30

Avaliação do estado mental (cont).

9 – Vivência do eu

- Alterações da consciência da existência e da atividade do EU:
Despersonalização, perda da ressonância emocional
- Alterações da consciência da unidade do EU:
Autoscopia, duplicação, múltipla personalidade

Avaliação do estado mental (cont).

9 – Vivência do eu

- Alterações da consciência da identidade e continuidade EU:
Alteração completa da identidade, sensação de perda de continuidade
- Alterações da consciência dos limites do eu:
Alienação do pensamento, alienação da atividade motora e/ou sentimentos, apropriação, transitivismo, estados extáticos

Avaliação do estado mental (cont.).

10 – Humor e afetos

- **Temperamento:**
Hipertímico, Distímico, ciclotímico, irritável, ansioso
- **Alterações quantitativas do humor**
eufímico; alterações hipertímicas: euforia, expansão, exaltação, êxtase; alterações hipotímicas: humor depressivo
- **Alterações qualitativas do humor:**
disfórico, irritável

33

Avaliação do estado mental (cont.).

10 – Humor e afetos

- **Alterações da expressão efectiva e emocional:**
anedonia
Paratímia
perplexidade
neotímia
alexitimia
Puerilidade
moria
Desmoralização
rigidez afectiva
- indiferença
anestesia afectiva
dissociação afectiva
embotamento afectivo
labilidade afectiva
ambivalência afectiva
incontinência afectiva
Apatia

34

Avaliação do estado mental (cont.).

11 – Vontade e impulsividade e comportamentos agressivos

- **Alterações quantitativas da vontade:**
hiperbulia, hipobulia, abulia
- **Alterações qualitativas da vontade:**
ambivalência volitiva, sugestionabilidade, obediência automática, ataxia volitiva

Avaliação do estado mental (cont.).

11 – Vontade e impulsividade e comportamentos agressivos

- **Atos impulsivos:**
impulsivos agressivos-destrutivos, grangofilia, automutilação, piromania, tricotilomania, dromomania, dipsomania, cleptomania, jogo patológico, compulsão pela internet e videojogos, compras impulsivas, comportamento sexual compulsivo
- **Comportamentos auto e heteroagressivos:**
comportamento autolesivo com intenção suicida, comportamento autolesivo sem outra especificação, tentativa de suicídio, suicídio consumado

Avaliação do estado mental (cont.).

12 – Motricidade Alteração de movimentos espontâneos:

- **Alterações quantitativas:**
Hiperactividade: aumento dos movimentos expressivos, aumentos dos movimentos direccionados (inquietaude motora, agitação psicomotora, hiperinésia)
- Hipoactividade: redução dos movimentos expressivos (sinal de veraguth, sinal de ómega), redução dos movimentos direccionados (lentificação psicomotora, inibição psicomotora, bloqueio, estupor (melancólico, histerico, catatónico))

37

Avaliação do estado mental (cont.).

12 – Motricidade Alteração de movimentos espontâneos:

- **Alterações qualitativas:**
paracinesias, maneirismos, estereotipias, tiques, tremor de repouso, coreia, atetose, mioclonias
- **Alteração dos movimentos induzidos:**
obediência automática, ecoapraxia, ecolalia, perseveração, cooperação, oposição, ambitendência
- **Alteração da postura:**
maneirista, estereotipada, perseveração da postura
- **Efeitos extrapiramidais secundários ao uso de psicofármacos:**
pseudoparkinsonismo, acatisia, distonia aguda, discinesia tardia

38

Avaliação do estado mental (cont.).

13 – Vida instintiva Alterações quantitativas:

- **Alterações do sono:**
Dissónias: insónia (inicial, intermédia, terminal), hipersónia, narcolepsia, redução da necessidade de dormir
Parassónias: pesadelos, terrores nocturnos, sonambulismo, bruxismo
- Alteração do comportamento alimentar:**
anorexia, receio mórbido de engordar, hiperfagia, ingestão alimentar compulsiva, pica, potomania, recusa alimentar
- **Alteração do comportamento sexual:**
hipersexualidade, hiposexualidade

Avaliação do estado mental (cont.).

14 – Insight ou consciência para a situação

Insight ausente, parcial, presente





Obrigada!

Referências Bibliográficas

Correia, D. (2014). Manual de psicopatologia . 2ª ed. Lisboa: Lidel
Ordem dos enfermeiros (2017). Mesa do colégio de especialidade de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Parecer Nº 01/2017. Acedido
www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP_Parecer1_2017_CompEEESMPRealizacaoExameEstadoMental.pdf





ANEXO XI

Sessão formativa “Adesão à terapêutica na doença mental”

Plano de sessão

Instituição: Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Tema: “Adesão à terapêutica na doença mental”

População alvo: Profissionais de departamento saúde mental e psiquiatria

Duração: 45 minutos

Recursos físicos e humanos: sala disponível pelo centro de saúde, material informático (computador), cadeiras, Enfermeiro orientador, orientanda.

Número de participantes: sem número definido

Portugal apresenta-se como o país com uma maior prevalência de doenças mentais a nível europeu (DGS, 2017). O Conselho Internacional de Enfermeiros (2009) aborda a necessidade na confrontação da adesão à terapêutica na prática dos cuidados, devendo ser priorizada. A não adesão ao tratamento nas perturbações mentais representa uma preocupante adversidade na saúde pública, repercutindo-se na adoção de programas terapêuticos (Cardoso, Byrne e Xavier, 2016). As perturbações mentais pioraram com tratamentos ineficazes e pela baixa adesão ao tratamento. Na pessoa com perturbação mental a fraca adesão à terapêutica é considerada como o grande objeto no controlo da sintomatologia e no seu alívio. A não adesão é um grande preditor da probabilidade de recaídas e de reinternamentos (Agumasie et al. 2018).

A definição dada à adesão refere-se à extensão do comportamento da pessoa para tomar a medicação, cumprir uma dieta e ou executar mudanças no seu estilo de vida, correspondendo às recomendações acordadas pelo profissional de saúde. A autogestão da doença pela pessoa e as suas consequências também assumem um papel importante (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009). Adesão à terapêutica diz respeito ao modo como a pessoa toma os medicamentos tendo em conta a prescrição médica, abrangendo três processos entre si: a iniciação (na toma da primeira dose da medicação), implementação (o utente toma a mesma, tendo em conta a prescrição médica) e descontinuação (a finalização do tratamento). É definida como persistência o período de tempo desde a iniciação até à descontinuação. A não adesão à terapêutica pode decorrer na sua não iniciação, na má execução ou na interrupção precoce (Coelho, et al., 2017). Há que ter em conta as características singulares de cada pessoa pois apresentam-se como elementos cruciais na adesão à

terapêutica. Isto é, as crenças negativas sobre a eficácia do tratamento, a incompreensão e a descrença no diagnóstico, o estigma pessoal e social, a frustração com o acompanhamento deficitário, em relação à sua frequência, pelos profissionais de saúde, diminuição da motivação, ausência de crítica para a necessidade de tratamento, défice de conhecimentos acerca dos sintomas da doença, a habilidade ineficiente para administrar a terapêutica bem como ansiedade acerca da complexidade do regime medicamentoso instituído são fatores que dependem dessas características (WHO, 2003).

Bibliografia:

Agumasie, S., Kwasi, T., Abubakar, M., Nega, A., Gezahegn, T. & Augustine, A. (2018). Psychotropic medication non-adherence and associated factors among adult patients with major psychiatric disorders: a protocol for a systematic review. *Systematic reviews*, 7:10, 1-5. doi: 10.1186/s13643-018-0676-y

Cardoso, A., Byrne, M. & Xavier, M. (2016). Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal. Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos. *Revista portuguesa de Saúde Pública*. 34 (3): 209-219.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE)*. Serie II. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Coelho, A., Vilares, C., Silva, M., Rodrigues, C., Costa, M., Gordicho, S. & Caetano, P. (2017). Investigação sobre adesão à terapêutica na população portuguesa: uma revisão de âmbito. *Revista Portuguesa Medicina Geral*, 33 (4), 262- 276.

Direcção geral da Saude (DGS). (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: Direcção geral da saúde. Ministério da Saúde.

World Health Organization (WHO). (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization.

Objetivo Geral:

Promover a importância da adesão à terapêutica bem como da gestão do regime terapêutico

Objetivo específico:

Identificar fatores de adesão à terapêutica

Identificar questões da adesão e não adesão à terapêutica e reforçar a sua importância

Determinar os fatores determinantes para a gestão do regime terapêutico

Identificar as estratégias para melhorar a adesão

Fases	Conteúdos	Métodos pedagógicos	Recursos didáticos	Tempo
Introdução	Apresentação dos intervenientes e do tema Apresentação dos objetivos	Método Expositivo Interativo	material informático: computador e data show	5´
Desenvolvimento	Identificar fatores de adesão à terapêutica Identificar questões da adesão e não adesão à terapêutica e reforçar a sua importância Determinar os fatores determinantes para a gestão do regime terapêutico Identificar as estratégias para melhorar a adesão	Método Expositivo Interativo	material informático: computador e data show	20´
Conclusão	Síntese dos principais assuntos discutidos Esclarecimento de dúvidas	Método Expositivo e Interativo	material informático: computador e data show	10´
Avaliação	Avaliação da sessão Feedback dos participantes	Interativo Questionário	caneta	10´

ADESÃO À TERAPÊUTICA NA DOENÇA MENTAL

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM 2017-2018
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA II



Orientador de estágio: EESAMP Carlos
Sílnes
Discente: Ana Moreira

1

OBJECTIVOS:

Objetivo Geral:

Promover a importância da adesão à terapêutica bem como da gestão do regime terapêutico

Objetivos específicos:

- Identificar fatores de adesão à terapêutica
- Identificar questões da adesão e não adesão à terapêutica e reforçar a sua importância
- Determinar os fatores determinantes para a gestão do regime terapêutico
- Identificar as estratégias para melhorar a adesão

2

FACTORES DA ADESÃO À TERAPÊUTICA

- > Fatores relacionados com a pessoa;
- > Fatores relacionados com a doença;
- > Fatores relacionados com a relação equipa de saúde/doente;
- > Outros fatores:
 - distância geográfica entre o serviço de saúde e o local de habitação do utente
 - difficultades no acesso à consulta
 - espaçamento do período de tempo entre as diferentes consultas que funcionam como limitativos e/ou impeditivos da adesão do doente à consulta e à terapêutica.

QUESTÕES DA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

As questões da adesão ao regime terapêutico são multifatoriais e complexas:

1. Apoiar o utente e não responsabilizá-lo
2. Fraca adesão terapêutica tem aumentos nos custos de saúde
3. Adesão à terapêutica está implícita na melhoria da segurança da pessoa (recaldas mais graves pela não adesão)
4. Maior risco de abstinência (quando se termina abruptamente um medicamento) e de resistência ao medicamento

QUESTÕES DA NÃO-ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

As questões da não-adesão ao regime terapêutico são multifatoriais e complexas:

1. Atitudes do utente em relação à doença e aos tratamentos
2. Negação da doença
3. Estigma sentido em relação à doença mental
4. Processo e as características da doença
4. Falta de motivação

5

QUESTÕES DA NÃO-ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO (CONT.)

5. Incapacidade quer física quer cognitiva para operacionalização e manutenção do regime
6. Perceção da pessoa sobre a relação risco-benefício
7. Falta de conhecimentos sobre hábitos de vida saudáveis, alimentação equilibrada, exercício físico adequado
9. Efeitos secundários da medicação e as expectativas muito elevadas nos resultados esperados em relação aos efeitos terapêuticos

6

QUESTÕES DA NÃO-ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO (CONT.)

10. Complexidade do regime medicamentoso
11. Passividade no processo de cuidados centrando a responsabilidade nos outros
12. Tempo e a ausência de sintomas
13. Crenças culturais acerca da doença e do tratamento

FATORES DETERMINANTES PARA A ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

- > Experiências positivas, os conhecimentos e a forma como os mobiliza, quer em termos do seu problema de saúde, quer relacionado com o regime terapêutico
- > Influência positiva das suas crenças
- > Estabelecimento de uma relação de confiança com os profissionais de saúde
- > Papel da família na manutenção da adesão

EFEITOS SECUNDÁRIOS DA TERAPÊUTICA

Existem diversas reações adversas da terapêutica

Importante registar efeitos secundários e comunicar aos profissionais
Existem medicamentos que reduzem ou controlam esses mesmos efeitos
Os benefícios dos medicamentos são superiores aos efeitos secundários

9

PREVENÇÃO DE RECAÍDAS



10

INTERVENÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM NA ADESAO À TERAPÊUTICA

- é possível alterar comportamentos e melhorar a adesão à terapêutica, através de um investimento específico dos profissionais de saúde e consequente participação activa dos doentes no seu próprio plano terapêutico
- A pessoa é responsável pelo seu tratamento e tem o acompanhamento da equipa multidisciplinar para promover a qualidade de vida, a prevenção da doença e a sua manutenção
- Os enfermeiros, como parte integrante e participativa das equipas multidisciplinares, colaboram e prestam os cuidados necessários quanto à necessidade de cada utente de forma individualizada e da família

INTERVENÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM NA ADESAO À TERAPÊUTICA (CONT.)

Intervenções realizadas pelos enfermeiros na equipa multidisciplinar, tais como:

1. Recepção e acolhimento do utente/família
2. Estabelecer um relação terapêutica, relação de ajuda, de confiança
3. Promoção da integração do utente no serviço
4. Prestação de cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades do utente, atendendo à prescrição médica (administração de terapêutica, realização de exames)
5. Preparação e administração de terapêutica, consoante prescrição médica

INTERVENÇÃO DAS EQUIPAS DE ENFERMAGEM NA ADESAO À TERAPÊUTICA EM DOENTES MENTAIS

6. Identificação dos conhecimentos do doente sobre:
 - A sua doença;
 - reações adversas da terapêutica
 - Importância da toma da terapêutica prescrita
6. Distribuição de panfletos de ensino específicos à sua patologia
7. Esclarecimento das dúvidas manifestadas pelo utente/família
8. Ensinos ao doente/família sobre a necessidade da toma terapêutica e dos seus benefícios
9. Continuidade dos cuidados na comunidade
10. Sensibilização da família para a continuidade dos cuidados a prestar ao utente

13

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA ADESAO À TERAPÊUTICA

Para a adesão à terapêutica é necessário a colaboração de todos os elementos da equipa multidisciplinar

minimizar ou solucionar a problemática da não adesão terapêutica por parte da pessoa para promover o estabelecimento e a negociação de estratégias eficazes para a adesão

14

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA ADESAO À TERAPÊUTICA (CONT.)

- Acolhimento do utente/família
- Relação de confiança com o utente:
 - impacto potencial da sua doença, a definição de estratégias para que haja comportamentos de adesão ao tratamento e terapêutica
- Ensinos sobre a doença, cuidados a ter e sobre as necessidades verbalizadas pelo utente, benefícios e efeitos secundários da terapêutica

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA ADESAO À TERAPÊUTICA (CONT.)

- Ensinos sobre autoadministração de terapêutica não esquecendo a maneira mais fácil de tomar a terapêutica e mais compatível com a sua vida social e laboral com o utente
- Clarificar o suporte social ou familiar para incentivar a sua colaboração de forma a apoiar/ajudar o utente
- Articulação de cuidados de enfermagem entre os Serviços e os Centros de Saúde/Unidades de Apoio com o intuito de se alicerçar os cuidados a prestar e esclarecer dúvidas para promover a qualidade de vida

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA ADESAO À TERAPÊUTICA (CONT.)

➤ Intervenção junto dos familiares ou elemento de referência deve ser sempre feita com o conhecimento e a autorização do doente:

no ensino sobre a doença, vigilância e apoio da toma da terapêutica

17

ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A ADESAO

➤ Promover comportamentos de adesão: incentivar na procura de auxílio da equipa multidisciplinar, adquirir a medicação e tomar como prescrito, comparecer às consultas e dar importância a estilos de vida saudáveis

➤ Demonstrar disponibilidade e ausência de juízos de valor em relação à adesão.

A confiança e um bom relacionamento com a equipa multidisciplinar são factores importantes na promoção de uma adesão adequada

18

ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A ADESAO (CONT.)

Atitudes que facilitam o cumprimento da terapêutica:

1. Reduzir o número de tomas Horários mais concentrados
2. Lembretes no telemóvel
3. Escrever num calendário ou agenda os dias e as horas das tomas e ir assinalando com um visto os que tomou
4. Caixa semanal de medicamentos
5. Alarme portátil
6. Associar as tomas dos medicamentos a uma acção do dia que realiza àquela hora

CONCLUSÃO

Um factor importante para a adesão é a percepção que a pessoa tem da sua doença, assim como a correcta informação das consequências, a curto e a longo prazo, do não cumprimento da terapêutica.

Os enfermeiros avaliam o risco de não adesão, os diagnósticos e motivos para a não adesão, proporcionam as intervenções adequadas a cada utente e avaliam a adesão à terapêutica

A equipa multidisciplinar desempenham um papel fundamental junto do utente, da família e da sua comunidade para otimizar a adesão à terapêutica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselho Internacional de Enfermeiros (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo de classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIFE). Serie II. Lisboa, Edição Portuguesa, Ordem dos Enfermeiros

World Health Organization. (2001). The World Health Report 2001- Mental Health: New Understandings, New Hope. Geneva: World Health Organization

World health organization. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization

World Health Organization. (2005). Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. Dinamarca: World Health Organization



ANEXO XII

Sessão formativa “Entrevista Motivacional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica”

Plano de sessão

Instituição: Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Tema: “Entrevista Motivacional na Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica”

População alvo: Profissionais de departamento saúde mental e psiquiatria

Duração: 45 minutos

Recursos físicos e humanos: sala disponível pelo centro de saúde, material informático (computador), cadeiras, Enfermeiro orientador, orientanda.

Número de participantes: sem número definido

Enquadramento Teórico:

A entrevista motivacional foi desenvolvida, na década de 80, nos Estados Unidos da América por William Miller e Stephen Rollnick com o propósito de ajudar a pessoa a mudar um ou mais comportamentos e para conscientizar para a premência da mudança e, cimentar o compromisso no que respeita ao processo de mudança (Sequeira, 2016).

A mudança surge como a essência da entrevista motivacional, existindo um estilo de comunicação que se centra entre o dirigir (o profissional fornece informação, formação e conselhos), o guiar (saber ouvir e oferecer os conhecimentos quando necessário) e por último o seguir (procurar compreender a pessoa e interferir com as suas próprias ideias) (Miller & Rolnick, 2016).

Uma das definições da entrevista motivacional pode ser entendida como “um estilo de conversa colaborativa para fortalecer a própria motivação da pessoa e o seu compromisso para mudar.” É uma conversa sobre a mudança que se encontra centrada na pessoa. Tem a finalidade de consolidar a motivação para a mudança da pessoa, ou seja, a sua própria motivação. É uma maneira de impulsionar as motivações e recursos da pessoa no sentido para a mudança (Miller & Rolnick, 2016, p. 28). Também é definida como “um estilo de comunicação colaborativo e orientado para objetivos, com particular atenção á linguagem de mudança. Está desenhada para fortalecer a motivação pessoal e o compromisso face a um objetivo específico, estimulando e explorando as próprias razões da pessoa para mudar, em clima de aceitação e paixão” (Miller & Rolnick, 2016, p. 47).

Bibliografia:

Miller, W. Rollnick, S. (2016). *Entrevista motivacional. Preparando as pessoas para a mudança*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi editores.

Objetivo Geral:

Sensibilizar a equipa de enfermagem para a intervenção do EESMP: Entrevista motivacional

Objetivo específico:

Enumerar os princípios da entrevista motivacional

Compreender as competências nucleares da entrevista motivacional

Enumerar o método da entrevista motivacional

Fases	Conteúdos	Métodos pedagógicos	Recursos didáticos	Tempo
Introdução	Apresentação dos intervenientes e do tema Apresentação dos objetivos	Método Expositivo Interativo	material informático: computador e data show	5´
Desenvolvimento	Enumerar os princípios da entrevista motivacional Compreender as competências nucleares da entrevista motivacional Enumerar o método da entrevista motivacional	Método Expositivo Interativo	material informático: computador e data show	20´
Conclusão	Síntese dos principais assuntos discutidos Esclarecimento de dúvidas	Método Expositivo e Interativo	material informático: computador e data show	10´
Avaliação	Avaliação da sessão Feedback dos participantes	Interativo Questionário	caneta	10´

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM 2011-2012
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica II

Entrevista motivacional na Enfermagem de Saúde Mental e psiquiátrica

Orientador de estágio: EESMP Carlos Simões
Docente: Ana Moreira

1

Objetivos:

Promover a importância da entrevista motivacional na prática de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica

2

Entrevista motivacional

- Década de 80, nos EUA, por William Miller e Stephen Rollnick:
- propósito de ajudar a pessoa a mudar um ou mais comportamentos e para conscientizar para a presença da mudança e, cimentar o compromisso no que respeita ao processo de mudança
- A mudança surge como a essência da entrevista motivacional
- Estilo de comunicação que se centra entre o dirigir, o guiar e por último o seguir

(Gillies & Rollnick, 2012) (Ingracia 2010)

Entrevista motivacional (cont.)

- Ponto crítico: ambivalência em que a pessoa se encontra para realizar a mudança

Quando a pessoa se apresenta na ambivalência está mais próxima da mudança, mas pode permanecer nesse estado durante um período de tempo. Apesar da pessoa saber o que quer mudar, encontra-se por vezes numa atitude defensiva para o qual tenta arranjar diversas explicações para a resistência da mudança

(Gillies & Rollnick, 2012)

Entrevista motivacional (cont.)

- "um estilo de conversa colaborativa para fortalecer a própria motivação da pessoa e o seu compromisso para mudar." É uma conversa sobre a mudança que se encontra centrada na pessoa.
- Tem a finalidade de consolidar a motivação para a mudança da pessoa, ou seja, a sua própria motivação.

(Gillies & Rollnick, 2012)

5

Princípios da Entrevista Motivacional

- A condição essencial a entrevista motivacional é ostentada na empatia entre profissional e o utente, também denominada por escuta reflexiva.
- Existem 5 princípios básicos a ter em conta, sendo eles:
 - Expressar empatia,
 - Desenvolver discrepância
 - Evitar discussões
 - Fluir com a resistência e não enfrentá-la
 - Estimular autoeficácia

(Gillies & Rollnick, 2012)

6

Competências da entrevista Motivacional:

- Perguntas abertas
- Resumir
- Escutar reflexivamente
- Afirmar
- Informar e aconselhar

(Gillies & Rollnick, 2012)

Método da Entrevista Motivacional

- Existem quatro processos que são desenvolvidos mediante onde a pessoa se encontra e pode-se sempre retornar a um dos processos anteriormente atingidos:
- A. Ligar
- B. Focar
- C. Evocar
- D. Planear

(Gillies & Rollnick, 2012)

Processo ligar

- Onde se inicia a ligação terapêutica entre o profissional e a pessoa
- Caracteriza-se como a base relacional da entrevista motivacional, onde é estabelecida confiança e consideração recíproca
- A ligação pode acontecer numa questão de minutos ou levar mais tempo a ser estabelecida e mantida

(Miller & Rollnick, 2011)

Processo ligar (cont.)

Estratégias no processo ligar:

1. Podem surgir armadilhas para o profissional e que não prejudicam a ligação com a pessoa, pondo em risco o comportamento para a mudança, pelo que se tem em conta, tais como:
 - > Armadilha da avaliação
 - > Armadilha do especialista
 - > Armadilha do foco prematuro
 - > Armadilha de colocar etiquetas
 - > Armadilha da conversa
 - > Armadilha de colocar etiquetas
2. Escuta ativa: a escuta é basililar na entrevista motivacional, auxiliando o utente a prosseguir no seu trajeto e explorar o que pode ser um tema incómodo para si

(Miller & Rollnick, 2011)

Processo ligar (cont.)

3. Competências principais no processo ligar:
 - Perguntas abertas:** solicitam o utente a pensar antes de responder e promove a autonomia no modo de responder, na medida em que convidam a conversar a respeito de um assunto, a focalizar a atenção numa direção;
 - Afirmar:** realçar o positivo, identificar e reconhecer aquilo que é bom, abrangendo o valor intrínseco do utente;
 - Resumir:** os resumos são determinantemente reflexões que agrupam o que o utente verbalizou. Assiste o utente no preservar e no refletir das diversas experiências que foram expressando e, noutro sentido, escutam a descrição dessas mesmas experiências por parte do profissional, possibilitando-os a refletir e, consequentemente, encorajar a continuar
4. Entender os valores e objetivos do utente

(Miller & Rollnick, 2011)

Processo focar

- Destina-se ao tema que a pessoa quer abordar, em que se expande e se conserva um certo caminho na conversa acerca da mudança e, isto é, auxilia a esclarecer o caminho que cada pessoa quer avançar. Clarifica-se os objetivos iniciais. O foco pode erguer-se do utente, do contexto ou do profissional
- Existência do conceito de agenda - caracterizada como um guia onde se abrange as preocupações, esperanças, expectativas, e os medos para promover a mudança do utente.

(Miller & Rollnick, 2011)

Processo focar (cont.)

Estratégias do processo focar

1. O profissional não assume a tendência em resolver o problema do utente, mas sim, apoiar os esforços do mesmo para que encontrem a resolução
2. Cenários possíveis no processo focar: Direção clara, Escolha da direção
3. Troca de informação consistente com a entrevista motivacional: o profissional dote de conhecimentos mas o utente é especialista sobre si próprio
4. Troca de informação consistente com a entrevista motivacional: o profissional dote de conhecimentos mas o utente é especialista sobre si próprio
5. Três pontos essenciais de troca de informação a serem considerados: aconselhar, autoexposição e avaliação da rotina e feedback

(Miller & Rollnick, 2011)

Processo evocar

- Consiste em encorajar as motivações da pessoa para a mudança que quer concretizar, tendo em conta, as ideias e sentimentos e as razões da mudança
- Apenas quando se define um objetivo de mudança é que é possível evocar
- Fortificar a motivação para a mudança. É nesta etapa que se reconhece a conversa da mudança.

(Miller & Rollnick, 2011)

Processo evocar (cont.)

Estratégias do processo evocar:

1. Evocar a motivação do utente:
 - Falar a si próprio sobre a mudança
 - Evocar a conversa de mudança
 - Fazer perguntas evocativas
2. Explorar objetivos e valores
3. Responder à conversa de mudança com perguntas abertas, afirmações, reflexões e resumos
4. Evocar esperança e confiança

(Miller & Rollnick, 2011)

Processo evocar (cont.)

5. Explorar a ambivalência revendo os prós e contras de forma equilibrada
6. Desenvolver a discrepância: a mudança pode advir quando o utente se apercebe de uma discrepância significativa entre os objetivos ou valores relevantes e o seu estado atual. Para ser motivadora, a discrepância necessita de estimular a mudança.

(Miller & Rollnick, 2011)

Processo planear

- No processo planear amplifica-se o compromisso da mudança e elabora-se um plano individual de ação, em que se encoraja as soluções verbalizadas pela pessoa e impulsiona-se a autonomia na sua tomada de decisão
- No planear existe uma concordância de objetivos e planos de mudança, uma troca de informação e recorrentemente uma caracterização das etapas posteriores para a execução, que podem ou não envolver o tratamento
- A essência do processo planear está envolvida no debate acerca da relevância para o progresso do plano individualizado de mudança que o utente está disposto a realizar.

(Miller & Rollnick, 2018)

17

Processo planear (Cont.)

Estratégias do processo Planear:

1. De evocar a planear: caracteriza-se pelo momento em que o utente se encontra disponível para iniciar a discussão de não só o porquê da mudança, mas também como irá atingir essa mudança

2. Quando avançar para o processo planear:

Aumento da conversa de mudança, em que é constatado uma maior frequência na conversa de mudança, onde o utente descreve o seu desejo, finalidade, habilidade, razões e necessidade de mudança.

(Miller & Rollnick, 2018)

18

Processo planear (Cont.)

3. Desenvolvimento de um plano de mudança, são considerados três cenários:
Na existência de um plano claro
Na existência de várias opções claras
Desenvolver um plano desde o início: confirmar os objetivos
4. Fortalecer o compromisso
5. Explorar a reticência
6. Apoiar a mudança e a resistência apresentada pelo utente

(Miller & Rollnick, 2018)

Implicações para enfermagem

- Enfermagem como arte e ciência, caminha lado a lado com a pessoa com perturbação mental, promovendo cuidados diferenciados necessários para a sua qualidade de vida
- Os enfermeiros de saúde mental e psiquiátrica estão numa posição ideal para integrar a entrevista motivacional na sua prática clínica

Implicações para enfermagem

• É destacada a importância dos enfermeiros no uso dos princípios da entrevista motivacional para discutir as atitudes e crenças em relação à doença e à adesão à terapêutica. É promovida uma aceitação e uma visão futura considerada útil para o acesso à motivação do utente e, assim, fomentar o crescimento terapêutico e a mudança de comportamentos

• Destaca-se também a relação de confiança entre o profissional e a pessoa com perturbação mental. A relação de confiança é a base da entrevista motivacional e, portanto, um pré-requisito para o sucesso. Os enfermeiros de saúde mental e psiquiátrica estão familiarizados com seus utentes e terão um relacionamento estabelecido, o que economizará uma quantidade significativa de tempo na aplicação da entrevista motivacional.

Conclusão

Constata-se melhorias no que diz respeito aos comportamentos de adesão da pessoa com perturbação mental e entende-se a importância da entrevista motivacional. A mesma pode ter aplicabilidade em diversos contextos na área de saúde mental e psiquiatria, nomeadamente na área das Adições, adotando estratégias eficazes para ajudar a pessoa na resolução da ambivalência e mobilizar a sua disposição, compromisso e características pessoais para a mudança.

21

22

Referências bibliográficas

- Miller, W. & Rollnick, S. (2016). *Entrevista motivacional. Preparando as pessoas para a mudança*. 2ª ed. Lisboa: Cíncipi editores.
- Planteuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel.

ANEXO XIII

Estudo de caso “Pessoa com perturbação Bipolar”



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM 2017-2018

ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRICA II

ESTUDO DE CASO

Perturbação Bipolar

Docente:

Professor Doutor Raúl Cordeiro

Orientadoras de estágio:

Enfermeira especialista em Saúde
mental e psiquiatria Margarida

Graça

Enfermeira especialista em Saúde
mental e psiquiatria Marlene Matos

Discente:

Ana Moreira

Setúbal
Junho 2018



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM 2017-2018

ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA II

Estudo de Caso

Perturbação Bipolar

Docentes:

Professor Doutor Raúl Cordeiro

Discentes:

Ana Moreira, N. º170531046

Junho de 2018



Abreviaturas

p.-página

Siglas

AEM - avaliação do estado mental

APA - American Psychological Association

CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais)

EESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

OE - Ordem dos Enfermeiros

TB - transtorno bipolar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
1. ENFERMAGEM E O MODELO TIDAL.....	8
2. ENQUADRAMENTO DA HISTÓRIA ACTUAL	13
2. 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	13
2.2 HISTÓRIA PESSOAL.....	18
2.2.1 IDENTIFICAÇÃO	18
2.2.2 MOTIVO DE INTERNAMENTO.....	18
2.2.3 HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL.....	18
2.2.4 ANTECEDENTES PESSOAIS.....	19
2.2.5 HISTÓRIA PESSOAL E SOCIAL.....	20
2.2.6 PERSONALIDADE PRÉVIA À DOENÇA ATUAL.....	22
2.2.7 ANTECEDENTES FAMILIARES.....	22
3. AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL	23
4. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.....	26
5. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	27
CONCLUSÃO	52
BIBLIOGRAFIA.....	54
ANEXOS	57

Introdução

No âmbito da unidade curricular Estágio I - Enfermagem de Saúde mental e psiquiátrica, inserida no 2º Semestre do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação, foi determinado a realização de um estudo de caso relativo a um utente no serviço de psiquiatria do centro hospitalar Médio Tejo -Unidade de Tomar, sob a orientação das enfermeiras especialistas em saúde mental e psiquiatria Marlene Matos e Margarida Graça.

O texto do presente trabalho segue o novo acordo ortográfico português e as normas de referência da American Psychological Association (APA), 6ª edição.

O presente estudo de caso debruça-se sobre o transtorno bipolar (TB) e são apresentados como objetivos: elaborar um estudo de caso; aprofundar conhecimentos sobre a patologia em estudo; identificar escalas de avaliação que possibilitem a elaboração de diagnósticos de enfermagem; planificar um plano de cuidados individualizado, adequado ao caso em estudo, de acordo com a terminologia padronizada Classificação Padronizada para a Prática de Enfermagem (CIPE) e assente nas competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP).

Para Yin (2010), o estudo de caso é uma pesquisa empírica, que examina os fenómenos recentes incluídos na vida real e, é usado quando o limiar entre o fenómeno e o contexto é pouco claros. Apresenta o intuito de explorar, descrever e explicar o evento ou proporcionar uma perceção relevante do fenómeno.

Os estudos de caso são estudos aplicados na prática de cuidados de enfermagem, com o objetivo de realizar um estudo profundo dos problemas e necessidades da pessoa, família e comunidade, proporcionando subsídios para que os enfermeiros estudem a melhor estratégia para solucionar ou reverter os problemas identificados (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

O raciocínio clínico torna-se fundamental para a profissão de enfermagem em que a aptidão da prestação dos cuidados tem em conta as habilidades de raciocínio como uma ferramenta em que direciona o enfermeiro para a avaliação, análise e interpretação, estando presente nas tomadas de decisão e ações do mesmo, ou seja, no seu diagnóstico, na escolha de intervenções adequadas e na avaliação dos resultados obtidos. Promove-se, deste modo, o conhecimento científico e profissional (Tanner, 2006).

O modelo Tidal foi erigido com base na indagação do objetivo da enfermagem psiquiátrica e quanto ao seu papel desempenhado. Os autores do modelo, Barker & Buchanan-Barker (2005), procuram entender a importância que o sofrimento psíquico e a experiência humana propiciada por este, tendo em conta, que a natureza do ser humano pode ser expressa através dos planos físicos, emocionais, intelectuais, sociais e espirituais.

Os transtornos mentais afetam mundialmente cerca de 450 milhões de pessoas, não escolhendo o gênero, condição socioeconômica ou idade e comportam cerca de 12% do peso mundial de doenças (OMS, 2002).

O primeiro relatório do estudo epidemiológico nacional de saúde mental, datado de 2013, relata que, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em associação com o Banco Mundial e a Universidade de Harvard, produziram o Global Burden of disease report chegando à conclusão que “entre as dez primeiras causas de incapacidade, cinco são doenças mentais – a depressão maior, a esquizofrenia, a doença bipolar, as perturbações pela utilização de álcool e a perturbação obsessivo-compulsiva” (Almeida & Xavier, 2013, p.69).

No relatório Portugal - Saúde Mental em Números 2015 é descrito a existência de um intervalo entre o começo da doença e o seu tratamento, onde somente 27,1% das pessoas com transtorno bipolar aceitou o tratamento no ano do início da doença (DGS, 2016)

O humor influencia “de maneira crítica a percepção e a avaliação do self e do ambiente” e as suas alterações “ocorrem como parte da experiência cotidiana em resposta a vários fatores” (Hales, Yudofsky & Gabbard, 2012, p. 483).

O TB, anteriormente definido como psicose maníaco-depressiva, é doença crônica e afeta cerca de 3% da população (OMS, 2002).

O TB é caracterizado por oscilações de humor, em que ocorre episódios depressivos e episódios eufóricos, em diferentes graus de intensidade e frequência e, derivado ao seu impacto, apresenta consequências na qualidade de vida da pessoa e a nível psicossocial, familiar e socioeconômico (Sadock & Sadock, 2007).

O presente trabalho apresenta-se distribuído por 5 segmentos, em que no primeiro é descrito a enfermagem e o modelo Tidal, no segundo realizado um enquadramento da história atual em que é feito um enquadramento teórico sobre o TB e a história pessoal. Seguidamente, no terceiro segmento, são apresentados os diagnósticos de enfermagem,



e posteriormente, no quarto segmento aborda-se o plano de cuidados individualizado. No quinto segmento explana-se a análise da intervenção terapêutica.

1. Enfermagem e o Modelo Tidal

Com o progresso da abordagem científica na enfermagem, os enfermeiros começaram a debater a finalidade da profissão e o valor da prática de enfermagem tradicional e de natureza intuitiva. Este debate levou aos enfermeiros a formalização de conceitos e teorias de enfermagem. Hildegard Peplau, em 1952, enfermeira americana, considerada a mãe da enfermagem psiquiátrica, uma pioneira na área, motivou os avanços nos arquétipos profissionais, educativos e práticos de enfermagem. Foi responsável pelo desenvolvimento de uma teoria de médio alcance, tendo enfoque na relação interpessoal entre a enfermeira e o doente, revolucionando o ensino e a prática da enfermagem. A teoria ficou denominada como a Teoria das Relações Interpessoais, sendo o precedente modelo teórico sistematizado para a enfermagem psiquiátrica. Esta teórica descreve o princípio da relação interpessoal da enfermagem em quatro fases: a orientação, a identificação, a exploração e a resolução, tendo em conta a visão holística do doente, dando importância às experiências, valores e crenças do mesmo (Almeida & Lopes & Damasceno, 2005).

Contudo, torna-se necessário a definição da palavra teoria, que de acordo com Almeida & Lopes & Damasceno (2005) pode ser considerada

“como um conjunto de proposições utilizadas para descrever, explicar e prever parte de uma realidade, consistindo, portanto, na organização de algum fenómeno por meio da qual evidenciam-se os componentes e características que lhe dão identidade. Nesse sentido, as teorias têm sido um passo fundamental em direção à compreensão de enfermagem como práxis, entendida esta como ação aprofundada para reflexão, carregada de sentido, projetada, consciente e transformadora da natureza, do homem e da sociedade” (p. 203).

Não obstante, no decurso da pesquisa efetuada, mediante vários modelos teóricos de enfermagem desenvolvidos ao longo dos anos, consideramos pertinente abordar o Modelo Tidal.

O Modelo Tidal, conhecido também pela Teoria das Marés, foi desenvolvido entre 1995-1998 em Inglaterra, exposto pelos autores Barker e Poppy Buchanan-Barker, tendo como aspiração teórica vários autores, tal como, Harry Sullivan, Hildegard Peplau, Vitor Frankl, Thomas Szasz, Shoma Morita. Desenha a sua principal metáfora filosófica a partir da teoria do caos, em que, de modo imprevisível, ainda que limitado, a



natureza do comportamento e das experiências do ser humano são comparadas a um fluxo dinâmico e poderoso das águas do oceano, vai e vem, por vezes calmo, outras vezes tempestuoso. Representa uma alternativa importante para integrar as teorias de saúde mental, enfatizando como as pessoas com doença mental podem beneficiar ao tomar um papel ativo no seu próprio tratamento. Baseado numa extensa pesquisa, delineia a sua base teórica do modelo de modo a ilustrar os benefícios de um modelo holístico de cuidados onde promove a autogestão e a recuperação (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

É um modelo desenvolvido por enfermeiros de saúde mental, especificamente para a prática da enfermagem, e concentra a sua atenção nas pessoas com doença mental e nos benefícios que as mesmas poderão obter ao assumirem um papel ativo no seu próprio tratamento. Foi utilizado pela primeira vez, na prática, por duas enfermeiras da área psiquiatria em Newcastle, em 1998 e, em 2000 foi abraçado pelo Programa de Saúde Mental responsável pelos serviços de Newcastle e North Tyneside (Barker & Buchanan-Barker, 2005). É um modelo adotado por vários países, sendo exemplo disso a Austrália, Canadá, Inglaterra, Irlanda, Japão, Nova Zelândia, Escócia e País de Gales (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

De acordo com este modelo, a vida é uma jornada empreendida num oceano de experiências. Todo o desenvolvimento humano, incluindo a experiência na doença e na saúde, envolve descobertas feitas numa viagem, esse oceano de experiências. Em pontos críticos do percurso de vida, a pessoa pode experimentar tempestades (crise). Outras vezes no navio pode começar a entrar água e a pessoa pode enfrentar a perspectiva de afogamento ou naufrágio (colapso). A pessoa pode precisar de ser guiado até um porto seguro para ser auxiliado ou para se recuperar do trauma (reabilitação). O objetivo é de reorientar a pessoa no curso da vida (recovery). Este modelo centra-se no tipo de apoio que a pessoa acredita que necessita para viver a sua própria vida. A pessoa que sofreu um trauma (dando o exemplo de lesões ou abusos) ou com problemas de vida mais duradouros (exemplo de repetidas hospitalizações, a perda da liberdade caso haja a necessidade) relatam muitas das vezes a perda do seu senso de self. Estas pessoas necessitam de um salva vidas, seguido, num intervalo de tempo apropriado, um acompanhamento no desenvolvimento necessário para existir um verdadeiro recovery, sendo uma forma de intervenção na crise. Quando a fase de resgate está completa (assistência psiquiátrica) dá-se ênfase a este tipo de ajuda de modo a que a pessoa volte



ao curso da vida, retornando para uma vida significativa na comunidade, os cuidados de saúde mental (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

A água é usada como a metáfora tanto para a experiência vivida da pessoa, que se torna o doente psiquiátrico, como para o sistema de cuidados que se molda em torno da necessidade da pessoa de ter apoio humano. A metáfora da água é apropriada por diversas razões: O fluxo e refluxo das nossas vidas refletem-se na forma como respiramos de dentro e para fora, como o bater das ondas na costa. Toda a vida humana surgiu a partir do oceano e nós emergimos das águas do ventre das nossas mães sendo a água usada, quase universalmente, como uma metáfora para a limpeza do espírito. A água evoca o conceito de afogamento, usado com frequência por pessoas que estão sobrecarregados pelas suas experiências sendo o poder da água difícil de conter. Podemos colher a água do mar, mas não podemos escavar para fora um oceano inteiro, a única maneira de lidar com o poder da água é aprender a viver com as suas forças. Aprendemos a nadar na água, ou então construímos barcos que flutuam sobre as ondas. Em última análise, o poder da água é imprevisível. Essas metáforas evocam algo da intangibilidade e poder da experiência de sofrimento mental, se não toda a experiência humana (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

O Modelo Tidal é uma abordagem filosófica para a recuperação ou descoberta da saúde mental. Não é um modelo de tratamento, o que implica que algo precisa de ser feito para mudar a pessoa. Pressupõe-se com este modelo que a pessoa já está a mudar, embora de forma subtil, para que haja a capacitação da pessoa com doença mental para reingressar à sua comunidade, o mais brevemente possível, apoiando-a no que concerne ao porquê do internamento, de modo a conseguir lidar melhor com os problemas de vida que motivaram o internamento. A história de vida da pessoa é o foco de atenção deste modelo, ou seja, histórias que contamos sobre nós mesmos na primeira pessoa e as histórias que os outros contam sobre nós. As pessoas são as suas próprias narrativas, incidindo sob a sua experiência particular; experiência essa, a de cada pessoa, que não se pode entender completamente, mas sim podemos acreditar que conhecemos e compreendemos o outro, pois só se consegue perceber a própria experiência. Posto isto, os autores evidenciam que a doença mental, para ser entendida, tem que ser experienciada pelo que a empatia que se cria com a pessoa é a melhor maneira para quem não a vivenciou. Também é de referir que este modelo soberaniza a espiritualidade, explora e desenvolve a experiência de vida da pessoa, onde existe a

importância no significado e valor que a mesma agermana à sua experiência. Normalmente, a empatia: envolve uma maior consciência das experiências da outra pessoa, está focada na compreensão, concetualização e 'saber' o que é 'ser' essa pessoa, envolve alcançando a pessoa (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

No foco do Modelo Tidal não está em causa desvendar o curso causador de problemas de vida atuais da pessoa, mas sim, usar a experiência da viagem da pessoa e receber os significados dessa experiencia de modo a traçar o 'próximo passo' que se considera necessário a ser levado na jornada de vida da pessoa. O modelo aceita a visão da realidade proporcionada pela física contemporânea, reconhecendo que para todos só existe agora, e dentro deste momento reside o potencial de ação. Este é um fato importante da vida para o profissional, orientando o tipo de ajuda que pode ser oferecida. Existe o agora, o presente, e aí residem as ações da pessoa que irão influenciar o futuro. Este fato determina que o atendimento oferecido para a pessoa está focado, tanto quanto possível sobre o que precisa ser feito, no agora (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Ao contrário de muitos outros modelos de atenção à saúde mental, há ênfase em curto, médio ou longo prazo os objetivos, uma vez que estes são eventos imaginários no futuro, que não podem ser abordados agora. Da mesma forma, não há necessidade de dedicar muito tempo a rever o passado, a não ser para fazer contato com a história da pessoa, de como veio parar aqui e agora. Em vez disso, o profissional se concentra em determinar o que pode ter de ser feito agora, por meio de apoiar a pessoa (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

O Modelo Tidal é baseado em quatro princípios sendo o foco terapêutico primário de cuidados de saúde mental é a comunidade natural. As pessoas vivem num 'oceano de experiência' (as suas vidas naturais) e crise psiquiátrica é apenas uma coisa, entre muitos, que podem ameaçar, metaforicamente, a 'afogar' os mesmos. O objetivo dos cuidados de saúde mental é ajudar as pessoas a regressarem ao 'oceano de experiência', para que possam continuar com sua 'jornada de vida'; a mudança é um processo em curso constante. Este modelo visa ajudar as pessoas a desenvolver a sua consciência em pequenas mudanças que, em última análise, terá um efeito significativo sob as suas vidas; O empowerment está no cerne do processo de cuidar. Os profissionais são o alicerce das pessoas para identificar como podem ter mais em conta as suas vidas, e toda a sua experiência relacionada, os cuidados de enfermagem eficazes envolvem o



cuidar com as pessoas, ao invés de simplesmente cuidar deles ou preocupar-se com eles. Isto tem implicações não só para o que se passa dentro do relacionamento, mas também para o tipo de apoio executado pelo profissional para manter a integridade do processo de cuidar (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Este modelo entoa a sua atenção na pessoa, na experiência da pessoa na angustia e a valorizar a pessoa no que necessita de executar para resolver os problemas imediatos de vida colocando a pessoa no centro do processo de cuidar, onde se assume que a experiência da pessoa é feita através da narrativa pessoal ou da sua história. Esta história não é, no entanto, de qualquer forma 'lá fora' no mundo, separada da pessoa. O Modelo Tidal assume que a narrativa da pessoa é desenvolvida através da colaboração com o profissional (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

O objetivo do profissional é ajudar a pessoa a fazer escolhas que irão orientá-las através de seus problemas atuais de vida, para que possam começar a traçar um curso para 'casa' no seu oceano de experiências. Existe o agora, o presente, e aí residem as ações da pessoa que irão influenciar o futuro. Este fato determina que o atendimento oferecido para a pessoa está focado, tanto quanto possível sobre o que precisa ser feito, no agora. Ao contrário de muitos outros modelos de atenção à saúde mental, há um ênfase em curto, médio ou longo prazo os objetivos, uma vez que estes são eventos imaginários no futuro, que não podem ser abordados agora. Da mesma forma, não há necessidade de dedicar muito tempo a rever o passado, a não ser para fazer contato com a história da pessoa, de como veio parar aqui e agora. Em vez disso, o profissional concentra-se em determinar o que pode ter de ser feito agora, por meio de apoiar a pessoa (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

2. Enquadramento da história atual

2. 1. Enquadramento conceptual

Ao longo dos anos a definição de TB tem apresentado diversas modificações que se refletem na classificação diagnóstica, quer do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) quer da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) (Lima, Tassi, Novo, & Mari, 2005).

A sua primeira referência ao longo da história, no século I d.C., foi descrita pelo médico grego Arateus da Capadócia, registando a evolução de estados patológicos de alegria associados a períodos de uma melancolia intensa (Saraiva & Cerejeira, 2017).

Deste modo, estabeleceu que na mesma doença existia uma ligação entre a mania e a melancolia (Del-Porto & Del-Porto, 2005).

Em 1854, o psiquiatra francês Jean Pierre Falret e o psiquiatra e neurologista Jules Baillarger, caracterizaram, paralelamente, as fases de evolução da doença numa única pessoa envolvendo episódios maníacos e depressivos e, ficando conhecidas, pelo primeiro como Folie Circulaire e, pelo segundo, Folie à Double Forme (Saraiva & Cerejeira, 2017).

No final do século XIX, embora vários psiquiatras contribuíssem no estudo da doença, a mania e a melancolia não eram consideradas como uma única doença e tinham uma evolução deteriorante (Del-Porto & Del-Porto, 2005).

Mas foi com Emil Kraepelin ao distinguir a demência precoce e a insanidade maníaco-depressiva que seguramente ditou o rumo da psiquiatria e, de certa forma, fortificou a importância desses mesmos conceitos. (Saraiva & Cerejeira, 2017).

Emil Kraepelin descreveu, pela primeira vez, os estados mistos em 1899, ao promover a sexta edição do seu tratado fundamentando que a doença maníaco-depressiva englobava os episódios depressivos, a mania simples e quadros circulares (Del-Porto & Del-Porto, 2005).

Atualmente, de acordo com o DSM-V, o transtorno bipolar dissocia-se dos transtornos depressivos. Inclui-se o transtorno bipolar tipo I, o transtorno bipolar tipo II e ciclotimia. Não obstante, também estão incluídos os diagnósticos relacionado ou

induzido por substâncias ou medicação, bem como, derivado de outra condição médica ou outras especificadas ou não especificadas (DSM-V, 2013).

O transtorno bipolar é caracterizado como uma doença do foro psiquiátrico com etiologia multifatorial, mas, no entanto, com relevância a nível hereditário. Na sua caracterização nosológica constata-se a sua heterogeneidade e nas distinções do seu desenvolvimento, gravidade e na associação do modo de manifestação (Saraiva & Cerejeira, 2017).

É definido por mudanças intensas quer em frequência quer em amplitude, “do estado de humor, energia e atividade, que se podem perpetuar no tempo, com consequências nefastas para o funcionamento do indivíduo” (Saraiva & Cerejeira, 2017, p. 183). Por conseguinte, conota-se o desenvolvimento de períodos de elevação do humor (mania ou hipomania) e de episódios depressivos (Saraiva & Cerejeira, 2017).

Entre as perturbações psiquiátricas, as perturbações de ansiedade são as que apresentam uma prevalência mais elevada (16,5%), seguidas pelas perturbações do humor, com uma prevalência de 7,9% (Almeida & Xavier, 2013).

Também, o novo relatório global da Organização Mundial da Saúde demonstra que o número de pessoas com transtorno depressivo aumentou 18% entre 2005 e 2015 e, dentro desse contexto, o Transtorno Bipolar (TB) é uma condição psiquiátrica relativamente frequente, afetando entre 1% e 2% da população e representa uma das principais causas de incapacitação no mundo. Pondera-se que cerca de 4% da população adulta mundial sofre de Transtorno Bipolar (WHO, 2016).

A classificação do TB é depreendido pelos critérios de gravidade, as características do episódio presente, a sua referência longitudinal, persistência e reincidência dos sintomas (Saraiva & Cerejeira, 2017). Podem existir sintomas psicóticos em casos de maior gravidade (DSM-V, 2013).

O TB tipo I é compreendido como a forma clássica da doença - psicose maníaco-depressiva - identificada no século XIX (DSM-V, 2013). Para ser diagnosticado tem que apresentar pelo menos um episódio maníaco e, pode estar presente, também, fases anteriores ou seguintes de mania, hipomania ou depressão (Saraiva & Cerejeira, 2017).

De acordo com o DSM-V (2013) o episódio maníaco manifesta as seguintes características: estar presente elevação de humor considerado anormal e perenemente excessivo, expansivo ou irritável, num período igual ou superior de uma semana. Está

presente na maioria dos dias. Ao longo deste período têm que se apresentar três ou mais dos sintomas: elevação da autoestima ou grandiosidade; diminuição das horas de sono; aumento do débito do discurso e pressão do mesmo; Fuga de ideias e existência de taquipsiquia; distratibilidade; amplificação da atividade dirigida à parte social, ocupacional ou sexual, bem como, agitação psicomotora; comprometimento descomedido em atividades de risco, sendo elas, por exemplo, gastos excessivos a nível monetário, a nível sexual ou investimentos grandiosos.

Esta alteração do humor é considerada de tal forma crítica que tem interferência grave no funcionamento social ou profissional e daí, poder haver a necessidade de internamento por forma a precaver prejuízos à pessoa ou a terceiros, ou caso apresente sintomas psicóticos. O episódio não é imputado aos efeitos psicológicos de uma substância derivado de outra condição clínica. (DSM-V, 2013).

De acordo com o DSM-V (2013), relativamente à sua prevalência,

“em 12 meses estimada nos Estados Unidos foi de 0,6% (...) A prevalência em 12 meses do transtorno em 11 países variou de 0,0 a 0,6%. A razão da prevalência ao longo da vida entre indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino é de aproximadamente 1,1:1 “(p. 129-130)

Quanto à sua evolução, a média de idade encontra-se nos 18 anos para o primeiro episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo major. Encontra-se descrito que cerca de 90% das pessoas que já apresentaram um episódio de mania apresentam episódios regulares de humor alterado. Por outro lado, 60% dos episódios maníacos acontecem anteriormente a um episódio depressivo major. De ter em conta, também, que pessoas com TB tipo I, ao longo do ano, ao apresentaram quatro ou mais episódios de humor depressivo major, maníaco ou hipomaníaco são intituladas “com ciclagem rápida” (DSM-V, 2013, p.130)

O TB é caracteristicamente comum nos países com pessoas com maiores rendimentos (cerca de 1,4%), divorciadas ou viúvas do que em países com pessoas com baixos rendimentos (cerca de 0,7%) casadas ou solteiras (DSM-V, 2013).

A nível genético e fisiológico existe a evidência, quanto à história familiar. É considerada um dos fatores de risco mais relevante, apresentando numa média de dez vezes maior a sua possibilidade de aparecimento entre parentes adultos de pessoas com TB tipo I e tipo II (DSM-V, 2013).

No TB tipo I pondera-se que, o risco de suicídio ao longo do seu ciclo vital, é pelo menos 15 vezes o da população em geral, ou seja, desta forma, pode corresponder a cerca de um quarto de todos os suicídios. A nível de funcionalidade, cerca de 30% das pessoas com TB tipo I apresentam danos graves quanto ao seu desempenho profissional. Os danos a nível cognitivo dificultam o seu desempenho profissional e interpessoal e podem durar ao longo do seu ciclo vital e, mesmo no decorrer de períodos eutímicos (DSM-V, 2013).

O TB tipo II apresenta como característica o aparecimento de um ou mais episódios depressivos major, com duração de pelo menos duas semanas, e pelo menos um episódio hipomaniaco, com duração no mínimo de quatro dias (Saraiva & Cerejeira, 2017). Para o seu diagnóstico existem critérios sobreponíveis com os do episódio maniaco, como é o caso do humor considerado anormal. Mantém-se a referência a um aumento da energia e da atividade e existir 3 ou mais sintomas para se considerar como episódio hipomaniaco, como está relatado acima no episódio maniaco. Esta alteração de humor e do seu funcionamento é observada por outras pessoas, e não é grave o suficiente para causar danos graves no seu funcionamento social ou profissional ou para a necessidade de internamento (DSM-V, 2013).

No diagnóstico do episódio depressivo tem que existir, durante duas semanas, sintomas de: humor deprimido durante a maior parte do dia ou quase todos os dias com verbalização de tristeza e ruminações depressivas; anedonia; desesperança e desvalorização pessoal; isolamento e culpabilidade; dificuldade de concentração e lapsos de memória, Alteração no sono, apetite e libido; A ansiedade e a irritabilidade podem ser manifestadas. Podem ser mais frequentes e prolongados do que no TB tipo I. (Saraiva & Cerejeira, 2017; DSM-V, 2013).

Para os mesmos autores, são os episódios depressivos major que afetam o funcionamento profissional e social da pessoa com TB tipo II uma vez que, normalmente, os episódios hipomaniacos não causam danos à pessoa e, por outro lado, podem não ser considerados por esta, como patológicos ou prejudiciais. Desta forma, toda a informação fornecida por pessoas mais próximas ajudam no esclarecimento e no diagnóstico. O número de episódios depressivos major e hipomaniacos são superiores comparativamente com o TB tipo I.

Quanto á sua prevalência, “em 12 meses do transtorno bipolar tipo II, internacionalmente, é de 0,3%. Nos Estados Unidos, a prevalência em 12 meses é de 0,8%” (DSM-V, 2013, p. 136).

O seu desenvolvimento é atribuído no final da adolescência e ao longo da fase adulta, sendo a idade média estabelecida de 25 anos de idade. É comum o TB iniciar-se com um episódio depressivo, conotando-se desta forma, o porquê da dificuldade do diagnóstico. Só após o aparecimento de um episódio hipomaníaco é que se consegue o diagnóstico correto (DSM-V, 2013).

Relativamente às consequências funcionais cerca de 15% das pessoas com TB tipo II conseguem voltar à sua funcionalidade quer profissional quer social entre os episódios de humor.

Por fim no transtorno ciclotimia é caracterizado pela presença, durante pelo menos dois anos e sem períodos livres de dois meses entre os episódios, vários episódios hipomaníacos e depressivos. Estes episódios não estão catalogados nos critérios de diagnóstico quer da hipomania quer da depressão (Saraiva & Cerejeira, 2017).

Apresenta como característica fundamental a sua cronicidade e a oscilação de humor. O diagnóstico é estabelecido, somente, pelo facto, dos critérios para o episódio depressivo major, maníaco ou hipomaníaco, não serem satisfeitos (DSM-V, 2013).

De acordo com o mesmo autor, relativamente à sua prevalência ao longo do ciclo vital é de 0,4 a 1%, sem distinção de género. É um transtorno que tem início na adolescência ou início da idade adulta.

No TB os fatores de mau prognóstico estão associados a

“persistência de quadros subsindrômicos e recuperação interepisódica incompleta; predominância de sintomas depressivos; ocorrência de episódios mistos; padrão de ciclos rápidos; sintomas psicóticos; comorbilidade com perturbação da personalidade ou abuso de substâncias; má adesão à terapêutica; Comportamentos suicidários prévios” (Saraiva & Cerejeira, 2017, p. 192)

Por último, quanto ao seu tratamento, existe o tratamento farmacológico e outras abordagens terapêuticas tendo enfoque as estratégias psicoterapêuticas: psicoeducação, terapia cognitivo comportamental, a familiar e a interpessoal e dos ritmos sociais e, também, a electroconvulsivoterapia (Saraiva & Cerejeira, 2017).

Para os mesmos autores, em termos de terapêutica farmacológica existe o tratamento na fase aguda (dependendo o tipo de episódio) e na fase de manutenção. Os estabilizadores de humor são usados conforme as suas indicações preferenciais, sendo eles o lítio – com indicação para história familiar de TB, mania eufórica; história prévia de sequência mania-depressão; valproato de sódio – mania irritável, fases mistas, comorbilidades médicas e abuso comórbido de substâncias; carbamazepina – mania; lamotrigina – polaridade depressiva e depressão bipolar.

2.2 História pessoal

2.2.1 Identificação

Vitória, raça caucasiana, 72 anos de idade, casada e reformada, com grau de escolaridade 4º ano. Natural de Casal da Palmeiras, residente em Porto Lage, onde vive com o seu esposo. História elaborada com base no relato da utente.

2.2.2 Motivo de Internamento

Utente no decorrer da consulta externa programada, a 3 de maio de 2018, fica internada no serviço de psiquiatria por queixas inespecíficas, sentindo um calor, uma dor de cabeça com um aperto “parece uma ferida na cabeça”, nas palavras da utente. Sentimentos de tristeza, não consegue fazer as suas tarefas. Com ideias de morte com plano. Procede-se ao internamento, perturbação bipolar- episódio depressivo severo.

2.2.3 História da doença atual

História colhida por entrevista direta a 18 de maio de 2018.

Utente na consulta programada refere sentimentos de tristeza e avolia, com vários anos de evolução, mas, não consegue especificar temporalmente esta tristeza sentida. Há vários anos que se sente triste, mas refere que tem piorado nos últimos meses, não saindo do seu domicílio, isolando-se. Sente, também, umas “dores na cabeça” (relato da utente), mais precisamente na região parietal que a incomodam



bastante. Desde que se mudou para a sua aldeia, há alguns meses, tem-se sentido ainda mais triste, não conseguindo explicar o porquê. Está na sua terra, onde cresceu, mas não consegue sentir alegria. Sente falta de energia, de não ter iniciativa e motivação para realizar as suas atividades do dia-a-dia (ressalvando o cuidar de si e da sua casa). Desistiu dos seus hobbies: hidroginástica e croché. Viveu em alverca durante 44 anos e como o seu marido já está reformado, decidiram regressar à sua aldeia, mas, não tem amigas ou pessoas conhecidas para conversar, apenas o seu marido e caracteriza-o como uma pessoa pouco faladora. Também tem um apartamento no Entroncamento, onde passa umas temporadas, e aí, embora senti-se tristeza, gostava mais de morar e estava perto do seu filho.

Incomoda-lhe o barulho e sente que já não sabe fazer as tarefas domésticas. Inclusivamente, tem uma empregada doméstica para a auxiliar na limpeza da casa desde há alguns meses e, ultimamente, até lhe passa a roupa a ferro, algo que ela sempre gostou de fazer. Perdeu toda a sua motivação para as suas atividades do dia-a-dia tendo em si um grande impacto.

No dia 3 de maio fica internada no serviço de psiquiatria do Hospital Central Médio Tejo – Pólo Tomar, após observação na consulta externa. Está a cumprir o esquema terapêutico, mas não sente qualquer evolução no seu estado de ânimo, mantendo os sentimentos de tristeza e de avolia. Prefere estar só na sua enfermaria. Não consegue sentir alegria, acreditando que dificilmente conseguirá sair desta tristeza que sente.

Sente-se piorada no internamento, focalizando-se, também, na perda de apetite desde que está internada. No seu domicílio gostava de ingerir todos os tipos de alimentos e não tinha perda de apetite.

Apenas refere que as dores de cabeça não estão tão acentuadas e consegue dormir ao longo da noite por longos períodos. Tem apoio do marido que a vai visitar todos os dias, mas ambos ficam em silêncio ao longo da visita. Já é um comportamento característico do seu marido, mas da utente não. Fica em silêncio porque não sente nada, não tem nada para expressar ao seu marido, sente-se apática.

Sem projeções futuras. Sente que já não existe solução para voltar a ser como era anteriormente, sente esta tristeza há demasiado tempo.

Terapêutica instituída no internamento de psiquiatria, a 3 de maio: alopurinol 300mg (19h); clonazepam 0.5mg (22h); clopidogrel 75mg (9h); furosemida 40mg (7h); indapamida 1,5mg (9h); duloxetine 60mg (9h e 19h); pantoprazol 40mg (7h); pregabalina 75mg (13h e 19h); ramipril 2,5mg (9h); ácido valproico 500mg (19h); olanzapina 2,5mg (22h); lamotrigina 25mg (9h e 19h); lactulose 15ml (9h e 19h)

2.2.4 Antecedentes pessoais

Acidente vascular cerebral em 2007, mas sem consequências atualmente.

Utente não sabe precisar temporalmente desde quando é seguida por psiquiatria no hospital Júlio de Matos (hospital da área de residência, anteriormente) por transtorno bipolar tipo I. Apenas relata que é desde há “muitos anos”. Refere que teve três internamentos no serviço de psiquiatria (Dois internamentos por episódios depressivos e um internamento por episódio maníaco).

Refere hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II (não medicada) e paralisia facial na infância (aos 4 anos), hiperuricémia. Por miopia e astigmatismo uso de óculos graduados.

No mês de janeiro de 2014 por queda dos próprios pés no seu domicílio submetida a artrodese posterior DL2 – L1-L2 com fratura a L1. Entretanto mudou de residência para o Lar de Carrazeda Quinta da fonte, derivado à dificuldades apresentadas nas atividades de vida diárias, após a cirurgia, onde permaneceu três meses.

Em abril de 2014 faz uma intoxicação por lítio, com valores três vezes superiores ao limite. Sem seguimento por Psiquiatria desde que se mudou para a zona do Centro Hospitalar do Médio Tejo.

Em março de 2017 submetida a uma colecistectomia laparoscópica por litíase da vesícula biliar sintomática. Em abril de 2017 com diagnóstico de erisipela com edema do membro inferior esquerdo, permanecendo um dia internada. Outubro de 2017 internada para estudo de polineuropatia sensitiva: gamapatia monoclonal a IGA Kappa e espessamento do endométrio. Em novembro de 2017 submetida a dilatação e curetagem uterina. No final do ano de 2017, foi submetida a colocação de prótese fixa dentária.

Em fevereiro de 2018 submetida a histerectomia abdominal total e salping - ooforectomia bilateral.

Medicação habitual do domicílio: duloxetine 60mg (9h); diplexil 500mg (9h-19h); clonazepam 2mg (22h); agomelatina 25mg (9h); Olanzapina 2,5mg (22h) e clonazepam 0,5 mg (9h-13h-19h). Nega qualquer tipo de alergia.

2.2.5 História Pessoal e Social

- Primeira infância/idade pré-escolar:

A Vitória é a segunda filha de uma fratria de 2 irmãos. Refere não se lembrar de informações desta altura da sua vida, com um desenvolvimento infantil normal. Vivia com os seus pais e o seu irmão na aldeia Porto de Lage.

- Segunda infância/idade escolar:

A Vitória refere que frequentava o ensino sem dificuldade de aprendizagem. A sua progenitora faleceu aquando tinha 10 anos de idade, devido a “cancro na cabeça” (relato da utente). Após o falecimento da progenitora caracterizava-se inclusivamente como uma “criança triste, sem mãe” (relato da utente) nesta fase da sua vida. Foi morar com os seus avós. Manteve a frequentar a escola, mas já não gostava muito. Lembra-se que gostava muito de música.

Menarca 11 anos de idade, ciclos regulares.

- Adolescência e puberdade:

Apenas refere que o pai lhe dava pouca liberdade, caracterizando-o como “pessoa amiga, mas rígida” (relato da utente). Saía apenas de casa quando o seu pai a autorizava, até para os bailes da aldeia tinha que pedir autorização. Não tinha a mesma liberdade que as suas amigas. Não tinha a sua mãe para lhe “explicar coisas de mulher” (relato da utente). Desistiu de estudar pois gostava era de música.

- Maturidade/idade adulta

Apenas se recorda desta fase de vida que o seu esposo morava perto de si. Casou, no mês de julho, com 24 anos de idade e ficou grávida em Agosto. Casou pela igreja. Foi residir para Alverca derivado ao emprego do seu marido. Exercia funções de chefe na Central Elétrica. Morou em Alverca durante 44anos. Nunca trabalhou, sempre

cuidou da sua casa e do seu filho. Considera-se doméstica. Menopausa desde há alguns anos, mas não recorda da idade.

Quanto aos seus hobbies e atividades, antigamente gostava de participar na hidroginástica, mas desde que teve que ser operada à coluna nunca mais foi a mesma e desistiu de ir. Também desistiu de fazer croché e passar a ferro. Neste momento não gosta de fazer nada, “apenas quer estar no seu canto” (relato da utente).

Desde há quatro anos, após o marido se ter reformado, saiu de Alverca. Tem um apartamento no Entroncamento onde passa umas temporadas. Tem, também, uma casa em Porto de Lages que foi remodelada e, onde atualmente habita. É a sua antiga casa onde morava com os avós. Desde há alguns meses que está na sua aldeia, mas a casa é grande demais para os dois. Tem um quintal e o marido gosta de ocupar-se da horta, ao contrário da utente que não gosta. Temporalmente, não se recorda há quanto tempo sente tristeza, apenas reforça que “há vários anos que ando triste” (relato da utente). Perdeu todo o interesse pelas suas atividades preferidas: o cozinhar, o passar a ferro, a hidroginástica e o croché. Neste momento tem uma empregada doméstica para a auxiliar nas tarefas uma vez não se sente em condições e sem iniciativa.

2.2.6 Personalidade Prévia à doença atual

A Vitória considera que anteriormente era feliz e sentia prazer nas atividades que fazia quer fossem domésticas quer fossem recreativas. Gostava muito de cozinhar e de passar a ferro. Gostava de ir à hidroginástica e de fazer croché. Neste momento, considera-se uma pessoa triste, que perdeu toda a iniciativa para executar as suas tarefas domésticas no seu domicílio. Adorava cozinhar e passar a ferro. Perdeu toda a sua motivação em participar nos seus passatempos: hidroginástica e croché. Tem-se isolado no seu domicílio pois é onde se sente bem, sem ruídos e apenas na companhia do seu marido.

2.2.7 Antecedentes familiares

Ambos os avós já faleceram. Foram o seu suporte familiar, bem como o seu progenitor, desde que a sua progenitora faleceu. Mantinham uma boa relação.



Os pais da Vitória já faleceram. Pai, falecido aos 80 anos de idade, por pneumonia. Mãe, falecida aos 42 anos, por cancro. Refere que tinha uma boa relação com a progenitora, “mas faleceu cedo demais” (relato da utente). Com o progenitor mantinha também uma boa relação, mas caracterizava-o como uma pessoa rígida, mas amiga.

O irmão é considerado uma pessoa ansiosa. É casado. Tem um filho do género masculino e, que tem 2 filhos (1 género masculino e 1 género feminino).

Não estabelece relação interpessoal com o irmão desde há 3 anos, desde que fizeram as partilhas referentes à herança. O irmão ficou com as melhores partilhas. Anteriormente davam-se bem. Sente-se triste por não falar com o irmão.

Vitória, tem um filho, 47 anos de idade, solteiro, sem filhos. Toxicodependente. Iniciou “consumos de drogas” (relato da utente e não sabe especificar que tipo de drogas) aos 18 anos. Segundo relato da utente “Agora acha que ele não consome qualquer tipo de substâncias”. Vive no Entroncamento. Trabalha numa empresa, executando a função de conduzir a empilhadora. “Frequentou uma associação para conseguir livrar-se das drogas” (relato da utente). Não tem grande relação com o filho – “ele diz certas coisas que me caem mal”, não no

s entendemos, mas gosta muito dele.

Em anexo apresenta-se o genograma (Anexo I) e o ecomapa (Anexo II) da situação familiar da utente Vitória.

3. Avaliação do estado mental

Segundo o parecer da Mesa do colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Ordem dos Enfermeiros (OE) os enfermeiros devem realizar avaliação diagnóstica de enfermagem que compreende tanto a avaliação física como a avaliação do estado mental (AEM), sendo esta última realizada através de entrevista onde é possível recolher dados acerca da cognição, pensamento, consciência de si, emoções, assim como “informações acerca das atividades de vida diárias e a forma como o utente gere a sua problemática de saúde também devem ser recolhidas pela mesma forma” (OE, 2017, p. 3).

“A AEM é um dos vários instrumentos que o enfermeiro pode utilizar dentro da componente de avaliação diagnóstica compreensiva no processo de enfermagem, para detetar alterações da normalidade em várias áreas do funcionamento mental do indivíduo” (OE, 2017, p. 1), sendo atribuída esta avaliação como uma competência dos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria.

A Vitória apresenta uma postura tensa, retraída, com hiponímia. Contacto difícil, não estabelecendo contato ocular. Idade aparente à real, com vestuário adequado à época do ano e higiene cuidada.

Consciência: vígil, sem alterações quantitativas ou qualitativas da consciência.

Orientação: orientada no tempo e no espaço, auto e alopsiquicamente.

Atenção: com alterações na atenção ativa, com hipoproxésia. Com dificuldade de concentração.

Memória: Sem alteração da memória remota, recente ou imediata. Sem amnésia/hiperamnésia ou paramnésias.

Percepção: sem alteração da percepção, inclusivamente distorções sensoriais ou falsas percepções.

Discurso: coerente, mas, com linguagem quantitativamente diminuída, com bradifemia, conotando-se o aumento do tempo de latência e na espontaneidade do discurso. Hipofonia.

Pensamento: alteração do seu curso, com bradipsíquia e sem alteração na sua continuidade. Sem alteração na forma, posse ou conteúdo do pensamento. Sem ideias suicidas.

Vivência do eu: Sem alterações da consciência da existência e atividade, da unidade, continuidade ou limites do Eu.

Humor, emoções e afetos: com temperamento distímico. Humor distímico – deprimido. Com alterações da energia vital, anedonia e da atividade motora. Tristeza patológica, sem desencadeante, estando presente a tríade cognitiva: visão negativa de si mesmo, visão negativa das suas interações e visão negativa do futuro. Abulia. Uma tristeza que invade a utente e que não vê qualquer possibilidade de melhoria. Sente-se deprimida ao longo do dia. Referência a ansiedade.

Motricidade: com alteração dos movimentos espontâneos: hipoatividade, apresentando redução dos movimentos expressivos com presença do sinal de Veraguth e com expressão facial triste. Mimica facial pobre e pouco reativa. Gesticulação limitada. Com redução dos movimentos direcionados: lentificação psicomotora. Postura pouco fletida, com ombros descaídos, cabeça inclinada para baixo.

Vontade, impulsividade e comportamentos agressivos: com alteração quantitativa da vontade: hipobulia, condicionando a imprecabilidade dos atos e o abandono das atividades, permanecendo em isolamento na sua enfermaria. Sem comportamentos auto ou heteroagressivos.

Vida Instintiva: alteração no sono com insónia inicial. Alteração do comportamento alimentar: anorexia, referindo uma perda de apetite desde que está internada.



Inteligência: Sem aparente debilidade ou diminuição da inteligência

Consciência da doença: com insight, reconhecendo a sua doença e a necessidade de tratamento.

4. Diagnóstico de enfermagem

O diagnóstico de enfermagem é entendido como a atribuição efetuada pelo enfermeiro acerca de uma decisão de um fenómeno que é o foco das intervenções de enfermagem. A intervenção de enfermagem é considerada a ação para a resposta de um diagnóstico de enfermagem, tendo como finalidade a obtenção de um resultado de enfermagem (International Council of Nurses, 2016).

Apresenta como objetivo atingir uma necessidade apresentada pela pessoa e que se consiga adequar uma resposta face ao diagnóstico executado. Este mesmo diagnóstico é exclusivo à profissão enfermagem. Tem como características ser específico, claro e objetivo tendo em conta os dados observados e os que são fornecidos pelo utente, havendo distinção dos sinais e dos sintomas (Amaral, 2010).

Os diagnósticos de enfermagem que carecem de avaliação no presente estudo de caso são:

- ✓ Ansiedade presente em grau elevado;
- ✓ Humor comprometido em grau elevado;
- ✓ Coping comprometido em grau elevado;
- ✓ Força de vontade comprometida;
- ✓ Tristeza presente em grau elevado;
- ✓ Interação social comprometida;
- ✓ Bem-estar emocional comprometido;
- ✓ Alimentação em grau reduzido;
- ✓ Autocuidado Higiene grau independente;
- ✓ Autocuidado uso do sanitário grau independente;
- ✓ Obstipação presente;
- ✓ Andar, grau reduzido.

5. Plano de cuidados de enfermagem

<u>Diagnóstico de Enfermagem</u>	<u>Intervenções de Enfermagem</u>	<u>Resultados Esperados</u>	<u>Avaliação</u>
Alimentar-se em Grau reduzido	– Vigiar refeição Com horário fixo 9:00, 13:00, 17:00, 19:00, 21:00 – Assistir no alimentar-se	Que a pessoa consiga encarregar-se de organizar a ingestão de alimentos sob a forma de refeições saudáveis, cortar e partir os alimentos e levar a comida à boca.	Autónoma no alimentar-se ao longo das semanas. Supervisada ao longo das refeições.

<u>Diagnóstico de Enfermagem</u>	<u>Intervenções de Enfermagem</u>	<u>Resultados Esperados</u>	<u>Avaliação</u>
Autocuidado	– Supervisar o autocuidado higiene	Que a pessoa consiga encarregar-se de manter um padrão contínuo de higiene, conservando o corpo limpo	Autónoma no autocuidado ao longo das semanas. Vestuário limpo e adequado.

Higiene : independente	– Avaliar autocuidado higiene: Turno da manhã	e bem arranjado.	
-----------------------------------	--	------------------	--

<u>Diagnóstico de Enfermagem</u>	<u>Intervenções de Enfermagem</u>	<u>Resultados Esperados</u>	<u>Avaliação</u>
Autocuidado Uso do sanitário : independente	– Avaliar autocuidado Uso do sanitário De 8/8 horas – Vigiar eliminação intestinal De 8/8 horas – Vigiar eliminação Vesical De 8/8horas	Que a pessoa consiga levar a cabo as atividades de eliminação conseguindo fazer a sua própria higiene íntima.	Autônoma no autocuidado ao longo das semanas. Referencia a obstipação, sendo administrada terapêutica em SOS. Refere pouco efeito.

<u>Diagnóstico</u>	<u>Intervenções de Enfermagem</u>	<u>Resultados Esperados</u>	<u>Avaliação</u>
---------------------------	--	------------------------------------	-------------------------

<u>de</u> <u>Enfermagem</u>			
Obstipação presente Grau frequente	Avaliar obstipação De 8/8 horas Vigiar eliminação intestinal De 8/8 horas – Incentivar ingestão de líquidos – Administrar terapêutica em SOS	Que a pessoa consiga ao longo do internamento reduzir a emissão de fezes duras, moldadas, aumente a frequência de eliminação e aumente a quantidade de fezes, bem como o alívio da dor e distensão abdominal. Objetivo de regular o seu trânsito intestinal.	Autónoma no autocuidado ao longo das semanas. Referencia a obstipação, sendo administrada terapêutica em SOS. Refere pouco efeito. Incentivada na hidratação oral ao longo do dia e na ingestão das leguminosas às refeições principais. Deambular pelo corredor. Utente pouco recetiva às indicações. Observada pela especialidade Cirurgia, ficando com marcação de exame colonoscopia a 7 de junho. Após realização de exame, sem alterações, mantém obstipação e renitente às indicações anteriormente dadas.

<u>Diagnóstico</u> <u>de</u>	<u>Intervenções de Enfermagem</u>	<u>Resultados Esperados</u>	<u>Avaliação</u>
---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	------------------

<u>Enfermagem</u>			
Andar em grau reduzido	– Avaliar o andar De 8/8 horas – Supervisar o andar De 8/8 horas	Que a pessoa consiga encarregar-se de deambular sem qualquer dificuldade no ambiente em que se apresenta.	Deambula sem auxílio de marcha. Com supervisão. Com lentificação motora ao longo das semanas

<u>Diagnóstico de Enfermagem</u>	<u>Intervenções de Enfermagem</u>	<u>Resultados Esperados</u>	<u>Avaliação</u>
Ansiedade Presente Em grau	– Avaliar ansiedade (EESMP) Aplicação do instrumento de avaliação Escala de Hamilton, semanalmente (Anexo III).	Que a pessoa consiga utilizar estratégias para controlo da ansiedade presente, emoção	<u>Semana de 23-25 de maio:</u> Apresenta score de 31 na aplicação do instrumento de avaliação. Refere sentir-se ansiosa, por sentir tristeza, sem fator desencadeante.

Elevado	– Assistir na ansiedade Disponibilizar a presença junto do utente; promover utilização e objetos que simbolizem segurança; procurar envolver a perspetiva do utente sobre situações que desencadeiam o stress e consequentemente se tornam ansiogénicas. Incentivar a participação em atividades recreativas direcionadas para a redução de stress e para se distrair. Auxiliar a identificar situações que precipitam a ansiedade. – Otimizar ambiente Gerar uma atmosfera que auxilie na confiança do utente. – Disponibilizar suporte emocional (EESMP) Estabelecer uma relação terapêutica com o intuito de estabelecer as condições imprescindíveis à partilha e confiança mútua, assistindo a reconhecer sentimentos (por exemplo tristeza e ansiedade); informar o utente da disponibilidade, sem reforçar comporta-	caracterizada por sentimentos de tensão, preocupação, insegurança, normalmente acompanhados por alterações físicas, forma a possibilitar uma maior capacidade funcional a nível laboral e social. Ansiedade Ausente.	Sente-se “ansiosa por dentro” e com a cabeça oca. Incentivada na participação da intervenção psicoterapêutica: “Hora do conto” (anexo IV) e na “Mímica” (anexo V) ou de se recorrer uma técnica de distração, mas recusa, permanecendo na sua enfermaria. Recusa também técnica de relaxamento e os exercícios respiratórios abdominais (anexo VI). Executada entrevista clínica de modo a identificar as suas necessidades (diagnósticos). <u>Semana de 30 de maio a 1 de junho:</u> mantém o mesmo score. Mantém a referência de sensação de “ansiosa por dentro”, não conseguindo explicar o porquê. Mantém sensação de cabeça oca. Aceita participar na intervenção psicoterapêutica “Quem Sou eu” (Anexo VII) e “Jogo do Uno” (Anexo VIII) e aceita participar no exercício de respiração abdominal. Executada técnica de distração: ler revistas com a utente. Refere que a ajudou pois ao ler em conjunto as notícias não pensa na sua ansiedade. Executada também sessão de relação de ajuda formal relativamente ao impacto que o isolamento social tem na sua ansiedade.
-----------------------	---	---	---

	mentos de dependência; encorajar a expressão de sentimentos de ansiedade e tristeza; encorajar na expressão de sentimentos de ansiedade e ajudar o utente a identificar esses mesmos sentimentos. A ter em conta: Usar o silêncio, quando apropriado, estabelecer confiança e atenção positiva, promover uma atitude de aceitação, ouvir as preocupações do utente, tocar o doente exprimindo interesse, quando apropriado. Promover espaço para o utente. Motivar a utilização de mecanismos de defesa apropriados, bem como, facilitar a identificação de estratégias que habitualmente adota face a esses sentimentos; analisar com o utente o desequilíbrio emocional identificando o que desencadeia essas emoções; encorajar o diálogo o choro de modo a reduzir a resposta emocional; identificar consequências por não lidar com os sentimentos; oferecer apoio. – Confortar Estar com o utente, não fazer exigências ou pedir que tome decisões, apoiar os mecanismos de resolução presentes (permitir que fale, chore, caminhe no	<u>Semana 6 a 8 de junho:</u> mantém o mesmo score. Mantém referência a ansiedade, referindo sensação de calor e sudorese. Sente “palpitações no seu coração, fica mais ansiosa por pensar que se sente ansiosa e não saber o porquê” (relato da utente). Para diminuição da ansiedade aplicada exercício respiratório abdominal. Utente aceita participar. Verbaliza ter ajudado. Procedeu-se às seguintes intervenções psicoterapêuticas: “Hora do Conto” e “Desenho Livre” (Anexo IX). Utente embora tenha de ser estimulada participa com boa interação grupal e comunicativa que com enfermeira quer com os restantes participantes. <u>Semana de 13 a 16 de junho:</u> mantém a referência de ansiedade, apresentando o mesmo score. Executa-se intervenção psicoterapêutica individual: relação de ajuda e exercícios respiratórios. Refere sentimentos de infelicidade sem causa conhecida com aumento da tensão muscular, aumento da transpiração. Mantém a ansiedade presente, em grau elevado. No dia 13 de junho participa na intervenção psicoterapêutica individual, relação de ajuda. Ao longo das semanas foram estabelecidas metas para a sua
--	---	---

	corredor). Comunicar num tom de voz calmo e pausado. – Escutar Ouvir as preocupações do utente, num espaço acolhedor, com privacidade e sem ruídos, promover a relação terapêutica concedendo ao utente a expressão verbal de sentimentos, perceções e medos; valorizar as emoções; ter especial atenção ao tom, ritmo e volume de voz e mensagens verbais e não-verbais; evitar as barreiras de comunicação; assistir o utente na identificação de problemas ansiogénicos; determinar o sentido da mensagem recebida, marcando o tempo de resposta e refletindo na sua compreensão (refletir sobre atitudes, experiencias passadas e situação atual); identificar a compreensão da mensagem por meio de perguntas e feedback. – Executar técnica de relaxamento (EESMP) Escolher a que melhor se adequa ao utente/situação que está a vivenciar. Meio terapêutico que incide		situação problemática: o isolamento social demonstrado não a ajudava na diminuição da ansiedade. Ao longo das semanas a utente foi modificando o seu comportamento relativamente ao isolamento social de modo a diminuir a ansiedade. Começou a interagir com as utentes da sua enfermaria e, inclusivamente, começou a dar caminhadas pelo corredor com outra utente, de modo a contrariar a preferência pelo isolamento na sua enfermaria. Restantes dias recusa participar nas intervenções psicoterapêuticas “Criar uma História” (Anexo X), “As características que melhor me definem” (Anexo XI) e nos exercícios de respiração para redução da ansiedade. A intervenção Incentivar o envolvimento da família (EESMP) não pode ser executado uma vez que ao longo dos turnos efetuados o seu familiar de referencia: esposo, não veio visitá-la, vindo noutro horário.
--	--	--	--

direta ou indiretamente no tónus muscular. Indicado para hipertonia muscular, quer seja por motivos ansiosos, hiperatividade motora ou mesmo desequilíbrios afetivos. A tensão psíquica reflete-se na tensão muscular. Ajuda no autocontrolo do tónus muscular e da respiração e na aprendizagem a auto relaxar-se.

– Incentivar o envolvimento da família (EESMP)

Definir com a família de referência os papeis a desenvolver pelos diferentes membros. Encorajar na participação dos cuidados e promover a focalização da família em aspetos positivos da situação clinica; advogar nos familiares as mudanças de estilo de vida do utente; assistir os familiares a identificar as capacidades e dificuldades do utente; estabelecer uma relação de confiança com os familiares que se envolverão nos cuidados; auxiliar na perceção dos familiares quanto à situação, eventos precipitantes, sentimentos e comportamentos do utente; identificar e respeitar os mecanismos de coping dos familiares;

	identificar as expectativas dos familiares; oferecer aos familiares informações sobre o utente, mediante a preferência deste. – Executar técnica de distração (EESMP) Técnicas de distração: traçar os seus benefícios e estimular o utente a escolher uma atividade a seu gosto (música, ler, assistir televisão, jogar às cartas, relacionar-se com os utentes, entre outras). Encorajar e incentivar a participação em atividades de grupo não competitivas e promover o reforço positivo na participação das mesmas. – Assistir pessoa a identificar fatores desencadeantes de ansiedade – Executar terapia de modificação do comportamento (EESMP) Auxiliar o utente a desenvolver novas habilidades interpessoais ou aperfeiçoar as habilidades sociais existentes. Auxiliando na substituição de um com-		
--	--	--	--

portamento desejável por outro desejável. Encorajar deste modo a utente a verbalizar os sentimentos associados a problemas interpessoais e estabelecer metas para as relações/situações problemáticas.

– **Executar intervenção psicoterapêutica (EESMP)**

Técnicas de distração: traçar os seus benefícios e estimular o utente a escolher uma atividade a seu gosto (música, ler, assistir televisão, jogar às cartas, relacionar-se com os utentes, entre outras). Encorajar e incentivar a participação em atividades de grupo não competitivas e promover o reforço positivo na participação das mesmas.

Relação de ajuda profissional: a utente deve de ter consciência do problema e desejar resolvê-lo. Deve ser planeada com a utente, podendo-se recorrer a várias sessões que correspondam, á resolução de um problema concreto.

<u>Diagnóstico de Enfermagem</u>	<u>Intervenções de Enfermagem</u>	<u>Resultados Esperados</u>	<u>Avaliação</u>
Humor comprometido Grau elevado	– Avaliar humor (EESMP) Aplicação de instrumento de avaliação Profile of Mood States (POMS), semanalmente (anexo XII) – Gerir ambiente Propiciar um ambiente calmo, sem hiperestimulação, promovendo um ambiente seguro de acordo com as possibilidades existentes; facilitar o uso de itens pessoais como pijama e objetos de higiene. – Otimizar comunicação Comunicar calma e pausadamente, com uma postura de serenidade; gerir o silêncio e evitar barreiras de comunicação. – Vigiar comportamento	Que a pessoa consiga modificar o grau de disposição de sentimentos e tonalidades emocionais de forma a atingir um humor eutímico. Humor não comprometido.	<u>Semana de 23-25 de maio:</u> Apresenta humor deprimido em grau elevado, na aplicação do instrumento de avaliação. Sem resposta emocional adequada às circunstâncias, hiponímia, afeto apresentados, não adequados. Recusa participar na intervenção psicoterapêutica e técnica de relaxamento. <u>Semana de 30 de maio a 1 de junho:</u> Mantém igualmente humor comprometido em grau elevado. Mantém-se sem alterações ao descrito na semana anterior, mas já aceita participar nas intervenções psicoterapêuticas. <u>Semana 6 a 8 de junho:</u> Mantém igualmente humor deprimido em grau elevado. Mantém-se sem alterações ao descrito na semana anterior e aceita participar nas intervenções psicoterapêuticas executadas.

	– Disponibilizar suporte emocional (EESMP) Estabelecer uma relação terapêutica com o intuito de estabelecer as condições imprescindíveis à partilha e confiança mútua, assistindo a reconhecer sentimentos (por exemplo tristeza e ansiedade); encorajar a expressão de sentimentos de ansiedade e tristeza; A ter em conta: Usar o silêncio, quando apropriado, estabelecer confiança e atenção positiva, promover uma atitude de aceitação, ouvir as preocupações do utente, tocar o doente exprimindo interesse, quando apropriado, promover espaço para o utente. – Incentivar a comunicação de sentimentos – Planear técnica de relaxamento (EESMP) Relaxamento muscular progressivo: Assistir o utente a concentrar-se e a sentir-se confortável; examinar periodicamente o utente, para garantir que o grupo		<u>Semana 13 a 16 de junho:</u> Após aplicação do instrumento de avaliação mantém humor deprimido em grau elevado. Mantém fâcies hiponímico, com sentimentos de tristeza e desalento. Auxiliada a identificar os elementos precipitantes do humor disfuncional bem como expressar os seus sentimentos. Para a utente a descompensação da sua doença de base projetou-a para a tristeza, mantém-se, após estas semanas, a sentir tristeza e fica sem qualquer ânimo para o quer que seja. Não aceita participar nas intervenções psicoterapêuticas, regredindo novamente para a tendência de isolamento na enfermaria. As intervenções psicoterapêuticas grupais e individuais ao longo das semanas, segundo a utente ajudaram-na, mas mantém humor comprometido em grau elevado.
--	---	--	--

	muscular específico está relaxado executar lentamente, a conclusão da sessão de relaxamento; Instruir o utente a contrair cada grupo muscular (5 a 10 segundos); instruir utente a não contrair os músculos dos pés mais de 5 segundos (prevenção de câibras); monitorizar indicadores de não relaxamento (movimento, respiração dificultada, conversa e tosse); orientar o utente a concentrar-se nas sensações musculares enquanto os músculos estiverem contraídos e relaxados, alternadamente; orientar o utente a respirar profundamente e, devagar, libertar a respiração e a tensão; permitir que o utente expresse os seus sentimentos a respeito da intervenção. – Executar técnica de relaxamento (EESMP) – Executar intervenção psicoterapêutica (EESMP) Técnicas de distração: traçar os seus benefícios e estimular o utente a escolher uma atividade a seu gosto (música, ler, assistir televisão, jogar às cartas,		
--	---	--	--

relacionar-se com os utentes, entre outras). Encorajar e incentivar a participação em atividades de grupo não competitivas e promover o reforço positivo na participação das mesmas;

Relação de ajuda profissional: a utente deve de ter consciência do problema e desejar resolvê-lo. Deve ser planeada com a utente, podendo-se recorrer a várias sessões que correspondam, á resolução de um problema concreto.

– **Escutar**

Ouvir as preocupações do utente, num espaço acolhedor, com privacidade e sem ruídos, promover a relação terapêutica concedendo ao utente a expressão verbal de sentimentos, perceções e medos; valorizar as emoções; ter especial atenção ao tom, ritmo e volume de voz e mensagens verbais e não-verbais; evitar as barreiras de comunicação.

<u>Diagnóstico de Enfermagem</u>	<u>Intervenções de Enfermagem</u>	<u>Resultados Esperados</u>	<u>Avaliação</u>
Coping comprometido Em grau elevado	– <u>Avaliar coping (EESMP)</u> Aplicação do instrumento de avaliação Inventário de Resolução de Problemas, semanalmente (Anexo XIII) – <u>Instruir sobre estratégias (EESMP)</u> Ao avaliar a capacidade do utente para tomar decisões de forma independente, apoiar na utilização de mecanismos de defesa apropriados; encorajar a expressão de perceções, sentimentos e medos; ajudar a identificar as suas forças e habilidades; incentivar na identificação de objetivos apropriados a curto e a longo prazo e auxiliar na procura de recursos disponíveis para atingir esses mesmos objetivos; auxiliar na identificação de sistemas de suporte disponíveis; promover a identificação de estratégias de coping e a sua eficácia e encorajar na identificação das estratégias positivas para lidar com as limitações e gerir as necessidades ligadas às alterações	Que a pessoa consiga gerir o stresse que constitui um desafio aos recursos que a mesma tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotetores que o defendem contra ameaças subjacentes que são apercebidas como ameaçadoras. Que haja diminuição de stresse e verbalização da aceitação da situação, com capacidade para a resolução de problemas. Coping não comprometido.	<u>23 a 25 maio</u> – Coping comprometido em grau elevado (score 140). Utente sem disposição para gerir o stresse, que constitui um desafio para que satisfaça as exigências da vida. Refere não ter capacidade para resolução dos seus problemas e não adota comportamentos promotores a redução de stresse, referindo também desconforto pela situação em que está. <u>30 maio a 1 de junho</u> - Coping comprometido em grau elevado (score 140). Mantém-se como acima descrito. Tentativa de encontrar com a utentes soluções alternativas, mas não existe feedback por parte da utente. Refere que não se revê na toma das decisões em relação ao tomar conta da sua casa, nas tarefas domésticas e na preparação das refeições (em que tem que escolher o que fazer). Com incapacidade em atingir objetivos dos seus papéis e necessidades. Executada intervenção terapêutica relação de ajuda formal, incentivando a abordar o

	de estilo de vida; encorajar o desenvolvimento de novas estratégias de coping e capacidades para resolver os problemas. – Incentivar a comunicação de sentimentos – Confortar Estar com o utente, não fazer exigências ou pedir que tome decisões, apoiar os mecanismos de resolução presentes (permitir que fale, chore, caminhe no corredor). Comunicar num tom de voz calmo e pausado. – Assistir a identificar estratégias de coping eficazes (EESMP) Encorajar o utente a avaliar objetivamente a sua situação ao avaliar o impacto da sua situação nos papeis e relacionamentos, compreendendo a perspectiva do utente sobre a sua situação; encorajar o utente a autoavaliar o comportamento e capacidades de modo a esclarecer ideias erradas; encorajar o utente a ter uma atitude de esperança realista sobre		seu problema: derivado ao seu isolamento social e ao seu estado animico não apresenta disposições nem mecanismos de coping. Executado contrato terapêutico: contrariar a tendência para o isolamento social e interagir, primeiramente com as utentes da sua enfermaria. Promoveu-se feedback e reforço positivo e apoiada a sua tomada de decisão para a sua modificação de comportamento. <u>6 a 8 de junho</u> - Coping comprometido em grau elevado (score 140). Mantém as queixas descritas acima. Sem qualquer motivação, segundo a utente. Assistida a utente a alterar as formas de lidar com as suas necessidades humanas básicas e no desempenho de papéis. Assistida a avaliar objetivamente a sua situação e tentativa de perceber a sua perspectiva da situação. No entanto, utente, não apresenta feedback dado que refere que nunca mais se livrará desta tristeza e nunca mais conseguira lidar o que fazia no seu dia-a-dia. <u>13 a 16 de junho</u> - Coping comprometido em grau elevado. No dia 13 de junho, utente colaborante e
--	---	--	--

	a sua situação; identificar os mecanismos de coping utilizados e otimizar os mesmos, identificando os mais eficientes. – Escutar Ouvir as preocupações do utente, num espaço acolhedor, com privacidade e sem ruídos, promover a relação terapêutica concedendo ao utente a expressão verbal de sentimentos, perceções e medos; valorizar as emoções; ter especial atenção ao tom, ritmo e volume de voz e mensagens verbais e não-verbais; evitar as barreiras de comunicação; assistir o utente na identificação de problemas ansiogénicos. – Apoiar na toma de decisão (EESMP) Assistir na explicação de decisão a outras pessoas; facilitar a articulação das metas de cuidado do utente disponibilizando as informações solicitadas; informar sobre soluções alternativas identificando vantagens e desvantagens de cada solução.		encorajada a ter uma atitude de esperança realista sobre a sua situação. Identificado com a utente os mecanismos de coping para as situações que lhe provocam stresse e ansiedade. Refere que, embora não se sinta capaz de lidar com as suas tarefas domésticas, irá contrariar as suas ideias de que não conseguirá e terá o apoio da empregada doméstica que tem contratada, até se sentir confortável em começar novamente as suas tarefas. Tem a esperança que a tristeza se desvaneça com o tratamento que está instituído e com o benefício do internamento, pois sabe que esta tristeza é derivada à sua doença pois a utente não se considera uma pessoa triste. Apresenta uma visão menos negativista do seu futuro e com disposição em gerir as suas situações. Restantes dias utente adota novamente a referência que não tem mecanismos para ultrapassar as suas situações, tudo isto derivado à tristeza sentida e ao isolamento social em que se remete.
--	---	--	---

	– Incentivar o envolvimento da família (EESMP) Definir com a família de referência os papeis a desenvolver pelos diferentes membros. Encorajar na participação dos cuidados e promover a focalização da família em aspetos positivos da situação clinica; advogar nos familiares as mudanças de estilo de vida do utente; assistir os familiares a identificar as capacidades e dificuldades do utente; estabelecer uma relação de confiança com os familiares que se envolverão nos cuidados; avaliar a perceção dos familiares quanto à situação, eventos precipitantes, sentimentos e comportamentos do utente; identificar e respeitar os mecanismos de coping dos familiares; identificar as expectativas dos familiares; oferecer aos familiares informações sobre o utente, mediante a preferência deste.		
<u>Diagnóstico de Enfermagem</u>	<u>Intervenções de Enfermagem</u>	<u>Resultados Esperados</u>	<u>Avaliação</u>

Força de vontade comprometida	– Avaliar força de vontade Diariamente, no turno da manhã e da tarde. – Incentivar comunicação Falar calma e pausadamente, utilizar postura de serenidade; evitar barreira de comunicação; incentivar utente na expressão das suas preocupações e sentimentos. – Otimizar comunicação Estabelecer contacto visual, evitar confrontar utente, tom de voz adequado, postura serena, gerir silêncio, evitar barreiras na comunicação – Incentivar esperança – Assistir na força de vontade (<u>EESMP</u>) Auxiliar na reflexão entre os sentimentos vivenciados e a realidade concreta; explorar acontecimentos positivos e pessoas significativas, no sentido de identificar razões que passam dar significado à sua vida; encorajar e identificar as suas próprias habilidades e forças; – Incentivar interação social Encorajar a utente a desenvolver inter-relações bem	Que a pessoa consiga apresentar a capacidade de dirigir e controlar as suas próprias ações, impulsionar a sua motivação com o aumento da força de vontade para as tarefas difíceis para a mesma. Força de Vontade não comprometida.	Ao longo de todas as semanas utente manteve a referência a sentir falta de motivação e de interesse, derivado à tristeza sentida. Apresenta redução do desejo, da motivação no início de comportamentos dirigidos a objetos, permanecendo longos períodos na sua enfermaria isolada. Quanto às atividades de vida diárias apresenta-se funcional, mas tendo de ser incentivada diariamente para as executar. No dia 1 de Junho executada intervenção psicoterapêutica: entrevista formal não estruturada onde se abordou com a utente os motivos que levam a sentir triste e com avolia; construir um ponto de partida para a reconceptualização do problema, tendo o utente sempre um papel ativo na escolha dos temas abordados e os tipos de problemas vivenciados: tristeza, falta de motivação e isolamento social. Utente associa à sua doença e aguarda que a terapêutica faça o efeito pretendido de modo a que a sua tristeza sem fator desencadeante se desvaneça e, consequentemente, a sua motivação
---	--	---	--

	como a participar nas atividades de grupo, de forma gradual; auxiliar a utente a compreender o seu comportamento e relacionamento com os outros; auxiliar a utente na construção de expectativas quanto a si mesmo e aos outros, identificar situações que lhe causem dificuldades no relacionamento com os outros; elaborar um plano de intervenção. – Incentivar a comunicação de sentimentos – Incentivar aceitação do estado de saúde (<u>EESMP</u>) Levar o utente a atuar num sentido particular ou estimular o interesse no seu estado de saúde. Promover o desejo de receber informações; assistir o utente em lidar com as suas emoções e sentimentos intensar e ter a confiança necessária em si de modo a aceitar o seu estado de saúde. Priorizar a necessidade de satisfação de informação acerca do seu estado de saúde. – Incentivar progressos		regresse de modo a não se isolar na sua enfermaria. Estabelecimento também, da sessão de relação de ajuda, fase de orientação em que se procede à criação de um ambiente de confiança. Clarificados os papéis assumidos por cada um na relação e auxiliar a utente na expressão das suas necessidades de ajuda: avolia, tristeza e isolamento. Ao longo das semanas não apresenta disposição para os recursos existentes para colmatar as suas necessidades/problema relatado pela mesma: a falta de motivação. Incentivada na participação das restantes intervenções psicoterapêuticas efetuadas. Mantém força de vontade comprometida.
--	--	--	--

– **Incentivar iniciativa**

Proceder ao reforço positivo aquando existe iniciativa parte da utente, estimular a utente, auxiliar a utente nas situações de modo a projetar iniciativa para essas mesmas situações.

– **Executar intervenção psicoterapêutica (EESMP)**

Técnicas de distração: traçar os seus benefícios e estimular o utente a escolher uma atividade a seu gosto (música, ler, assistir televisão, jogar às cartas, relacionar-se com os utentes, entre outras). Encorajar e incentivar a participação em atividades de grupo não competitivas e promover o reforço positivo na participação das mesmas;

Relação de ajuda profissional: a utente deve de ter consciência do problema e desejar resolvê-lo. Deve ser planeada com a utente, podendo-se recorrer a várias sessões que correspondam, á resolução de um problema concreto.

<u>Diagnóstico de Enfermagem</u>	<u>Intervenções de Enfermagem</u>	<u>Resultados Esperados</u>	<u>Avaliação</u>
Tristeza Presente em grau elevado	– Disponibilizar suporte emocional (EESMP) Estabelecer uma relação terapêutica com o intuito de estabelecer as condições imprescindíveis à partilha e confiança mútua, assistindo a reconhecer sentimentos (por exemplo tristeza e ansiedade); encorajar a expressão de sentimentos de ansiedade e tristeza; A ter em conta: Usar o silêncio, quando apropriado, estabelecer confiança e atenção positiva, promover uma atitude de aceitação, ouvir as preocupações do utente, tocar o doente exprimindo interesse, quando apropriado, promover espaço para o utente. – Gerir ambiente Propiciar um ambiente calmo, sem hiperestimulação, promovendo um ambiente seguro de acordo com as possibilidades existentes; facilitar o uso de itens pessoais como pijama e objetos de higiene. – Avaliar tristeza	Que a pessoa não apresente sentimentos de desalento e de melancolia associados com falta de energia; não verbalize tristeza; não verbalize desinteresse pela vida; não apresente apatia; não apresente choro fácil; não apresente tom de voz baixo e fala arrastada; não exiba desleixo no autocuidado; não apresente isolamento	<u>Semana de 23-25 de maio:</u> Refere sentimentos de tristeza sem fator desencadeante. Desde que descompensou da sua doença de base sente-se triste. Não sabe explicar o porquê, o que a deixa ainda mais ansiosa. Apresenta um fácies triste, hiponímia. Não estabelece contacto visual, com lentificação motora. Recusa participar nas intervenções psicoterapêuticas. <u>Semana de 30 de maio a 1 de junho:</u> Mantém igualmente tristeza presente em grau elevado. Refere não sentir melhorias desde a semana que passou. Mantém fácies triste, hiponímia. Mas já estabelece contacto visual e aceita participar nas atividades e nas técnicas de distração. Apresenta-se mais interativa e comunicativa na expressão de sentimentos. <u>Semana 6 a 8 de junho:</u> Sem alterações significativas descritas anteriormente. Mantem tristeza presente em

	Participar em atividades de distração: identificar as atividades que o ajudam a manter-se ocupado e incentiva-lo para as mesmas; individualizar a técnica de distração preferida; avaliar os sentimentos após a técnica de distração, reforçando a expressão verbal de sentimentos de gratificação; dar reforço positivo. Diariamente, no turno da manhã e da tarde. Avaliação diária no turno da manhã e da tarde. – Incentivar interação social Encorajar a utente a desenvolver inter-relações bem como a participar nas atividades de grupo, de forma gradual; auxiliar a utente a compreender o seu comportamento e relacionamento com os outros; auxiliar a utente na construção de expectativas quanto a si mesmo e aos outros, identificar situações que lhe causem dificuldades no relacionamento com os outros; elaborar um plano de intervenção. – Assistir na tristeza – Escutar Ouvir as preocupações do utente, num espaço aco-		grau elevado, sem fator desencadeante. Expressa sentimentos de desalento pois não sabe irá alguma vez ultrapassar esta tristeza e ser novamente a pessoa que era, mais alegre e faladora. Sente falta da sua energia. Executadas intervenções psicoterapêuticas. Aceita participar. <u>Semana 13 a 16 de junho:</u> Mantém fâcies hiponímico, com sentimentos de tristeza e desalento. Auxiliada a identificar os elementos precipitantes da tristeza sentida. Utente mantém a referência que a descompensação da sua doença de base projetou-a para a tristeza, mantém-se, após estas semanas, a sentir tristeza e fica sem qualquer ânimo para o quer que seja. Não aceita participar nas intervenções psicoterapêuticas, regredindo novamente para a tendência de isolamento na enfermaria. Mantém tristeza presente em grau elevado.
--	--	--	---

	lhedor, com privacidade e sem ruídos, promover a relação terapêutica concedendo ao utente a expressão verbal de sentimentos, percepções e medos; valorizar as emoções; ter especial atenção ao tom, ritmo e volume de voz e mensagens verbais e não-verbais; evitar as barreiras de comunicação; assistir o utente na identificação de problemas ansiogénicos. – Incentivar a comunicação de sentimentos Orientada para o problema, permitindo a expressão verbal e não-verbal de sentimentos e a focalização na interação; – Gerir comunicação Assegurando a compreensão do indivíduo, gerindo silêncio e evitar barreiras de comunicação – Executar intervenção psicoterapêutica (EESMP) Técnicas de distração: traçar os seus benefícios e estimular o utente a escolher uma atividade a seu gosto (música, ler, assistir televisão, jogar às cartas, relacionar-se com os utentes, entre outras). Encorajar e incentivar a participação em atividades de grupo		
--	---	--	--

	não competitivas e promover o reforço positivo na participação das mesmas; Relação de ajuda profissional: a utente deve de ter consciência do problema e desejar resolvê-lo. Deve ser planeada com a utente, podendo-se recorrer a várias sessões que correspondam, á resolução de um problema concreto. – <u>Executar técnica de distração (EESMP)</u> Técnicas de distração: traçar os seus benefícios e estimular o utente a escolher uma atividade a seu gosto (música, ler, assistir televisão, jogar às cartas, relacionar-se com os utentes, entre outras). Encorajar e incentivar a participação em atividades de grupo não competitivas e promover o reforço positivo na participação das mesmas.		
--	---	--	--

<u>Diagnóstico de Enfermagem</u>	<u>Intervenções de Enfermagem</u>	<u>Resultados Esperados</u>	<u>Avaliação</u>
Interação social comprometida Grau elevado	– Avaliar interação social (EESMP) Aplicação de instrumento de avaliação: avaliação global do funcionamento, semanalmente (Anexo XIV). – Executar intervenção psicoterapêutica (EESMP) Técnicas de distração: traçar os seus benefícios e estimular o utente a escolher uma atividade a seu gosto (música, ler, assistir televisão, jogar às cartas, relacionar-se com os utentes, entre outras). Encorajar e incentivar a participação em atividades de grupo não competitivas e promover o reforço positivo na participação das mesmas; Relação de ajuda profissional: a utente deve de ter consciência do problema e desejar resolvê-lo. Deve ser planeada com a utente, podendo-se recorrer a várias sessões que correspondam, á resolução de um problema concreto.	Que a pessoa consiga modificar as ações de intercâmbio social mútuo, participação sociais entre pessoas e grupos. Interação Social não comprometida.	<u>Semana de 23 a 25 de maio:</u> Ao longo das semanas, instrumento de avaliação teve um score 60. Existe a perda de interesse em atividades sociais, na participação e trocas sociais com as utentes. Com tendência para o isolamento na sua enfermaria, recusando participar quer nas atividades quer em permanecer na sala de convívio na companhia quer da enfermeira quer dos utentes. Situação observada pela dificuldade de relacionamento – tristeza querendo estar isolada na sua enfermaria. Com atitude negativista. <u>Semana 30 de maio a 1 de junho e na semana 6 a 8 de junho:</u> De forma gradual foi participando nas atividades. Mais recetiva na interação com a enfermeira. Começou a interagir preferencialmente com a utente da sua enfermaria (Nazaré). Participa nas intervenções psicoterapêutica grupal e individual. Promovida a relação de ajuda formal. Utente identifica o problema: isolamento. Incentivada na interação com as

– **Executar técnica de distração (EESMP)**

Técnicas de distração: traçar os seus benefícios e estimular o utente a escolher uma atividade a seu gosto (musica, ler, assistir televisão, jogar às cartas, relacionar-se com os utentes, entre outras). Encorajar e incentivar a participação em atividades de grupo não competitivas e promover o reforço positivo na participação das mesmas.

– **Incentivar interação social**

Encorajar a utente a desenvolver inter-relações bem como a participar nas atividades de grupo, de forma gradual; auxiliar a utente a compreender o seu comportamento e relacionamento com os outros; auxiliar a utente na construção de expectativas quanto a si mesmo e aos outros, identificar situações que lhe causem dificuldades no

utentes da sua enfermaria, no caminhar no corredor com as mesmas utentes de modo a não se isolar. Com muito esforço está com as utentes. Ressalvado a importância de não isolamento na sua enfermaria. Mantém atitude negativista.

Semana de 13 a 16 de junho: Mantém igual score. Isola-se novamente na sua enfermaria. A utente Nazaré teve alta clínica e a utente refere que neste momento não tem grande interação com as utentes que estão na sua enfermaria. Neste momento apenas sente-se bem na sua enfermaria, sem ruídos e sem confusão. Mantém atitude negativista.

Mantém interação social em grau elevado.

relacionamento com os outros; elaborar um plano de intervenção.

– **Encorajar interação social**

Encorajar o utente a desenvolver relações; encorajar a partilha de problemas em comum; ajudar a traçar estratégias e limites na comunicação; acompanhar os utentes nos primeiros contactos, diminuindo-lhes a ansiedade e fornecendo-lhes confiança; reforçar positivamente a relação.

– **Assistir a pessoa a identificar condições dificultadoras da interação social (EESMP)**

Auxiliar na identificação de problemas interpessoais; permitir a verbalização de sentimentos associados a problemas interpessoais; ajudar a programar atividades sociais de acordo com interesses e capacidades de cada um; orientar sobre estratégias a adotar; incentivar na participação de forma gradual nas atividades propostas; orientar sobre a importância de melhoria das capacidades sociais; consciencializar para a importância da interação

	social. – Vigiar comportamento – Prevenir isolamento social		
<u>Diagnóstico de Enfermagem</u>	<u>Intervenções de Enfermagem</u>	<u>Resultados Esperados</u>	<u>Avaliação</u>
Bem-estar emocional comprometido Em grau elevado	– <u>Disponibilizar suporte emocional (EESMP)</u> Estabelecer uma relação terapêutica com o intuito de estabelecer as condições imprescindíveis à partilha e confiança mútua, assistindo a reconhecer sentimentos (por exemplo tristeza e ansiedade); encorajar a expressão de sentimentos de ansiedade e tristeza; A ter em conta: Usar o silêncio, quando apropriado, estabelecer confiança e atenção positiva, promover uma atitude de aceitação, ouvir as preocupações do utente, tocar o doente exprimindo interesse, quando apropriado, promover espaço para o utente. – Avaliar o bem-estar <u>(EESMP)</u>	Representação mental de estar em concordância com as próprias emoções, harmonia dos sentimentos intrapsíquicos, satisfação com a capacidade para exprimir as emoções. Bem-estar emocional não comprometido.	<u>Semana de 23-25 de maio:</u> Instrumento de avaliação com pontuação máxima (5, extremamente) em como se sente: apreensiva, preocupada, deprimida, ansiosa, abatida e triste. Apresenta um fácies triste, hiponímia. Não estabelece contacto visual. Recusa participar na intervenção psicoterapêutica e técnica de relaxamento. <u>Semana de 30 de maio a 1de junho:</u> Mantém verbalização igual do que sente. Refere que não se sente diferente que na semana passada. <u>Semana 6 a 8 de junho:</u>

	Aplicação do instrumento de avaliação: escala do bem-estar subjetivo, semanalmente (Anexo XIII). – Apoiar na toma de decisão (EESMP) Assistir na explicação de decisão a outras pessoas; facilitar a articulação das metas de cuidado do utente disponibilizando as informações solicitadas; informar sobre soluções alternativas identificando vantagens e desvantagens de cada solução. – Incentivar o envolvimento da família Definir com a família de referência os papeis a desenvolver pelos diferentes membros. Encorajar na participação dos cuidados e promover a focalização da família em aspetos positivos da situação clínica; advogar nos familiares as mudanças de estilo de vida do utente; assistir os familiares a identificar as capacidades e dificuldades do utente; estabelecer uma relação de confiança com os familiares que se envolverão nos cuidados; auxiliar na perceção dos familiares quanto à situação, eventos precipitantes, sentimentos e comportamentos do utente; identificar e		Sem alterações significativas descritas anteriormente. Executadas intervenções psicoterapêuticas e participa. <u>Semana 13 a 16 de junho:</u> Mantém verbalização dos mesmos sentimentos descritos primeiramente. Mantém coping comprometido em grau elevado.
--	---	--	---

respeitas os mecanismos de coping dos familiares; identificar as expectativas dos familiares; oferecer aos familiares informações sobre o utente, mediante a preferência deste.

– **Escutar**

Ouvir as preocupações do utente, num espaço acolhedor, com privacidade e sem ruídos, promover a relação terapêutica concedendo ao utente a expressão verbal de sentimentos, perceções e medos; valorizar as emoções; ter especial volume de voz e mensagens verbais e não-verbais; evitar as barreiras de comunicação; assistir o utente na identificação de problemas ansiogénicos.

Conclusão

O estudo de caso é considerado um dos métodos utilizados para a definição e sistematização dos cuidados prestados em enfermagem, onde se reflete a relevância da profissão, baseando-se no estabelecimento de ações na análise da história do utente, obtendo-se uma detalhada colheita de dados, para que se possa efetuar diagnósticos de enfermagem. Ao ser realizado um estudo intenso dos problemas e necessidades da utente possibilita a adoção de uma a melhor estratégia para a resolução dos problemas identificados no processo saúde-doença e atuar, de forma intervencionista, nos problemas detetados. Assim, através do raciocínio clínico, o enfermeiro fica capacitado para que alcance estratégias, identifique forças, aptidões e a volição necessária para melhoria do estado de saúde do utente.

Existe a promoção do desenvolvimento do saber próprio de enfermagem. O estudo de caso alicerça as ações de enfermagem e promove uma prestação de cuidados individualizada, sendo o utente entendido de forma holística e não como uma soma de sinais e sintomas. Possibilita uma familiarização do enfermeiro com a literatura científica, utilizada para cimentar as suas decisões bem como na formação do saber em enfermagem e na tomada de decisão, na determinação de estratégias e nos problemas identificados.

O papel do EESMP centra-se na qualidade da relação interpessoal entre o mesmo e o utente. E, também, no facilitar as transições para melhorar a sensação de bem-estar do utente. Torna-se necessário reforçar a importância que o EESMP detém no seio de uma equipa pois, para além de competências de cuidados gerais, possui competências acrescidas permitindo, deste modo, respostas diferenciadas e de qualidade. Ao desenvolver uma relação terapêutica estabelece-se confiança e parceria com a pessoa com doença mental promovendo o auxílio necessário ao longo do seu ciclo de vida e, para além de que, o EESMP utiliza-se a si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolvendo ao longo do seu percurso pessoal e profissional competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

Posto isto, é de considerar a importância do raciocínio clínico na prática de enfermagem em que alicerça os conhecimentos quer teóricos quer práticos, motivando as decisões do enfermeiro para atingir os resultados esperados.



Os objetivos delineados foram atingidos, proporcionando as ferramentas necessárias para especificar, compreender, avaliar e examinar a patologia em estudo, e, a partir daí, determinar os fatores causais e estabelecer ações, assumindo, também, um grande relevo na mobilização e no cimentar dos saberes adquiridos como EESMP para o desenvolvimento de competências específicas.

Bibliografia

Amaral, A. (2010). Prescrições de enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE. Loures: Lusociência.

Almeida, J., Xavier, M. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental. 1º relatório*. Editor: faculdade de ciencias médicas, universidade nova de lisboa.

Almeida, V., Lopes, M., Damasceno, M. (2005). Teoria das relações interpessoais de peplau: análise fundamentada em barnaum. *Revista Escola Enfermagem Usp*. Vol 39(2):p. 202-10.

Backer, P., Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model. a guide for mental health professionals*. New York: brunner-routledge.

Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica. fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.

Del-porto, J., Del-porto, K. (2005). História da caracterização nosológica do transtorno bipolar. *Revista Psiquiatria Clínica*. Vol 32(1): p. 7-14.

Direcção Geral da Saúde. (2016). *Portugal saúde mental em números – 2015: programa nacional para a saúde mental*. Lisboa: Direção-geral da saúde.

Frank, J. D. (2006). What is psychotherapy? In S. Bloch (Ed.), *An introduction to the psychotherapies* (pp. 5976). Oxford, NY: Oxford University Press.

Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3ª ed.). Baltimore, MD: The John Hopkins University Press.

Galdeano, L., Rossi, L., Zago, M.(2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clinico. *Revista Latino-america Enfermagem*. Vol 11(3):p. 371-5

Gardner, A. (2010). Therapeutic friendliness and the development of therapeutic leverage by mental health nurses in community rehabilitation settings. *Contemporary Nurse. a journal for the australian nursing profession*. vol 34(2): p.140-8.

Hales, R., Yudofsky, S., Gabbard, G. (2012). *Tratado de psiquiatria clínica*. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed editora.

International Council of Nurses. (2016). CIPE Versão 2015- classificação internacional para a prática de enfermagem. Edição portuguesa: Ordem dos enfermeiros.

Lima, M., Tassi, J., Novo, I., Mari, J. (2005). Epidemiologia do transtorno bipolar. *Revista de psiquiatria clinica*. vol. 32; p.15–20.

Mccann., T., Baker, H. (2001). Mutual relating: developing interpersonal relationships in the community. *Journal of advanced nursing*. Vol 34(4): p.530-7.

Norcross, J. C. (1990). *An eclectic definition of psychotherapy*. In J. K. Zeig & W. M. Munion (Eds.), What is psychotherapy? Contemporary perspectives. San Francisco: Jossey-Bass.

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Parecer 1/2017 - competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na realização de exame do estado mental* – Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP_Parecer_1_2017_CompEEESMPRealizacaoExameEstadoMental.pdf

Organização Mundial de Saude. (2002). Relatório Mundial da Saude. Saude mental: nova concepção, nova esperança. Ministério da Saúde, Direcção geral da Saúde.

Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermeira: un marco de referência conceptual para la enfermeira psicodinâmica*. Barcelona: masson-salvat.

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

Pontes, A., Leitão, I., Ramos, I. (2008). Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. vol 61 (3): p.312-8.

Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamenta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. Diário da República II série. n.º 35 (18-02-2011): p. 8669-8673.

Reynolds, B. (2009). *Developing therapeutic one-to-one relationships*. in p. Barker, psychiatric and mental health nursing: the craft of caring .2º ed. London: Hodder Arnold.

Sadock, B., Sadock, V.(2007) *Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 9ª edição. Porto Alegre: artmed editora.

Saraiva, C., Cerejeira, J. (2017). *Psiquiatria Fundamental*. De acordo com o DSM-5. Lisboa: Lidel.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel.

Serrano, M., Costa, A., Costa, N. (2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. III série, Vol 3: p.15-23.

Silva, L., Nazário, N., Silva, D., Martins, C. (2005). Arte na enfermagem: iniciando um diálogo reflexivo. *Texto Contexto Enfermagem*. Vol 14(1): p.120-3.

Simões, P., Rodrigues, A. (2010). A relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida. *Escola Anna Nery*. Vol 14 (3): p.485-9.

Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*. Vol. 45 (6): p. 204-11.

WHO. (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneve: World Health Organization.

Yin, K. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4ªed. Porto Alegre: bookman.



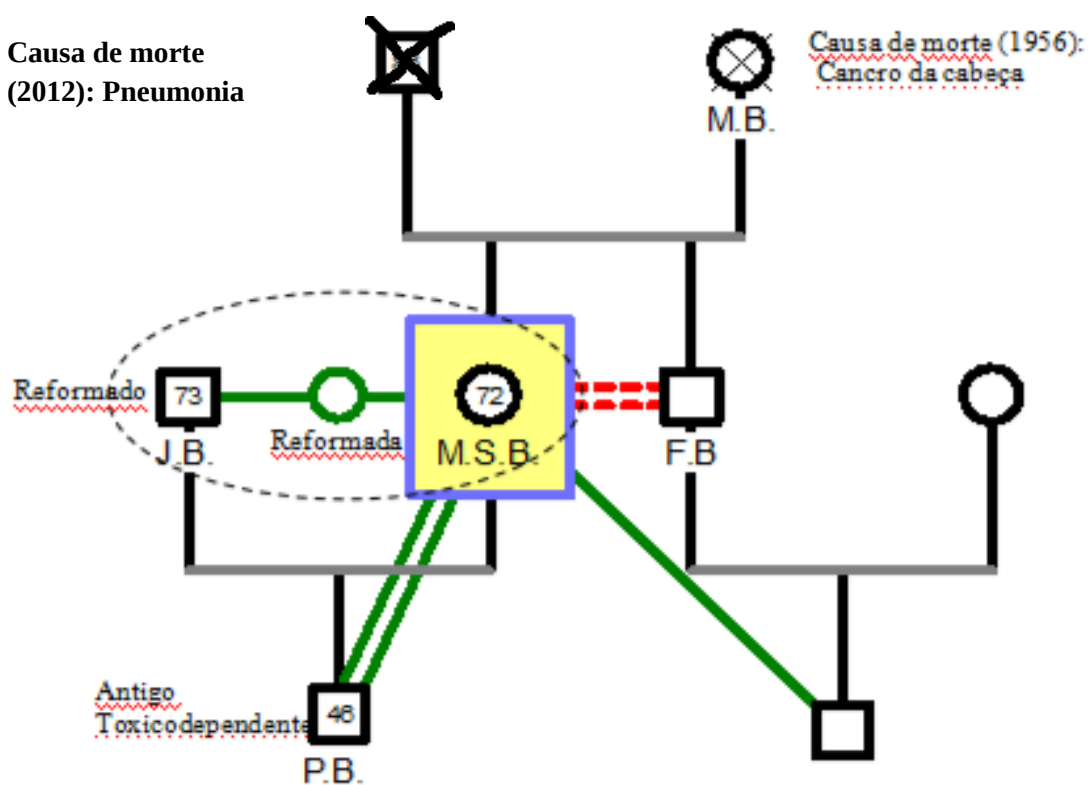
Anexos



Anexo I

Genograma da família da utente Vitória

Causa de morte
(2012): Pneumonia



Legenda (a mesma para o ecomapa)



Masculino



Feminino



Falecimento



Utente em estudo



Seio Familiar



Amizade / Prximo



Discórdia / Conflito



Harmonia

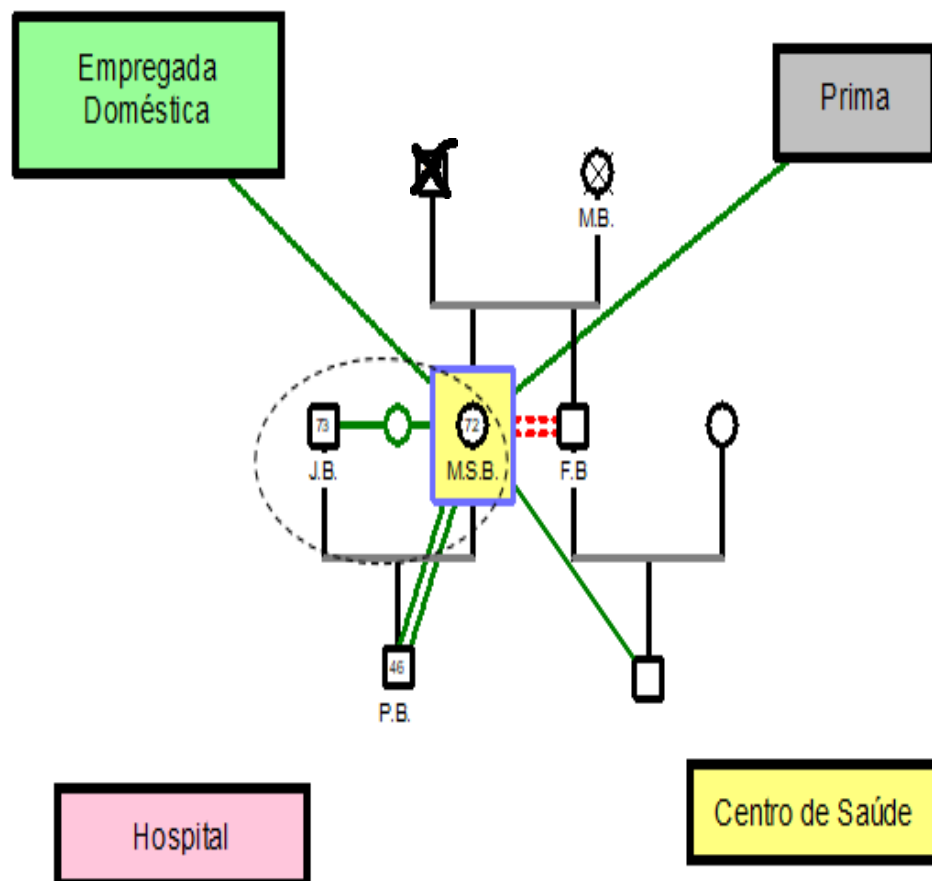


Amor



Anexo II

Ecomapa da familia da utente Vitória





Anexo III

Escala de Ansiedade de Hamilton

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE HAMILTON

Protocolo Nº. _____ Iniciais do paciente: _____
Data: ____/____/____

Instruções: Esta lista de verificação é para auxiliar o clínico ou psiquiatra na avaliação de cada paciente de acordo com o seu grau de ansiedade e condição patológica. Preencha com o grau apropriado, na casela correspondente ao lado de cada item, na coluna à direita.

GRAUS: *Nenhum = 0; Leve = 1; Médio = 2; Forte = 3; Máximo = 4*

Nº	ITEM	COMPORTAMENTO	
1	Humor Ansioso	Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade, etc.	
2	Tensão	Sensações de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.	
3	Medos	De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc. (avaliar qualquer um por intensidade e frequência de exposição).	
4	Insônia	Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, sonhos penosos, pesadelos, terrores noturnos, etc.	
5	Intelectual (cognitivo)	Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.	
6	Humor Deprimido	Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor, etc.	
	Somatizações	Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntá-	

7	Motoras	rias, ranger de dentes, voz insegura, etc.
8	Somatizações Sensoriais	Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigamento, câimbras, dormências, sensações auditivas de tinidos, zumbidos, etc.
9	Sintomas Cardiovasculares	Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, latejamento dos vasos sanguíneos, vertigens, batimentos irregulares, etc.
10	Sintomas Respiratórios	Sensações de opressão ou constricção no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispnéia, etc.
11	Sintomas Gastrointestinais	Deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, dores abdominais, ardência ou azia, dor pré ou pós-prandial, sensações de plenitude ou de vazio gástrico, náuseas, vômitos, diarreia ou constipação, pirose, meteorismo, náusea, vômitos, etc.
12	Sintomas Geniturinários	Polaciúria, urgência da micção, amenorréia, menorragia, frigidez, ereção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido, etc.
13	Sintomas Autonômicos	Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pêlos eriçados, tonteiras, etc.
14	Comportamento na Entrevista	Tenso, pouco à vontade, inquieto, a andar a esmo, agitação das mãos (tremores, remexer, cacoetes) franzir a testa e face tensa, engolir seco, arrotos, dilatação pupilar, sudação, respiração suspirosa, palidez facial, pupilas dilatadas, etc.
		ESCORE TOTAL:

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE HAMILTON



Observação: Conforme se pode constatar, esta *Escala de Ansiedade de Hamilton* (1959) compreende 14 itens distribuídos em dois grupos, sendo o primeiro grupo, com 7 itens, relacionado a sintomas de humor ansioso e o segundo grupo, também com 7 itens, relacionado a sintomas físicos de ansiedade – o que possibilita obter escores parciais, ou seja, separadamente para cada grupo de itens. O escore total é obtido pela soma dos valores (graus) atribuídos em todos os 14 itens da escala, cujo resultado varia de 0 a 56. Esta escala deve ser aplicada pelo profissional.



Anexo IV

“Hora do conto”

Atividade	<u>Estimulação afetiva – “Hora do Conto”</u>
Grupo destinado	Utentes internados no serviço de psiquiatria de Tomar
Local	Sala de convívio
Data	
Horas	11:00
Duração:	45 Minutos
Número de participantes	A designar
Recursos e materiais	Mesas e cadeiras
Método	Método afirmativo/participativo
Objetivos	Desenvolver o espírito de grupo entre os utentes Concentrar o participante/utente em algo útil – método de distração da sintomatologia e doença Estimular o relacionamento interpessoal Permitir a expressão de sentimentos e emoções Promover o desenvolvimento de aptidões sociais Desenvolver a relação terapêutica entre enfermeiros e utentes
Conteúdo (35´)	Apresentação dos utentes e enfermeiros Explicação do procedimento da atividade: Leitura de um conto, por parte do enfermeiro ou de um utente, de forma calma e pausada, para os restantes utentes e concluir a moral da história, dando relevo na discussão entre os utentes acerca das suas opiniões. Verificação da receptividade/interesse dos utentes Motivação para a reflexão do utente Conclusão das principais ideias Esclarecimento de dúvidas Avaliação da atividade
Avaliação (10´)	Avaliar o grau de satisfação dos utentes sobre a atividade (Escala de zero a dez – satisfação do utente perante a atividade, onde 0 nada satisfeito e 10 muito satisfeito) Análise da participação dos utentes Sentimentos observados/verbalizados Posturas observadas Análise discussão da participação por parte dos enfermeiros

Anexo V
“Mimica”

Atividade	<u>Estimulação Afetiva – Jogo da mímica”</u>
Grupo destinado	Utentes internados no serviço de psiquiatria de Tomar
Local	Sala de convívio
Data	
Horas	11:00
Duração:	45 Minutos
Número de participantes	A designar
Recursos e materiais	Papel, caneta e cadeias
Método	Método afirmativo/participativo
Objetivos	Promover a atividade de ocupação terapêutica Estimular a criatividade e a imaginação Valorizar as capacidades cognitivas Desenvolver o espírito de grupo entre os utentes e o trabalho em grupo (estimular o relacionamento interpessoal) Concentrar o participante em algo útil – método de distração da sintomatologia e doença Desenvolver a relação terapêutica entre enfermeiros e utentes
Conteúdo (30´)	Apresentação dos utentes e enfermeiros Explicação do procedimento da atividade: formação de 2 equipas cada uma com 4 elementos. Baralham-se os cartões dentro de um saco. É escolhido um elemento de cada equipa para retirar um cartão sem mostrar a ninguém. Esse elemento irá representar por gestos/comunicação não-verbal o que corresponde o cartão aos restantes membros dos grupos, de modo a conseguirem adivinhar qual é a representação. Cada representação tem um limite máximo de 1 minuto. Pontuação – 0 (sem respostas certas) e 1 (resposta certa). Não é permitido falar. O tema dos cartões pode ser escolhido pelos participantes Esclarecimento de dúvidas Conclusão das principais ideias Avaliação da atividade
Avaliação (10´)	Avaliar o grau de satisfação dos utentes sobre a atividade (Escala de zero a dez – satisfação do utente perante a atividade, onde 0 nada satisfeito e 10 muito satisfeito) Análise da participação dos utentes Sentimentos observados/verbalizados Posturas observadas Análise discussão da participação por parte dos enfermeiros



Anexo VI

Exercícios respiratórios: respiração abdominal

Atividade	Exercícios respiratórios: respiração abdominal
Grupo destinado	Utente individualizado do serviço de psiquiatria
Local	Sala de convívio/ enfermaria
Data	
Horas	11:00
Duração:	30 Minutos
Número de participantes	1
Recursos e materiais	Cama ou cadeira, ambiente calmo e sem ruídos
Método	Método afirmativo/participativo
Objetivos	Promover uma redução da ansiedade, tensão e stresse através dos movimentos respiratórios Concentrar o participante em algo útil – método de distração da sintomatologia e da doença Promover a capacidade de concentração Permitir a expressão de sentimentos e emoções Desenvolver a relação terapêutica entre enfermeiro e utente
Conteúdo (20´)	Apresentação dos utentes e enfermeiro Explicação do procedimento da atividade: - Respiração abdominal ajuda no relaxar do corpo e da mente, fortalece os pulmões, massaja os órgãos internos. Pedir ao utente para se deitar ou sentar confortavelmente. Colocar as suas mãos sobre o abdómen abaixo do umbigo. Relaxe de modo a poder sentir o suave movimento de subida e descida do abdómen, à medida que o diafragma se movimenta com a respiração. Deixe o ar entrar e sair do seu corpo sem esforço (cheirar a flor e soprar a vela). À medida que inspira, sinta o seu abdómen subir. Retenha a sua respiração durante alguns segundos. Expirar de forma gradual, sentindo o abdómen a descer. A expiração deve de ser longa e suave. Repetir este episódio durante, mais ou menos 6 respirações (uma inspiração e uma expiração corresponde a uma respiração). Verificação da receptividade/interesse do utente Promover a expressão de sentimentos Avaliação da atividade
Avaliação (10´)	Avaliar o grau de satisfação dos utentes sobre a atividade (Escala de zero a dez – satisfação do utente perante a atividade, onde 0 nada satisfeito e 10 muito satisfeito) Análise da participação do utente Sentimentos observados/verbalizados Análise discussão da participação por parte do enfermeiro



Anexo VII
“Quem Sou eu?”

Atividade	<u>Estimulação afetiva – “quem sou eu”</u>
Grupo destinado	Utentes internados no serviço de psiquiatria de Tomar
Local	Sala de convívio
Data	
Horas	11:00
Duração:	45 minutos
Número de participantes	A designar
Recursos e materiais	Folhas, canetas ou lápis de cor, mesas e cadeiras
Método	Método afirmativo/participativo
Objetivos	Desenvolver o espírito de grupo entre os utentes Concentrar o participante em algo útil – método de distração da sintomatologia e doença Estimular o relacionamento interpessoal Permitir a expressão de sentimentos e emoções Promover o desenvolvimento de aptidões sociais Desenvolver a relação terapêutica entre enfermeiros e utentes
Conteúdo (35´)	Apresentação dos utentes e enfermeiros Explicação do procedimento da atividade: Solicitar aos utentes que descrevam os seus sentimentos e emoções caso fossem um animal, um instrumento musical e uma flor, identificando qual seria Verificação da receptividade/interesse dos utentes Motivação para a reflexão do utente Conclusão das principais ideias Esclarecimento de dúvidas Avaliação da atividade
Avaliação (10´)	Avaliar o grau de satisfação dos utentes sobre a atividade (Escala de zero a dez – satisfação do utente perante a atividade, onde 0 nada satisfeito e 10 muito satisfeito) Análise da participação dos utentes Sentimentos observados/verbalizados Posturas observadas Análise discussão da participação por parte dos enfermeiros



Anexo VIII
“Jogo do UNO”

Atividade	<u>Estimulação cognitiva: “Jogo do UNO”</u>
Grupo destinado	Utentes do serviço
Local	Sala de convívio
Data	
Horas	11:00
Duração:	45 Minutos
Número de participantes	A designar
Recursos e materiais	Mesa e cadeiras, cartas do UNO
Método	Método afirmativo/participativo
Objetivos	Desenvolver o espírito de grupo entre os utentes Concentrar o participante em algo útil – método de distração da sintomatologia e doença Estimular o relacionamento interpessoal Promover o desenvolvimento de aptidões sociais Desenvolver a relação terapêutica entre enfermeiros e utentes Estimular o raciocínio
Conteúdo (35´)	Apresentação dos utentes e enfermeiros Explicação do procedimento da atividade: - explicar as regras do jogo UNO aos utentes. Verificação da receptividade/interesse dos utentes Avaliação da atividade
Avaliação (10´)	Avaliar o grau de satisfação dos utentes sobre a atividade (Escala de zero a dez – satisfação do utente perante a atividade, onde 0 nada satisfeito e 10 muito satisfeito) Análise da participação do utente Sentimentos observados/verbalizados Postura observada Análise discussão da participação por parte do enfermeiro



Anexo IX
“Desenho Livre”

Atividade	<u>Estimulação afetiva – “Desenho livre”</u>
Grupo destinado	Utentes internados no serviço de psiquiatria de Tomar
Local	Sala de convívio
Data	01/06/18
Horas	11:00
Duração:	45 Minutos
Número de participantes	A designar
Recursos e materiais	Folhas, canetas ou lápis de cor
Método	Método afirmativo/participativo
Objetivos	Desenvolver o espírito de grupo entre os utentes Concentrar o participante em algo útil – método de distração da sintomatologia e doença Estimular o relacionamento interpessoal Permitir a expressão de sentimentos e emoções Promover o desenvolvimento de aptidões sociais Desenvolver a relação terapêutica entre enfermeiros e utentes Consciencializar os utentes para os aspetos positivos da vida
Conteúdo (35´)	Apresentação dos utentes e enfermeiros Apresentação do tema Definição de objetivos Explicação do procedimento da atividade: Solicitar aos utentes que desenhem numa folha em branco um desenho livre e que comentem no final. Verificação da receptividade/interesse dos utentes Motivação para a reflexão do utente Conclusão das principais ideias Esclarecimento de dúvidas Avaliação da atividade
Avaliação (10´)	Avaliar o grau de satisfação dos utentes sobre a atividade (Escala de zero a dez – satisfação do utente perante a atividade, onde 0 nada satisfeito e 10 muito satisfeito) Análise da participação dos utentes Sentimentos observados/verbalizados Posturas observadas Análise discussão da participação por parte dos enfermeiros



Anexo X
“Criar Uma História”

Atividade	<u>Estimulação cognitiva – “criar uma história”</u>
Grupo destinado	Utentes internados no serviço de psiquiatria de Tomar
Local	Sala de convívio
Data	
Horas	11:00
Duração:	45 minutos
Número de participantes	A designar
Recursos e materiais	Folhas, canetas ou lápis de cor, mesas e cadeiras
Método	Método afirmativo/participativo
Objetivos	Desenvolver o espírito de grupo entre os utentes Concentrar o participante em algo útil – método de distração da sintomatologia e doença Estimular o relacionamento interpessoal Permitir a expressão de sentimentos e emoções Promover o desenvolvimento de aptidões sociais Desenvolver a relação terapêutica entre enfermeiros e utentes Desenvolver a criatividade e imaginação
Conteúdo (45´)	Apresentação dos utentes e enfermeiros Explicação do procedimento da atividade: Construção de uma história quer seja ela escrita ou desenhada, conforme a escolha do utente, com 3 palavras escolhidas pelo enfermeiro. Após construção da história cada utente lê para o grupo. Verificação da recetividade/interesse dos utentes Motivação para a reflexão do utente Conclusão das principais ideias Esclarecimento de dúvidas Avaliação da atividade
Avaliação	Avaliar o grau de satisfação dos utentes sobre a atividade (Escala de zero a dez – satisfação do utente perante a atividade, onde 0 nada satisfeito e 10 muito satisfeito) Análise da participação dos utentes Sentimentos observados/verbalizados Posturas observadas Análise discussão da participação por parte dos enfermeiros



Anexo XI

“As características que melhor me definem”

Atividade	<u>Estimulação afectiva: “Características que melhor me definem”</u>
Grupo destinado	Utentes internados no serviço de psiquiatria de Tomar
Local	Sala de convívio
Data	
Horas	11:00
Duração:	45 Minutos
Número de participantes	A designar
Recursos e materiais	Mesa e cadeiras, caneta e papeis
Método	Método afirmativo/participativo.
Objetivos	Desenvolver o espírito de grupo entre os utentes Concentrar o participante em algo útil – método de distração da sintomatologia e doença Estimular o relacionamento interpessoal Permitir a expressão de sentimentos e emoções Promover o desenvolvimento de aptidões sociais Desenvolver a relação terapêutica entre enfermeiros e utentes Identificar projetos futuros
Conteúdo (20´)	Apresentação dos utentes e enfermeiros Utilização da técnica “quebra-gelo” Explicação do procedimento da atividade: -solicitar aos utentes que façam uma lista das suas características pessoais que melhor os definem, explicando o porque da sua escolha. Pedir aos utentes para partilharem esses aspectos sendo promovida a interação e a entreajuda no grupo. Verificação da receptividade/interesse dos utentes Avaliação da atividade
Avaliação (10´)	Avaliar o grau de satisfação dos utentes sobre a atividade (Escala de zero a dez – satisfação do utente perante a atividade, onde 0 nada satisfeito e 10 muito satisfeito) Análise da participação do utente Sentimentos observados/verbalizados Postura observada Análise discussão da participação por parte do enfermeiro

Anexa XII
POMS

Adaptação por Viana, Almeida e Santos, 2001

Adaptação por Viana, Almeida e Santos, 2001

DATA:

Instruções: São apresentadas abaixo uma série de palavras que descrevem sensações que as pessoas sentem no dia-a-dia. Leia primeiro cada palavra com cuidado. Depois, assinale com uma cruz (X) a quadrícula que melhor corresponda à forma como se tem sentido ao longo dos ÚLTIMOS SETE DIAS INCLUINDO O DIA DE HOJE.

Um pouco

Moderadamente

Bastante

Multissimo

Não escreva nos espaços
abaixo. Só para uso interno.

0 1 2 3 4

T	D	H	V	F	C
---	---	---	---	---	---

1	Tenso				
2	Irritado				
3	Imprestável				
4	Esgotado				
5	Animado				
6	Confuso				
7	Triste				
8	Activo				
9	Mal-humorado				
10	Enérgico				
11	Sem valor				
12	Inquieto				
13	Fatigado				
14	Aborrecido				
15	Desencorajado				
16	Nervoso				
17	Só				
18	Baralhado				

19	Exausto				
20	Ansioso				
21	Deprimido				
22	Sem energia				
23	Miserável				
24	Desnortado				
25	Furioso				
26	Eficaz				
27	Cheio de vida				
28	Com mau feitio				
29	Tranquilo				
30	Desanimado				
31	Impaciente				
32	Cheio de boa disposição				
33	Inútil				
34	Estourado				
35	Competente				
36	Culpado				
37	Enervado				
38	Infeliz				
39	Alegre				
40	Inseguro				
41	Cansado				
42	Apático				

Adaptação por Viana, Almeida e Santos, 2001

Anexo XIII
Inventário de Resolução de Problemas

INVENTÁRIO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

(Copyright A. Vaz Serra, 1987)

INSTRUÇÕES

Ao longo da vida todas as pessoas atravessam situações difíceis com que se têm de defrontar.

Os indivíduos não são todos iguais ao lidar com os seus problemas.

Cada uma das questões representa uma forma específica de reagir, quando um agente de stress pressiona um indivíduo.

Refere, quando te encontras numa situação difícil, semelhante à que é representada, quais são, das questões seguintes, aquelas que melhor traduzem os teus comportamentos habituais.

Coloca uma cruz (X) no quadro que, em cada questão, melhor relata a tua maneira usual de reagir.

Não há respostas certas ou erradas. Apenas existem as respostas possíveis. Responde, por isso, rápida, espontânea e honestamente a cada uma delas. Não se trata de procurar saber o que consideras melhor, mas sim o que se passa realmente contigo.

I – Imagina que tiveste uma discussão séria, com uma pessoa amiga de longa data.

Deves-lhe bastante dinheiro, que já devia ter sido pago, e ainda outros favores. Existem numerosos conhecidos comuns.

Na discussão que tiveram, a razão está do teu lado.

Contudo, a outra pessoa, muito zangada, acabou por te dizer: "Dou-te uma semana para pensares no que me fizeste e me ires pedir desculpa. Se não o fizeres, hei-de dizer aos outros que não passas de um vigarista e exijo-te que me entregues todo o dinheiro que me deves".

Muito no teu íntimo tens quase a certeza de que a outra pessoa é capaz de cumprir o que está a dizer. Sabes ainda que não tens todo o dinheiro que precisas para lhe devolver. Conheces bem que muitos dos seus amigos comuns são capazes de acreditar no que o outro lhe disser.

Esta situação é susceptível de se prolongar ao longo do tempo, envolvendo indivíduos com quem lida todos os dias.

O assunto resolver-se-ia se tivesse uma conversa séria com essa pessoa, em que fosses capaz de esclarecer, de uma vez por todas, os mal-entendidos. É natural que essa conversa fosse, pelo menos de princípio, bastante desagradável. Mas é possível que pudessem voltar a fazer as pazes, a serem amigos como dantes e a ser adiado o problema da dívida.

Contudo, ao lembrar o que se passou, por um lado, sentes-te ofendido com a prepotência da outra pessoa, por outro lado, receias as consequências.

É um problema que não sabes bem como vais resolver.

Numa situação deste tipo tens tendência a pensar:

	Não Concordo	Concordo Pouco	Não Concordo nem Discordo	Concordo Muito	Concordo Plenamente
1- Vou deixar correr esta situação; o tempo ajuda a resolver os problemas.	☐	☐	☐	☐	☐
2- Numa situação deste tipo o melhor é evitar encontrar-me com o indivíduo e não ligar ao que possa dizer ou fazer.	☐	☐	☐	☐	☐
3- Não vou permitir que este acontecimento interfira no que tenho de fazer no meu dia-a-dia.	☐	☐	☐	☐	☐
4- Se não me tivesse comportado daquela maneira, isto nunca teria ocorrido; tive toda a culpa no que aconteceu.	☐	☐	☐	☐	☐
5- Vou-me aconselhar com pessoas amigas para saber o que fazer.	☐	☐	☐	☐	☐

II- Considera agora que aconteceu uma situação da tua vida em que ocorreu uma perda económica substancial.

Imagina, por exemplo, que segues numa estrada, com um veículo novo, acabado de comprar com a ajuda de um empréstimo grande e com bastante sacrifício. Uma camioneta, a certa altura, vem contra ti e o teu carro fica bastante danificado. A camioneta põe-se em fuga, não és capaz de lhe ver a matrícula, não consegues sair do local em que te encontras e não vai ninguém a passar que possa servir de testemunha.

Pensas então no transtorno que tudo isto causa à tua vida, a despesa que representa, tendo na altura bastantes dificuldades para a poderes enfrentar. Acabas por apanhar uma boleia de uma pessoa que por ali passou, bastante tempo depois, e segues para casa.

É um problema aparentemente sem solução e que te causa dano.

Numa situação deste tipo tens tendência a pensar:

	Não Concordo	Concordo Pouco	Não Concordo nem Discordo	Concordo Muito	Concordo Plenamente
6- Estou perdido; este acontecimento deu cabo da minha vida.	☐	☐	☐	☐	☐
7- O melhor é não fazer nada, até ver onde isto vai parar.	☐	☐	☐	☐	☐
8- Lá por isto me ter acontecido, não vou deixar que a minha vida seja constantemente interferida por esta questão.	☐	☐	☐	☐	☐
9- Apesar de tudo tive muita sorte; as coisas poderiam ser bem piores do que realmente são.	☐	☐	☐	☐	☐
10- No fundo reconheço que me comportei de uma maneira estúpida; devido a mim é que este problema está como está.	☐	☐	☐	☐	☐
11- Vou pedir conselho aos meus amigos para poder sair deste problema.	☐	☐	☐	☐	☐

III- Sentindo-te uma pessoa competente, em determinada área, vais ser posto à prova, daí algum tempo, numa situação competitiva importante.

Verificas, entretanto, com estranheza, que há um indivíduo que anda a diminuir-te e a dizer aos outros que és uma pessoa que não vales o que aparentas.

Este facto ofende-te mas, daí a três meses, vais poder provar, aos olhos de todos, se és ou não um indivíduo capaz.

Numa situação deste tipo tens tendência a pensar:

	Não Concordo	Concordo Pouco	Não Concordo nem Discordo	Concordo Muito	Concordo Plenamente
12- As pessoas hão-de sempre dizer mal de mim; que azar o meu.	☐	☐	☐	☐	☐
13- Não me vou aborrecer com esta situação; o tempo há-de correr a meu favor.	☐	☐	☐	☐	☐
14- Estou-me a sentir destruído pelo que me está a acontecer; não vou conseguir desvencilhar-me desta situação.	☐	☐	☐	☐	☐
15- Vou pensar com calma sobre este assunto, de modo a que possa sair-me bem e, ao mesmo tempo, calar aquele indivíduo.	☐	☐	☐	☐	☐
16- Com o que me está a acontecer o melhor é evitar por agora submeter-me às provas, em que podem ver como me saio, de forma a que o acontecimento seja esquecido.	☐	☐	☐	☐	☐
17- Se querem guerra, tê-la-ão; não posso deixar de lutar por aquilo que para mim é importante.	☐	☐	☐	☐	☐
18- Acho melhor perguntar aos meus familiares o que devo fazer para resolver este assunto.	☐	☐	☐	☐	☐
19- Sinto que tenho a responsabilidade daquilo que agora me está a acontecer.	☐	☐	☐	☐	☐
20- Vou pedir conselho, a amigos meus, sobre a melhor atitude a tomar.	☐	☐	☐	☐	☐
21- De modo algum me deixo esmagar pelo que me está a acontecer; hei-de remover os obstáculos, uma a uma, até provar aos outros que realmente sou uma pessoa capaz; sei que hei-de conseguir.	☐	☐	☐	☐	☐

IV- Quando me sinto tenso, a fim de aliviar o meu estado de tensão:

	Não Concordo	Concordo Pouco	Não Concordo nem Discordo	Concordo Muito	Concordo Plenamente
22- Passo horas a ver televisão, sem querer fazer mais nada.	☐	☐	☐	☐	☐
23- Raramente consigo passar sem tomar medicamentos que me acalmem.	☐	☐	☐	☐	☐
24- Meto-me na cama durante longas horas.	☐	☐	☐	☐	☐
25- Procuro fazer uma pequena soneca, pois sinto que, nessas ocasiões, tem em mim grande efeitos reparadores.	☐	☐	☐	☐	☐
26- Desabafo com alguém, procurando que, ao fim, essa pessoa tome o meu partido e me ajude a resolver as dificuldades.	☐	☐	☐	☐	☐
27- Dá-me para partir tudo o que tenho à minha volta.	☐	☐	☐	☐	☐
28- Chego a bater em mim próprio.	☐	☐	☐	☐	☐
29- Raramente deixo de pedir ajuda profissional, a uma médica ou a um psicólogo.	☐	☐	☐	☐	☐

V- A minha maneira de ser habitual leva-me a que, não só nestas situações como em todos os meus problemas, tenha tendência a:

	Não Concordo	Concordo Pouco	Não Concordo nem Discordo	Concordo Muito	Concordo Plenamente
30- Pensar continuamente sobre todos os factos que me preocupam.	☐	☐	☐	☐	☐
31- Não fugir do confronto com as situações que me são desagradáveis.	☐	☐	☐	☐	☐
32- Adaptar-me com facilidade às pressões psicológicas e exigências da vida de todos os dias.	☐	☐	☐	☐	☐
33- Não deixar de lutar, quando quero atingir os meus objectivos.	☐	☐	☐	☐	☐
34- Conseguir pôr em prática os planos que arquitecto para resolver os meus problemas.	☐	☐	☐	☐	☐
35- Reconhecer que sou, com frequência, vítima dos outros.	☐	☐	☐	☐	☐

36- Ter sempre coragem para resolver os problemas da minha vida, mesmo que por vezes me incomodem bastante.

☐☐☐☐☐

37- Envolver-me naquelas acções, de resolução de problemas, que tenho a certeza não me deixam ficar mal.

☐☐☐☐☐

38- Permitir que os objectivos principais da minha vida sejam facilmente interferidos pelos problemas com que me defronto.

☐☐☐☐☐

39- Ver sempre os aspectos negativos, mais do que os aspectos positivos dos acontecimentos.

☐☐☐☐☐

40- Preferir, num problema desagradável, procurar obter informação e tentar resolvê-lo, do que estar a evitá-lo.

☐☐☐☐☐

Anexo XV
Escala subjetiva de saúde e bem-estar

Subescala 1

Gostaria de saber como você tem se sentido ultimamente. Esta escala consiste de algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Não há respostas certas ou erradas. O importante é que você seja o mais sincero possível. Leia cada item e depois escreva o número que expressa sua resposta no espaço ao lado da palavra, de acordo com a seguinte escala.

1	2	3	4	5
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

Ultimamente tenho me sentido ...

- | | | |
|-----------------------|------------------------|------------------------|
| 1) aflito _____ | 17) transtornado _____ | 33) abatido _____ |
| 2) alarmado _____ | 18) animado _____ | 34) amedrontado _____ |
| 3) amável _____ | 19) determinado _____ | 35) aborrecido _____ |
| 4) ativo _____ | 20) chateado _____ | 36) agressivo _____ |
| 5) angustiado _____ | 21) decidido _____ | 37) estimulado _____ |
| 6) agradável _____ | 22) seguro _____ | 38) incomodado _____ |
| 7) alegre _____ | 23) assustado _____ | 39) bem _____ |
| 8) apreensivo _____ | 24) dinâmico _____ | 40) nervoso _____ |
| 9) preocupado _____ | 25) engajado _____ | 41) empolgado _____ |
| 10) disposto _____ | 26) produtivo _____ | 42) vigoroso _____ |
| 11) contente _____ | 27) impaciente _____ | 43) inspirado _____ |
| 12) irritado _____ | 28) receoso _____ | 44) tenso _____ |
| 13) deprimido _____ | 29) entusiasmado _____ | 45) triste _____ |
| 14) interessado _____ | 30) desanimado _____ | 46) agitado _____ |
| 15) entediado _____ | 31) ansioso _____ | 47) envergonhado _____ |
| 16) atento _____ | 32) indeciso _____ | |

Agora você encontrará algumas frases que podem identificar opiniões que você tem sobre a sua própria vida. Por favor, para cada afirmação, marque com um X o número que expressa o mais fielmente possível sua *opinião* sobre sua vida atual. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é a sua sinceridade.

1	2	3	4	5
Discordo Plenamente	Discordo	Não sei	Concordo	Concordo Plenamente
48. Estou satisfeito com minha vida				1 2 3 4 5
49. Tenho aproveitado as oportunidades da vida				1 2 3 4 5
50. Avalio minha vida de forma positiva				1 2 3 4 5
51. Sob quase todos os aspectos minha vida está longe do meu ideal de vida				1 2 3 4 5
52. Mudaria meu passado se eu pudesse.....				1 2 3 4 5
53. Tenho conseguido tudo o que esperava da vida				1 2 3 4 5
54. A minha vida está de acordo com o que desejo para mim.....				1 2 3 4 5
55. Gosto da minha vida				1 2 3 4 5
56. Minha vida está ruim				1 2 3 4 5
57. Estou insatisfeito com minha vida				1 2 3 4 5
58. Minha vida poderia estar melhor				1 2 3 4 5
59. Tenho mais momentos de tristeza do que de alegria na minha vida				1 2 3 4 5
60. Minha vida é “sem graça”				1 2 3 4 5
61. Minhas condições de vida são muito boas.....				1 2 3 4 5
62. Considero-me uma pessoa feliz				1 2 3 4 5

