



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

**Treino Metacognitivo Individual para a Pessoa
com Psicose: Intervenção Especializada do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiátrica**

Rita da Conceição Dias Leonardo

Orientação: Professora Doutora Lara Guedes de Pinho

Coorientação: Professora Doutora Joana Coelho

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

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

**Treino Metacognitivo Individual para a Pessoa
com Psicose: Intervenção Especializada do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiátrica**

Rita da Conceição Dias Leonardo

Orientação: Professora Doutora Lara Guedes de Pinho

Coorientação: Professora Doutora Joana Coelho

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Treino Metacognitivo Individual para a Pessoa com Psicose: Intervenção Especializada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Rita da Conceição Dias Leonardo

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau
de Mestre e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica**

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Maria Alice Gois Ruivo, Professora Coordenadora,
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde (IPS-ESS)

Arguente: Fernanda Paula Santos Leal, Professora Adjunta, Instituto
Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde (IPS-ESS)

Orientador: Lara Manuela Guedes de Pinho, Professora Adjunta,
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
(UÉ-ESESJD)

Data: 14 de junho de 2023

*“Uma das coisas magníficas do ser humano é que somos seres que aprendem...
não estamos terminados, concluídos,
antes pelo contrário, temos a possibilidade
de mudar, adaptar, crescer, desenvolver...
de agir, hoje melhor que ontem
e logo melhor que agora.”*

Lucília Nunes, 2003

O que aprendi?

*Aprendi a olhar para dentro de mim,
A ver o Outro com os olhos dele, não os meus.*

*Aprendi que o silêncio pode ser mais importante que uma palavra,
E que cada pessoa encontra a sua própria escada.*

*Aprendi que a pergunta certa permite encontrar a solução,
E que a comunicação funda a relação.*

*Aprendi que cuidar “Com” é escutar,
E sentir,
E respeitar.*

*E mais, e muito mais aprendi,
E muito cresci.*

*E vou continuar a aprender,
E a crescer.*

Rita Leonardo, 2023

AGRADECIMENTOS

Este caminho, tal como a vida, foi-se construindo num recriar constante fruto de encontros e reencontros com várias pessoas, que de forma singular e insubstituível contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos de sempre, agradeço ser quem sou.

Agradeço à minha mãe, que apesar de ausente está sempre presente.

Ao meu pai, o exemplo da retidão e verdade.

Agradeço ao meu irmão a presença, a sensatez e a essência. E à Vera e às minhas sobrinhas pelos momentos de descontração.

Ao Luís agradeço por me estimular a ser o melhor de mim, por me fazer acreditar que sou capaz de tudo, por compreender as minhas ausências e por ser o meu porto seguro. Sem ti não seria capaz.

À Maria Luís agradeço por ser a luzinha que sempre brilha nos dias felizes e nos mais escuros. Pelo amor. Pela doce inocência. Por me desafiar a ser mais e melhor.

Agradeço à Gina, amiga e companheira nesta viagem, à Isabel por ser uma agradável surpresa e por me mostrar o poder do abraço de uma amiga, ao Bruno pelas gargalhadas e motivação.

Agradeço à Professora Doutora Lara Pinho pelas aprendizagens e pela orientação, pela segurança e confiança, pela exigência científica, pelo incentivo a continuar e pela disponibilidade. Agradeço pelo exemplo que é enquanto investigadora e pelo seu forte contributo que enriquece a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Agradeço à Professora Doutora Joana Coelho pela amabilidade e disponibilidade em partilhar a coorientação e pela excelente contribuição científica que tanto acrescentou a este relatório.

A todos os professores agradeço os ensinamentos e as partilhas que fundaram este percurso.

À Iria e à Arlete agradeço pelo profissionalismo e exemplo, pelas aprendizagens e reflexões, pela motivação e entusiasmo e por me abrirem as portas da saúde mental e psiquiátrica.

Agradeço aos profissionais dos contextos de estágio a gentileza com que me receberam.

Agradeço a todos os colegas e amigos da UCIP pelos conselhos, partilhas, reflexões e motivação quando o cansaço se acentuava.

E por fim um agradecimento especial a todas as pessoas (utentes) que me permitiram entrar nas suas vidas, acompanhá-las e com elas aprender e crescer.

A todos um muito obrigada! Porque “Aqueles que passam por nós não vão sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós” (Antoine de Saint-Exupéry in: O Príncipezinho)

RESUMO

A política de desinstitucionalização implementada em Portugal objetiva a estabilização psicopatológica das pessoas nos serviços de internamento pelo menor período de tempo. Contudo, as perturbações psicóticas são responsáveis por maiores tempos de internamento e mais reinternamentos, sendo o Treino Metacognitivo uma intervenção eficaz na redução do delírio e aumento do *insight*.

Neste relatório apresentam-se os resultados do planeamento, implementação e avaliação do Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose, que demonstraram a melhoria nos diagnósticos de enfermagem delírio presente (avaliado pela escala PSYRATS – Delírio) e consciencialização comprometida (avaliada pela Escala de Insight Cognitivo de Beck), e evidenciaram a importância da execução de intervenções psicoterapêuticas pelo enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Este relatório descreve a aquisição de competências, segundo a metodologia do processo de cuidados com as fases avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação final, assente na relação terapêutica e nos cuidados centrados na pessoa.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde Mental e Psiquiátrica; Saúde Mental; Treino Metacognitivo; Psicose; Cuidados centrados na pessoa

ABSTRACT

The deinstitutionalization policy implemented in Portugal aims at the psychopathological stabilization of people in inpatient services for the shortest period of time. However, a diagnosis of psychosis is responsible for longer hospital stays and more readmissions, and Metacognitive Training is an effective intervention in reducing delusions and increasing insight.

This report presents the results of the planning, implementation and evaluation of the Individualized Metacognitive Therapy Program for Psychosis, which demonstrated an improvement in the nursing diagnoses delirium (assessed by the PSYRATS - Delusion scale) and awareness (assessed by the Beck Cognitive Insight Scale), and show the importance of the implementation of psychotherapeutic interventions by mental health and psychiatry specialist nurses.

This report describes the acquisition of skills, according to the methodology of the care process with the phases assessment, diagnosis, planning, implementation and evaluation, based on the therapeutic relationship and patient-centered care.

Keywords: Nursing; Mental health; Metacognitive Training; Psychosis; person centered caretherapeutic relationship is a fundamental axis of mental health nursing that operationalizes patient-centered care.

Keywords: Nursing; Mental and Psychiatric Health; Mental Health; Metacognitive Training; Psychosis; Person-Centered Care

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Sobreposição das Fases da relação enfermeiro-pessoa.....	20
Figura 2. As Etapas do Processo de Cuidados	25
Figura 3. Unidades Terapêuticas do TMC+.....	33
Figura 4. Constructo do Desenvolvimento de Competências	99

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de Pessoas Com Diagnóstico Delírio Presente	60
Gráfico 2. Número de Pessoas com Delírio Presente / Patologia	60
Gráfico 3. Resultados da escala PSYRATS – Delírios e seus domínios, aplicada ao utente B.	78
Gráfico 4. Resultados da escala PSYRATS – Delírios e seus domínios, aplicada à utente C.	79
Gráfico 5. Níveis de autorreflexão, autoconfiança e EICB global do utente B.	80
Gráfico 6. Níveis de autorreflexão, autoconfiança e BICS global da utente C.	80
Gráfico 7. Resultados da aplicação da Escala “Schizophrenia Functioning Core Set” ao utente B.	81
Gráfico 8. Resultados da aplicação da Escala “Schizophrenia Functioning Core Set” à utente C.	82
Gráfico 9. Avaliação da sessão de formação quanto ao local, duração e materiais/recursos.....	87
Gráfico 10. Avaliação da sessão de formação.....	88

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Foco, Diagnóstico, Intervenções, Frequência e Resultados Esperados do Caso Clínico	46
Quadro 2. Indicador de resultado relativo ao diagnóstico Delírio Presente.....	64
Quadro 3. Indicador de resultado relativo ao diagnóstico Consciencialização Comprometida.	65
Quadro 4. Indicador de resultado relativo ao diagnóstico Satisfação dos Doentes Relativamente aos Cuidados de Enfermagem	66
Quadro 5. Questionário de Avaliação de Satisfação com o Programa de TMC+	83

LISTA DE ABREVIATURAS ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

APA – American Psychiatric Association

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNS – Conselho Nacional de Saúde

Cont. – Continuação

DGS – Direção-Geral da Saúde

EBEP – Escala de Bem Estar Psicológico

Ed. – Edição

Eds. – Edições

EEESMP – Enfermeiro Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EICB – Escala de Insight Cognitivo de Beck

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ICD – 11 – International Classification of Diseases 11th

ICN – International Council of Nurses

LOS – Tempos de duração de internamento (Length of stay)

N.º – Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

pp. – Página

PSYRATS - Psychotic Symptom Rating Scales

SU – Serviço de Urgência

SWLS – Escala de Satisfação com a Vida

TCCp – Terapia Cognitivo-comportamental para a Psicose

TMC – Treino Metacognitivo

TMC+ – Treino Metacognitivo Individual para a Psicose

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	15
1.1. Relação Terapêutica e os Cuidados Centrados na Pessoa.....	15
1.2. Processo de Cuidados.....	22
1.3. A Pessoa com Perturbação Psicótica.....	26
1.4. Treino Metacognitivo Individual na Psicose.....	29
1.5. O TMC+ como Intervenção Psicoterapêutica Executada pelo EEESMP Promotora do Cuidar Centrado na Pessoa.....	35
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTOS CLÍNICOS	37
2.1 Estágio I – Unidade de Cuidados na Comunidade.....	38
2.1.1 Caracterização do contexto de estágio.....	38
2.1.2 Caso clínico.....	41
2.1.3 Reflexão sobre o Estágio I.....	50
2.2 Estágio Final – Serviços de Internamento de Psiquiatria Agudos.....	57
2.2.1 Caracterização do contexto de estágio.....	57
2.2.2 Projeto de Intervenção: Programa de TMC+.....	59
2.2.2.1 Avaliação e diagnóstico	63
2.2.2.2 Planeamento e implementação	63
2.2.2.3 Avaliação final	76
2.2.2.4 Reflexões sobre o Programa de TMC+	85
2.2.3 Reflexões sobre o Estágio Final.....	90
3. EXPERIÊNCIAS FORMATIVAS	96
4. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO REALIZADO	98
5. CONCLUSÃO	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
ANEXOS.....	CXVIII
APÊNDICES.....	CXXI

ANEXOS

Anexo I Cartão Amarelo e Cartão Vermelho do TMC+	CXIX
--	------

APÊNDICES

Apêndice I Caso Clínico	CXXII
Apêndice II Cartaz Sessão Recordar	CXXIII
Apêndice III Consentimento Informado	CXXV
Apêndice IV Questionário Satisfação à Família do Sr. T.	CXXVII
Apêndice V Plano da Sessão de Formação em Serviço “Programa de TMC+”	CXXX
Apêndice VI Sessão de Formação em Serviço “Programa de TMC+”	CXXXII
Apêndice VII Questionário Serviço Internamento	CLXVI

INTRODUÇÃO

A construção deste relatório enquadra-se na aquisição do grau de Mestre em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), decorrente da formação académica frequentada no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, em Associação entre a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, a Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Este relatório é um documento científico e também um instrumento de partilha e divulgação do processo de desenvolvimento pessoal e profissional ocorrido durante os estágios realizados, ancorado nas competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) e nas competências de mestre nesta área de especialização.

Os contextos de estágio foram selecionados com o objetivo de iniciar a abordagem aos cuidados especializados do EEESMP nos cuidados de saúde primários, realizando o Estágio I numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), cujo escopo é a promoção da saúde mental, prevenção da doença e intervenção precoce na doença mental comum, para depois, em continuidade com o desenvolvido, abordar a o doente mental grave em fase de agudização da doença, num Serviço de Internamento de Psiquiatria Agudos de um centro hospitalar.

A matriz teórica que norteou as nossas intervenções ancorou-se principalmente na Teoria das Relações Interpessoais de Peplau (1991), que advoga que a essência de enfermagem é a relação terapêutica interpessoal significativa que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa, e no modelo de intervenção terapêutico existencial-humanista proposto por Chalifour (2008), que integra o conjunto das características únicas da pessoa e a coloca no centro da intervenção terapêutica, com o entendimento que os cuidados para serem de qualidade têm de ser em parceria.

Em todo este percurso utilizámos o processo de cuidados como a forma sistemática e dinâmica de tomada de decisão em enfermagem, resolução de problemas e prestação cuidados (Townsend & Morgan, 2018).

Assim, no Estágio I realizámos um caso clínico, colaborámos na realização de consultas de enfermagem em saúde mental e integrámos um projeto de intervenção comunitária na área da promoção da saúde escolar.

No Estágio Final prestámos cuidados em parceria a pessoas internadas em fase aguda da doença e suas famílias, e desenvolvemos várias intervenções individuais e em grupo, específicas do EEESMP.

Para construir o projeto de intervenção realizámos o diagnóstico de situação no contexto clínico real do Estágio Final e identificámos o delírio presente como um problema em que era necessário intervir. No mesmo sentido, a evidência científica relaciona as perturbações psicóticas com tempos de duração de internamento (*LOS - Length of stay*) mais longos e maior probabilidade de reinternamentos (Tulloch *et al.*, 2011; Gopalakrishna *et al.*, 2015; Abreu *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2020).

Em concordância com a equipa transdisciplinar e escorados pela evidência científica atual, que evidencia a eficácia do treino metacognitivo individual para a psicose (TMC+) na redução do delírio e no aumento do *insight* clínico e cognitivo (Vitzthum *et al.*, 2013; Balzan & Galletly, 2015; Eichner & Berna, 2016; Andreou *et al.*, 2016; Lui *et al.*, 2018; Motiz *et al.*, 2018; Balzan *et al.*, 2019; Leanza *et al.*, 2020; Moritz *et al.*, 2022) identificámos como diagnósticos de enfermagem sobre os quais pretendíamos intervir o delírio presente e a consciencialização comprometida, e planeámos, implementámos e avaliámos o Programa de TMC+.

Neste constructo, definimos como objetivo geral deste relatório de estágio demonstrar a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMP e competências de mestre nesta área de especialização, que confirmam o grau de Mestre em Enfermagem. Como objetivos específicos definimos:

- Caracterizar os contextos de estágio;
- Descrever o desenvolvimento das competências de avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação dos resultados esperados à pessoa, família, grupo e comunidade, de acordo com o processo de cuidados;
- Refletir criticamente sobre as experiências mais relevantes vivenciadas em contexto da prática clínica especializada em ESMP;
- Descrever o planeamento, implementação e avaliação do Programa de TMC+;

Na estrutura deste trabalho começámos por definir o enquadramento conceptual onde descrevemos a ancoragem teórica que sustentou todo este percurso, abordando a relação

terapêutica e os cuidados centrados na pessoa, o processo de cuidados, a pessoa com perturbação psicótica, o TMC+ e o TMC+ como uma intervenção psicoterapêutica aplicada pelo EEESMP promotora do cuidar centrado na pessoa.

De seguida descrevemos os percursos de aprendizagem e o desenvolvimento de competências nos contextos clínicos, num movimento contínuo de reflexão-ação, seguindo a metodologia do processo de cuidados, a conceptualização descrita no capítulo I e a evidência científica atual.

No capítulo III abordámos as experiências formativas desenvolvidas.

E por fim realizámos uma breve análise reflexiva de todo o percurso realizado.

O presente documento está redigido em consonância com a norma de referência bibliográfica da *American Psychological Association 7ª edição* e com as diretrizes do novo acordo ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A enfermagem é uma disciplina do conhecimento operacionalizada numa profissão intelectual e científica, que se sustenta e afirma pelo ensino, pelo exercício profissional, pela investigação e pela sua regulação profissional própria (Nunes, 2016).

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, a enfermagem de saúde mental ancora-se na evidência científica e “...apoiada nas teorias de enfermagem, psicológicas, psicossociais e neurobiológicas, persegue os mais elevados padrões de qualidade do cuidar” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015 pp. 17034).

1.1. Relação Terapêutica e os Cuidados Centrados na Pessoa

A relação entre o enfermeiro e a pessoa é o centro do cuidar de enfermagem, e em todas as intervenções o enfermeiro, de forma consciente ou inconsciente, está continuamente em interação e a aprofundar a sua compreensão sobre a pessoa, sobre a sua evolução e sobre o impacto dos cuidados (Lopes, 2018).

Do conceito relação emergem várias significâncias de acordo com várias interpretações, entre as quais a relação terapêutica, que corresponde à relação interpessoal que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa, subjacente a qualquer intervenção (Coelho *et al.* (2020).

A importância da relação terapêutica é amplamente reconhecida, descrita como o eixo fundamental em enfermagem de saúde mental, e está associada a melhores resultados de saúde, com o aumento da eficácia de qualquer intervenção clínica (Moreno-Poyato *et al.*, 2021; Tolosa-Merlos *et al.*, 2023).

Steuber & Pollard (2018) acrescentam que a relação terapêutica é a fundação para estabelecer um cuidar de enfermagem eficaz e eficiente, e que os princípios éticos, morais e responsabilidade e deveres profissionais são gerados através desta relação.

Para tal é indispensável que a comunicação que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa seja também ela uma comunicação terapêutica, já que ambas são indissociáveis, considerando que a relação terapêutica se estabelece e evolui pela comunicação, e que é a relação que permite à comunicação ser terapêutica (Sequeira, 2020a).

De facto, a comunicação desenvolve-se no espaço interpessoal de intersubjetividade, pela interação verbal e não verbal, num processo de comunhão em que a pessoa comunica como um todo, porque todo o comportamento tem um significado associado e é em si uma forma de comunicação, sendo impossível não comunicar (Lopes, 2018; Watzlawick *et al.*, 2002). Contudo, a comunicação terapêutica diferencia-se por ser um tipo de comunicação com uma intencionalidade definida, de acordo com um objetivo específico, num processo consciente e com um propósito (Sequeira, 2020a).

Neste constructo o *College of Nurses of Ontario* (2019) definiu os componentes que estruturam o processo da relação terapêutica, designadamente o respeito, a confiança, a empatia, a intimidade terapêutica e o uso construtivo do poder, aos quais Lopes (2018) acrescenta a aliança terapêutica que se estabelece com a pessoa, que é absolutamente indispensável para a obtenção de resultados, porque permite conjugar sinergias numa estratégia de cooperação e parceria.

Paralelamente, Tolosa-Merlos *et al.* (2023), num estudo que realizaram, concluíram que a componente da atitude é o âmago da relação terapêutica, acrescentando que é fundamental que o enfermeiro acredite em si e na sua capacidade de comunicar, de se adaptar e de estar em relação com a pessoa. Os mesmos autores acrescentam como ações fundamentais para estabelecer uma relação terapêutica construtiva: criar um ambiente propício, utilizar uma abordagem verbal apropriada, oferecer ajuda e trabalhar em conjunto com a pessoa (Tolosa-Merlos *et al.*, 2023).

Lopes (2018) salienta ainda que para desenvolver uma relação terapêutica é necessário uma elevada autoconsciência e competência no uso de técnicas interpessoais distintas, inerentes ao desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro. Efetivamente uma relação sustentada no processo de autodesenvolvimento e no uso terapêutico do *Self*, num clima de confiança e respeito caloroso é fundamental para construir uma relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa (OE, 2018a; Chalifour, 2008).

Como Watson (1979) acrescenta, a sensibilidade para consigo mesmo e para com os outros e a capacidade de autoconhecimento determina até que ponto o enfermeiro é capaz de se desenvolver e utilizar-se plenamente com as pessoas de quem cuida, ou seja, um maior

conhecimento sobre si próprio é facilitador do relacionamento com o outro (Watson, 1979; Jack & Smith, 2007).

Esta tomada de consciência de si mesmo é absolutamente indispensável no cuidar em ESMP, e permite a mobilização do Eu como instrumento terapêutico, possibilitando ao enfermeiro desenvolver vivências, conhecimentos e habilidades especializadas, fundamentais para estabelecer relações de confiança e parceria, e desta forma aumentar o *insight* da pessoa sobre os seus problemas e as suas capacidades, para que encontre em si novas estratégias de resolução (OE, 2018a).

A relação terapêutica é assim um elemento essencial dos cuidados centrados na pessoa e melhora a tomada de decisões partilhadas, através da cooperação e participação ativa para a construção de uma verdadeira aliança terapêutica (Moreno-Poyato *et al.*, 2021). É esta aliança mútua que permite o consenso sobre os objetivos a atingir (Martins *et al.*, 2021). Consequentemente, para prestar cuidados centrados na pessoa é imprescindível que todas as decisões clínicas respeitem e respondam às necessidades individuais, preferências e valores de cada um, num processo dinâmico, cujo objetivo é capacitar a pessoa na consecução do seu projeto de vida (Kwame & Petrucka, 2021; OE, 2015).

Ortiz (2021) acrescenta que os princípios fundamentais para os cuidados centrados na pessoa são o respeito pelos valores, preferências e necessidades expressas, o envolvimento de familiares e amigos, a coordenação e integração dos cuidados, a partilha de informação, o suporte emocional e alívio do medo e ansiedade, e a transição, continuidade e acesso aos cuidados.

Paralelamente Pinho *et al.* (2021) identificam a tomada de decisão partilhada como a premissa basilar dos cuidados centrados na pessoa, e descrevem as suas quatro características principais: os profissionais de saúde e a pessoa devem estar envolvidos no processo, deve haver uma partilha mútua da informação que detêm, o consenso deve firmar-se nas preferências de tratamento da pessoa e ambos devem concordar sobre o tratamento a implementar.

É, portanto, fundamental clarificar o que a pessoa sabe, o que a preocupa e quais as suas capacidades e estratégias para lidar com os seus problemas (Lopes, 2006).

Também Carl Rogers (1985) defende os princípios caracterizadores de uma abordagem centrada na pessoa, que se sustenta por uma comunicação autêntica e congruente, em que o profissional compreende a pessoa, através de uma atitude de escuta ativa e aceitação positiva incondicional da sua realidade e especificidades próprias, ouvindo-a falar de si com compreensão empática. O seu modelo terapêutico, o Modelo Rogeriano, privilegia a interação entre o profissional

e a pessoa, e advoga que o papel do profissional é agir como um facilitador que valoriza a coparticipação e que responsabiliza a pessoa pelo seu projeto de saúde (Valente *et al.*, 2020)

Do mesmo modo, o modelo de intervenção terapêutico proposto por Chalifour (2008) advoga uma abordagem inspirada no modelo existencial-humanista, que considera o conjunto das características únicas da pessoa e a coloca no centro da intervenção terapêutica (Chalifour, 2008). O mesmo autor salienta neste modelo que “...a relação é o âmago da terapia.” (Chalifour, 2009 pp. 20). E requer do profissional tanto conhecimentos científicos como uma elevada autoconsciência de si para que seja mais extensa a “...informação com que está em contacto.” (Chalifour, 2008 pp. 129). Nesta construção Chalifour (2009) consubstancia que o profissional desempenha um papel de facilitador da tomada de consciência de si (*awareness*) pela pessoa, e, quando necessário, exerce um papel de perito, favorecendo a aquisição de conhecimentos ou habilidades (Chalifour, 2009).

A especificidade do cuidar de qualidade em enfermagem de saúde mental integra estas premissas e tem como objetivo ajudar a pessoa a manter, melhorar e recuperar a saúde e atingir a maior funcionalidade possível (OE, 2015).

Esta forma de cuidar, percecionando a pessoa como ser único e individual, com conhecimento, pensamento e vontade própria, é também uma forma de empoderamento que potencia a autonomia, subjacente ao direito à dignidade da pessoa humana, e também a outros valores e princípios como a autodeterminação e a liberdade com capacidade de escolha, que fundam o cuidar em enfermagem (Lei n.º 156/2015, 2015). Como salienta a *American Association of Colleges of Nursing* (2008) a perspetiva do cuidado centrado na pessoa sustenta o cuidar de enfermagem e reflete e incorpora os valores éticos da profissão.

Além de ser uma forma de promoção da literacia em saúde. Indubitavelmente cidadãos que ancoram as suas decisões de saúde em conhecimentos baseados na evidência são cidadãos que exercem o seu poder de escolha, de tomada de decisão, de forma consciente e de acordo com as suas convicções. E são cidadãos livres, porque o conhecimento promove o cuidar de si próprio e tem a capacidade de libertar as pessoas do paternalismo, dos que tomam decisões pelos outros, desrespeitando as suas capacidades e direitos (Nunes, 2014; Pais-Ribeiro, 2021; Wei *et al.*, 2018).

Esta perspetiva está em consonância com a missão do EEESMP, cujos cuidados são centrados na individualidade de cada pessoa, inserida e em interação consigo própria, com o seu contexto familiar e com a sua comunidade, “...respeitando a sua dignidade, valores, crenças e hábitos de vida, vendo-a como parceiro preferencial e ativo, capaz de tomar decisões sobre a sua saúde e bem-estar e ser corresponsável em todo o processo de cuidados.” (OE, 2015 p.17035).

Os modelos de cuidados centrados na pessoa são cada vez mais uma exigência e têm demonstrado ser essenciais para atingir resultados de saúde positivos e para a percepção de cuidados de qualidade (Park *et al.*, 2018; Pinho *et al.* 2021; Kwame & Petrucka, 2021).

Esta mudança de paradigma deveu-se, primariamente a Hildegard Peplau, que em 1952 publicou o livro *Interpersonal Relations in Nursing*, onde advogava que os doentes não eram objetos a ser observados, mas sim parceiros no processo de cuidar (Peden, 2001; Dickson & Wright, 2012).

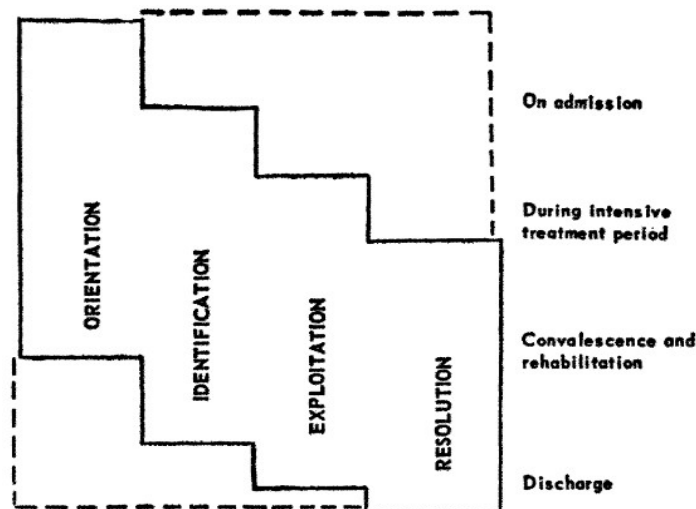
Para Peplau (1991) a essência da enfermagem é o processo psicodinâmico, interpessoal, significativo e terapêutico que se estabelece na relação entre o enfermeiro e a pessoa, em que ambos se respeitam como indivíduos, crescem e se desenvolvem mutuamente como resultado dessa interação, com o objetivo de promover o movimento e maturidade da personalidade em direção a uma vida criativa, construtiva e produtiva a nível pessoal e na comunidade (Peplau, 1991; Townsend, 2011; George, 2000; Bittencourt *et al.*, 2018; Carvalho & Cordeiro, 2018).

Neste constructo, o enfermeiro é um perito na relação com elevado conhecimento de si e com formação especializada, que procura conhecer e compreender a pessoa e ajudá-la a compreender-se a si mesma e aos seus problemas, numa intervenção terapêutica em que o comportamento do enfermeiro é um estímulo para a mudança do comportamento da pessoa (Peplau, 1992).

Assim, toda a situação de doença é uma oportunidade de trabalhar em cooperação no sentido de uma aprendizagem existencial. Consequentemente, a pessoa adapta-se e desenvolve novas competências que lhe permitirão a resolução do seu problema, e o enfermeiro torna-se mais consciente de si, compreende os seus limites e fortalece as suas competências (Peplau, 1992).

Esta relação interpessoal que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa caracteriza-se, segundo Peplau (1991), por quatro fases que se distinguem claramente: orientação; identificação; exploração e resolução. Cada uma destas fases pode sobrepor-se ou interrelacionar-se de acordo com a evolução da relação até à fase de resolução (Figura 1) (Peplau, 1991).

Figura 1. Sobreposição das Fases da relação enfermeiro-pessoa.



Fonte: Peplau, H.E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing Company. plau (pp.21)

A primeira fase, fase de orientação, corresponde ao primeiro contacto entre o enfermeiro e a pessoa. É nesta fase que o enfermeiro demonstra interesse, promove a recetividade e cooperação e colhe dados essenciais através da realização de entrevistas, avaliações e da anamnese, para conhecer a pessoa e o seu estado de saúde-doença (Peplau, 1991). Pinho *et al.* (2017) alertam para a complexidade do processo de avaliação em pessoas com esquizofrenia, que raramente são fontes de informação confiáveis na fase aguda da doença, e evidenciam a necessidade de incluir a família e a consulta do processo clínico nesta avaliação. É também fundamental que a pessoa se sinta escutada e participante ativa neste processo. No início desta fase ambos são estranhos, após as várias interações estabeleceram entre si uma base de conhecimento mútuo e confiança que permitirá o evoluir da relação (Peplau, 1991; Peplau, 1997; Townsend & Morgan, 2018). Pinho (2021) acrescenta que para avançar para a fase seguinte, no doente mental grave, é indispensável trabalhar nesta etapa o *insight* para a doença e a importância da adesão ao regime terapêutico.

Segue-se a fase de identificação, que se caracteriza pela clarificação das primeiras impressões da pessoa, que sente que conhece os recursos de que dispõe no seu processo de recuperação, respondendo e relacionando-se seletivamente com quem lhe oferece ajuda de três formas distintas: 1) como participante ativo numa relação de interdependência; 2) adotando uma atitude independente ou de isolamento; 3) com base no desamparo ou numa relação de dependência (Peplau, 1991). Nesta fase o enfermeiro e a pessoa esclarecem percepções e expectativas sobre ambos face ao problema identificado, e o enfermeiro utiliza as suas competências para ajudar

a pessoa a evoluir e fazer pleno uso da relação (Peplau, 1991). Esta fase surge após a tomada de consciência da pessoa sobre o seu problema e a sua doença (Pinho *et al.*, 2017).

A fase de exploração inicia-se quando a pessoa se identifica com o enfermeiro e se sente confortável no processo de cuidar, conseguindo explorar e tirar o máximo partido dos recursos disponíveis, de acordo com o seu interesse e necessidades (Peplau, 1991). Através desta relação interpessoal terapêutica de colaboração a pessoa desenvolve-se no sentido de resolver os seus problemas e atingir o nível máximo de saúde (Peplau, 1991). No doente mental grave esta etapa caracteriza-se pelo processo de recuperação psicossocial (Pinho *et al.*, 2017)

A última fase deste processo é a fase de resolução, também descrita por Peplau (1991) como fase de libertação. Nesta etapa as necessidades identificadas no início da relação foram resolvidas e o enfermeiro empodera a pessoa a tornar-se autónoma no seu processo de resolução de problemas e promove a transição dos cuidados, providenciando a informação necessária e potenciando novas aprendizagens (Peplau, 1991; Peplau, 1997). Referindo-se à pessoa com esquizofrenia, Pinho *et al.* (2017) sublinham que esta fase ocorre apenas após findo o processo de reabilitação psicossocial, quando a pessoa é competente para conviver com a doença e satisfazer as suas necessidades.

Estas fases, caracterizadoras da relação interpessoal, assemelham-se às fases do processo de cuidados. No capítulo seguinte este paralelismo será descrito com maior rigor.

Peplau (1991) identifica ainda diversos papéis (definidos como conjunto de valores e comportamentos) que são assumidos pelo enfermeiro durante as várias fases do processo terapêutico relacional interpessoal, nomeadamente: papel de estranho; de pessoa de recurso; de professor; de líder; de substituto e de conselheiro, de acordo com as necessidades identificadas (Peplau, 1991, Townsend, 2011).

A estrutura de cuidar em enfermagem advogada por Peplau (1991), fez emergir pela primeira vez o conceito de cuidar “com”, subjacente a um cuidar em parceria, e colocou a pessoa no centro dos cuidados, o que resultou numa mudança muito significativa do processo de cuidar em enfermagem (Smith, 2020).

Estes conceitos permanecem atuais e vários autores evidenciam a necessidade de se reconsiderarem como absolutamente fundamentais no cuidar em enfermagem (Carvalho & Coelho, 2018). A abordagem holística e integrada que lhes está subjacente permite uma maior consolidação do cuidado e tem um impacto positivo na recuperação, segurança e satisfação da pessoa (Charnay-Sonnek, 2018).

De facto, para o cuidado centrado na pessoa, é fundamental que a relação terapêutica interpessoal significativa que se estabelece seja de trabalho conjunto. Assim, a visão de um destinatário de cuidados passivo é contraposta por uma relação de partilha de poder onde os valores e escolhas da pessoa são respeitadas, sem julgamentos, com empatia, compaixão e compreensão, individualizando as respostas e cuidados (Santos *et al.*, 2018).

Consequentemente, pode facilmente fazer-se um paralelismo entre as premissas que fundam a relação terapêutica, os princípios do cuidar centrado na pessoa e a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau (1991), num constructo dinâmico em que todos concorrem para a melhoria dos cuidados e da satisfação das pessoas.

1.2. Processo de Cuidados

O processo de cuidados ou processo de enfermagem, através de uma metodologia científica operacionaliza de forma estruturada, sistemática e dinâmica os conhecimentos científicos e o raciocínio clínico do enfermeiro, adaptando-o à unicidade de cada pessoa e às suas respostas humanas desadaptadas (Carpenito-Moyet, 2007; Townsend, 2011; Sampaio & Sequeira, 2020a; Gonçalves *et al.*, 2020a). Carpenito-Moyet (2007) acrescenta que o processo de enfermagem evita o viés de julgamentos e conclusões precipitadas, baseadas em inferências realizadas sem todos os dados pertinentes.

Incorporando uma abordagem interativa e interpessoal, corresponde a um método eficiente de organização dos processos de pensamento e permite a tomada de decisão clínica orientada para a resolução de problemas e para a prestação de cuidados individualizados de qualidade (Doenges & Moorhouse, 2010). Divide-se em cinco fases sucessivas que sustentam uma abordagem rigorosa e estruturada: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação final (Gonçalves *et al.*, 2020a).

Estas fases progressivas interrelacionam-se num processo cíclico ininterrupto e dinâmico de pensamento e intervenção-ação que se reajusta a cada novo contacto (Doenges & Moorhouse, 2010).

Neste constructo o processo de cuidados inicia-se com a avaliação diagnóstica e desenvolve-se num contínuo que perdura enquanto o enfermeiro e a pessoa mantiverem interações com o objetivo de atingir mudanças físicas ou comportamentais (Townsend & Morgan, 2018).

A avaliação em enfermagem de saúde mental ancora-se no “...conhecimento de enfermagem relativo ao comportamento humano e aos princípios do processo de entrevista clínica de enfermagem de saúde mental, sintetiza informação obtida através de entrevistas, observação do comportamento, análise de outros dados disponíveis...” e conflui indubitavelmente num conjunto de diagnósticos de enfermagem (OE, 2015 pp. 17034).

Na etapa diagnóstica o enfermeiro identifica as respostas humanas a problemas de saúde reais ou potenciais e valida esses diagnósticos com a pessoa, numa relação de confiança, parceria e respeito mútuo, que permite fazer um planeamento conjunto das intervenções a implementar (OE, 2015; Townsend & Morgan, 2018).

Os diagnósticos de enfermagem de saúde mental devem ser formulados de acordo com os sistemas de taxonomia standardizados e preconizados pela OE (OE, 2018a). Neste contexto, em Portugal, a taxonomia de Enfermagem mais utilizada é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), cuja conceção é da responsabilidade do *International Council of Nurses (ICN)* e integra a família das classificações internacionais da Organização Mundial de Saúde (Sequeira & Sampaio, 2020). Contudo, em complementaridade a este sistema de classificação, tem aumentado a utilização da Classificação das Intervenções de Enfermagem e da Classificação dos Resultados de Enfermagem, associadas aos diagnósticos da *NANDA International, Inc.*, que permitem perceber quais as intervenções de enfermagem sugeridas para determinado diagnóstico e quais os resultados que se pretendem alcançar, bem como os indicadores que permitem avaliar a consecução desses resultados (Sequeira & Sampaio, 2020).

É, portanto, neste momento que se identificam os resultados esperados e se constrói indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, que na etapa da avaliação dos resultados permitem mensurar e evidenciar a importância dos cuidados especializados do EEESMP nos serviços de saúde e valorizar a Enfermagem (Sequeira & Sampaio, 2020; OE, 2023).

Os diagnósticos de enfermagem são assim os alicerces que sustentam a prescrição de intervenções específicas pelas quais o enfermeiro é responsável (Townsend & Morgan, 2018).

Com a clara caracterização do diagnóstico, pelas competências especializadas do EEESMP, este, em parceria com a pessoa, seleciona, prescreve, planeia, executa e avalia as intervenções

psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, em dinâmica individual, familiar ou comunitária, que mais se adequam (OE, 2018).

As intervenções psicoterapêuticas definem-se como a “...execução informada e intencional de técnicas de psicoterapia com o objetivo de assistir a pessoa a ajustar os seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais na direção que se considere desejável.” (OE, 2023 pp.1). A relação terapêutica e a comunicação interpessoal são a base que sustenta esta intervenção, que apesar de ser uma técnica sistematizada respeita a individualidade da pessoa e procura responder às necessidades reais identificadas (Sampaio *et al.*, 2018; Sampaio & Sequeira, 2020a). No sentido de orientar a implementação desta intervenção foi desenvolvido o “Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem” (Sampaio *et al.*, 2017; Sampaio *et al.*, 2018).

Quando o alvo das intervenções é um grupo ou comunidade e a relação terapêutica interpessoal que se estabelece é entre o enfermeiro e o grupo com a compreensão da pessoa enquanto elemento inserido numa comunidade, as intervenções realizadas são classificadas de socioterapêuticas (OE, 2023).

As intervenções psicossociais são realizadas no âmbito do processo de reabilitação psicossocial e compreendem “...atividades, técnicas ou estratégias interpessoais ou informativas que visam a modificação de fatores biológicos, comportamentais, cognitivos, emocionais, interpessoais, sociais ou ambientais com o objetivo de melhorar a saúde e bem-estar.” (OE, 2023 pp. 4).

Por fim, as intervenções psicoeducacionais correspondem uma forma específica de educação que inclui a transmissão de informação sobre a doença e o seu tratamento, e permite à pessoa desenvolver compreensão e aprender estratégias para gerir a doença mental e os seus efeitos (OE, 2023).

Consequentemente, o EEESMP tem um papel fundamental face à necessidade assinalada em consenso alargado sobre a importância de associar à medicação intervenções não farmacológicas e reabilitação psicossocial, com o objetivo de melhorar e potenciar a remissão dos sintomas, e promover a recuperação funcional da pessoa com esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, num tratamento integrado em que os cuidados são centrados na pessoa e na sua individualidade (Levy e Coentre, 2014; *Early Psychosis Guidelines Writing Group & EPPIC National Support Program*, 2016; Pinho, 2021; Ferreira, 2022).

Assim, além de realizar uma avaliação de saúde mental da pessoa mais sustentada, é a forma especializada de intervenção do EEESMP que terá um maior impacto positivo na pessoa e permitirá alcançar ganhos em saúde.

Após a implementação de uma intervenção é indispensável realizar a avaliação dos resultados para determinar em que medida os objetivos dos cuidados foram atingidos (Townsend & Morgan, 2018). Chalifour (2009) reforça que a avaliação é constante durante o processo de cuidados (Figura 2), contudo é também a última etapa deste processo.

Figura 2. As Etapas do Processo de Cuidados



Fonte: Chalifour, J. (2009). A Intervenção Terapêutica – estratégias de intervenção. (1.ª ed.). Lusodidacta. (pp. 133)

Pela avaliação o enfermeiro determina se o problema identificado que fundou a intervenção persiste ou está resolvido, clarificando se existem diagnósticos ativos ou se a relação enfermeiro-pessoa terminou (Chalifour, 2009).

Contudo, como Chalifour (2009) evidencia, o processo de cuidados sustenta-se num referencial teórico. No constructo advogado anteriormente, e considerando a relação interpessoal terapêutica que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa como o meio pelo qual o processo de enfermagem é implementado, como descrito por Townsend & Morgan (2018), a principal ancoragem teórica que irá nortear este trabalho é a Teoria das Relações Interpessoais desenvolvida por Peplau (1991). Esta teórica de enfermagem, em consonância, afirma que a relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa é o substrato que permite desenvolver o processo de cuidados (Peplau, 1991).

Neste contexto pode fazer-se uma correlação entre as fases do processo de cuidados e as fases de desenvolvimento da relação terapêutica descritas por Peplau (1991), considerando que ambas partilham técnicas sequenciais para a resolução de problemas, num processo colaborativo entre o enfermeiro e a pessoa, baseado na relação terapêutica, e usam a observação, comunicação e registos como instrumentos básicos no cuidar em enfermagem (George, 2000).

Assim, a fase orientação corresponde ao início da relação descrita na avaliação inicial, em que o enfermeiro e a pessoa se encontram no papel de estranhos; a fase identificação relaciona-se com o

diagnóstico e planeamento pois é nesta fase que são identificadas as necessidades da pessoa e delineado o plano de cuidados; a fase exploração corresponde à implementação do plano de cuidados e é nesta fase que a pessoa explora e tira o máximo benefício de todas as intervenções propostas; e a fase de resolução compreende a avaliação final e surge quando a pessoa se torna independente na resolução dos seus problemas (George, 2000; Townsend & Morgan, 2018; Wright, 2021).

1.3. A Pessoa com Perturbação Psicótica

Estima-se que uma em cada quatro pessoas apresente ou venha a apresentar algum tipo de perturbação mental ao longo da sua vida, sendo que Portugal é o segundo país europeu com maior prevalência de perturbações psiquiátricas atingindo os 22,9% (Steele *et al.*, 2014; Almeida, 2018; Conselho Nacional de Saúde [CNS], 2019).

Estas perturbações têm um impacto muito significativo na vida das pessoas e suas famílias, na sociedade e na economia, e são por isso consideradas um importante problema de saúde pública (Jongsma *et al.*, 2019; Gaspar *et al.*, 2019).

Num estudo realizado por Vos *et al.* (2020), que analisa um total de 369 doenças em vários países, as perturbações mentais, a par das lesões musculoesqueléticas, surgem como as principais causas de incapacidade, e no ranking das 25 maiores causas de carga de doença (anos de vida ajustados por incapacidade [*Disability- Adjusted Life Years*]) identificadas nas idades compreendidas entre os 25-49 anos, encontram-se várias perturbações mentais (perturbação depressiva; comportamentos autolesivos, perturbações de ansiedade, perturbações decorrentes do uso de drogas, perturbações decorrentes do uso de álcool e esquizofrenia) (Vos *et al.*, 2020).

Em Portugal dos anos vividos com incapacidade total de todas as doenças, 23,8% correspondem a doenças mentais e do comportamento (Gaspar *et al.*, 2019)

Segundo a *American Psychiatric Association* (APA) (2022) as perturbações psicóticas inserem-se no grupo “Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas” e incluem: a perturbação esquizotípica, perturbação delirante, perturbação psicótica breve, perturbação esquizofreniforme, esquizofrenia, perturbação esquizoafetiva, perturbação psicótica induzida por substâncias/medicamentos e perturbação psicótica devido a outra condição médica. A *International*

Classification of Diseases 11th (ICD - 11) (2023), acrescenta que as perturbações psicóticas são primárias quando os sintomas psicóticos são as suas características definidoras.

Epidemiologicamente, estima-se que as perturbações psicóticas tenham início durante o período complexo de desenvolvimento da adolescência e idade adulta jovem, com uma incidência sobre a idade do diagnóstico do primeiro surto psicótico de sensivelmente 86 casos/100 000 indivíduos/ano entre os 15-29 anos de idade e 46 casos/100 000 indivíduos/ano entre os 30-59 anos de idade (Levy & Coentre, 2014; Ferreira et al., 2022).

Num estudo realizado por Jongsma *et al.* (2018) que abrangeu vários países, a incidência geral bruta de perturbações psicóticas foi de 21,4 por 100.000 pessoas/ano, sendo que a maior incidência foi associada a idade mais jovem, sexo masculino, minoria racial ou étnica e zonas populacionais com menor ocupação habitacional pelo proprietário.

Assim, a incidência pode variar significativamente de acordo com a metodologia dos estudos populacionais realizados e com características demográficas, geográficas e sociais, existindo estimativas que oscilam entre 15 casos por 100 000 pessoas/ano até aos 100 casos por 100 000 pessoas/ano (Ferreira *et al.*, 2022).

Relativamente à prevalência, se tomarmos como exemplo a esquizofrenia, no ano de 2019 a prevalência global mundial era de 0,32% atingindo um total de 23,597 milhões de pessoas (*Global Burden of Disease Collaborative Network*, 2020). A prevalência global em Portugal atingiu uma percentagem ligeiramente superior de 0,35% correspondendo a um total de 36 mil pessoas (*Global Burden of Disease Collaborative Network*, 2020).

As características essenciais definidoras das perturbações psicóticas são:

- Delírio – um dos sintomas mais frequentes, que se define como uma crença comprovadamente falsa ou não compartilhadas por outros, baseada numa inferência incorreta sobre a realidade externa, firmemente mantida com convicção e inabalável pela experiência ou evidência que a contradiz, não partilhada por pessoas da mesma cultura ou subcultura, correspondendo a uma alteração do conteúdo do pensamento;
- Alucinações – caracterizadas por alterações da perceção em qualquer modalidade sensorial sem que ocorra um estímulo externo, sendo que as alucinações auditivas são as mais frequentes;
- Desorganização do pensamento – que se manifesta através do discurso, a pessoa pode mudar de tópico constantemente, apresentar um discurso tangencial ou até

incoerente, sendo que a alteração identificada terá que prejudicar substancialmente a efetividade da comunicação;

- Comportamento motor desorganizado ou anormal – compreende situações de agitação ou catatonia;
- Sintomas negativos – incluem a diminuição da expressão emocional, avolia, alogia, anedonia e a falta de sociabilidade (ICD – 11, 2023; APA, 2022).

A APA (2022) acrescenta que para o diagnóstico das perturbações psicóticas é fundamental analisar as condições que não satisfazem a totalidade dos critérios ou que se limitam a um domínio da psicopatologia, avaliar o contínuo de tempo de duração de sintomatologia e excluir outra condição que as possam originar. O sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo na funcionalidade social, ocupacional ou em outras áreas relevantes, é utilizado como critério delimitador da existência ou não de perturbação mental (APA, 2022).

Sullivan *et al.*, (2020) sublinham que as experiências psicóticas são frequentemente transitórias e experienciar sintomas psicóticos não significa ter uma perturbação psicótica, por exemplo um acontecimento traumático pode desencadear uma experiência psicótica autolimitada, sem ter como consequência uma perturbação psicótica.

É assim, fundamental realizar uma avaliação precisa. Contudo, a existência de várias entidades nosológicas incluídas na designação de psicose, a pouca consistência de sintomas com grande amplitude de manifestações, que incluem sintomas positivos, negativos, afetivos e outros (como por exemplo cognitivos), a evolução diagnóstica longitudinal e a elevada comorbilidade dificultam essa avaliação (Ferreira *et al.* 2022; Levy & Coentre, 2014).

Torna-se indispensável construir uma aliança terapêutica que permita conhecer a pessoa e as suas dificuldades, compreender o seu contexto pessoal e colher as informações necessárias para realizar um diagnóstico adequado (*Early Psychosis Guidelines Writing Group & EPPIC National Support Program*, 2016).

Também o enfermeiro, como membro da equipa transdisciplinar, é responsável pela realização do processo de avaliação diagnóstica que integra o processo de cuidados, numa perspetiva de cuidar holístico, em articulação, centrado na pessoa.

1.4. Treino Metacognitivo Individual na Psicose

Como referido anteriormente, o tratamento integrado que combina intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais com as necessidades individuais de cada pessoa é imperioso para o tratamento da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas.

Pinho *et al.* (2019), neste constructo, sublinham que pela frequente disfunção social e cognitiva, com um importante impacto negativo na adesão terapêutica, é indispensável implementar intervenções psicoterapêuticas em paralelo com o regime medicamentoso, com o objetivo de melhorar a funcionalidade e potenciar a reabilitação psicossocial, o que é consonante com o advogado por Balzan & Galletly (2015). Enciso & Jiménez (2018) acrescentam que o tratamento de pessoas com esquizofrenia ou outras perturbações psicóticas não pode visar apenas a redução dos sintomas positivos, negativos ou cognitivos, mas deverá também capacitar a pessoa a gerir a sua doença e aumentar a sua qualidade de vida, através da aquisição de conhecimento.

Neste contexto, a APA (2021) delineou várias diretrizes para o tratamento de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia, de acordo a evidência científica e a melhor informação clínica disponível, e classificou-as segundo a *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*. As intervenções psicossociais recomendadas com maior nível de confiança foram a terapia cognitivo-comportamental para a psicose (TCCp) e a psicoeducação, ambas classificadas com 1B (APA, 2021).

No mesmo sentido, Leanza *et al.* (2020) acrescentam que o desenvolvimento de várias intervenções especializadas foi impulsionado pelas limitações associadas ao uso único de antipsicóticos, com o objetivo de reduzir os delírios e os sintomas positivos. Das várias intervenções desenvolvidas destacam a TCCp e intervenções psicológicas como o treino metacognitivo (TMC) (Leanza *et al.*, 2020).

Para definir o TMC importa previamente explorar o significado de metacognição. Esta palavra forma-se pela junção da palavra Meta, que significa em grego “para além de”, com a palavra Cognição, que se refere ao processo psicológico intelectual que abrange todos os aspetos da perceção; pensamento; raciocínio e memória, e que se define como uma função cortical relacionada com a capacidade pessoal de aquisição e utilização de informação para se adaptar aos desafios do meio ambiente (ICN, 2019; Sousa *et al.*, 2020).

A metacognição abrange assim a forma como a pessoa entende a informação e lida com as diferentes distorções cognitivas, selecionando as respostas adequadas (Sampaio *et al.*, 2020). Consequentemente, enquanto intervenção terapêutica, o TMC pretende que a pessoa desenvolva a capacidade de refletir sobre os seus próprios pensamentos, tome consciência sobre as diferentes distorções cognitivas e as corrija (Rocha *et al.*, 2013).

Assente neste constructo, o TMC é uma intervenção em grupo que se ancora TCCp e tem como principal objetivo alterar a ideação delirante no que respeita à sua infraestrutura cognitiva, aumentando a consciencialização da pessoa sobre os vieses cognitivos comuns (distorções atributivas, conclusões precipitadas, excesso de confiança e erros de memória e padrões cognitivos depressivos) (Moritz & Woodward, 2007; Balzan & Galletly, 2015; Moritz *et al.*, 2017).

A eficácia desta intervenção psicoterapêutica quanto à redução da sintomatologia positiva e o aumento do *insight* clínico e cognitivo tem sido comprovada pela evidência (Simón-Expósito & Filipe-Castaño, 2019; Lopez-Morinigo *et al.* 2020; Moritz *et al.*, 2022; Brar *et al.*, 2021; Gonzalez & Nunes, 2022)

Neste contexto importa discernir o conceito de *insight* cognitivo e de *insight* clínico, que embora se relacionem têm significados diferentes.

Pinho *et al.* (2020b) caracterizam o *insight* cognitivo nas pessoas com psicose como a capacidade de refletirem sobre as suas experiências psicóticas e responderem aos *feedbacks* corretivos. Beck *et al.* (2004) identificam quatro componentes relevantes que impactam negativamente esta capacidade: “...(a) comprometimento da objetividade sobre as distorções cognitivas, (b) perda da capacidade de colocá-las em perspetiva, (C) resistência a informações corretivas de outros, e (d) excesso de confiança nas conclusões.” (Beck *et al.*, 2004 pp. 320-321).

O *insight* clínico define-se como a consciência sobre a própria doença mental, os seus sintomas, causas e consequências, e é influenciado por várias variáveis internas e externas (Pinho *et al.*, 2020b).

Beck *et al.*, (2004) acrescentam que o *insight* cognitivo comprometido está relacionado com o *insight* clínico prejudicado, e que o problema crucial de pessoas com perturbações psicóticas relaciona-se não só com as distorções conscientes, mas também com a capacidade diminuída de se distanciarem dessas distorções e aceitarem a *feedback* corretivo.

Pinho et al. (2020a) no estudo realizaram comprovaram que a execução da intervenção TMC por EEESMP é eficaz na redução dos delírios, melhora o funcionamento social e reduz as alucinações pós tratamento, na população portuguesa.

Os vários estudos que emergiram aportaram maior conhecimento sobre o TMC e permitiram aos autores refletir e melhorar a sua eficácia (Moritz *et al.*, 2022). Foi neste contexto que desenvolveram várias variantes do TMC, entre elas o TMC+ (Leanza *et al.*, 2020; Moritz *et al.*, 2022).

O TMC+ conjuga o TMC com componentes metacognitivos inovadores, com a terapia cognitivo-comportamental e integra vários elementos psicoeducativos, numa abordagem “backdoor” que explora primeiro os vieses cognitivos gerais, antes de discutir os sintomas centrais, com o objetivo de incentivar a pessoa a refletir criticamente, aumentar a sua consciência metacognitiva e potenciar e desenvolver a sua capacidade de resolução de problemas (Moritz *et al.*, 2011; Vitzthum *et al.*, 2013; Blazan & Galletly, 2015).

Paralelamente ao desenvolvimento do TMC+ os autores Moritz *et al.* (2022) emanaram a recomendação da execução do TMC+ na fase mais aguda da doença, reforçando que uma abordagem individualizada é mais benéfica em pessoas com delírios graves, pensamento formal desorganizado e comportamento hostil ou antissocial.

Pos *et al.* (2018) no estudo que realizaram demonstram que em pessoas que experienciam o primeiro surto psicótico é mais eficaz o TMC+ comparativamente ao TMC em grupo. Também o trabalho de investigação desenvolvido por Lui *et al.* (2018) apontam para o efeito significativamente maior do TMC+ na remissão de sintomatologia psicótica quando comparado com o TMC em grupo. Este resultado pode justificar-se pela abordagem mais direcionada, detalhada e flexível da terapia individual, que permite ajustar o conteúdo e duração de cada sessão à unicidade de cada pessoa (Lui *et al.*, 2018). Estas conclusões são consistentes com o estudo desenvolvido por Eichner & Berna (2016).

Uma revisão sistemática da literatura e meta-análise realizada por Sauvé *et al.* (2020) sobre pessoas com esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, sugere que os vieses cognitivos podem aumentar na fase inicial da doença e, portanto, poderão ser relevantes marcadores de psicose e um importante alvo terapêutico. O mesmo estudo comprova que as várias variantes do TMC desenvolvidas para o tratamento individual demonstram melhorias nos sintomas positivos e na perceção cognitiva em pessoas com o primeiro surto psicótico (Sauvé *et al.*, 2020).

Os efeitos positivos do TMC+ sobre a redução dos vieses cognitivos, do delírio, e das alterações da sensoperceção e sobre aumento do *insight* cognitivo e clínico, tanto a curto como a

longo prazo, são corroborados pelos estudos realizados por Vitzthum *et al.* (2013), Motiz *et al.* (2018), Philippe *et al.* (2019), Balzan *et al.* (2019) e Leanza *et al.* (2020). No mesmo sentido, Andreou *et al.* (2016) evidenciam a melhoria do delírio e vieses cognitivos a curto prazo, contudo contrapõem a efetividade dos efeitos a longo prazo, sugerindo a necessidade de promover a sustentabilidade dos efeitos do TMC+.

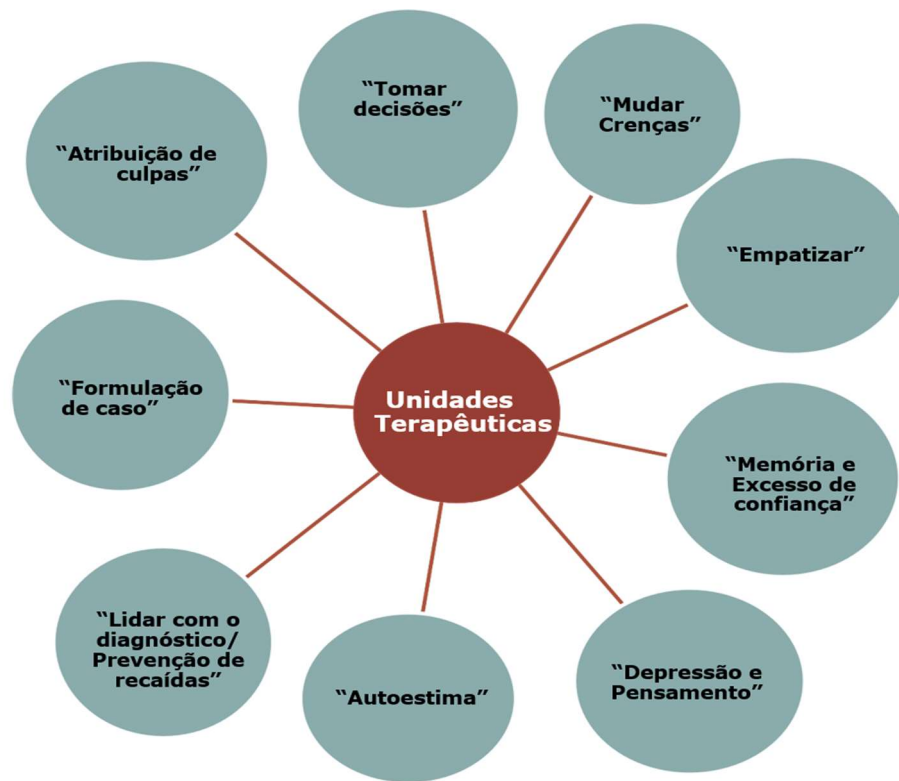
Os autores do TMC+ não definiram critérios de inclusão e exclusão, contudo é necessário avaliar a motivação da pessoa para se envolver no processo terapêutico, porque é indispensável a sua participação ativa (Moritz *et al.*, 2011). Deve também ser avaliada a capacidade de concentração durante as várias sessões e ajustada a sua duração de acordo com o maior benefício (Moritz *et al.*, 2011; Balzan *et al.*, 2019).

Este programa inclui 11 unidades terapêuticas, cada uma com vários exercícios e diapositivos demonstrativos que devem ser selecionados de acordo com os objetivos, prioridades e necessidades específicas de cada pessoa, pretendendo ser um processo de descoberta lúdico, perspicaz e divertido (Moritz *et al.*, 2011). Os vários diapositivos do programa de TMC+ podem ser apresentados à pessoa impressos, através de um tablet ou computador (Moritz *et al.*, 2011).

Na **unidade terapêutica 1 “Desenvolvimento da Relação e História Pessoal”** criam-se as fundações para a relação terapêutica interpessoal, e simultaneamente explora-se a história pessoal e clínica da pessoa através da realização de uma entrevista de avaliação inicial e diagnóstica (Moritz *et al.*, 2011). Nesta unidade terapêutica importa ainda clarificar os objetivos da intervenção e avaliar a concentração da pessoa (Moritz *et al.*, 2011).

A **unidade terapêutica 2 “Introdução ao programa de treino metacognitivo”** tem por objetivo determinar o nível de motivação da pessoa e perceber se esta intervenção terapêutica se adequa ao momento atual que vivencia e à sua unicidade (Moritz *et al.*, 2011). Nesta sessão explica-se o significado da palavra metacognição e é apresentado o cartão amarelo (*vd.* Figura A – Anexo I) que têm como objetivo manter o TMC+ na vida diária da pessoa, e o cartão vermelho (*vd.* Figura B – Anexo I) com vários contactos de emergência para utilizar em possíveis agudizações da doença (Moritz *et al.*, 2011). Clarifica-se também o programa de TMC+, descrevendo sucintamente as restantes unidades terapêuticas (Figura 3), para que a pessoa possa identificar as que são mais relevantes e prioritárias e escolher qual a unidade que pretende abordar na próxima sessão, de acordo com os seus objetivos terapêuticos (Moritz *et al.*, 2011). Desta forma é incentivada a participação ativa e está patente a tomada de decisão partilhada segundo as preferências, necessidades e características individuais, subjacente ao cuidar centrado na pessoa.

Figura 3. Unidades Terapêuticas do TMC+



("Thinking RFID" by Jacob Bøtter)

Fonte: Clinical Neuropsychology Unit at the UKE. (2023). Individualized Metacognitive Therapy for Psychosis (MCT+). <https://clinical-neuropsychology.de/metacognitive-therapy-plus-individualized-mct-for-psychosis/>

Após a escolha, é agendada a próxima sessão terapêutica (Moritz *et al.*, 2011).

As restantes unidades terapêuticas descritas por Moritz *et al.* (2011) respondem a vieses de pensamento comuns em pessoas com perturbações psicóticas:

- **Unidade terapêutica 3 "Formulação de Caso":** utiliza a metáfora de um incêndio como paralelismo com as vivências da pessoa, identifica fatores predisponentes, estímulos e fatores que potenciam o aumento ou a perpetuação de agudizações, e caracteriza o início, as consequências, os recursos e as intervenções de estabilização e reabilitação;
- **Unidade terapêutica 4 "Atribuição de Culpas":** salienta que situações complexas são produto de vários fatores: o próprio; os outros e as circunstâncias;

- **Unidade terapêutica 5 “Tomar decisões”:** incentiva a pessoa a considerar diferentes fontes de informação e discutir as diferentes explicações com quem confia antes de tomar decisões importantes;
- **Unidade terapêutica 6 “Mudar Crenças”:** aborda a importância de considerar informações relevantes e diferentes e corrigir suposições;
- **Unidade terapêutica 7 “Empatizar”:** clarifica que os gestos e expressões faciais são importantes, contudo podem conduzir a falsas interpretações; evidencia que o estado de humor influencia a capacidade de interpretar o ambiente e a relevância de considerar várias explicações para uma situação; e descreve regras importantes nas interações sociais;
- **Unidade terapêutica 8 “Memória e excesso de confiança”:** salienta que a memória humana é falível especialmente em momentos de maior angústia;
- **Unidade terapêutica 9 “Depressão e pensamento”:** evidencia que a depressão é causada por diversos fatores e que as distorções de pensamento que a potenciam podem ser alteradas; demonstra que os pensamentos, sentimentos e comportamentos influenciam-se mutuamente; e que a falta de vontade, o isolamento e o humor depressivo são um ciclo vicioso;
- **Unidade terapêutica 10 “Autoestima”:** clarifica o conceito de autoestima, evidencia as capacidades positivas da pessoa e reforça a sua autoestima;
- **Unidade terapêutica 11 “Viver com a psicose e prevenção de recaídas”:** define estigma e auto-estigma e desmistifica preconceitos; salienta que o stress pode contribuir para a agudização da doença; debate os sinais de alerta precoce; e constrói um plano de emergência individual (Moritz *et al.*, 2011).

Este é um programa com um elevado nível estrutural que reduz o esforço na preparação das sessões e assegura o foco terapêutico. O manual TMC+ está disponível gratuitamente em vários idiomas no sítio de internet: <https://clinical-neuropsychology.de/metacognitive-therapy-plus-individualized-mct-for-psychosis/>.

1.5. O TMC+ como Intervenção Psicoterapêutica Executada pelo EEESMP Promotora do Cuidar Centrado na Pessoa

O cuidar em ESMP desenvolve-se pela relação terapêutica significativa de confiança e parceria que se estabelece com a pessoa, com o objetivo de promover o *insight* para que encontre em si novas formas de resolução para os seus problemas (OE, 2018a). Esta visão está de acordo com Peplau (1991) que percebe a relação interpessoal enfermeiro-pessoa como o âmago do cuidar em enfermagem.

Com o entendimento sobre o processo de cuidados caracterizado anteriormente, e considerando que o EEESMP “Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem.” (OE, 2018a pp. 21429) formulados de acordo com um dos sistemas de taxonomias estandardizados, importa perceber para que diagnósticos de enfermagem é adequada a prescrição e implementação da intervenção psicoterapêutica executar TMC+.

Em consonância com o descrito na conceptualização do TMC+, a evidência científica atual salienta os efeitos benéficos sobre a redução dos delírios e o aumento do *insight* clínico e cognitivo (Vitzthum *et al.*, 2013; Balzan & Galletly, 2015; Eichner e Berna, 2016; Andreou *et al.*, 2016; Lui *et al.*, 2018; Motiz *et al.*, 2018; Balzan *et al.*, 2019; Leanza *et al.*, 2020; Moritz *et al.*, 2022).

Assim, emerge como diagnóstico de enfermagem relevante, enunciado de acordo com a linguagem classificada preconizada pela CIPE (ICN, 2019), o delírio presente, pese embora o escopo do TMC não seja intervir diretamente sobre os delírios, mas sim abordar os vieses no processo de pensamento (Sampaio *et al.*, 2020). Este entendimento está em consonância com o referido no Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que identifica a execução do treino metacognitivo como uma das intervenções psicoterapêuticas aplicadas pelo EEESMP a privilegiar aquando do diagnóstico delírio presente (OE, 2018b).

Sampaio *et al.* (2020), acrescentam que atendendo aos efeitos positivos sobre o *insight* a execução do TMC poderá também estar associada ao diagnóstico de enfermagem consciencialização comprometida.

Frequentemente as pessoas com esquizofrenia ou outras perturbações psicóticas demonstram também sintomatologia característica dos diagnósticos de humor depressivo e baixa

autoestima (Moritz *et al.*, 2011; Vitzthum *et al.*, 2013; Sampaio *et al.*, 2020). O TMC+ contém duas unidades terapêuticas que abordam estes problemas, podendo ser uma intervenção adjuvante na melhoria dos resultados esperados sobre estes diagnósticos, de acordo com o sugerido pelos estudos desenvolvidos por Eichner & Berna (2016), Moritz *et al.* (2018) e Leanza *et al.* (2020).

O TMC+ é também uma intervenção promotora dos cuidados centrados na pessoa. Como referido anteriormente, estes cuidados têm na sua essência a relação terapêutica de parceria em coprodução de cuidados, baseada na tomada de decisões partilhadas, cujo foco principal é o respeito pelas necessidades, preferências e valores individuais da pessoa segundo a sua perspetiva (Pinho *et al.*, 2021; Kwume & Petruca, 2021).

A metodologia e estrutura do TMC+ assenta nestes valores fundamentais e a participação ativa da pessoa é imprescindível e amplamente incentivada (Moritz *et al.*, 2011).

Pinho *et al.* (2021) reforçam que para os cuidados centrados na pessoa é fundamental o planeamento personalizado, através de intervenções flexíveis com foco na vida quotidiana da pessoa e nas suas preferências de autocuidado e tratamento. Com o mesmo entendimento, as várias unidades terapêuticas do TMC+ são dinâmicas e flexíveis, e dispõem de diversos conteúdos e exercícios que permitem a adequação constante às necessidades e desafios individuais de cada pessoa (Moritz *et al.*, 2011).

A tomada de decisão sobre que unidades terapêuticas abordar e em que ordem é definida em conjunto para promover a motivação e a participação ativa (Moritz *et al.*, 2011). Em consonância Pinho *et al.* (2021) sublinham que o planeamento de cuidados deve ser individualizado, dinâmico e participativo.

Como é uma intervenção individual, o TMC+ torna possível abordar problemas relacionados com questões pessoais, como por exemplo delírios, o que não é recomendado na terapia de grupo (Pinho *et al.*, 2020a). E permite ajustar o ritmo da intervenção à pessoa, para que os vários conceitos sejam compreendidos e aplicados à vida do dia-a-dia (Lui *et al.*, 2018; Balzan *et al.*, 2019; Enciso & Jiménez 2018).

O TMC+ contempla também a possibilidade da participação da família (ou pessoas mais significativas) na última sessão, promovendo uma perspetiva inclusiva (Moritz *et al.*, 2011).

Todas estas características do TMC+ concorrem para uma abordagem centrada na pessoa, em que as tomadas de decisão são em colaboração e parceria, respeitando os princípios, valores e direitos individuais.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTOS CLÍNICOS

Os estágios em contextos clínicos são essenciais para consolidar conhecimentos, desenvolver competências e aplicar a sustentação teórica a situações reais, num continuo dinâmico interativo, que relaciona a evidência científica com o cuidar especializado.

Alarcão & Rua (2005) acrescentam que o cuidar no contexto da prática clínica é de suma importância no constructo do desenvolvimento da competência e da identidade profissional.

Também Benner (2001 pp. 18; pp. 14) salienta que “...a enfermagem é praticada em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais...” e que “...a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”.

O pensamento reflexivo tem neste constructo um papel indispensável, contribuindo para uma conceptualização mais informada e uma intervenção mais consistente (Abreu, 2007). Pereira-Mendes (2016) corrobora esta afirmação e enfatiza que o processo reflexivo é fundamental para a aprendizagem clínica.

Com esta construção sobre o processo de aprendizagem e compreendendo que o conhecimento é como um recriar permanente, em desenvolvimento e nunca estático, como advogado por Freire (1975), iremos utilizar o Ciclo Reflexivo de Gibbs (1988), que enfatiza a relação entre a reflexão e a ação, como ferramenta promotora de reflexões fundamentais no processo de desenvolvimento pessoal e profissional. E com o objetivo de obter maior profundidade e sustentação nos processos reflexivos que realizámos, procurámos promover momentos de análise crítica conjunta com o enfermeiro orientador, numa perspetiva construtiva.

A metodologia utilizada nos estágios para o desenvolvimento de competências clínicas especializadas foi o processo de cuidados que, como salientam Townsend & Morgan (2018), é a metodologia de enfermagem para a tomada de decisão e resolução de problemas na prestação de cuidados.

Assim, todas as intervenções psicoterapêuticas que realizámos nos contextos de estágio à pessoa, família, grupo e comunidade, resultaram da tomada de decisão inerente ao processo de

cuidados, de acordo com as fases: avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação dos resultados.

2.1 Estágio I – Unidade de Cuidados na Comunidade

Nas últimas décadas os cuidados de saúde prestados na comunidade têm sido cada vez mais valorizados como cuidados de proximidade, que permitem obter melhores resultados em saúde.

Com o Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro foi determinada a criação de agrupamentos de centros de saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, com autonomia administrativa, que integram várias unidades funcionais, com o objetivo de “...garantir a prestação de cuidados de saúde primários aos cidadãos de determinada área geográfica.” (Despacho n.º 10143/2009 pp. 15438).

As UCC's são unidades funcionais do ACES com autonomia organizativa e técnica, em estrita cooperação com todas as demais, que desenvolvem a sua atividade em articulação interinstitucional e intersectorial, com o objetivo de promover a saúde da população e comunidade da área geográfica designada, prestando cuidados de saúde de proximidade às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis (Despacho n.º 10143/2009).

2.1.1 Caracterização do contexto de estágio

O primeiro estágio decorreu de 16 de maio a 24 de junho de 2022, com duração total de 144 horas, no contexto de uma UCC.

Nesta UCC os cuidados do EEESMP abrangem intervenções especializadas na promoção da saúde mental, na formação de profissionais (sejam profissionais de saúde, educadores, professores ou outros) e no tratamento de pessoas com mais de 18 anos de idade com perturbações mentais menos severas, incluídas na definição de doença mental comum, cuja situação de saúde-doença não

requer observação por psiquiatra ou necessidade de cuidados de saúde hospitalares, contudo necessitam de acompanhamento e/ou reabilitação psicossocial.

O impacto positivo na qualidade de vida das pessoas decorrente da integração de cuidados de saúde mental nos cuidados primários é evidenciado no “Programa Nacional Para a Saúde Mental” da Direção-Geral da Saúde (DGS) (2017), no relatório “Sem Mais Tempo a Perder” do CNS (2019) e no “Relatório de Primavera 2019” redigido por Gaspar *et al.* (2019), que salientam que esta resposta de proximidade facilita o acesso e é mais adequada às necessidades das pessoas e comunidades.

A referenciação de pessoas para avaliação pelo EEESMP nesta UCC pode ser realizada pelo departamento de psiquiatria do hospital de referência, pelos vários profissionais que trabalham nas diversas unidades funcionais da UCC, pela comunidade como juntas de freguesias e escolas, ou por pedido direto de cidadãos, desde que pertençam à área geográfica de intervenção. Após a realização da entrevista clínica para avaliação diagnóstica, ancorada numa relação terapêutica e nos cuidados centrados na pessoa em que esta é corresponsável pelo seu projeto de saúde-doença, é realizado o encaminhamento para o nível de cuidados que melhor responde às suas necessidades.

Esta organização de intervenção em saúde mental pode ser relacionada com o modelo de organização da intervenção em saúde mental *Stepped Care* ou modelo de cuidados escalonados, que se define como um modelo em escada com um crescendo de complexidade e intensidade de cuidados, de acordo com as necessidades da pessoa (Firth *et al.*, 2015).

Embora a experiência que vivenciámos neste estágio não possa ser extrapolada, houve várias situações relacionadas com os cuidados a pessoas com perturbações depressivas e de ansiedade, as mais prevalentes durante o período do Estágio I, em que a eficácia e eficiência deste modelo foi evidente, o que é consonante com o descrito por Cordeiro (2020).

Nessas situações, se a intervenção não tivesse ocorrido no momento certo, provavelmente os sintomas ter-se-iam exacerbado, evoluindo para situações de maior severidade com maior compromisso na qualidade de vida e com necessidade de escalar na pirâmide dos cuidados.

Salientamos uma situação que evidencia esta descrição. Um utente com cerca de 20 anos de idade é referenciado para avaliação por humor depressivo e comportamentos autolesivos. Apesar de apresentar os sintomas característicos destas perturbações, na entrevista clínica de avaliação diagnóstica foi possível identificarmos também sintomatologia sugestiva de delírio. Com a comunicação terapêutica criámos uma relação de confiança que nos permitiu acompanhar este utente num processo terapêutico ao longo de várias consultas. Executámos a escuta ativa, o apoio emocional, promovemos a esperança, ensinámos sobre o delírio e orientámos para a realidade.

Abordámos os vieses cognitivos e estratégias de resolução de problemas. Identificámos a ansiedade como foco de atenção e ensinámos e treinámos técnicas de relaxamento. Com a sua autorização, envolvemos a mãe (pessoa mais significativa) neste processo. Num trabalho em cooperação com o médico de família em que gerimos “...os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta (...) e a articulação na equipa de saúde.” (OE, 2019c pp. 4748), foi possível acordar com este utente o início da toma de um antipsicótico e a referenciação para a consulta com o psiquiatra.

A situação descrita demonstra a importância de cuidados de saúde de proximidade no tempo certo e está em consonância com o modelo *stepped care*, num conceito de cuidados em articulação. E permitiu-nos ajudar este utente integrado na sua família e comunidade “...a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.” e prestar “...cuidados psicoterapêuticos (...) psicossociais, e psicoeducacionais, (...) mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar (...), de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” (OE, 2018 pp. 21428).

Contudo, o CNS (2019) alerta para o atraso significativo entre o aparecimento dos primeiros sintomas de doença mental e o início de tratamento, e para o elevado número de consumo de psicofármacos, especialmente antipsicóticos e antidepressivos, que pode ser relacionado com a inexistência de recursos humanos com competências especializadas para as necessidades identificadas. O mesmo relatório evidencia como consequência desta lacuna o tratamento da maioria das perturbações depressivas e de ansiedade nos cuidados de saúde primários apenas com terapia farmacológica, e sublinha que a integração de mais profissionais especializados, como EEESMP, pode permitir ganhos na qualidade de vida das populações (CNS, 2019).

No mesmo sentido, verificámos que durante o Estágio I houve dificuldade em responder a todas as referenciações, existindo sempre cerca de 5 a 7 pessoas a aguardar a intervenção do EEESMP, o que condicionou o tempo médio de espera para a primeira avaliação. Esta situação pode ser explicada pela dimensão da área geográfica a que a UCC responde, pelas necessidades identificadas em cuidados de saúde mental na área geográfica abrangida, pelo número de referenciações realizadas e porque apenas um EEESMP executa estas funções. Contudo este rácio de um EEESMP em cada UCC está de acordo com o número mínimo recomendado no Regulamento n.º 743/2019 intitulado “Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem” da Ordem dos Enfermeiros, consonante com o parecer n.º 01/2019 da mesa do Colégio da Especialidade de ESMP (OE, 2019a; OE, 2019b).

Outro constrangimento que observámos, com implicação direta nos tempos de espera para a consulta com o EEESMP, relaciona-se com o espaço físico disponível para a realização de entrevistas e intervenções psicoterapêuticas.

Este espaço é uma sala cujo uso é partilhado, contudo é dada prioridade a outro tipo de intervenções. Esta priorização relaciona-se com a contratualização nos cuidados de saúde primários, com objetivos em saúde e indicadores de monitorização estabelecidos entre esta UCC e o ACES a que pertence. Para minimizar este constrangimento negociávamos e coordenávamos o uso do espaço em articulação com os outros profissionais de saúde, utilizávamos os recursos disponíveis de forma eficiente e adequávamos a organização do trabalho de acordo com os recursos, para a prestação de cuidados de qualidade, de acordo com a competência comum no domínio da gestão dos cuidados.

Apesar da saúde mental ser assumida como uma das prioridades de saúde pública em Portugal, há ainda um longo caminho a percorrer, e julgamos que será fundamental ser incluída com carácter obrigatório na contratualização nos cuidados de saúde primários com indicadores mensuráveis, como ocorre com outras áreas de intervenção como a saúde escolar.

2.1.2 Caso clínico

A construção e apresentação de um caso clínico promove a reflexão e análise aprofundada sobre uma situação em contexto real, contribuindo para o desenvolvimento de novos conhecimentos (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

Pela curta duração do Estágio I, considerámos que esta ferramenta de aprendizagem seria a mais adequada e permitir-nos-ia desenvolver as competências comuns e específicas do EEESMP e competências de mestre, objetivo geral da realização deste caso clínico.

Assim, realizámos uma análise em profundidade sobre uma situação real, com o propósito de a compreender numa perspetiva holística, considerando as características específicas desse contexto e fenómenos complexos que lhe são inerentes (Figueiredo & Amendoeira, 2018). E procurámos responder aos seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver o raciocínio clínico de enfermagem;

- Realizar um processo de cuidados que inclua a avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação de cuidados especializados em ESMP;
- Prestar cuidados de qualidade em consonância com o conjunto de competências clínicas especializadas, tanto comuns como específicas do EEESMP, e com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental;
- Realizar todas as etapas do processo de cuidados, utilizando instrumentos adequados, de acordo com o contexto da pessoa.

Por ser elaborado no âmbito académico não foi imperativo requerer o parecer da comissão de ética da administração regional de saúde a que pertence esta UCC, contudo ao longo de todo o processo respeitámos e integrámos a competência comum do enfermeiro especialista do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (OE, 2019c), e obtivemos o consentimento informado, livre e esclarecido da pessoa denominado de utente P. para manter o anonimato.

Os critérios de escolha que considerámos na seleção da pessoa a quem realizámos este caso clínico foram: ter-se iniciado a relação terapêutica em interações anteriores (permitindo à pessoa sentir maior segurança e confiança para realizar este processo), ter uma história de vida complexa com vários momentos marcantes de transição (potenciadora de maiores momentos de aprendizagem), e acreditarmos que este processo seria benéfico para a pessoa ao promover o autoconhecimento e a reflexão sobre a sua história de vida e estratégias de resolução de problemas.

A relação terapêutica que estabelecemos com este utente começou a desenhar-se no momento em que o enfermeiro orientador fez a sua descrição e tomámos conhecimento da sua existência, e construiu-se, reformulou-se e fortaleceu-se a cada nova interação num processo dinâmico, como descrito por Lopes (2018). Esta relação interpessoal e significativa permitiu um cuidar centrado na pessoa em igualdade e parceria, numa perspetiva existencialista-humanista, que potenciou o sentimento de confiança mútua, com o objetivo de conhecer a narrativa de vida deste utente segundo a sua perspetiva, e ajudá-lo a ser proativo no seu projeto de saúde, facilitando transições bem-sucedidas.

Assim, iniciámos o processo de cuidados com a avaliação inicial, e, em consonância com as competências específicas do EEESMP, através da comunicação terapêutica, da técnica de entrevista, da observação do comportamento e da revisão dos registos do processo clínico deste utente, recolhemos a informação fundamental à compreensão do seu estado de saúde mental (OE, 2018a)

O constructo da integração e interpretação dos vários dados, do raciocínio clínico em enfermagem, pensamento crítico e da prática baseada na evidência, permitiu-nos construir o caso clínico (Apêndice I), onde cada etapa foi fundamental para refletirmos, analisarmos e desenvolvermos intervenções psicoterapêuticas em contexto da prática clínica.

Contudo, embora estas etapas se apresentem no caso clínico de forma sequencial, o processo de intervenção-reflexão ocorreu num movimento cíclico ininterrupto, onde cada nova avaliação aportou uma nova tomada de decisão e intervenção, e as fases do raciocínio clínico foram combinadas e alternaram entre si (Goudreau *et al.*, 2014; Lopes, 2018; Levett-Jones *et al.*, 2009). Porque o processo de cuidados é também ele um processo cíclico ininterrupto e dinâmico de pensamento e ação que se reconstrói a cada nova interação (Doenges & Moorhouse, 2010).

Na avaliação inicial, a apresentação da história de vida do utente P. permitiu-nos sintetizar e sistematizar a informação mais relevante, identificando os vários momentos de transição ao longo da sua vida, alguns que ultrapassou sem dificuldade e outros que lhe causaram adaptações e sofrimento, cujas estratégias de resolução não foram eficazes.

Das várias teorias de enfermagem considerámos a Teoria das Transições de Meleis (2010), a mais adequada à narrativa de vida e unicidade deste utente. Esta teoria sustenta que as pessoas experienciam várias transições ao longo da sua vida, algumas das quais ultrapassam sem problemas, desenvolvendo novos conhecimentos e ferramentas, contudo, frequentemente estas mudanças causam desequilíbrios (Im, 2018; Bittencourt *et al.*, 2018). Também o utente P. identificava claramente na sua história pessoal momentos e fases de transição que não foram resolvidas com mecanismos de *coping* adaptativos e que lhe causavam dificuldades.

Assim, com o entendimento de Im (2018) e Bittencourt *et al.* (2018) que, referindo-se a esta teoria, acrescentam que os enfermeiros desempenham um importante papel facilitando transições bem-sucedidas ao fornecer informações, apoio ou cuidados diretos que, consequentemente, ajudam a reduzir os riscos à saúde, prevenir doenças, melhorar a saúde e bem-estar e facilitam a reabilitação de pessoas, famílias ou comunidades em processos de transição, aprofundámos esta teoria, o que nos permitiu conhecê-la em maior pormenor, e ancorámos o nosso cuidar nos seus pressupostos teóricos.

No processo de avaliação diagnóstica descrito no caso clínico (Apêndice I), salientámos a avaliação familiar, o regime medicamentoso e a avaliação do estado mental.

A avaliação familiar é indispensável para uma abordagem holística da pessoa e é um importante determinante em saúde mental. Para realizarmos esta avaliação seguimos o “Modelo

Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar” que nos permitiu direcionar questões pertinentes e colher vários dados significativos sobre a dinâmica e interação familiar e social deste utente (Figueiredo, 2012).

Para a avaliação da dimensão estrutural contruímos o genograma e o ecomapa. Estas duas ferramentas, que ainda não tínhamos usado, demonstraram ser muito importantes para identificar e explorar as relações de proximidade e também para potenciar o autoconhecimento e a perceção de si mesmo no seu ambiente familiar e social (Figueiredo, 2012; Mcgoldrick & Gerson, 2000).

Como sugerido por Figueiredo (2012), iniciámos a construção do genograma com questões simples, permitindo que os silêncios e a escuta ativa incentivassem este utente a explorar as relações mais complexas. Este diagrama foi construído em três momentos diferentes e cada nova abordagem contribuiu para aprofundar o conhecimento sobre os momentos de vida mais marcantes, e identificar e explorar relações de proximidade, afastamento, conflituosidade e separações, assim como estratégias de *coping* adaptativas para ultrapassar os processos de transição identificados.

O ecomapa foi elaborado em colaboração com o utente P. e evidencia as suas relações com a comunidade. Com a construção deste instrumento desenvolvemos a capacidade de o utilizar com efeito terapêutico, com o objetivo de aumentar a autoconsciência deste utente sobre as relações que lhe geram sentimentos gratificantes ou menos gratificantes, e sobre quais as implicações na sua saúde mental, permitindo-lhe encontrar novas formas de resolução de problemas.

Com estas duas ferramentas criámos uma imagem gráfica das vivências deste utente enquanto pessoa biopsicossocial, e abordámos as várias dimensões da sua vida, identificando os momentos de transição e as circunstâncias sentidas ou experienciadas como ameaçadoras, que, segundo Oliveira (2020) desencadeiam uma resposta adaptativa, que em momentos de maior vulnerabilidade podem causar desequilíbrios na saúde mental.

Ao explorarmos em profundidade o regime medicamentoso do utente P. desenvolvemos novos conhecimentos sobre farmacoterapia, o que nos permitiu ensinar a este utente “...acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas...” medicamentosas, esclarecer as suas dúvidas, aumentar a literacia e promover a adesão terapêutica, com o objetivo de uma intervenção mais holística, abrangente e assertiva (OE, 2018a pp. 21430).

A avaliação do estado mental é fundamental para realizar uma avaliação diagnóstica compreensiva e aprofundada com o objetivo de identificar alterações da normalidade em várias áreas do funcionamento mental (OE, 2017). Com este processo desenvolvemos a nossa capacidade

de observação participante, necessária para analisar as características mentais e cognitivas deste utente, e a habilidade de descrever de forma sistematizada a informação recolhida.

Ao desenvolvermos o processo de avaliação diagnóstica, através do pensamento crítico, integramos e interpretamos diversos dados e formulamos um conjunto de diagnósticos de saúde mental, de acordo com o sistema de taxonomia CIPE, que validamos com este utente numa perspectiva do cuidar em parceria e em cooperação como descrito por Townsend & Morgan (2018).

Depois de formularmos os diagnósticos de enfermagem prescrevemos e implementamos as intervenções que consideramos que teriam maior probabilidade de o ajudar a desenvolver respostas humanas adaptativas aos processos de transição que lhe causavam desequilíbrio, de acordo com as suas características únicas.

Após a implementação de cada intervenção avaliámos os resultados através de entrevistas semiestruturadas, pela observação ativa e pela aplicação de alguns indicadores mensuráveis aos cuidados de enfermagem, nomeadamente pela aplicação da escala de Medida da Adesão aos Tratamentos (desenvolvida e validada para a população portuguesa por Delgado e Lima [2001]), da Escala de Rosenberg (adaptação e versão portuguesa efetuada por Ferreira [2001] a partir da Rosenberg Self-Esteem Scale elaborada por Morris Rosenberg [1965]), Escala de Bem Estar Psicológico (EBEP) (adaptação Portuguesa Rosa Novo [2004] a partir de Ryff [1989]) e a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) (versão traduzida por Baptista [2011] a partir de Diener *et al.* [1985]).

A aplicação destas escalas permitiu-nos perceber a sua flexibilidade e como podem ser utilizadas no processo terapêutico, não apenas para documentar o impacto dos cuidados na pessoa e evidenciar a importância dos cuidados especializados do EEESMP, mas também, pela partilha dos resultados com a pessoa, para promover o seu autoconhecimento e autoconsciencialização, potenciar sentimentos de autoconfiança e sedimentar a relação terapêutica, o que vai ao encontro do defendido por Lopes (2018).

Importa salientar que as interações com este utente ocorreram em entrevistas a cada 15 dias. O espaço de tempo que mediou cada nova interação foi um desafio pela incerteza sobre o seu estado de saúde, sendo necessária uma reavaliação sistemática e havendo avanços e retrocessos inesperados a que tivemos de adequar as intervenções terapêuticas que havíamos planeado, de acordo com a avaliação diagnóstica do momento. Em consonância Amaral (2020) esclarece que nas consultas os dados colhidos permitem formular diagnósticos de enfermagem desse momento particular. No final de cada consulta atualizávamos o plano de cuidados, identificando novos focos

de atenção, formulando diagnósticos de enfermagem, prescrevendo intervenções e definindo os resultados esperados (Quadro 1)

Quadro 1. Foco, Diagnóstico, Intervenções, Frequência e Resultados Esperados do Caso Clínico

Foco	Diagnóstico	Intervenções	Frequência	Resultados Esperados
Adaptação	Adaptação Comprometida	Avaliar a adaptação	15 em 15 dias	Capacidade de adaptação melhorada
		Assistir na auto modificação		
		Executar modificação comportamento		
		Treinar competências sociais		
		Executar intervenção para auto percepção positiva		
		Avaliar <i>Coping</i>		

(Fonte: Amaral, 2010; ICN, 2019)

Foco	Diagnóstico	Intervenções	Frequência	Resultados Esperados
Adesão ao Regime Medicamentoso	Adesão ao Regime Medicamentoso Comprometida	Avaliar adesão ao regime medicamentoso	De 2 em 2 consultas e em SOS (realizada na última consulta)	Adesão ao Regime Medicamentoso Melhorada
		Aplicar o instrumento Medida da Adesão aos Tratamentos		
		Informar sobre regime medicamentoso		
		Ensinar sobre medicação		
		Promover capacidade de gerir o regime medicamentoso		
		Avaliar barreiras à adesão		
		Promover autorresponsabilização	15 em 15 dias	
		Facilitar a aprendizagem		
		Escutar ativamente		

(Fonte: Amaral, 2010; OE, 2018b; ICN, 2019; Gonçalves, 2020a)

Foco	Diagnóstico	Intervenções	Frequência	Resultados Esperados
Ansiedade	Ansiedade em Grau Elevado	Providenciar apoio emocional	15 em 15 dias	Ansiedade Reduzida
		Executar intervenção psicoeducativa		
		Executar relação de ajuda		
		Avaliar ansiedade		

Foco	Diagnóstico	Intervenções	Frequência	Resultados Esperados
Ansiedade (cont.)	Ansiedade em Grau Elevado (cont.)	Ensinar sobre ansiedade	Próxima consulta, de 4 em 4 consultas e em SOS	Ansiedade Reduzida
		Aplicar escala de Ansiedade de Hamilton		
		Ensinar sobre estratégias de redução de ansiedade	SOS	
		Treinar técnica de autocontrole		
		Demonstrar técnicas de relaxamento		
		Executar relaxamento		
		Assistir pessoa na crise		

(Fonte: Amaral, 2010; OE, 2018b; ICN, 2019; Peixoto *et al.* 2020)

Foco	Diagnóstico	Intervenções	Frequência	Resultados Esperados
Autocontrolo	Autocontrolo Comprometido	Ensinar sobre estratégias de autocontrolo	Próxima consulta, De 2 em duas consultas e em SOS	Autocontrolo Melhorado
		Treinar técnica de autocontrolo		
		Informar sobre estratégias de resolução de problemas		
		Treinar comportamento assertivo		
		Vigiar autocontrolo		

(Fonte: Amaral, 2010; OE, 2018b; ICN, 2019; Peixoto *et al.* 2020)

Foco	Diagnóstico	Intervenções	Frequência	Resultados Esperados
Autoestima	Baixa Autoestima	Promover autoestima	15 em 15 dias	Autoestima Positiva
		Reforçar consecução de objetivos		
		Executar intervenção para autoperceção positiva		
		autoconsciencialização		
		Executar aconselhamento		
		Providenciar apoio emocional		
		Executar reestruturação cognitiva		
		Executar relação de ajuda		
		Reforçar autoeficácia		
		Facilitar capacidade para comunicar sentimentos		
		Encorajar afirmações positivas		
		Informar sobre resultado das escalas aplicadas na consulta anterior	Próxima consulta e em SOS	
Avaliar autoestima	De 4 em 4			
Aplicar escala de Rosenberg, EBEP e a SWLS	consultas e em SOS			

(Fonte: Amaral, 2010; ICN, 2019; Teixeira & Sampaio, 2019; Sampaio & Sequeira 2020b)

Foco	Diagnóstico	Intervenções	Frequência	Resultados Esperados
Esperança	Falta de Esperança	Aconselhar sobre esperança	15 em 15 dias	Esperança melhorada
		Providenciar apoio emocional		
		Executar relação de ajuda		
		Facilitar capacidade para comunicar sentimentos		
		Executar reestruturação cognitiva		
		Promover autoeficácia		

(Fonte: Querido, 2018; ICN, 2019)

Foco	Diagnóstico	Intervenções	Frequência	Resultados Esperados
Humor Depressivo	Humor Depressivo	Avaliar humor depressivo	15 em 15 dias	Humor melhorado
		Executar relação de ajuda		
		Providenciar apoio emocional		
		Facilitar capacidade para expressar sentimentos		
		Executar reestruturação cognitiva		
		Ensinar sobre humor depressivo	SOS	

(Fonte: OE, 2018b; ICN, 2019)

Foco	Diagnóstico	Intervenções	Frequência	Resultados Esperados
Recuperação	Recuperação física comprometida	Avaliar aceitação do estado de saúde	De 2 em 2 consultas e em SOS	Recuperação física melhorada
		Ensinar sobre recuperação		
		Executar aconselhamento		
		Treinar comportamento assertivo		

(Fonte: OE, 2018b; ICN, 2019)

Foco	Diagnóstico	Intervenções	Frequência	Resultados Esperados
Stress	Stress Comprometido	Executar relação de ajuda	15 em 15 dias	Stress melhorado
		Executar intervenção psicoeducativa		
		Executar técnica de resolução de problemas		
		Avaliar capacidade para gerir stress		
		Informar sobre estratégias de redução de stress	SOS	
		Demonstrar técnica de relaxamento		
		Ensinar sobre stress		

(Fonte: Amaral, 2010; OE, 2018b; ICN, 2019; Sampaio & Sequeira, 2020c)

Foco	Diagnóstico	Intervenções	Frequência	Resultados Esperados
Sono	Sono Comprometido	Determinar/ Avaliar/ Registrar padrão de sono	De 2 em 2 consultas e em SOS	Sono adequado
		Executar educação psicoeducativa		
		Demonstrar técnica de relaxamento		
		Encorajar a pessoa a estabelecer uma rotina de sono		
		Informar sobre medicação indutora do sono		

(Fonte: Amaral, 2010; ICN, 2019)

Assim, em cada nova consulta realizávamos uma “...avaliação abrangente das necessidades em saúde mental...” e uma “...avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.”, estabelecíamos “...o diagnóstico de saúde mental da pessoa...”, identificávamos “...os resultados esperados...”, realizávamos e implementávamos “...um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.” e prestávamos “...cuidados psicoterapêuticos (...) psicossociais, e psicoeducacionais...” (OE, 2018a pp. 21428-21430). Segundo o processo de cuidados, numa abordagem sistemática e rigorosa como referem Gonçalves *et al.* (2020a), mas também dinâmica, cíclica e contínua, como sublinham Doenges & Moorhouse (2010) e Townsend & Morgan (2018).

A construção deste caso clínico permitiu-nos ainda mobilizar “...conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.”, avaliar “...a qualidade das práticas clínicas.”, garantir “...um ambiente terapêutico e seguro.”, gerir “...os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.”, “...desenvolver o autoconhecimento e a assertividade.” e basear a “...praxis clínica especializada em evidência científica.” (OE, 2019c pp. 4747-4750).

Em suma, com esta ferramenta de aprendizagem, tendo por base a metodologia do processo de cuidados, pudemos desenvolver várias aprendizagens no contexto da prática clínica, fundamentais para a aquisição de competências comuns e especializadas do EEESMP e competências de mestre, em consonância com o objetivo geral e os objetivos específicos a que nos propusemos, e em observância dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Assim, desenvolvemos o raciocínio clínico de enfermagem e o pensamento crítico, e realizámos todas as etapas do processo de cuidados, utilizando instrumentos adequados, de acordo com o contexto da pessoa.

2.1.3 Reflexão sobre o Estágio I

No período do Estágio I tivemos oportunidade de colaborar com o enfermeiro orientador na realização de consultas a várias pessoas com necessidade de cuidados especializados de saúde mental.

Com o entendimento de que a entrevista clínica é uma forma particular de interação entre o enfermeiro e a pessoa, que compreende a comunicação verbal e não verbal, em que ambos agem de acordo com a compreensão dos seus papéis, do contexto, das características próprias de cada um, do tema abordado, dos objetivos definidos e do tempo estipulado para a interação, como advogado por Chalifour (2009), considerámos e abordámos cada consulta como uma entrevista clínica.

E integrámos nas nossas intervenções a matriz teórica e metodológica descrita anteriormente, da qual salientamos a relação terapêutica e os cuidados centrados na pessoa, com o entendimento de que a essência da enfermagem em saúde mental é a relação interpessoal, significativa e terapêutica que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa, como descrito por Peplau (1991).

Considerámos também, como evidenciado por Sequeira (2020a), que a comunicação terapêutica é o contexto em que cresce e se fortalece a relação terapêutica. Esta comunicação, descrita pelo mesmo autor como uma metacomunicação porque requer a consciencialização de todos os elementos da comunicação com objetivo terapêutico, necessita de um contexto específico e de um conjunto de técnicas e habilidades (Sequeira, 2020c; Sequeira 2014).

Assim, em cada entrevista o nosso principal objetivo de aprendizagem foi desenvolver as competências necessárias à comunicação terapêutica e, consequentemente, à relação terapêutica, numa perspetiva do cuidar centrado na pessoa subjacente ao processo de cuidados individualizado.

Neste constructo, para potenciarmos a aprendizagem, após cada entrevista/interação seguimos o pensamento reflexivo segundo o ciclo reflexivo de Gibbs (1988) e analisámos a intervenção conjuntamente com o enfermeiro orientador.

Apesar de considerarmos que todas as intervenções desenvolvidas contribuíram de forma singular e insubstituível para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional, num contínuo que é

mais significativo e demonstrativo do percurso realizado do que a análise individual de alguns momentos, pelos constrangimentos próprios da redação deste relatório, iremos descrever os que considerámos mais relevantes e significativos no processo de aprendizagem, e exemplificativos da aquisição das competências comuns e específicas do EEESMP e competências de mestre.

A primeira entrevista em que colaborámos foi a uma utente como os diagnósticos de enfermagem identificados de baixa autoestima e humor depressivo, que era acompanhada em consulta à mais de um ano, tendo neste momento atingido o resultado esperado de humor melhorado.

Como era a primeira entrevista clínica em saúde mental em que participámos tentámos apreender todas as interações e dinâmicas, e procurámos colher dados que permitissem identificar focos de atenção. Assim, direccionámos a atenção para esta utente e recolhemos informação que através do pensamento crítico orientámos para a caracterização dos problemas identificados.

Com o encerramento da entrevista, conjuntamente com o enfermeiro orientador, refletimos sobre o momento descrito. Os problemas que identificámos, assim como algumas estratégias de intervenção foram adequadas à situação, contudo percebemos que a secretária que nos separava desta utente, embora nos conferisse a sensação de conforto e segurança, foi um obstáculo à interação que poderia ter sido evitado porque, como Sequeira (2020b) salienta, na preparação da entrevista deve organizar-se o material de modo a evitar barreiras entre o enfermeiro e a pessoa.

Na entrevista clínica seguinte, ao prepararmos o contexto, optámos por colocar as cadeiras na configuração triangular num espaço aberto sem barreiras físicas, com o objetivo de transmitir a mensagem não verbal à pessoa de que nós fazíamos parte da relação terapêutica. A este respeito Chalifour (2009) acrescenta que gerir o espaço e o mobiliário é fundamental para proporcionar uma disposição confortável, de intimidade, que favoreça a partilha e a escuta.

Ao longo desta entrevista conseguimos “olhar-nos” e perceber que sentimos ansiedade, porque queríamos utilizar a comunicação terapêutica de forma adequada no momento certo, e dificuldade em conjugar as várias dimensões: identificar as nossas emoções e sentimentos, monitorizar as nossas reações corporais e simultaneamente dar atenção plena à pessoa, às intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro orientador e intervir adequadamente.

Na reflexão após a intervenção percebemos que o sentimento de ansiedade condicionou a mobilização de nós mesmos enquanto objeto terapêutico e que era fundamental desenvolver o conhecimento e consciência de nós enquanto pessoa e enfermeiro, em consonância com a primeira competência específica do EEESMP (OE, 2018a).

Para desenvolvemos esta competência, além de explorarmos a evidência científica sobre o tema, fizemos o exercício intencional de tomada de consciência de nós próprios nas várias interações que tivemos e, progressivamente, fomos tornando-nos mais autoconscientes em todas as dimensões, utilizando a linguagem verbal e não verbal de uma forma intencional com objetivo terapêutico, o que está em consonância com o descrito por Peplau (1992) quando afirma que a relação interpessoal significativa entre um enfermeiro e uma pessoa promove um crescimento mútuo e a maturidade da personalidade.

A maior capacidade de autoconsciência inclui também a monitorização das reações corporais e da posição do corpo. Inicialmente a nossa posição de conforto era rígida. Em reflexão com o enfermeiro orientador percebemos que esta postura poderia criar distanciamento e corrigimo-la para uma postura que transparecesse disponibilidade (com as costas mais curvadas para a frente e com os braços abertos). Com o nosso desenvolvimento a consciência sobre o próprio corpo era natural. Então desenvolvemos a capacidade de ajustar a nossa postura às características individuais de cada pessoa, por exemplo com uma pessoa muito expansiva na sua linguagem não verbal utilizávamos gestos mais amplos, com uma pessoa mais contida tínhamos uma linguagem corporal mais subtil para facilitar o processo de identificação.

Ainda sobre o desenvolvimento da competência da tomada de consciência de nós, noutra entrevista, uma das afirmações da pessoa era claramente contrária aos nossos princípios e valores, contudo, ao nos apercebemos das emoções e sentimentos que gerou em nós, iniciámos o processo de aceitação, sem julgamentos, e impedimos que as nossas emoções se manifestassem no nosso comportamento e condicionassem a relação terapêutica.

Outro desafio com que nos deparámos na comunicação terapêutica foi a capacidade de transmitir a mensagem adaptada ao contexto e às características únicas de cada pessoa. Embora a síntese, integração e interpretações dos dados através do pensamento crítico fosse adequada, a determinação dos diagnósticos fosse assertiva e as estratégias de promoção do *insight* pertinentes, de acordo com os objetivos a atingir, a mensagem transmitida por vezes não era entendida.

Percebemos que como refere Sequeira (2014 pp.6) há “...uma significativa discrepância entre o que eu quero dizer; o que eu digo; o que o outro quer ouvir; o que o outro ouve e o que o outro compreende.”, e que para transmitir a mensagem com clareza é determinante a seleção dos vocábulos e expressões utilizadas, do contexto e da forma como são comunicadas.

Ou seja, para a comunicação ser entendível e terapêutica é fundamental que seja centrada na pessoa. Para ultrapassar estas barreiras usámos a técnica do silêncio e da escuta ativa,

estabelecemos contacto pelo olhar, e escolhemos as palavras e expressões que reconhecemos no discurso da pessoa para facilitar o processo de identificação, porque, como refere Chalifour (2008), usar o léxico que apela aos sentidos e que a pessoa privilegia aumenta a possibilidade de se ser percebido. Quando necessário reformulávamos e clarificávamos a mensagem com assertividade.

Ao desenvolvermos a competência da comunicação terapêutica a nossa confiança aumentou e melhorámos a qualidade da nossa interação: explorámos momentos de transição importantes, colocámos questões, convidámos a pessoa a continuar, usámos o *feedback* para reforços positivo em especial nas pessoas com diagnóstico de baixa autoestima, e validámos novas estratégias de resolução de problemas, sempre numa perspetiva de cuidar em parceria.

Outra técnica de comunicação verbal que usámos foi o humor. Esta técnica designada por Sequeira (2020c) de atitudinal por considerar que depende da predisposição individual, pode, contudo, ser treinada, replicada e aprendida. Ao percebermos as suas vantagens treinámo-la e aperfeiçoámo-la.

Uma das pessoas com quem utilizámos o humor foi com um utente que o usava como estratégia de *coping* adaptativa para reduzir a angústia e ansiedade. Estabelecer o contacto com a pessoa e assegurar a qualidade desse contacto nas várias interações é fundamental (Chalifour, 2008). Para atingir este objetivo usarmos o humor como estratégia de aproximação. O sucesso desta técnica fortaleceu a relação terapêutica interpessoal e permitiu-nos realizar outras intervenções.

No encerramento de cada entrevista, em consonância com o descrito por Sequeira (2020b), fazíamos uma síntese salientando as estratégias de *coping* adaptativas, os resultados e os objetivos, realizávamos o planeamento conjunto de novas atividades a desenvolver e, como todas as pessoas com quem interagimos mantiveram diagnósticos de enfermagem por resolver, agendávamos a nova entrevista e acompanhávamos a pessoa à saída despedindo-nos cordialmente.

O momento do registo no processo clínico correspondeu a uma oportunidade de reflexão em que analisámos conjuntamente com o enfermeiro orientador a entrevista na dimensão da relação terapêutica e do processo de cuidados, e também na dimensão do nosso processo de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional, reforçando as novas aprendizagens e definindo novos objetivos e estratégias para ultrapassar dificuldades.

Em todas as entrevistas procurámos adotar uma postura de disponibilidade, compreensão empática, respeito caloroso, autenticidade e interesse, e integrar todas as dimensões essenciais à comunicação terapêutica, com consciência e intencionalidade para fortalecer a relação terapêutica interpessoal, num movimento de crescimento e desenvolvimento.

Neste estágio tivemos também a oportunidade de acompanhar um projeto de intervenção comunitária integrado na promoção da saúde escolar que segue as linhas orientadoras do manual “Saúde Mental em Saúde Escolar – Manual para a promoção de competências socioemocionais em meio escolar” orientado pela tipologia de programas de aprendizagem “*Social and Emocional Learning*” (Carvalho *et al.*, 2016), o que nos permitiu participar na coordenação, implementação e desenvolvimento de “...projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.” (OE, 2018a pp. 21428).

No período do Estágio I este programa abrangeu três turmas do 1º ano do 1º ciclo de uma escola da área de intervenção da UCC. A planificação das sessões práticas foi estruturada contemplando os subtemas: Identidade; Emoções; Autonomia; Proteção; Escolhas, desafios e Perdas; e Integração e Pertença. Para cada subtema foi selecionada a atividade que se considerou mais adequada para a comunidade escolar a que se destinava o projeto.

Iremos descrever alguns dos momentos que considerámos mais relevantes no processo de desenvolvimento de aprendizagens e competências.

Na fase de preparação de cada sessão estruturávamos e preparávamos os materiais necessários ao desenrolar da atividade e, através do pensamento crítico e raciocínio de enfermagem, sintetizávamos os dados recolhidos e executávamos uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de cada grupo (turma) e de alguns alunos em que identificámos importantes focos de atenção. Partindo desta reflexão fizemos pequenas adaptações nas atividades selecionadas do manual “Saúde Mental em Saúde Escolar – Manual para a promoção de competências socioemocionais em meio escolar”, que nos permitiram promover a saúde mental e também prevenir a doença.

Uma das atividades que retrata o descrito foi a atividade “Problemas aos saltos”. Nesta sessão entregávamos um número a cada aluno e durante a realização da atividade chamávamos alguns números para ajudar em pequenas tarefas. Embora os alunos pensassem que estavam a ser selecionados aleatoriamente, escolhíamos aqueles em que identificámos como foco de atenção a autoestima, e trabalhávamos a frustração com os alunos que não eram selecionados e necessitavam de desenvolver estratégias de *coping* adaptativas para lidar com esse sentimento.

Na primeira sessão em que participámos verificámos que uma criança apresentava algumas lesões nas pernas, que dizia serem provocadas por picadas de insetos, contudo na nossa avaliação assemelhavam-se a lesões sugestivas de comportamentos autolesivos, que suspeitámos que fossem utilizados pela criança como mecanismo de *coping* disruptivo em momentos de maior ansiedade.

Para uma avaliação mais global usámos as técnicas: clarificação, escuta ativa, reflexo e silêncio e colocámos algumas questões ponderadas, com o objetivo de colher dados que nos permitissem clarificar a situação. Identificámos também como foco de atenção a autoestima. Nas sessões seguintes intervimos com o objetivo de reforçar competências, promover autoestima, ensinar técnicas de redução de ansiedade e reavaliar a situação.

Além de refletirmos sobre estes dados em conjunto com o enfermeiro orientador, num trabalho em equipa, sinalizámos esta situação à enfermeira responsável pela saúde escolar, que encaminhou o processo para uma avaliação mais aprofundada, e ao médico de família, com o objetivo de gerir “...os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” e de adaptar “...a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (OE, 2019c, 4748).

Identificámos outras necessidades em saúde mental em algumas crianças relacionadas com a autoestima, a gestão de emoções e o controlo da raiva e agressividade, para as quais planeámos intervenções de promoção da saúde mental e prevenção da doença.

Com estas sessões percebemos o quão importante é executar “...uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos”, mas também identificar as necessidades individuais e criar momentos em que seja possível abordar questões mais sensíveis em privacidade (OE, 2018a pp. 21428).

Além de intervirmos junto dos alunos procurámos intervir também nos professores, demonstrando a importância da promoção da saúde mental, promovendo a literacia e partilhando considerações relevantes sobre alguns alunos, para desenvolver um trabalho em cooperação transdisciplinar e intersectorial no melhor interesse das crianças. A um dos professores, pelas necessidades identificadas, fizemos também promoção da autoestima, reforço da consecução de objetivos e encorajamento de afirmações positivas.

Como o planeamento das sessões de intervenção é flexível, para a última sessão sugerimos ao enfermeiro orientador realizar uma atividade que intitulámos “Recordar”, que consistia na construção de um cartaz com um resumo das sessões realizadas (Apêndice II). O nosso principal objetivo com esta atividade era reforçar os conceitos principais abordados nas sessões anteriores.

Por considerarmos que a participação ativa nas atividades era fundamental nas turmas abrangidas por este projeto, concluímos que a construção do cartaz teria de ser em sala de aula. Como esta atividade foi realizada no final do ano letivo a generalidade dos alunos já tinham adquirido a competência de leitura. Assim, cada aluno retirava uma palavra ou frase que correspondia a um

conceito identificador de uma das sessões realizadas neste projeto, e lia a sua palavra, numa estratégia de capacitação e consecução dos objetivos. Os alunos que ainda não sabiam ler eram ajudados pelos colegas, estimulando a entreaajuda. Posteriormente o aluno colava a sua palavra no cartaz associada à sessão a que correspondia.

No final de cada sessão era entregue um questionário de satisfação a cada aluno, professor e aos profissionais de saúde presentes, e na última sessão foi entregue também um questionário global de satisfação.

Estes questionários permitiram-nos avaliar a satisfação com o projeto e responder ao enunciado descritivo “A satisfação do cliente” dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2015). E a sua análise possibilitou-nos conhecer em maior profundidade as turmas e reestruturar a nossa intervenção em consonância com as competências comuns do enfermeiro especialista que “...reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.” (OE, 2019c pp. 4747).

Participar na implementação deste projeto permitiu-nos promover a saúde mental nas crianças através do sistema educativo no contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento de competências socioemocionais.

Assim, este contexto de estágio foi extremamente enriquecedor para o nosso processo de desenvolvimento de aprendizagens porque nos proporcionou no contexto prática clínica oportunidades para desenvolvermos a competência “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”, “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”, “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” e “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”, em consonância com as competências específicas do EEESMP (OE, 2018a pp. 21427).

Possibilitou-nos também desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da “Responsabilidade profissional, ética e legal”, “Melhoria contínua da qualidade”, “Gestão dos cuidados” e “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, 2019 pp. 4745).

2.2 Estágio Final – Serviços de Internamento de Psiquiatria Agudos

Os cuidados de saúde mental devem centrar-se nas pessoas, nas suas características individuais e necessidades específicas, numa abordagem interdisciplinar, integrada e multinível, dando prioridade a uma intervenção na comunidade no meio menos restritivo possível (Decreto-Lei n.º 113/2021).

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 113/2021 estabeleceram-se os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental, e definiu-se que “As unidades de internamento de pessoas em fase aguda de doença mental devem localizar-se em serviços locais ou regionais de saúde mental.”, salvaguardando-se que os hospitais e os centros hospitalares psiquiátricos continuem a assegurar os cuidados até ser concluída a integração nos serviços locais de cuidados de saúde mental (Decreto-Lei n.º 113/2021, pp. 106).

Assim, os serviços de internamentos de psiquiatria agudos, seguindo a política de desinstitucionalização implementada em Portugal, objetivam a estabilização psicopatológica das pessoas em crise ou com exacerbação da doença, pelo menor período de tempo, promovendo a sua recuperação e reabilitação psicossocial, através da recuperação da funcionalidade possível (Abreu *et al.*, 2017; Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008; Pinho, 2021).

2.2.1 Caracterização do contexto de estágio

O contexto do Estágio Final foi um serviço de internamento de psiquiatria agudos, integrado no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, de um centro hospitalar em território nacional. E decorreu de 19 de setembro de 2022 a 27 de janeiro de 2023, com duração total de 388 horas.

Este serviço tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, eficientes e de qualidade, na área da saúde mental, a pessoas com dezoito ou mais anos de idade, garantindo a segurança em saúde mental das pessoas que habitam ou visitam a área de influência abrangida por esta unidade hospitalar.

A distância que separa o edifício-sede deste serviço da localização das instalações centrais desta unidade hospitalar causa alguns constrangimentos para as pessoas internadas e condiciona a gestão de recursos humanos e materiais. Sempre que é necessário que uma pessoa internada realize um exame complementar de diagnóstico ou seja observada por outra especialidade tem de se deslocar de ambulância ao polo central. Estas deslocações podem implicar várias horas de ausência do serviço e, conseqüentemente, condicionar a rotina diária e a disponibilidade para a realização de outras atividades e intervenções.

Nesta organização das estruturas físicas, em que os cuidados de saúde mental estão separados dos serviços hospitalares, o distanciamento pode ser entendido como discriminatório, porque tende a sedimentar a ideia da necessidade de manter as pessoas em situação aguda da doença mental isoladas, potenciando a sua exclusão. Combater esta percepção pelo aumento da literacia em saúde mental é fundamental.

Existem também benefícios evidentes nesta organização estrutural. Consideramos que as instalações físicas separadas poderão dotar os serviços de condições ótimas para a realização da reabilitação psicossocial, por exemplo pela existência de espaços ao ar livre onde seja possível executar atividades e intervenções, em contraste com a necessidade de permanência dentro de um serviço de uma unidade hospitalar.

Melhorar a qualidade dos cuidados em saúde mental requer um maior investimento tanto nas condições físicas dos espaços alocados como em recursos humanos especializados. Acreditamos que a otimização destas duas premissas permitirá implementar mais intervenções psicoterapêuticas com impacto positivo na funcionalidade e reabilitação psicossocial.

Os quartos de isolamento do serviço que permitem a contenção ambiental não dispõem de sistema de videovigilância nem de sistema de alarme sonoro. Estes sistemas possibilitariam uma vigilância mais constante e, conseqüentemente, o reforço da segurança da pessoa contida. Para colmatar esta lacuna e com o objetivo de garantir “...um ambiente terapêutico e seguro.” (OE, 2019c pp. 4745), quando tínhamos uma pessoa em contenção ambiental observámo-la regularmente.

A equipa multidisciplinar que presta cuidados neste serviço é composta por enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais, assistentes operacionais e administrativos.

Na procura de desenvolver a competência de trabalho em equipas multiprofissionais procurámos estabelecer uma relação assertiva, de partilha e colaboração através da comunicação clínica, com os vários profissionais de saúde.

Neste sentido, realizámos uma reunião com o técnico de serviço social, o que nos permitiu conhecer o seu trabalho e as estruturas de apoio social às pessoas com necessidade de cuidados em saúde mental, e colaborar na identificação das melhores estratégias de resolução de problemas; assistimos a atividades desenvolvidas pelo terapeuta ocupacional e partilhámos informações, e assim realizámos uma avaliação mais global; e interagimos com os psiquiatras na partilha de dados, avaliações e definição de objetivos para o processo de cuidados.

Acreditamos que este entendimento de cuidar em colaboração com todos os profissionais se refletirá na qualidade dos cuidados e na satisfação das pessoas.

2.2.2 Projeto de Intervenção: Programa de TMC+

Um projeto de intervenção alicerça-se na metodologia de projeto para, através de um processo reflexivo, planear intervenções e estratégias que potenciem a resolução de um problema real identificado num contexto específico (Ruivo *et al.*, 2010).

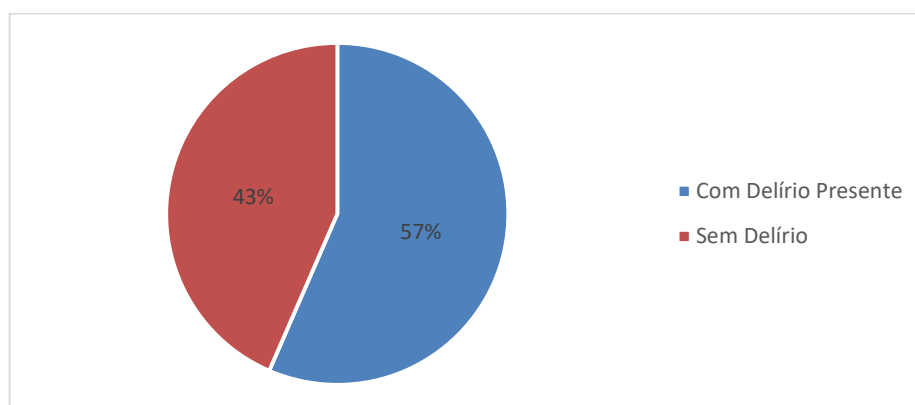
Com o objetivo de identificar um problema real e significativo sobre o qual pudéssemos ancorar o nosso projeto de intervenção, desenvolvido em consonância com as competências comuns e específicas do EEESMP e competências de mestre, efetuámos um diagnóstico de situação sobre este contexto clínico.

Nesta construção, consultámos os registos clínicos das pessoas internadas durante o mês de setembro de 2022 e realizámos uma reunião para avaliação de necessidades com o enfermeiro orientador e o enfermeiro gestor do serviço, questionando quais as maiores necessidades de intervenção pelo EEESMP.

Numa perspetiva de trabalho colaborativo, questionámos também diferentes elementos da equipa indagando quais os problemas reais que identificavam e em que poderíamos atuar. Das várias respostas emergiram dois temas comuns: o elevado número de pessoas internadas com o diagnóstico de delírio presente e deficit de *insight* sobre a doença, e a necessidade de implementar intervenções psicoterapêuticas com o objetivo de melhorar os resultados em saúde.

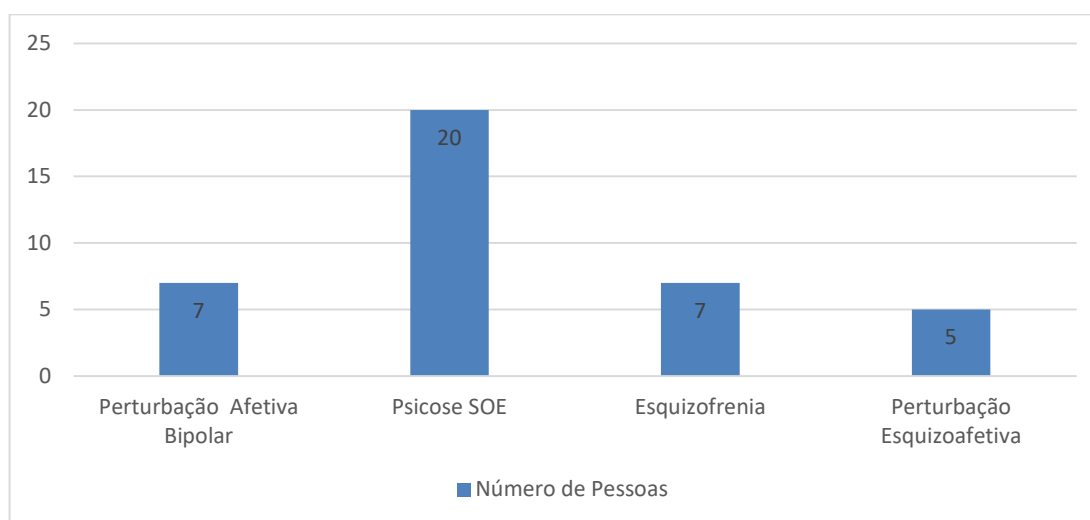
Concluimos que 56,5% das pessoas apresentava, no momento de admissão ou durante o internamento, sintomatologia característica de perturbações psicóticas com alterações do pensamento e diagnóstico de delírio presente (Gráfico 1).

Gráfico 1. Número de Pessoas Com Diagnóstico Delírio Presente



Destes em 89,7% dos casos clínicos estava descrito défice de *insight* clínico. Relacionámos também o diagnóstico delírio presente com a patologia identificada no processo clínico de cada pessoa (Gráfico 2).

Gráfico 2. Número de Pessoas com Delírio Presente / Patologia



Embora os resultados obtidos não tenham significado estatístico, pela reduzida dimensão da amostra e por incluírem apenas dados relativos ao mês de setembro, e, portanto, não sejam representativos nem possam ser generalizados, são consistentes com o estudo realizado por Abreu

et al. (2017) que associa a idade avançada, o diagnóstico de perturbação psicótica e o internamento compulsivo a LOS mais longos. Estes resultados estão em consonância com outros estudos que relacionam as perturbações psicóticas com maior LOS e maior probabilidade de reinternamentos (Tulloch *et al.*, 2011; Gopalakrishna *et al.*, 2015; Abreu *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2020).

Com a caracterização deste problema real identificámos dois diagnósticos de enfermagem sobre os quais pretendíamos intervir: delírio presente e consciencialização comprometida (*awareness*), relacionando-a com a cognição (ICN, 2019).

Considerando que o TMC é uma intervenção autónoma aplicada pelo EEESMP descrita no Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica como uma das intervenções psicoterapêuticas a privilegiar aquando do diagnóstico delírio presente (OE, 2018b), questionámo-nos se “*A evidência suporta a execução do TMC+ como intervenção que reduz o delírio e aumenta a consciencialização?*”

Para responder a esta pergunta considerámos indispensável realizar uma pesquisa aprofundada sobre a evidência científica atual que nos permitisse prescrever esta intervenção numa articulação harmoniosa entre a teoria e a prática de forma integrativa.

Neste constructo, realizámos uma pesquisa narrativa da literatura nas bases de dados *Google Académico*, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, *CochraneCentral Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Methodology Register*, *Library*, *Information Science & Technology Abstracts* e *MedicLatina*. Com o objetivo de favorecer uma abordagem abrangente e holística incluímos também literatura em formato livro que considerámos pertinente e relacionada com a problemática em estudo.

Respaldados pelos resultados desta investigação (descritos em maior pormenor no enquadramento conceptual) que apontam o TMC+ como a variante do TMC mais adequada para pessoas com esquizofrenia ou outras perturbações psicóticas na fase aguda da doença, e comprovam a sua eficácia na redução do delírio e aumento do *insight* clínico e cognitivo, concluímos que a execução desta intervenção psicoterapêutica seria uma estratégia adequada para o problema identificado no diagnóstico de situação.

Neste contexto importa clarificar que o TMC+ não foi ainda validado cientificamente para Portugal, contudo, considerando que o TMC em grupo e a sua aplicação pelo EEESMP está validada para Portugal por Pinho, Sequeira, Sampaio, Rocha & Grau (2019), que os exercícios do TMC+ são idênticos aos do TMC em grupo, apenas adaptados à pessoa individual, e que a professora

orientadora é a formadora oficial em Portugal, optámos por desenvolver este programa e intitulámo-lo Programa de TMC+. Para a sua execução foram fundamentais as indicações da professora orientadora e frequentar os cursos: “Treino Metacognitivo” inserido no XIII Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental e o curso “Treino Metacognitivo na Psicose” promovido pela Universidade de Évora.

Assim, conjuntamente com o enfermeiro orientador, definimos como objetivo geral deste projeto de intervenção: executar o Programa de TMC+ a pessoas internadas, com diagnóstico de delírio presente. E, pelos efeitos positivos sobre o *insight* clínico e cognitivo descritos na evidência científica, definimos intervir também no diagnóstico de enfermagem consciencialização comprometida, tal como sugerido por Sampaio *et al.* (2020).

A implementação e execução deste programa decorre da sua prescrição no plano de cuidados individualizado da pessoa, segundo a metodologia do processo de cuidados.

Como objetivos específicos identificámos:

- obter os resultados de enfermagem delírio melhorado e consciencialização (*awareness*) melhorada;
- Potenciar o cuidar centrados na pessoa;
- Promover a execução de intervenções especializadas do EEESMP.

Considerando o contexto deste estágio definimos como objetivo de aprendizagem desenvolver as competências comuns e específicas do EEESMP e as competências de mestre.

Embora o processo de cuidados centrado na pessoa seja global e holístico, e tenha sido nessa forma plena que prestámos cuidados (realizando uma avaliação abrangente das necessidades da pessoa em saúde mental, formulando diagnósticos de enfermagem, planeando e implementando intervenções centradas nas respostas humanas aos processos de saúde e doença mental e realizando a avaliação dos resultados), no contexto deste projeto de intervenção iremos focar-nos na avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação final desta intervenção psicoterapêutica autónoma do EEESMP.

2.2.2.1 Avaliação e diagnóstico

O processo de avaliação diagnóstica realizado a cada pessoa permite identificar focos de atenção e estabelecer os diagnósticos de enfermagem que carecem de intervenção (Amaral, 2020).

Iniciámos o processo de colheita de dados, como refere Lopes (2018), no momento em que tomámos conhecimento da existência de cada pessoa, ou seja, no momento de transição de cuidados, fosse na passagem de turno ou na sua admissão, e apenas terminámos este processo no final da relação. E pela consulta do processo clínico, pela realização de entrevistas, atividades e intervenções, pela partilha de informações com outros profissionais e pela interação com a família, ancorados nas conceptualizações teóricas descritas anteriormente, através da comunicação terapêutica e da observação participante, recolhemos, sistematizámos e sintetizámos a informação pertinente e, pelo raciocínio de enfermagem e pensamento crítico, executámos uma avaliação global das necessidades em saúde mental e estabelecemos diagnósticos de enfermagem.

A prescrição do Programa de TMC+ surge como parte integrante do plano de cuidados individualizado, inerente ao diagnóstico delírio presente.

O Padrão de Documentação ESMP relaciona o delírio com o pensamento distorcido e, consequentemente, a cognição comprometida. E descreve como dados obrigatórios da manifestação de delírio presente o “Conteúdo do pensamento sem fundamentação na realidade, irremovível pela lógica, com prejuízo nas atividades de vida diária” (OE, 2018b pp.25).

Com o Programa de TMC+ pretendemos também intervir positivamente no diagnóstico de consciencialização comprometida, como descrito anteriormente.

2.2.2.2 Planeamento e implementação

Com a clara caracterização dos diagnósticos, e, no constructo de cuidar “com” e em parceria, delineámos com a pessoa os resultados que pretendíamos obter. E com o objetivo de avaliar os resultados esperados, definimos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem que nos permitissem identificar e mensurar os ganhos em saúde com a execução deste programa, indo ao

encontro da competência específica do EEESMP que salienta que este “Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.” (OE, 2018a pp. 21429).

Consequentemente, para o diagnóstico de enfermagem delírio presente definimos o seguinte indicador de resultados (Quadro 2):

Quadro 2. Indicador de resultado relativo ao diagnóstico Delírio Presente.

R3 – Taxas de ganhos possíveis/ esperados de efetividade			
Foco Principal	Diagnóstico	Indicador	Periodicidade
Delírio	Delírio Presente	Delírio melhorado avaliado pela redução de 5 pontos no resultado global na escala de PSYRATS – Delírio	No início, no fim do programa e 1 mês após o fim do programa

Fórmula: Numerador/Denominador

$$\frac{\text{Nº de pessoas que concluíram o programa com Delírio melhorado, num dado período}}{\text{Nº total de pessoas que concluíram o programa no mesmo período}} \times 100$$

A avaliação deste indicador será realizada pela aplicação e avaliação da escala *Psychotic Symptom Rating Scales* (PSYRATS) - Delírios que é uma ferramenta de avaliação clínica que mensura a presença de delírios e alucinações em pessoas com perturbações psicóticas. Este instrumento de medida foi desenvolvido por Haddock, McCarron, Tarrier, & Faragher (1999) e validado para a população portuguesa por Telles-Correia, Barbosa-Rocha, Gama-Marques, Morreira, Alves-Moreira, Saraiva, Antunes, Almeida, Machado, & Haddock (2017).

Para definirmos o indicador de resultado para o diagnóstico de enfermagem consciencialização comprometida importa explicar este conceito.

Segundo o ICN (2019) a consciencialização tem como descrição do conceito a cognição, e por sua vez a cognição é o “Processo psicológico: processo intelectual que envolve todos os aspetos da percepção; pensamento; raciocínio e memória.” (ICN, 2019). Nunes *et al.* (2019 pp. 247) referem que definir a cognição impele a abordar o termo metacognição que definem como “a consciência sobre o conhecimento e envolve mecanismos como a reflexão, a regulação e a planificação”. Sampaio *et*

al. (2020) acrescentam que a metacognição compreende a forma como a pessoa entende a informação e lida com as várias distorções cognitivas, selecionando as respostas adequadas.

Neste constructo relacionámos o diagnóstico de enfermagem *consciencialização comprometida* com o compromisso na capacidade crítica para os vieses cognitivos, e, consequentemente com o *insight* cognitivo.

O conceito de *insight* cognitivo desenvolvido por Beck *et al.* (2004) inclui a avaliação e correlação de distorções, crenças e interpretações erradas, baseadas em processos cognitivos relacionados com a metacognição, como a capacidade de se distanciar das interpretações erróneas e reavaliá-las (Beck *et al.*, 2004). Pinho *et al.* (2020b pp. 1) acrescentam que o *insight* cognitivo “Envolve a avaliação e correlação de erros e interpretações distorcidas, baseadas na metacognição...”. Consequentemente, definimos o seguinte indicador de resultados (Quadro 3):

Quadro 3. Indicador de resultado relativo ao diagnóstico Consciencialização Comprometida.

R3 – Taxas de ganhos possíveis/ esperados de efetividade			
Foco Principal	Diagnóstico	Indicador	Periodicidade
Consciencialização	Consciencialização Comprometida	Consciencialização melhorada avaliada pelo aumento de 3 pontos na EICB Global	No início, no final do programa e 1 mês após o fim do programa

Fórmula: Numerador/Denominador

$$\frac{\text{Nº de pessoas que concluíram o programa com a consciencialização melhorada, num dado período}}{\text{Nº total de pessoas que concluíram o programa no mesmo período}} \times 100$$

A avaliação deste indicador será realizada pela aplicação e avaliação da “Escala de Insight Cognitivo de Beck” (EICB) desenvolvida por Beck, Baruch, Balter, Steer, & Warman (2004) e validada para a população portuguesa, por Pinho, Sampaio, Sequeira, Martins & Ferré-Grau (2020b).

Esta escala foi desenvolvida com o objetivo de aumentar a compreensão sobre a perspetiva das pessoas à cerca das suas ideias idiossincráticas e contém 15 itens que avaliam duas dimensões: a autoconfiança e a autorreflexão (Beck *et al.*, 2004). Quanto maior for o resultado obtido maior o *insight* cognitivo da pessoa. O resultado da escala de EICB é calculado pela subtração do score da dimensão da autoconfiança ao score da dimensão da autorreflexão (Beck *et al.*, 2004).

Considerámos pertinente aplicar também a escala “Schizophrenia Functioning Core Set” (Pinho & Lopes, 2021) constituída por 25 categorias que avaliam as componentes: funções do corpo, atividades e participação e fatores ambientais.

Esta escala é uma ferramenta muito importante neste constructo porque permite avaliar a funcionalidade através de uma linguagem uniformizada, de acordo com o padrão internacional (Pinho, 2021). E aporta dados importantes para o cuidar centrado na pessoa com o objetivo da reabilitação psicossocial.

Definimos também o indicador de resultado relativo ao diagnóstico de enfermagem satisfação com os cuidados de saúde (Quadro 4):

Quadro 4. Indicador de resultado relativo ao diagnóstico Satisfação dos Doentes
Relativamente aos Cuidados de Enfermagem

R4 – Satisfação das pessoas relativamente aos cuidados de enfermagem			
Foco Principal	Diagnóstico	Indicador	Periodicidade
Satisfação com os Cuidados de Saúde	Satisfação com os Cuidados de Saúde	Satisfação em mais de 50% dos participantes do programa avaliada através de questionário de satisfação	No final do Programa TMC+

De seguida planeámos e contruímos em parceria “...um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.”, adequado às características individuais de cada pessoa, e validámos a proposta terapêutica da execução do Programa de TMC+ (OE, 2018a pp. 21429).

Quando a pessoa deu o seu consentimento livre e esclarecido para a participação no programa (Apêndice III), conjuntamente com o enfermeiro orientador, assumimos a responsabilidade da sua execução, de acordo com as competências especializadas do EEESMP, respeitando todos os princípios éticos, deontológicos de responsabilidade profissional e legal, e dos direitos do doente, em consonância com a competência comum do enfermeiro especialista no domínio da “Responsabilidade profissional, ética e legal” (OE, 2019c pp. 4745).

A implementação deste programa seguiu o estabelecido pela Universidade de Hamburgo, que disponibiliza como material pedagógico o manual orientador e, para cada unidade terapêutica, apresentações em formato PowerPoint e fichas de trabalho.

Consideramos que o elevado nível estrutural deste programa foi facilitador da preparação e implementação das sessões, assegurou o foco terapêutico e potenciou a personalização da intervenção aos objetivos, prioridades e necessidades específicas de cada pessoa.

Cada sessão teve uma duração aproximada de 60 a 90 minutos, e respeitou o ritmo de aprendizagem, as competências e limitações de cada pessoa. Por exemplo, a utente C. apresentava dificuldade em relacionar e apreender os conteúdos, contudo tinha a capacidade de manter a concentração por um longo período de tempo, portanto as suas sessões habitualmente demoravam 90 minutos. Já o utente B. relacionava mais rapidamente os conteúdos com a sua vida quotidiana, consequentemente as suas sessões tinham menor duração. Houve outras ocasiões em que emergiram questões que necessitavam de clarificação e intervenção, e momentos em que era importante expressar sentimentos, essas necessidades eram respeitadas, e consequentemente condicionavam a duração da sessão.

Durante a implementação do Programa de TMC+, e em todas as interações, procurámos consolidar e fortificar a relação terapêutica interpessoal. Consciente e intencionalmente tivemos uma atitude de compreensão, autenticidade, respeito caloroso, compaixão e esperança, como advogado por Chalifour (2008). E praticámos a comunicação terapêutica, com o entendimento que o cuidar em saúde mental procura auxiliar a pessoa a compreender-se a si mesma e aos seus problemas, e que o comportamento do enfermeiro é simultaneamente um incentivo e um impulso para a mudança do comportamento da pessoa (Peplau, 1992).

Foi, portanto, sobre a relação terapêutica que desenvolvemos cada intervenção que planeámos, adequando as várias técnicas ao contexto, momento, vivências e características individuais, articulando de forma harmoniosa as premissas teóricas com a experiência clínica.

Os conteúdos de aprendizagem das unidades terapêuticas foram apresentados em formato PowerPoint recorrendo a um tablet e as escalas e fichas de trabalho foram impressas.

Abordámos cada sessão segundo as fases da entrevista seguindo o proposto por Sequeira (2020b).

Da preparação da entrevista salientamos a seleção dos conteúdos que considerámos que atingiriam os objetivos terapêuticos para cada pessoa, segundo a orientação de Moritz *et al.* (2011), e a preparação de um espaço com condições de privacidade onde a pessoa se sentisse segura (todas as sessões foram realizadas em salas pequenas que permitiram a disposição do mobiliário confortável respeitando as distâncias e permitindo que a pessoa nos olhasse quando desejasse, sem

ser impositivo o contacto visual, posicionando-nos em ângulo de 90º). Em todos os momentos procurámos adotar uma comunicação terapêutica.

Na fase inicial da entrevista criávamos um ambiente de confiança e compreensão, sem juízos de valor, e começávamos com temas neutros, de seguida perguntávamos “*Como se sente?*” e “*O que se lembra sobre a última sessão?*”, e realizávamos um resumo em conjunto.

Na fase de desenvolvimento apresentávamos os conteúdos específicos de cada unidade terapêutica, fazendo primeiro o paralelismo com os acontecimentos gerais, com o objetivo de normalizar sem trivializar, e realizávamos em conjunto as fichas de trabalho ou outros exercícios que considerávamos pertinentes e adequados às características individuais de cada pessoa. Por exemplo com o utente B. realizámos vários exercícios de role play, onde de forma lúdica e com a técnica do humor abordávamos situações quotidianas, contudo, para a utente C. estes exercícios não eram adequados pelos sintomas cognitivos e negativos que apresentava, consequentemente dávamos exemplos que discutíamos conjuntamente.

Na fase final abordávamos os objetivos de aprendizagem da sessão, incentivávamos a pessoa a fazer um resumo do que achou mais pertinente e motivámo-la a por em prática as novas aprendizagens. De seguida a pessoa escolhia a próxima unidade terapêutica que queria abordar e agendávamos a sessão seguinte. No final acompanhávamos a pessoa à saída da sala e terminávamos agradecendo e despedindo-nos.

Por fim realizávamos os registos sobre a sessão no processo clínico e transmitíamos a informação pertinente à equipa.

Neste constructo é possível fazer uma correlação entre o Programa de TMC+ segundo as orientações de Moritz *et al.* (2011) e as fases e papéis desempenhados pelo enfermeiro na relação terapêutica de acordo com as premissas da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau (1991):

- A fase de orientação correspondeu à primeira e segunda unidades terapêuticas (“Desenvolvimento da Relação e História Pessoal” e “Introdução ao Programa de TMC”). Nesta fase encontrámo-nos com a pessoa no papel de estranhos. Ultrapassar o sentimento de desconfiança característico de pessoas com estas patologias, também descrito por Pinho *et al.* (2017), foi um desafio. Neste sentido demonstrámos empatia e aceitação e começámos a desenvolver a relação terapêutica num clima de confiança e respeito mútuo, e, com uma abordagem cuidadosa e compreensiva, fomentámos a esperança e incentivámos a

honestidade. Realizar a anamnese e descrever a história pessoal foi também complexo porque, como descrito pelos mesmos autores, a incapacidade em distinguir o que é real do que não é condiciona a capacidade destas pessoas em fornecer informação fidedigna (Pinho *et al.*, 2017);

- Na fase de identificação e exploração fortalecemos a relação terapêutica interpessoal e ambos crescemos e desenvolvemo-nos no sentido de aprender novas estratégias de resolução de problemas, correspondendo às unidades terapêuticas “Formulação de Caso”, “Atribuição de Culpas”, “Tomar Decisões”, “Mudar Crenças”, “Empatizar”, “Memória e Excesso de Confiança”, “Depressão e Pensamento” e “Autoestima”. Desempenhámos o papel de conselheiro, pessoa de recurso, substituto, professor ou líder de acordo com as necessidades que identificámos na pessoa no momento da intervenção. A maior dificuldade com que nos deparámos foi motivar a pessoa a aplicar os novos conhecimentos na sua vida quotidiana e utilizar esses recursos em pleno.
- A fase de resolução correspondeu à unidade terapêutica 11 “Viver com a Psicose e Prevenção de Recaídas”. Nesta sessão desempenhámos maioritariamente o papel de professor e procurámos favorecer o processo de transição do contexto de cuidados para a vida quotidiana, potenciando novas aprendizagens.

Todos os momentos de interação e intervenção com todas as pessoas a quem executámos o Programa de TMC+ foram únicos e contribuíram de forma singular para o nosso desenvolvimento e para a aquisição das competências comuns e específicas do EEESMP e competências de mestre. Contudo, na impossibilidade de os descrever exaustivamente iremos salientar os mais significativos.

Caso Clínico A.

Iniciámos este programa com o utente A., com diagnóstico médico de esquizofrenia, agudizou a sua condição de saúde/doença por abandono da terapêutica medicamentosa, causando distúrbios pela agressividade verbal e física dirigida à família, motivados pela crença inabalável não comprovada por factos, de que a mãe o estava a envenenar. Para conter esta situação foi necessária a intervenção policial, e após observação pelo psiquiatra no serviço de urgência foi admitido no serviço de internamento agudos.

Quando atualizamos o plano de cuidados e em conjunto decidimos implementar o Programa de TMC+ este utente estava internado há cerca de 7 dias.

A primeira sessão permitiu-nos fortificar a relação de confiança e conhecer este utente em maior profundidade. Confirmámos o diagnóstico delírio presente e consciencialização comprometida. E questionámo-lo sobre a inclusão neste programa terapêutico, tendo respondido afirmativamente.

Contudo, na segunda sessão percebemos que este utente não estava disponível para este processo terapêutico, repetindo constantemente *“Já sei isso tudo”, “Não sei porque estou aqui, eu não tenho nenhum problema”*. Percebemos que esta intervenção não era adequada para este utente neste momento e, portanto, atualizámos o plano de cuidados e suspendemos o Programa de TMC+.

Quando refletimos sobre o que aconteceu colocámo-nos várias questões: *“Será que a prescrição desta intervenção foi muito precoce?”*, *“Será que abordámos de forma direta as suas crenças?”*, *“Será que não estávamos preparados ou não apresentámos a intervenção da forma mais adequada?”*, *“O que poderíamos ter feito de forma diferente?”*.

Conjuntamente com o enfermeiro orientador ponderámos cada uma destas questões e considerámos que nesse momento este utente não apresentava a motivação necessária ao processo terapêutico. Sobre esta questão Moritz *et al.* (2011) alertam que não é raro que pessoas com perturbações psicóticas interrompam o Programa de TMC+, optando por vezes por reiniciá-lo num momento posterior. Um membro da equipa salientou que quando este utente esteve presente noutras intervenções em grupo também não participava. Uma semana mais tarde observámos que o utente A. já participava nas atividades propostas.

Este episódio foi muito importante no nosso percurso porque permitiu-nos perceber que é essencial avaliar em profundidade a motivação da pessoa para participar no Programa de TMC+, mesmo que verbalmente expresse o seu interesse.

Caso Clínico B.

A segunda pessoa que integrou o projeto foi o utente B., com diagnóstico de esquizofrenia, foi internado por apresentar delírios de autorreferência, alterações da psicomotricidade com catatonia e mutismo e alucinações auditivo-visuais com compromisso na realização das AVD's. No último ano apresentou vários episódios de agudização com aumento progressivo de gravidade.

Este utente estava motivado para iniciar o programa terapêutico e essa motivação inicial consolidou-se, fortaleceu-se e desenvolveu-se ao longo de todas as unidades terapêuticas.

Também a relação terapêutica interpessoal se fortificou em cada sessão, e ambos crescemos num processo dinâmico e significativo pautado pela perspectiva de Peplau (1991). Com a confiança aumentada este utente partilhou mais profundamente as suas vivências e pensamentos. Num dos momentos abordou sentimentos de culpa relacionados com dinâmicas familiares disruptivas. Pela clarificação, colocando questões abertas ajudámo-lo a encontrar em si as respostas que lhe permitiram ultrapassar esse sentimento.

A ordem pela qual abordámos as diferentes unidades terapêuticas, à exceção das unidades “Desenvolvimento da Relação e História Pessoal”, “Introdução ao Programa de TMC+” e “Viver com a Psicose e Prevenção de Recaídas”, foi determinada pelo utente B., de acordo com os seus objetivos e motivações.

As últimas unidades terapêuticas que selecionou foram “Depressão e Pensamento” e “Autoestima”. Esclareceu que não sentia dificuldades nestas áreas, porém estava a desenvolver novas aprendizagens e, portanto, também queria abordar estas duas temáticas. De facto, não identificámos a autoestima e o humor como focos de atenção de enfermagem, contudo, considerámos que os conteúdos destas unidades poderiam ajudá-lo a desenvolver novas competências.

Neste constructo julgámos pertinente aplicar a escala “Questionário de Saúde do Paciente PHQ-9” (versão de investigação: Torres, Pereira, Monteiro & Albuquerque, 2013) antes de iniciar a sessão “Depressão e Pensamento”. O score obtido foi cinco, correspondendo ao resultado ausência de sintomas. No mesmo sentido aplicámos a “Escala de Autoestima de Rosenberg” (adaptação versão portuguesa efetuada por Ferreira [2001] a partir da *Rosenberg Self-Esteem Scale* elaborada por Morris Rosenberg [1965]). O resultado obtido foi 33, ou seja, um nível de autoestima global muito bom. O resultado destas escalas foi consonante com a nossa avaliação prévia.

Durante a implementação do Programa de TMC+ o utente B. teve alta do internamento e ingressou no hospital de dia. Com a sua concordância, em articulação com a enfermeira responsável pelo hospital de dia e com a convivência do enfermeiro orientador, continuámos o Programa de TMC+ no hospital de dia.

Numa das sessões terapêuticas este utente referiu que no período de interregno das sessões (por motivos inultrapassáveis da nossa responsabilidade) sentiu que “*Estava mais fechado e menos comunicativo*”, e que os familiares e amigos tinham manifestado a mesma observação. Ou seja, nesse período apresentou mais manifestações de sintomatologia negativa. Esta observação pode relacionar-se com o descrito por Andreou *et al.* (2016) que advogam a necessidade de manter o TMC+

na vida das pessoas para manter os ganhos em saúde. Assim, face ao descrito na literatura, parece-nos que possa fazer sentido e ser benéfico as equipas comunitárias executarem esta intervenção.

Pela realização de entrevistas, observação participante, consulta do processo clínico, partilha de informação com outros profissionais e interação com a família, considerámos que a motivação, empenho e evolução do utente B. foi muito significativa.

Antes da última sessão do Programa de TMC+ propusemos-lhe realizar uma sessão extra com o objetivo de promover a autoconfiança, autoestima e autoconsciência sobre a sua evolução. O utente B. demonstrou entusiasmo e aceitou. Nesta sessão preenchemos novamente a ficha de trabalho “Informação sobre a Unidade” que contém as perguntas “Que aspetos da unidade terapêutica acho particularmente úteis?”, “Quando e em que situação específica quero aplicar/usar o que aprendi durante a próxima semana?” e “O que ficou por esclarecer? O que quero perguntar na próxima sessão?” facultada por Moritz *et al.* (2011) sobre todas as unidades terapêuticas. No final de preencher cada ficha comparámos as respostas com as realizadas no dia em que abordámos cada temática.

Este resumo global sobre a participação do utente B. no Programa de TMC+ permitiu-nos avaliar a sua evolução e reforçar a consecução de objetivos, sedimentar conhecimentos e aprendizagens e reforçar os momentos em que as competências desenvolvidas podem ser aplicadas à vida na comunidade. Com questões abertas evidenciámos que as respostas atuais eram mais completas e abrangentes, e que todos os conteúdos das unidades terapêuticas se articulam e complementam de forma dinâmica. No final do Programa de TMC+ estas fichas foram entregues a este utente para que as use como ferramentas de trabalho com o objetivo de manter os bons resultados em saúde obtidos com o Programa de TMC+.

A última sessão deste programa corresponde à unidade terapêutica “Viver com Psicose e Prevenção de Recaídas”. Esta unidade incentiva, sempre que se considere benéfico, a participação dos familiares. A inclusão da família no processo de tratamento e reabilitação da pessoa é advogada por vários autores, pela influência do suporte familiar no prognóstico da doença e pelo papel como cuidador principal (Alves *et al.*, 2018; Pinho & Pereira, 2015; Asher *et al.*, 2018).

Desde o início do programa que este utente identificou a sua família como um recurso principal na sua recuperação e reabilitação psicossocial. Assim, conjuntamente, considerámos que a inclusão do seu familiar significativo neste programa teria um impacto positivo nos seus resultados em saúde. Pinho & Pereira (2015) a este respeito acrescentam que as intervenções de psicoeducação

familiar demonstraram um impacto positivo tanto na prevenção de recaídas e reinternamentos, como na redução da sobrecarga dos familiares cuidadores, com ganhos efetivos na qualidade de vida.

A preparação desta sessão foi mais complexa que as anteriores. Sentimos necessidade de consultar evidência sobre as necessidades manifestadas pelos familiares de pessoas com doença mental grave e sobre intervenção familiar. E foi também muito enriquecedora pelas partilhas e crescimento mútuo que proporcionou.

No início o familiar do utente B. perguntou “*Não é possível manter-vos e ao Programa de TMC+ na vida do B.?*”. Desde a implementação deste programa que clarificámos com cada pessoa a duração, término e o contexto de âmbito académico em que se desenvolveu, com o objetivo de gerir expectativas. Ao ouvir esta pergunta questionámo-nos se não teríamos sido suficientemente claros, contudo, ao procurarmos o contacto através do olhar com o utente B. percebemos que ele estava tranquilo.

Pela escuta ativa, colocando questões abertas, usando o incentivo para continuar e o silêncio, permitimos ao familiar deste utente expressar os seus sentimentos e pensamentos. Este familiar acrescentou que percebeu como o Programa de TMC+ tinha alavancado alterações no comportamento do utente B. no sentido de aumento da qualidade de vida e tinha receio de um retrocesso. Percebemos que a questão colocada se relacionava com o medo de um novo episódio de agudização da doença e com a ansiedade causada pela fase de transição dos cuidados. Com a identificação deste problema intervimos no sentido de reforçar as competências que o utente B. desenvolveu e incentivámo-lo a explicar o Programa de TMC+ e as suas principais aprendizagens ao seu familiar.

Este momento foi muito importante porque reforçou as competências do utente B. e permitiu ao seu familiar reconhecer que ele dispunha de novas estratégias de resolução de problemas e capacidades. Incentivámos também a familiar do utente B. a partilhar situações em que tinha intervindo, e promovemos a sua autoestima, capacitação e o reforço positivo de competências.

Também o utente B. partilhou as situações mais desafiantes desde o regresso à comunidade. Pela descrição de ambos percebemos que a ansiedade era um fator de destabilização muito importante na dinâmica deste utente, e por isso ensinámos estratégias sobre a ansiedade, executamos o apoio emocional, a escuta ativa e ensinámos e treinámos técnicas de relaxamento.

Por fim delineámos conjuntamente um plano de emergência que evidenciava os sinais de alerta e o que fazer. No final entregámos ao utente B. o cartão amarelo e vermelho do programa TMC+ (vd. Anexo I) e incentivámo-lo a explicar ao seu familiar a sua funcionalidade.

Preparámos esta sessão para uma duração de 90 minutos, contudo, a necessidade expressa do familiar do utente B. em partilhar emoções, esclarecer dúvidas e ser ouvido impulsionou-nos a continuar e executar a escuta ativa e o apoio emocional. No final da sessão, depois de realizarmos o resumo guardámos o nosso material numa tentativa de indicar não verbalmente que a sessão estava a terminar, contudo o utente B. e ao seu familiar voltavam a temas de conversa já abordados. Para marcar mais assertivamente o final da entrevista levantámo-nos, porém o utente B. e o seu familiar mantiveram-se sentados. Considerámos que esta linguagem não verbal poderia significar que não estavam prontos para terminar a sessão e por isso reforçámos a nossa disponibilidade e da equipa de saúde em esclarecer dúvidas, evidenciámos outros recursos da comunidade de que dispõem, e esclarecemos novamente que a nossa intervenção era limitada pelo tempo e contexto académico em que nos encontrávamos. Lentamente os dois levantaram-se e encaminhámo-los à porta despedindo-nos cordialmente.

Foi evidente nesta intervenção a sobrecarga objetiva e subjetiva sentida pelo familiar do utente B. Consequentemente procurámos através de elementos psicoeducativos reduzir o stress e ansiedade e promover o empoderamento. Contudo, pareceu-nos que as respostas na comunidade de apoio a este familiar enquanto cuidador de uma pessoa com doença mental grave eram escassas ou insuficientes, e que seria importante haver um programa de intervenção psicoeducativo à família de pessoas com doença mental grave no serviço de internamento agudos.

Caso Clínico C.

Também executámos o Programa de TMC+ à utente C. com diagnóstico de esquizofrenia, internada por delírios persecutórios, de ruína e místicos, alucinações auditivas, visuais, gustativas e táteis com franco compromisso nas atividades de vida diária, com perca ponderal significativa e maus cuidados de higiene. Apresentava também sintomas cognitivos com deterioração da capacidade de resolução de problemas e da rapidez de processamento e sintomas negativos com a expressão emocional diminuída e alergia.

No momento em que atualizamos o processo de cuidados desta utente e lhe propusemos iniciar o Programa de TMC+ estava internada há cerca de vinte dias e mantinha ativos os diagnósticos de delírio presente e consciencialização comprometida referindo *“No hospital não me conseguem fazer mal”*. Aparentemente já não apresentava alucinações, contudo a restante sintomatologia era refratária às intervenções farmacológicas e não farmacológicas implementadas.

A relação terapêutica interpessoal que desenvolvemos com esta utente foi-se fortificando em cada interação.

Nas várias sessões abordámos todas as unidades terapêuticas privilegiando a abordagem “backdoor” preconizada por Moritz *et al.* (2011). Esta utente era muito renitente à partilha de vivências próprias relacionadas com os vieses cognitivos, numa estratégia de normalização sem trivializar dávamos exemplos gerais para reforçar a confiança.

As unidades terapêuticas que mais lhe ressoaram foram “Tomar Decisões”, “Atribuição de Culpas” e “Mudar Crenças”. Numa dessas sessões em que abordámos o conceito de psicose a utente C. disse-nos que sempre que lhe perguntavam porque estava internada dizia que tinha um esgotamento, não porque tivesse auto-estigma, mas porque não percebia o que significava psicose, e acrescentou que daí em diante iria dizer que o motivo do seu internamento era a psicose.

E tal como o utente B., referiu considerar que não se sentia triste nem com baixa autoestima, contudo queria conhecer as unidades terapêuticas “Depressão e Pensamento” e “Autoestima”. No mesmo constructo aplicamos a escala “Questionário de Saúde do Paciente PHQ-9” (versão de investigação: Torres, Pereira, Monteiro & Albuquerque, 2013) antes de iniciar a sessão “Depressão e Pensamento”. O score obtido foi 5, correspondendo ao resultado ausência de sintomas. Aplicámos também a “Escala de Autoestima Rosenberg” (adaptação efetuada por Ferreira [2001] a partir da *Rosenberg Self-Esteem Scale* elaborada por Morris Rosenberg [1965]). O resultado obtido foi 32, ou seja, um nível de autoestima global muito bom, porém, o pior resultado obtido (1ponto) foi no item “Gostava de ter mais respeito por mim mesmo/a”. Este resultado apontou a importância de reforçar a consecução de objetivos, potenciar a autoperceção positiva e reforçar a autoeficácia, intervenções que desenvolvemos ao longo das várias sessões que se seguiram.

A utente C. apresentava, como consequência da doença, sintomas cognitivos como a deterioração da capacidade de resolução de problemas e da rapidez de processamento. Estes sintomas foram um desafio ao longo das várias sessões, contudo potenciaram a nossa capacidade de intercalar momentos de silêncio com momentos em que reformulávamos o conteúdo, realizávamos uma síntese ou em que a incentivávamos a continuar.

Como sintomas negativos apresentava a expressão emocional diminuída e alogia. Ao longo do período do Programa de TMC+ percebemos mudanças subtis. Numa das sessões incentivámo-la à pintura como atividade que treina a concentração e evita pensamentos ruminantes. Esta atividade teve um impacto muito positivo na utente C. e em várias outras pessoas pelo efeito contágio, o que foi muito gratificante. Nas sessões subsequentes fizemos o reforço desta estratégia de *coping*.

Vários profissionais de saúde mencionaram as diferenças no comportamento desta utente desde o início do Programa de TMC+, sublinhando que estava menos reservada, mais comunicativa e mais expressiva. Contudo, mantinha a crença inabalável nas suas ideias delirantes iniciais.

A incapacidade de promovermos o *insight* sobre a doença provocou-nos sentimentos de frustração e dúvida sobre se estaríamos a desenvolver este programa da forma mais adequada. Com o pensamento crítico refletimos e considerámos que talvez não fosse realista este objetivo. Pela avaliação realizada acreditava-se que estes pensamentos poderiam existir há mais de 10 anos, embora esta utente se tivesse mantido socialmente funcional pelo isolamento social que mantinha até ao momento da admissão. Perceber que os seus delírios, pelos quais tinha tomado decisões com sérias implicações na sua vida, não eram reais poderia não ser terapêutico. Assim definimos como objetivo trabalhar o presente e o futuro, ou seja, potenciar o desenvolvimento de estratégias de *coping* adaptativas que lhe permitam melhorar a capacidade de resolução de problemas e qualidade de vida na comunidade, e promover o aumento do *insight* cognitivo.

O Programa de TMC+ com esta utente foi pautado por avanços e retrocessos, contudo as dificuldades que encontrámos também potenciaram em nós mais momentos de reflexão, autoconhecimento, desenvolvimento de novas estratégias de resolução de problemas e aceitação. Por certo, desenvolver uma relação terapêutica interpessoal com alguém com embotamento afetivo é mais desafiante, contudo também mais gratificante. Um dia a utente C. entrou na sala de trabalho de enfermagem e disse “*Olá enfermeira Rita*” com um grande sorriso, nesse momento sentimos que tínhamos conseguido ultrapassar algumas barreiras. Tal como Peplau (1991) evidencia a relação interpessoal significativa desenvolve-se e potencia o crescer mútuo.

2.2.2.3 Avaliação final

A avaliação é um processo dinâmico e contínuo que, pela monitorização dos resultados clínicos obtidos, garante a pertinência das intervenções implementadas e a qualidade dos cuidados (Doenges & Moorhouse, 2010).

Neste constructo, o processo de avaliação foi transversal a todas as fases do processo de cuidados, desde a avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação final, até ao momento em que a relação com a pessoa terminou.

Ancorados na relação terapêutica interpessoal, através da observação participante, pela partilha de informação com outros profissionais de saúde e pela consulta do processo clínico, avaliámos continuamente a pertinência deste programa, percebendo, em cada momento, se era adequado e benéfico para cada pessoa. Esta avaliação sistemática permitiu-nos, pela elevada flexibilidade do programa, adequá-lo continuamente às características individuais de cada um. Por exemplo, identificámos a necessidade de desenvolver as competências sociais na utente C. e incluímos mais exercícios sobre esta competência nas sessões terapêuticas.

A avaliação contínua permitiu-nos também identificar mudanças em cada um dos participantes. O utente B. durante o programa demonstrou *insight* para a doença e, como já não tinha manifestações que o justificassem, suspendeu o diagnóstico delírio presente. Progressivamente tornou-se mais autónomo teve alta hospitalar e regressou à comunidade.

Este utente verbalizou que o Programa de TMC+ tinha sido uma importante ferramenta no processo de transição para o hospital de dia e para a comunidade. Na utente C. a mudança mais significativa foi a redução do embotamento afetivo e a maior capacidade de socialização.

Com o objetivo da melhoria contínua da qualidade, no final de cada sessão terapêutica do Programa de TMC+ questionávamos a pessoa sobre a satisfação com essa sessão e, seguindo a metodologia reflexiva do ciclo de Gibbs (1988), refletíamos conjuntamente com o enfermeiro orientador com o objetivo de atingir um melhor cuidar e de desenvolver competências. Uma das dificuldades que melhorámos foi a gestão do silêncio, numa perspetiva reflexiva que permita a pessoa apreender o conhecimento.

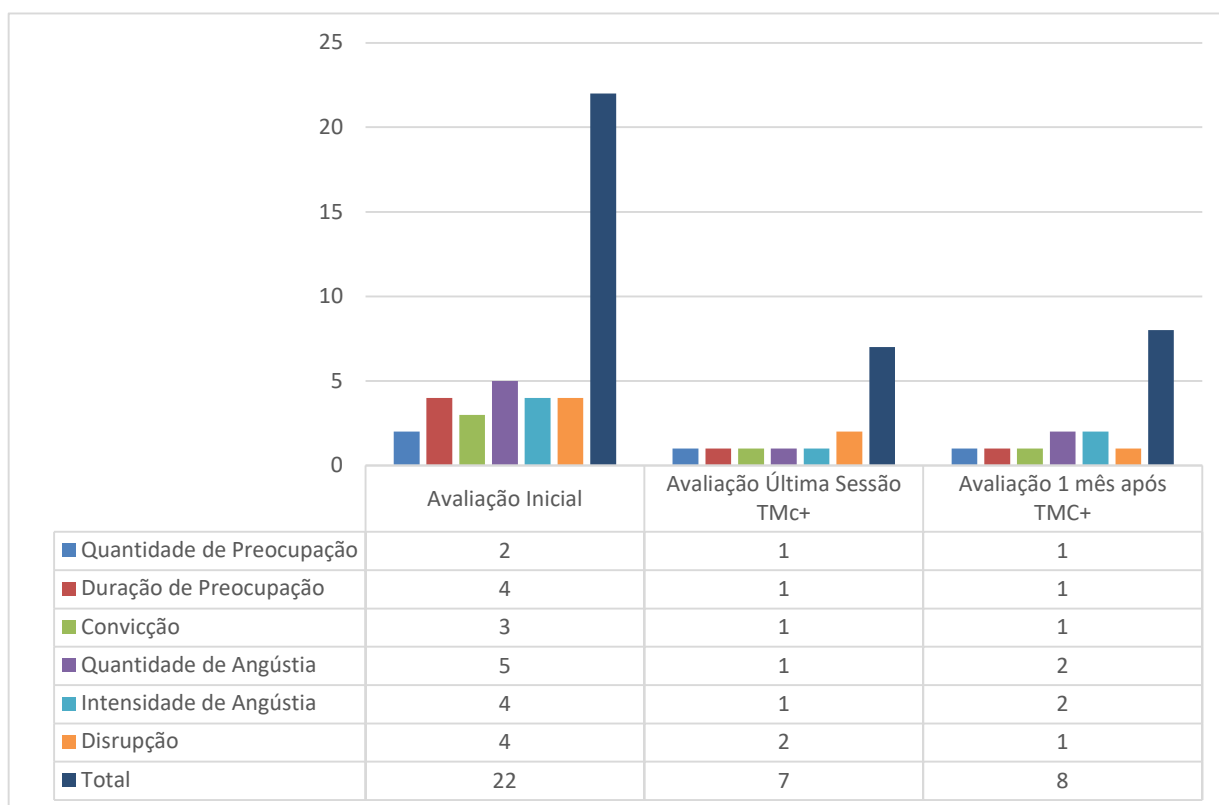
Contudo, como descrito por Doenges & Moorhouse (2010) a avaliação final difere da avaliação contínua porque procura avaliar a consecução dos resultados esperados face aos resultados identificados.

Para a avaliação final do programa iremos abordar os indicadores de resultado definidos previamente.

Importa salientar como limitação deste projeto a inclusão de apenas duas pessoas no Programa de TMC+, o que condicionou a robustez estatística necessária para permitir perceber quais os resultados da sua implementação a longo prazo assim como a sua generalização, contudo a análise dos dados que se segue permite avaliar os ganhos em saúde obtidos individualmente por estes dois utentes.

De acordo com a conceptualização anterior, para o indicador de resultado definido para o diagnóstico de enfermagem delírio presente, iremos analisar os resultados da escala PSYRATS – Delírios representados graficamente (vd. Gráfico 3 e Gráfico 4).

Gráfico 3. Resultados da escala PSYRATS – Delírios e seus domínios, aplicada ao utente B.

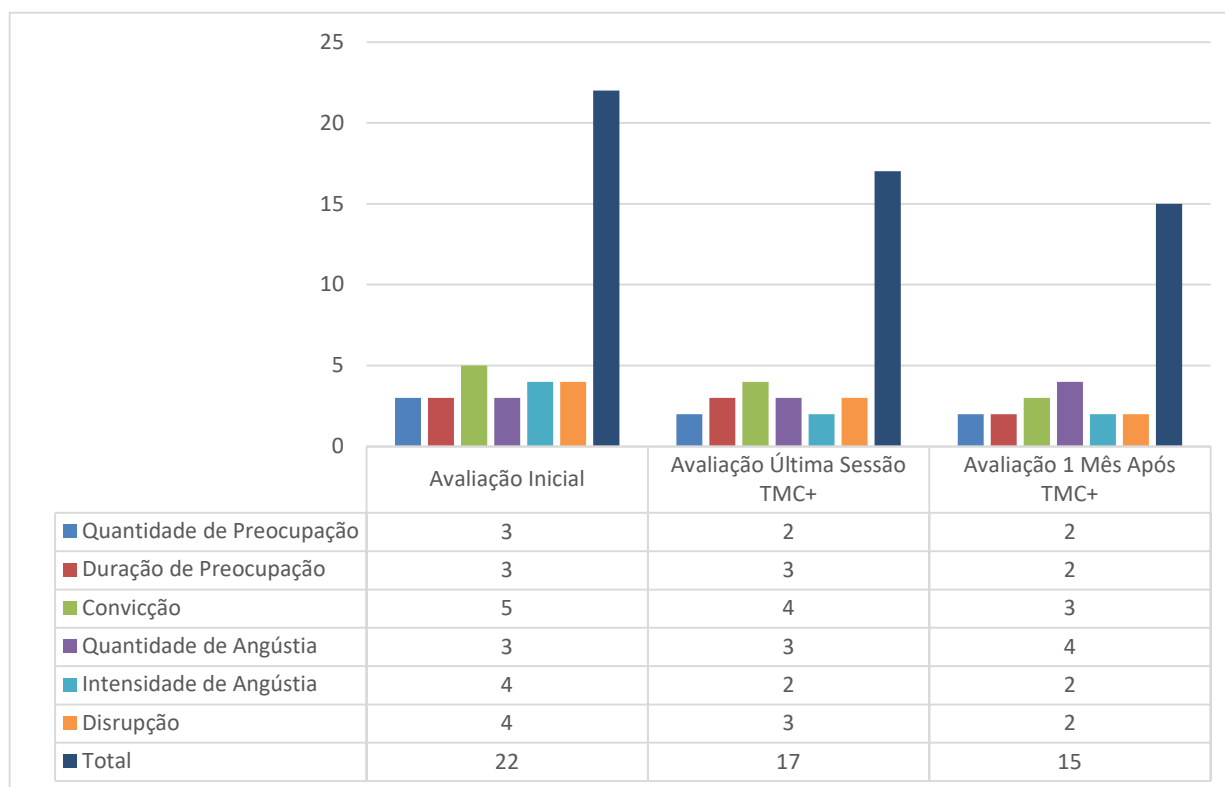


Da análise deste gráfico, relativo ao utente B., salientamos a redução significativa do resultado global da escala PSYRATS do início para a última sessão do TMC+, o que está em consonância com a investigação clínica que aponta o TMC+ como uma intervenção eficaz na redução dos delírios (Vitzthum *et al.*, 2013; Eichner e Berna, 2016; Lui *et al.*, 2018; Pos *et al.*, 2018; Motiz *et al.*, 2018; Philippe *et al.*, 2019; Balzan *et al.*, 2019; Leanza *et al.*, 2020).

Quando realizámos a avaliação desta escala na última sessão do Programa de TMC+ este utente frequentava o hospital de dia e um mês após estava integrado na comunidade a frequentar um curso de pastelaria, o que explica a descida de 1 ponto na avaliação da disrupção. Ao procurarmos clarificar o aumento, ainda que ligeiro (1 ponto), da quantidade de angústia e intensidade de angústia, este utente verbalizou sentir receio de novo episódio de agudização da doença e que esse pensamento lhe causa angústia. Assim, relacionámos esta alteração com a ansiedade, um foco de

atenção que aumentou a sua manifestação desde que o utente B. regressou à comunidade. Ao identificarmos este problema reforçámos os ensinios sobre estratégias de redução de ansiedade.

Gráfico 4. Resultados da escala PSYRATS – Delírios e seus domínios, aplicada à utente C.



Dos resultados referentes à utente C. (Gráfico 4) salientamos a redução gradual e progressiva de todos os resultados da escala PSYRATS – Delírios, mesmo um mês após o fim do programa, à exceção da quantidade de angústia que aumentou na última avaliação. Relacionamos o aumento da quantidade de angústia com a proximidade da alta hospitalar. Esta utente mantinha ativos delírios de conteúdo persecutório e referia sentir-se segura no hospital. A possibilidade de alta hospitalar era também um motivo de angústia pelas condições socioeconómicas precárias em que vivia e a falta de apoio familiar.

Estes resultados estão de acordo com alguns estudos que sustentam a permanência dos benefícios do TMC+ após o fim das sessões terapêuticas (Vitzthum *et al.*, 2013; Motiz *et al.*, 2018; Philippe *et al.*, 2019; Balzan *et al.*, 2019; Leanza *et al.*, 2020).

Aplicando a fórmula para o cálculo da efetividade deste indicador, segundo a conceptualização definida anteriormente, atingimos uma taxa de efetividade de 100%.

Para a avaliação do indicador de resultados associado ao diagnóstico de enfermagem consciencialização comprometida, de acordo com o definido previamente, analisámos os resultados obtidos pela aplicação da EICB (vd. Gráfico 5 e Gráfico 6).

Gráfico 5. Níveis de autorreflexão, autoconfiança e EICB global do utente B.

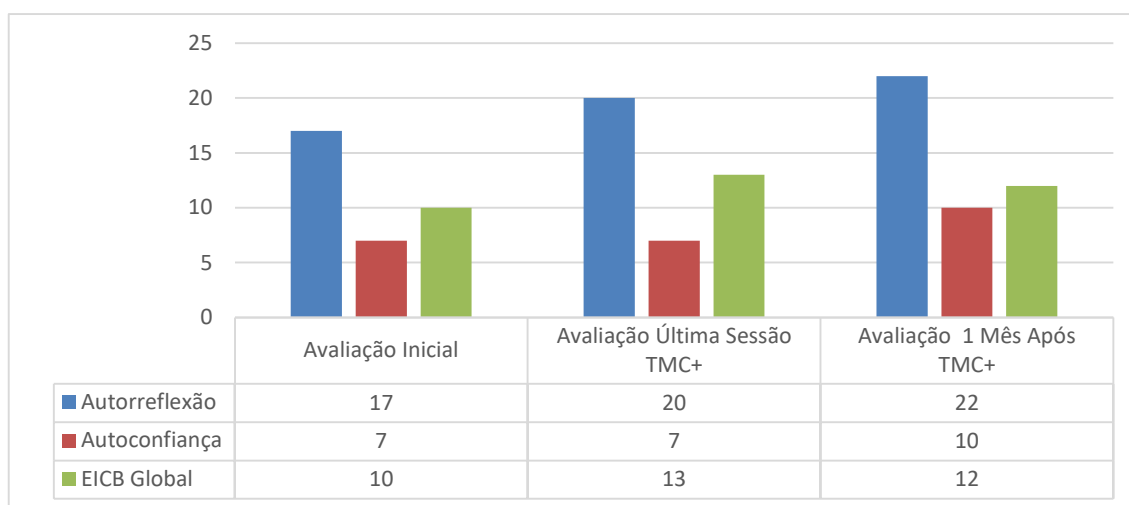
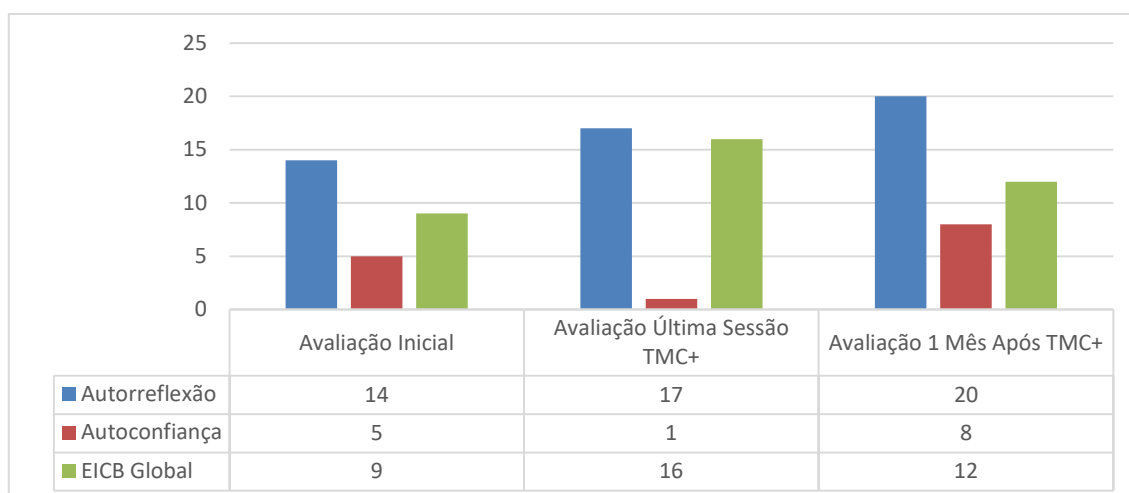


Gráfico 6. Níveis de autorreflexão, autoconfiança e BICS global da utente C.



Estes resultados podem sugerir que para manter os ganhos obtidos pelo Programa de TMC+ é necessário reforçar as aprendizagens ao longo do tempo, como descrito no estudo realizado por Andreou *et al.* (2016).

Aplicando a fórmula de cálculo da taxa de efetividade neste indicador de resultados na última sessão do Programa de TMC+ foi de 100%, contudo na avaliação um mês após o fim do Programa de TMC+ foi de 50%.

Aplicámos também a escala “Schizophrenia Functioning Core Set” que nos permitiu avaliar a funcionalidade pré-programa TMC+, no final da última sessão terapêutica e um mês após do fim do programa. Os Gráfico 7 e Gráfico 8 descrevem os resultados mais relevantes.

Gráfico 7. Resultados da aplicação da Escala “Schizophrenia Functioning Core Set” ao utente B.

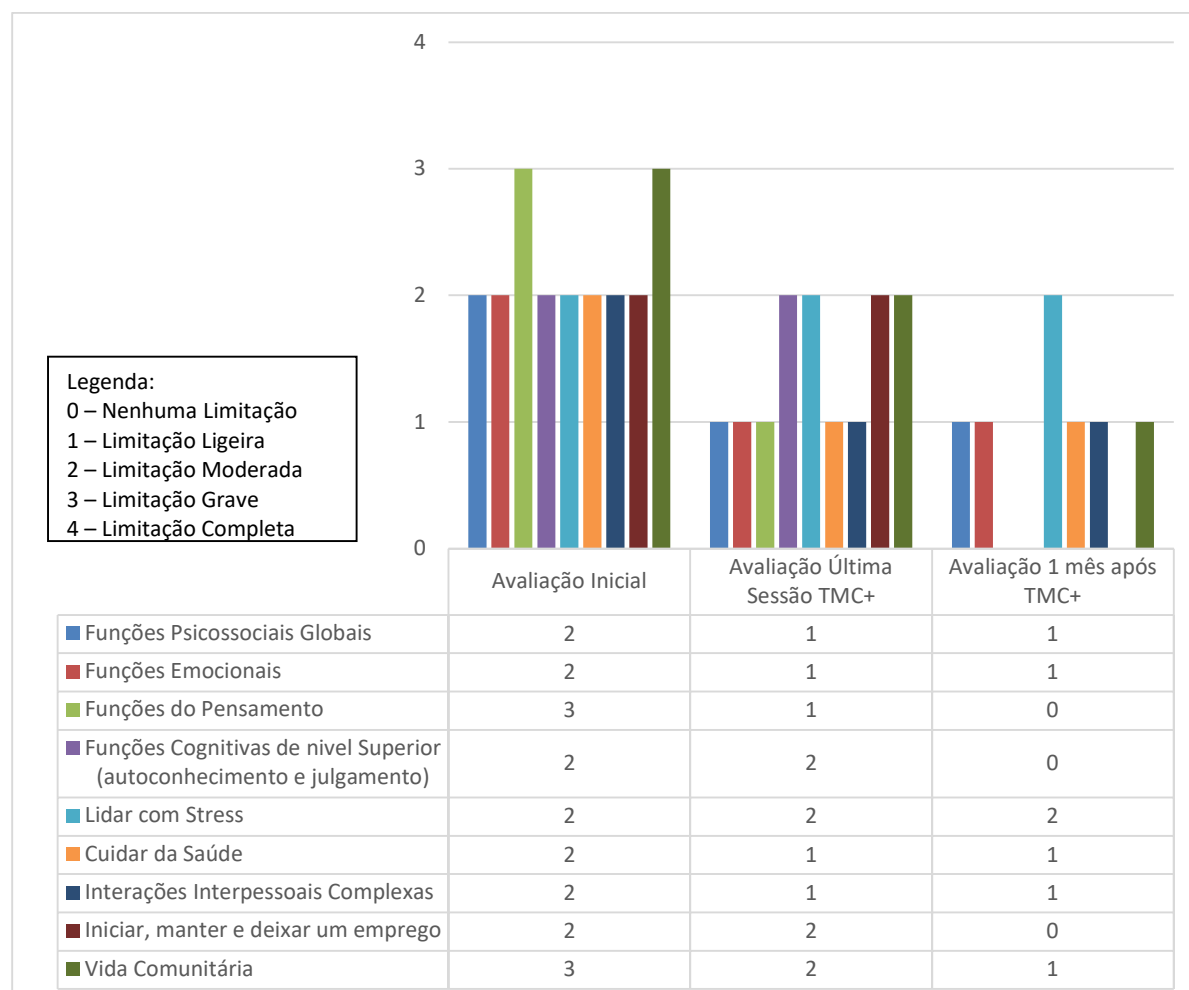
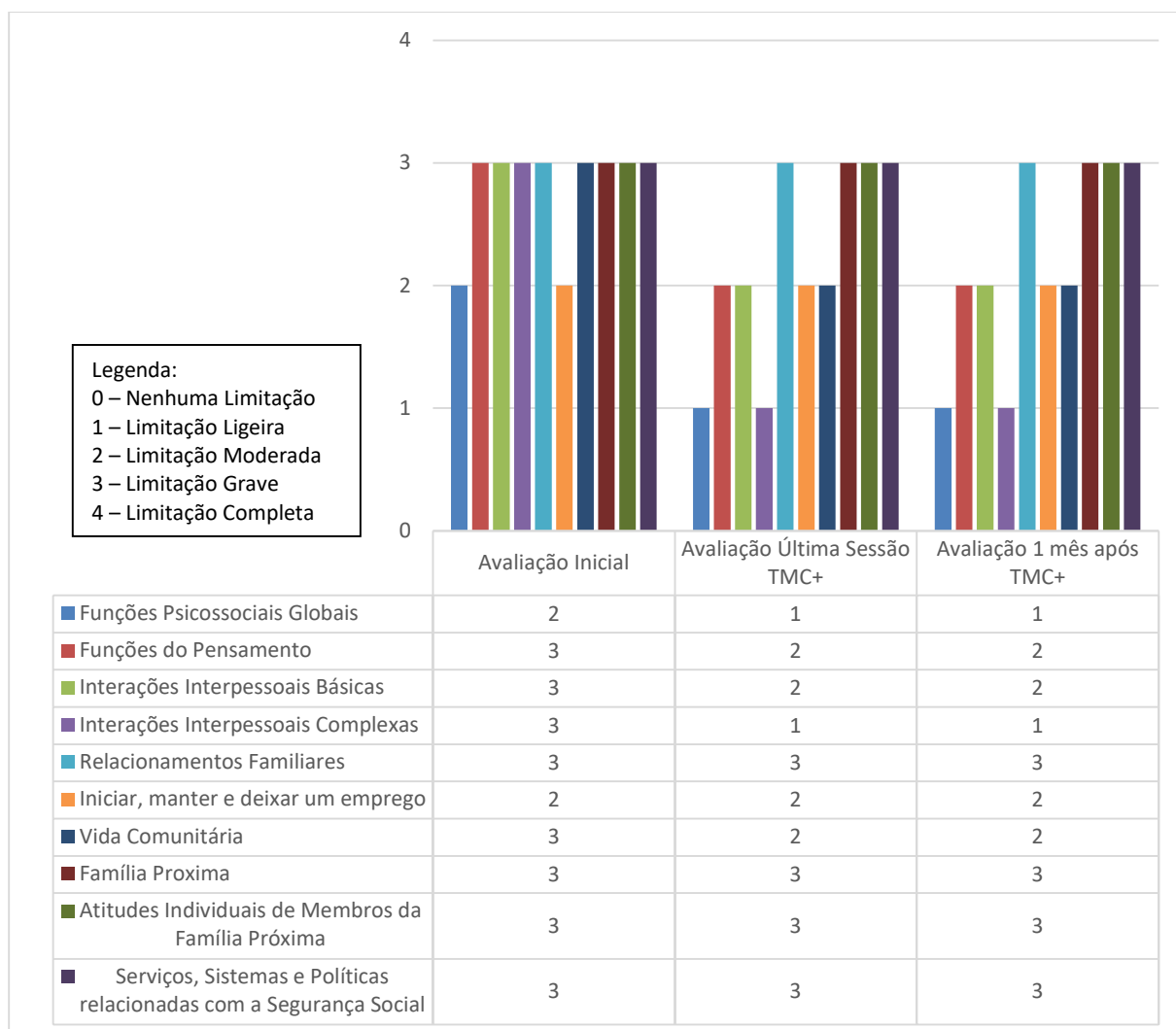


Gráfico 8. Resultados da aplicação da Escala “Schizophrenia Functioning Core Set” à utente C.



Os dados obtidos pela aplicação desta escala suportaram uma análise mais aprofundada sobre a funcionalidade e permitiram-nos consolidar a avaliação inicial, identificando focos de atenção de enfermagem. Integrámos esta informação no processo de cuidados e incluímos exercícios mais adaptados às características individuais de cada participante no Programa de TMC+, de acordo com as premissas do cuidar centrado na pessoa, com o objetivo da reabilitação psicossocial.

A avaliação realizada na última sessão do TMC+ e um mês após a realização do TMC+ aportou dados pertinentes para o processo de cuidados que permitem planejar, prescrever e executar intervenções dirigidas aos problemas identificados, com o objetivo de obter a maior funcionalidade para atingir a melhor qualidade de vida possível.

O último indicador de resultados que definimos foi relativo ao diagnóstico de enfermagem satisfação com os cuidados de saúde. Para aferir a consecução deste indicador aplicámos um questionário de satisfação ao utente B e utente C. que pretendia avaliar o grau de satisfação com o Programa de TMC+ (Quadro 5).

Quadro 5. Questionário de Avaliação de Satisfação com o Programa de TMC+

Como avalia (Segundo a Escala de Likert (4– Muito Satisfeito; 3 - Satisfeito; 2 – Pouco Satisfeito; 1 – Insatisfeito; 0 – Não Responde)	Utente B.	Utente C.
Local onde se realizaram as sessões (avaliação geral)	4	4
• Conforto	4	4
• Privacidade	4	4
A duração de cada sessão?	4	4
Os materiais/recursos utilizados em cada sessão?	4	4

Fonte: Construção Própria

	Utente B.		Utente C.	
Considera que em todas as sessões do Programa de TMC+:	Sim	Não	Sim	Não
Foram respeitados os seus direitos e tratado com dignidade?	x		x	
Sentiu-se seguro e num ambiente propício à aprendizagem e partilha?	x		x	
A linguagem utilizada foi clara e perceptível?	x		x	
Foi incentivado a participar e a partilhar vivências?	x		x	
Foi disponibilizado tempo para o/a ouvir e esclarecer dúvidas?	x		x	
As suas dúvidas foram esclarecidas com clareza?	x		x	

Fonte: Construção Própria

	Utente B.		Utente C.	
Considera que em todas as sessões do Programa de TMC+:	Sim	Não	Sim	Não
As sessões foram úteis.	x		x	
Foi necessário forçar-me a ir com regularidade às sessões.		x		x
Não aplico no meu dia a dia o que aprendi nas sessões.		x		x
As sessões foram uma parte importante do meu tratamento.	x		x	
Gostaria de ter feito outra coisa durante o tempo das sessões.		x		x
As sessões foram divertidas.	x		x	
O que aprendi durante as sessões é útil no meu dia a dia.	x		x	
Compreendi os objetivos e fundamentos das sessões de forma clara.	x		x	
Recomendaria o TMC+ a outras pessoas.	x		x	
Achei benéfico as sessões serem aplicadas individualmente e não em grupo.	x		x	

Fonte: Tradução e adaptação do questionário de avaliação subjetiva do TMC de Moritz & Woodward (2007).

Considera que atingiu os objetivos definidos no início do Programa de TMC+: (segundo a escala de Likert 1 - Discordo Muito; 2 – Discordo um Pouco; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo um Pouco; 5 Concordo muito)					
Utente B	1	2	3	4	5
1. Ir às compras com menos desconforto.					x
2. Não se sentir tão sonolento ao longo do dia.					x
3. Dormir melhor à noite.					x
4. Melhorar as suas competências sociais.					x
Utente C.	1	2	3	4	5
1. Melhorar as competências sociais				x	
2. Melhorar a inteligência emocional				x	

A questão sobre a consecução dos objetivos definidos no início do Programa de TMC+ pretendia promover a autorreflexão e o autoconhecimento.

A última parte incentivava à realização de sugestões de melhoria. O utente B. referiu: *“Espero que o treino metacognitivo seja aplicado a outras pessoas e que elas se sintam tão satisfeitas como eu.”*. Esta mensagem foi muito gratificante e permite-nos concluir a elevada satisfação deste utente com o Programa de TMC+. A utente C. não acrescentou nenhuma sugestão, referindo oralmente que achou que estava tudo bem.

Face a estes resultados entendemos ter atingido um grau de satisfação de 100% neste indicador.

Aplicámos também um questionário de satisfação à familiar do utente B. sobre a última sessão do Programa de TMC+ (Apêndice IV). Esta familiar atribuiu a cotação máxima na escala de Liker utilizada em todas as questões colocadas.

Assim, a avaliação dos resultados obtidos com a implementação do Programa de TMC+ compreendeu 4 critérios:

- A avaliação contínua que realizámos durante o programa;
- A análise dos resultados obtidos pelos instrumentos psicométricos descritos anteriormente;
- A análise do questionário de satisfação aplicado às pessoas que participaram no programa;
- A taxa de efetividade dos indicadores de resultado relativos aos diagnósticos de enfermagem delírio presente, consciencialização comprometida e satisfação com os cuidados de saúde.

2.2.2.4 Reflexões sobre o Programa de TMC+

Ao analisarmos criticamente e em retrospectiva o percurso de planeamento, implementação e avaliação do Programa de TMC+, podemos afirmar com convicção que superou as nossas expectativas quanto aos resultados obtidos com a sua execução, quer em ganhos em saúde das

peessoas que integraram este programa, quer no nosso desenvolvimento pessoal e profissional, porque como Peplau (1991) evidencia a relação terapêutica interpessoal sustenta o crescer mútuo.

Os resultados em saúde dos participantes do programa foram explanados no capítulo anterior. Nesta reflexão pretendemos descrever a importância deste programa no nosso amadurecimento enquanto futuras EEESMP.

O Programa de TMC+ permitiu-nos não só o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMP, de acordo com os Padrões dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental definidos pela OE (2015), como também potenciou o desenvolvimento de novos conhecimentos e aprendizagens relacionadas com estratégias adaptativas de resolução de problemas, que empregámos em outros contextos, e permitiu aperfeiçoar as competências de mestre.

O manual do TMC+ foi assim não apenas uma ferramenta orientadora do planeamento das unidades terapêuticas, mas também um manual de estudo que potenciou o raciocínio de enfermagem e o pensamento crítico, e permitiu integrar estratégias para “...aumentar a *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.” (OE, 2018a pp. 21427). Percebemos também que a abordagem “backdoor” preconizada pelo TMC é uma estratégia muito útil na interação com o Outro neste contexto.

A relação terapêutica interpessoal que desenvolvemos com o utente B. e a utente C. no Programa de TMC+, permitiu-nos “...estabelecer relações de confiança e parceria...” e aprofundar a competência do “...autoconhecimento e assertividade.” e da tomada de consciência de nós mesmos “...durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas (...) psicossociais e psicoeducativas.”, considerando cada pessoa como ser único inserido numa família e comunidade. Consequentemente melhorámos a nossa confiança, adquirimos maior maturidade, desenvolvemos a competência da comunicação terapêutica e de criar relações interpessoais de maior qualidade com outras pessoas (OE, 2018a pp. 21427; OE, 2019c pp. 4749; OE, 2018a pp. 21428).

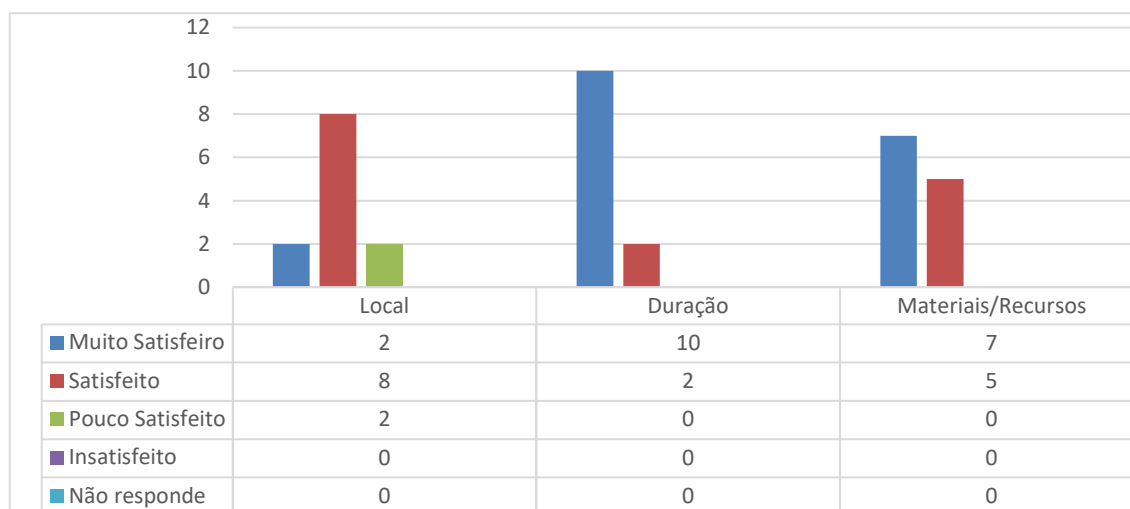
Com este programa planeámos e implementámos um projeto que evidencia uma intervenção psicoterapêutica especializada executada pelo EEESMP como estratégia potenciadora da resolução de um problema real que identificámos neste contexto específico, em consonância com as competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua, baseando a nossa “...praxis clínica especializada em evidência científica”, assente numa “...prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.” que respeita “...os direitos humanos e as responsabilidades

profissionais.”, e garantindo “...um ambiente terapêutico e seguro.” (OE, 2019c pp. 4746, 4747, 4749).

Com o objetivo de sermos um agente facilitador “...da aprendizagem, em contexto de trabalho” e de colaborarmos “...na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e (...) na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.”, além da partilha de informação ao longo do estágio, realizámos o plano de formação (Apêndice V) e a formação em serviço intitulada “Programa de TMC+” (Apêndice VI), onde divulgámos este projeto e motivámos a equipa transdisciplinar para a sua continuidade enquanto projeto de melhoria contínua, em consonância com a competência comum de enfermeiro especialista no “Domínio da melhoria da qualidade” (OE, 2019c pp. 4747).

No final da sessão aplicámos um questionário de satisfação a todos os participantes cujos resultados estão explanados no Gráfico 9 e no Gráfico 10.

Gráfico 9. Avaliação da sessão de formação quanto ao local, duração e materiais/recursos

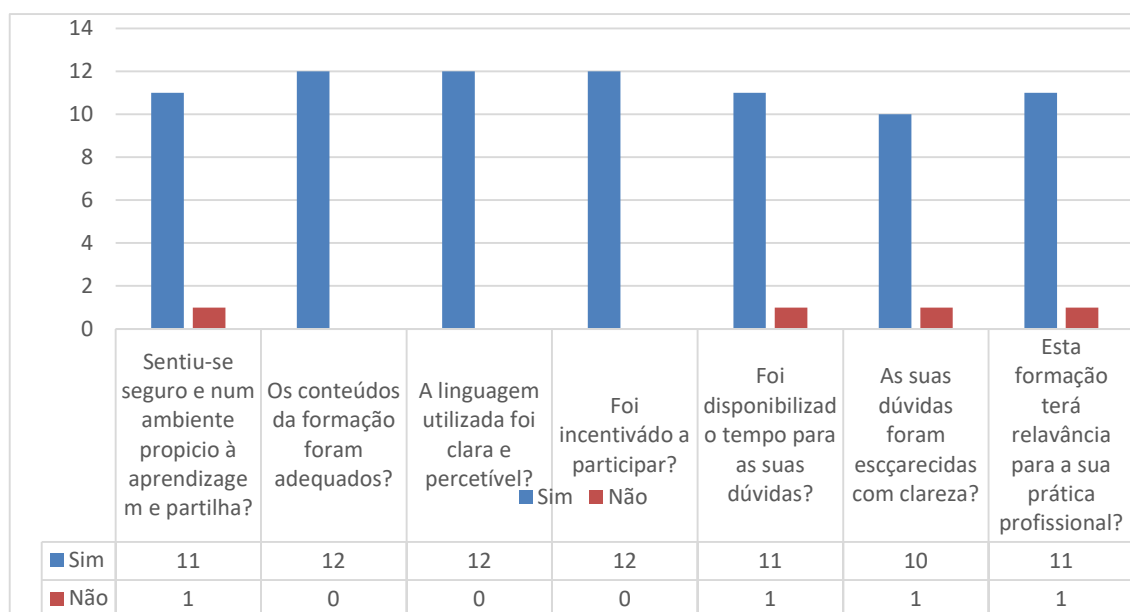


Da análise deste gráfico percebemos que o local da realização da formação foi o item de maior desagrado, com duas avaliações de pouco satisfeito. Contudo, pelos constrangimentos da estrutura física, neste serviço, as sessões de formação são realizadas na sala de trabalho de enfermagem. Concordamos que não é o espaço ideal para este fim porque, além de não comportar mobiliário confortável para todos os formandos, não confere privacidade e as sessões de formação são interrompidas por necessidade de uso do espaço para outros fins, condicionando a concentração

dos formandos e formadores. Outra possível justificação poderá ser o facto de a formação ser realizada durante o período de trabalho destinado à prestação de cuidados.

À questão: “Foram respeitados os seus direitos e tratado com dignidade?”, de acordo com a escala binária sim/não todos os participantes responderam afirmativamente. As restantes questões do questionário de satisfação estão representadas graficamente no Gráfico 10.

Gráfico 10. Avaliação da sessão de formação.



A última parte do questionário apresentava a pergunta aberta: “Que sugestões/observações gostaria de fazer?”, à qual não obtivemos respostas.

Pelos dados transcritos e pela avaliação realizada através da observação ativa ao longo da sessão de formação, considerámos que esta formação foi pertinente e obteve a satisfação dos formandos.

A implementação deste programa potenciou a nossa capacidade de tomada de consciência de nós mesmos. Das situações que recordamos em que nos foi mais difícil gerir as várias emoções, sentimentos e pensamentos foi quando a utente C. partilhou vivências disruptivas da sua infância. A descrição pormenorizada de situações de violência física, psicológica e verbal causou um turbilhão de sentimentos e emoções que identificámos e monitorizámos, e conseguimos mobilizar para demonstrar empatia e executar intervenções como a escuta ativa e o colocar questões abertas, com o objetivo de desconstruir o sentimento de culpa que a utente C. manifestava. Este tema necessitou de ser abordado em várias sessões.

Com o Programa de TMC+ realizámos uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental do utente B. e da utente C., com a descrição clara das suas vivências e história de saúde. Pelo pensamento crítico sintetizámos e analisámos estes dados, e determinámos diagnósticos de enfermagem, identificando indicadores sensíveis em saúde mental para os resultados esperados, e, em parceria, concebemos, desenvolvemos e atualizámos o plano de cuidados, incluindo o Programa de TMC+ como uma intervenção psicoterapêutica aplicada pelo EEESMP, com o objetivo de “...promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida (...) centrando a atenção nas respostas do cliente a problemas de saúde, reais ou potenciais.” (OE 2018a pp. 21428).

Salientamos ainda a componente psicossocial deste programa porque promove a melhoria da funcionalidade e a reabilitação psicossocial, e psicoeducacional porque, através de elementos psicoeducativos, favorece a compreensão sobre a doença e o tratamento, e a capacitação para a gerir e às suas consequências. Promove também a compreensão da pessoa enquanto elemento inserido na família e comunidade, numa perspetiva socioterapêutica.

E, considerando os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2015), e o descrito anteriormente, acreditamos que este programa se enquadra nos enunciados descritivos: “A satisfação do Cliente”, “A promoção da Saúde”, “A prevenção de complicações”, “O bem-estar e o autocuidado”, “A adaptação”, “A organização dos cuidados de enfermagem”, “A relação psicoterapêutica” e “A redução do Estigma e a promoção da inclusão Social” (OE, 2015 pp. 17035 -17038).

Assim, a sua implementação permitiu-nos prestar “...cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar (...) de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” (OE, 2018a pp. 21430).

Em suma, desenvolver este programa foi muito gratificante, alavancou o nosso crescimento e potenciou o desenvolvimento de numerosas aprendizagens, conhecimentos e atitudes que concorrem para o constructo da nossa identidade enquanto futuros EEESMP.

E para o serviço de estágio poderá ser um importante contributo para o desenvolvimento de intervenções não farmacológicas especializadas do EEESMP, que impactem positivamente a organização e melhoria dos cuidados.

Como maior dificuldade à sua implementação identificamos o tempo necessário para desenvolver todas as unidades terapêuticas do programa, onze sessões na totalidade, para cada

participante, de forma individual. Contudo, não existe obrigatoriedade de realizar todas as unidades terapêuticas, antes pelo contrário, devem ser realizadas as que se considerem mais importantes para cada participante, de acordo com os seus objetivos terapêuticos específicos.

Consequentemente, apontamos como limitação deste projeto a inclusão de apenas dois participantes (relacionada com o tempo de duração do Estágio Final), o que não permitiu obter a robustez necessária para aferir quais os resultados da implementação do Programa de TMC+ a longo prazo. Assim, parece fazer sentido a realização de estudos mais abrangentes que permitam determinar os ganhos em saúde com a execução do TMC+, e validar cientificamente esta intervenção em para a população portuguesa.

2.2.3 Reflexões sobre o Estágio Final

Este contexto de estágio possibilitou-nos a interação com pessoas com doença mental grave em fase aguda, com necessidades em saúde mental de grande complexidade e diversidade. Para dar resposta aos desafios crescentes foi necessário um maior esforço ativo na busca de suporte teórico e evidência, contudo tornou este estágio também mais enriquecedor e permitiu desenvolver várias intervenções específicas do EEESMP individuais e em grupo. Destacamos a escuta ativa, o aconselhamento, intervenções psicoeducacionais, o relaxamento, o treino metacognitivo, o treino da assertividade, a promoção da esperança em saúde mental e a intervenção psicoeducativa à família da pessoa com doença mental grave.

Nesta reflexão iremos evidenciar os momentos que considerámos mais relevantes e significativos e que melhor caracterizam o nosso processo de aprendizagem e melhoria contínua.

O primeiro dia de estágio compreendeu a apresentação à equipa, a observação das pessoas internadas e a identificação das principais necessidades em saúde mental, e permitiu conhecer a estrutura do serviço e as suas dinâmicas.

Neste dia os sentimentos misturavam-se, entre o entusiasmo e motivação, ao “olhar-nos”, encontrámos o medo do desconhecido, a estranheza e a incerteza. Se considerarmos que o nosso local de trabalho, desde o início da atividade profissional até ao momento presente (já há 16 anos) é uma unidade de cuidados intensivos, percebemos as evidentes assimetrias.

Questionámo-nos: “*Como vamos saber os nomes e características individuais de cada uma destas pessoas?*”, “*Como iniciar uma conversa?*”. Nestes primeiros momentos percebemos que a ansiedade estava a prejudicar a nossa capacidade de resolução de problemas, e, com esta autoconsciência permitimo-nos estar totalmente disponível para este percurso. A ansiedade e o medo deram lugar à vontade, proatividade, empenho e entusiasmo. Progressivamente fomos sentindo não como estranhos, mas sim como parte integrante da equipa.

Uma das pessoas que contribuiu para consolidar esta transição foi a utente D., internada com diagnóstico de perturbação do humor em fase maníaca, sem *insight* para a doença, com internamento compulsivo, recusava a toma da medicação e apresentava manifestações que permitiram consolidar o diagnóstico de agitação psicomotora e controlo de impulsos comprometido, relacionado com o foco de atenção autocontrolo: agressividade. Aproximámo-nos, apresentámo-nos, perguntámos-lhe o seu nome e em que poderíamos ajudar. Executamos apoio emocional e negociámos a resolução do problema. No final da nossa intervenção esta utente ficou calma, tomou a medicação e foi realizar os seus cuidados de higiene. E nós sentimos mais autoconfiança. A relação terapêutica interpessoal que sedimentámos desde esta primeira intervenção em que nos encontrámos como estranhos foi visível ao longo do internamento, e em situações de maior ansiedade e início de agitação esta utente procurava-nos, relacionando-se seletivamente com quem lhe oferecia ajuda e conseguindo explorar e tirar o máximo partido dos recursos disponíveis, de acordo com o seu interesse e necessidades, como descrito na fase da identificação e exploração da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau (1991).

Outra situação marcante que vivenciámos foi com a utente E. que nos abordou e questionou se não poderia participar no projeto que desenvolvíamos com a utente C. porque precisava de ajuda

Explicámos-lhe que era importante fazer uma avaliação prévia para perceber se seria adequado à sua situação e agendámos com ela uma entrevista, em acordo com o enfermeiro responsável por esta utente. Embora ao consultarmos o processo clínico percebêssemos que o motivo de admissão não se enquadrava no nosso projeto (agudização da doença perturbação bipolar em fase maníaca associada ao consumo de drogas), decidimos aplicar o guião da primeira entrevista do Programa de TMC+ que nos permite fazer uma avaliação abrangente da história de vida e necessidades em saúde mental.

Quando começamos a abordar os pensamentos e o humor esta utente diz-nos que tem pensamentos sobre “*terminar com a própria vida*”. Embora na tomada de consciência de nós mesmos sentíssemos ansiedade e pensássemos “*Isto é muito sério e estamos aqui sozinhas, que intervenções*

devemos fazer?”, mobilizámos “...este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica.”, e conseguimos organizar a nosso pensamento clínico e colocar questões que nos permitiram colher mais dados e avaliar a situação (OE, 2018 pp. 21428).

Identificámos como manifestações a tristeza persistente, a desesperança e pessimismo, sentimentos de inutilidade e desinteresse nas atividades com duração superior a uma semana. Percebemos que os pensamentos suicidários eram recorrentes nos últimos três dias, várias vezes ao dia, contudo era a primeira vez que os verbalizava, e que tinha um plano estruturado, disse-nos que pensava usar um lençol.

Neste momento formulámos os diagnósticos de enfermagem humor depressivo e ideação suicida, validámos estes diagnósticos com a utente E., e planeámos e implementámos o plano de cuidados. Executámos o apoio emocional, a escuta ativa, identificámos os fatores de proteção que eram os filhos, promovemos a esperança e incentivámo-la a procurar ajuda quando tivesse esses pensamentos. Treinámos estratégias para evitar pensamentos ruminantes. Identificámos a frustração e ansiedade como fatores precipitantes, executámos técnicas de relaxamento e reforçamos a autopercepção positiva encorajando afirmações positivas.

Quando terminámos a nossa intervenção a utente E. referiu sentir-se melhor. Pedimos-lhe para aguardar um pouco na sala e partilhámos esta situação com o enfermeiro orientador. Conjuntamente realizámos uma nova avaliação e o reforço de algumas intervenções, e quando esta utente perguntou se poderíamos continuar a “*encontrar-nos*” manifestámos a nossa disponibilidade para aprofundar a relação terapêutica e executar intervenções, com o objetivo de aumentar o *insight* sobre os seus problemas e a sua capacidade de encontrar novas vias de resolução.

No constructo de trabalho em equipa partilhámos as alterações da condição saúde doença desta utente com os restantes profissionais de saúde e atualizámos o plano de cuidados. A prescrição terapêutica medicamentosa foi também otimizada. Nesta situação agimos de acordo com a competência do domínio da gestão de cuidados e demonstrámos gerir “...os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” e adequar “...os recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.”, indo ao encontro das competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da gestão de cuidados (OE, 2019c pp. 4748).

Esta situação contribuiu para desenvolvermos a capacidade de intervir perante uma pessoa com ideação suicida.

Das situações que vivenciámos em que tivemos mais dificuldade e que nos causaram angústia foram intervir em comportamentos hostis ou destrutivos, em que era necessário recorrer à contenção física e mecânica da pessoa. Apesar de percebermos que esta intervenção se enquadra no contexto terapêutico de cariz transitório, e que apenas era aplicada face ao insucesso de outras medidas de controlo de comportamento agressivo, emergiam questões éticas relacionadas com os princípios humanistas.

Contudo, após consultarmos bibliografia sobre o tema da contenção física e internamento compulsivo, dos quais salientamos o Parecer n.º 226/2009 e n.º 101/2018 do Conselho de Enfermagem (CE) e a orientação da DGS nº 021 de 2011, refletimos criticamente e percebemos que esta medida respeita o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (Decreto-lei nº 161/96 de 4 de setembro), os Regulamento de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental sobre a prevenção de complicações (OE, 2015) e os direitos humanos (CE, 2009; DGS, 2011; CE, 2018). Pese embora a necessidade de implementar esta medida nos continue a causar desconforto entendemo-la como intervenção de último recurso que garante a segurança no contexto da prática clínica.

Como o nosso projeto de intervenção foi o Programa de TMC+ que é uma intervenção individual, foi importante a oportunidade de participar em intervenções em grupo, das quais salientamos executar técnica de relaxamento e colaborar no Programa de Reabilitação Psicossocial do Internamento de Psiquiatria, constituído por um EEESMP, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga e um médico psiquiatra, que desenvolve intervenções em grupo de âmbito psicoterapêutico, psicoeducacional, socioterapêutico, psicossocial e ocupacional, com o objetivo de promover a reabilitação psicossocial. Estas intervenções permitiram-nos realizar e implementar “... o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade” (OE, 2018a pp. 21429).

Outro momento relevante para o nosso desenvolvimento foi realizar uma entrevista com a utente P. e a sua mãe. A relação entre ambas estava marcada pela tensão e animosidade relacionada com os comportamentos disruptivos da utente P. associados ao consumo de drogas.

A nossa intervenção teve como objetivo diminuir os sentimentos de raiva e culpa que ambas manifestavam, clarificar o processo de doença desta utente à sua mãe, permitir a expressão de emoções, e encorajá-las a estabelecer ligações adequadas e encontrar estratégias adaptativas para ambas se relacionarem.

Houve um momento de maior tensão em que sentimos a nossa ansiedade a aumentar num processo de transferência e contratransferência, nesse momento aplicámos a técnica de relaxamento respiratória que nos permitiu gerir esses fenómenos e impediu impasses terapêuticos.

Este momento evidenciou a necessidade de intervir na família das pessoas com necessidades em saúde mental com o objetivo da “...diminuição da sobrecarga e para a promoção da saúde mental dos familiares envolvidos, mas também para a reabilitação da pessoa com doença mental grave...”, e a importância de haver um programa de intervenção direcionado para os familiares das pessoas internadas neste serviço (Pinho, 2020 pp.216). E sublinhou o quão difícil pode ser mediar conflitos familiares e a necessidade de conhecer em profundidade o suporte familiar de cada pessoa.

Relativamente ao enunciado descritivo organização dos cuidados de enfermagem dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental percebemos que a distribuição de enfermeiros era organizada segundo o número de horas de necessidades de cuidados pelo número total de enfermeiros, independentemente de serem enfermeiros generalistas ou especialistas, não contabilizando o tempo necessário à realização de intervenções psicoterapêuticas. Do que observámos, nesta construção de distribuição de trabalho os enfermeiros especialistas dispunham de pouco tempo para a execução de intervenções especializadas de forma estruturada e sistemática, o que impactava a qualidade dos cuidados e a sua satisfação relativamente à qualidade do exercício profissional especializado.

Numa tentativa de promover a reflexão sobre estas questões e impulsionar a realização de intervenções especializadas, conjuntamente com outra estudante de mestrado e os nossos enfermeiros orientadores, abordámos o enfermeiro gestor sobre a possibilidade de aplicarmos um questionário relacionado com o desenvolvimento e implementação de várias atividades e intervenções (Apêndice VII). Os resultados deste questionário foram enviados para o enfermeiro gestor com a expectativa de que sejam úteis para a gestão e organização dos cuidados.

Nesta unidade hospitalar o serviço de urgência (SU) de psiquiatria é assegurado pelos enfermeiros do serviço de internamento e, por esse motivo, foi possível acompanhar o enfermeiro orientador no cuidado especializado no SU de psiquiatria.

Este contexto, pela sua imprevisibilidade e pela abrangência das várias situações, permitiu-nos desenvolver a capacidade de realizar a avaliação psiquiátrica de urgência através da entrevista direcionada ao motivo de admissão no SU com a descrição da história atual, do exame físico e do estado mental, e da avaliação do suporte familiar, como descrito por Gonçalves *et al.* (2020b). Consequentemente, prestámos cuidados a pessoas com necessidades em saúde mental em situações

emergentes que requeriam internamento imediato e situações urgentes que necessitavam de intervenção a curto prazo.

Por todas as situações descritas e pelo percurso que percorremos na busca do desenvolvimento pessoal e profissional, num processo de melhoria contínua e de sedimentação de aprendizagens, tendo como elemento fundamental a constante reflexão pelo pensamento crítico, concluímos ter integrado na prática clínica todas as competências comuns e específicas do EEESMP e as competências de mestre.

3. EXPERIÊNCIAS FORMATIVAS

No “Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”, o enfermeiro especialista “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.” (OE, 2019c pp. 4749). Neste sentido procurámos desenvolver uma atitude ativa, autónoma e auto-orientada de procura de novos conhecimentos que permitam sustentar os processos de tomada de decisão em evidência científica válida, atual e pertinente.

Assim, ao longo deste percurso realizámos as seguintes formações:

- Curso de formação profissional *Webinar – Como Avaliar a Fiabilidade de uma Publicação Científica*, ministrado na Unidade Hospitalar de Faro dia 08 de novembro de 2021;
- Curso de formação profissional *Webinar – Mendeley, Gestor de Bibliografia e PDFs*, ministrado na Unidade Hospitalar de Faro dia 17 de novembro de 2021;
- Presença na Série de *Workshops “Temas de humanização em Enfermagem”, II – Modalidades de Cuidado Holístico: da Conceção à Prática*, um evento organizado pela Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem para o Cuidado Humano no dia 31 de janeiro de 2022;
- Formação em Serviço “Prática Meditativa Baseada em Mindfulness com Foco na Respiração” a 18 de outubro de 2022;
- Presença XIII Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental: “Saúde Mental: É preciso agir!” de 26 a 28 de outubro de 2022;
- Curso “Treino Metacognitivo” inserido no XIII Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental de 26 a 28 de outubro de 2022;
- Curso “Terapias de Terceira Geração” inserido no XIII Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental de 26 a 28 de outubro de 2022;
- Apresentação da comunicação oral “Violência Doméstica, o contexto da saúde e os contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e

Psiquiátrica” da autoria de Rita Leonardo; Lara Pinho & Lucília Nunes, no Concurso de Comunicações Orais de temática livre inserido no XIII Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental de 26 a 28 de outubro de 2022;

- Participação nas I Jornadas Pedagógicas do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, realizadas no auditório da Escola Superior de Saúde de Leiria, no dia 16 de dezembro de 2022;
- Curso Treino Metacognitivo na Psicose, promovido pela Universidade de Évora no dia 12 e 19 de dezembro de 2022 e dia 04 de janeiro de 2023;
- Curso de formação profissional Curso Base de Enfermagem em Cuidados Intensivos, ministrado na Unidade Hospitalar de Faro que decorreu entre 06 e 10 de fevereiro de 2023;
- Participação no Congresso de Medicina “Prática Clínica: estado da arte” de 24-25 de fevereiro de 2023;
- Preletora no evento científico “Re(descobrir) o Cuidar”, organizado pela turma de 3º ano de Enfermagem da Escola Superior de Saúde Jean Piaget do Algarve, no 1 de fevereiro 2023, sobre o tema “Violência Doméstica o Cuidar em Enfermagem.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO REALIZADO

A organização do nosso percurso de estágio permitiu-nos iniciar a abordagem aos cuidados especializados do EEESMP na promoção da saúde mental, da literacia e na redução do estigma, na prevenção da doença, e na intervenção precoce na doença mental comum nos cuidados de saúde primários. De seguida, com o Estágio Final num serviço de internamento de psiquiatria agudos, em continuidade com o desenvolvido previamente, integrámos o cuidar à pessoa em agudização da doença mental grave, com o objetivo de a ajudar “...a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere.” (OE, 2018a pp. 21430).

Contudo, o nosso percurso começou muito antes, porque a enfermagem de saúde mental ancora-se na evidência científica e suporta-se “...nas teorias de enfermagem, psicológicas, psicossociais e neurobiológicas...” (OE, 2015 pp. 17034). Assim, o início deste percurso coincide com o início deste mestrado em ESMP.

A partir desse momento fomos-nos construindo, desconstruindo e reconstruindo, fruto das novas vivências, influências e aprendizagens, e moldando a construção da nossa identidade profissional como futuros EEESMP, como se de uma obra de barro se tratasse.

Desenvolvemos uma conceção de cuidar assente na relação terapêutica interpessoal que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa pela comunicação terapêutica, ancorámo-nos em vários teóricos de enfermagem: Peplau (1991), Chalifour (2008), e Meleis (2010), e escorámos a nossa prática profissional, as nossas tomadas de decisão e todas as intervenções que realizámos na evidência científica atual e nos documentos orientadores e reguladores emanados pela OE (OE, 2015; Lei n.º 156/2015; OE, 2017; OE, 2018a; OE, 2018b; OE, 2019c; OE, 2023).

Neste percurso desenvolvemos as competências comuns e específicas do EEESMP, mas também as competências de mestre. Integrámos os conhecimentos adquiridos no primeiro ciclo de estudos na Licenciatura em Enfermagem, aprofundámo-los e atualizámo-los nos dois primeiros semestres do Curso de Mestrado. E, posteriormente, desenvolvemo-los pela pesquisa e investigação sobre a evidência científica atual de forma autónoma e auto-orientada. Integrámos os

conhecimentos que desenvolvemos, pelo pensamento crítico, na nossa tomada de decisão e gestão de situações complexas, sempre em observância dos princípios éticos, deontológicos, de responsabilidade profissional e legal. E descrevemos vários momentos que demonstram não só a nossa evolução, mas as nossas competências clínicas nesta área de especialização, e participámos de forma proativa em projetos e contextos multidisciplinares e intersectoriais.

Assim, ao longo do Estágio I e Estágio Final desenvolvemos, aprofundámos e sedimentámos as competências comuns e específicas do EEESMP e as competências de mestre nesta área de especialidade, pela articulação dinâmica e contínua, através do pensamento crítico reflexivo, das teorias de Enfermagem, da evidência científica atual e do processo de cuidados individual (Figura 4), com o entendimento de que a relação terapêutica e o cuidar centrado na pessoa são eixos fundamentais no cuidar em enfermagem de saúde mental.

Figura 4. Constructo do Desenvolvimento de Competências



Todas as pessoas com quem interagimos (pessoas internadas e profissionais de saúde) e relações que estabelecemos, todos os momentos de partilha e momentos solitários de reflexão, contribuíram de forma insubstituível para o nosso desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional.

Progressivamente conseguimos adquirir maior autoconsciência de nós mesmos, maturidade e autonomia, o que nos permitiu integrar de forma mais harmoniosa as premissas descritas na ancoragem teórica e a evidência científica atual no cuidar especializado em saúde mental.

O nosso desenvolvimento pessoal e profissional impactou positivamente nas relações que estabelecemos. No nosso local de trabalho, incorporámos as novas competências num cuidar mais consciente com intencionalidade, e melhorámos a capacidade de empatia e de estabelecer relações

de maior qualidade com os outros profissionais. Com as competências comunicacionais aumentadas melhorámos a gestão de conflitos e adequámos “...os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.” (OE, 2019c pp 4748).

Também desenvolvemos uma intervenção mais eficaz com as pessoas internadas e seus familiares, identificando as necessidades em saúde mental e intervindo assertivamente. Executamos a escuta ativa, o silêncio, o apoio emocional, permitimos a expressão de sentimentos e pela tomada de consciência de nós próprios, potenciamos a relação terapêutica interpessoal. Por exemplo, quando abordamos um familiar em que há similaridades com a nossa vivência pessoal não permitimos que ocorram fenómenos de transferência e contratransferência, antes utilizamos esses sentimentos para maximizar a empatia e facilitar o processo de identificação.

E, com o objetivo de promover a literacia em saúde mental e reduzir o estigma, partilhámos a nossa experiência e conhecimentos que desenvolvemos, assumindo-nos como agentes facilitadores do processo de aprendizagem porque acreditamos, como descrito por Peplau (1992), que a mudança no nosso comportamento pode alavancar a mudança no comportamento do Outro.

E é com satisfação e gratificação que acolhemos as observações de vários membros da equipa multidisciplinar que referem mudanças significativas no nosso cuidar, com impacto na melhoria contínua da qualidade.

A maior dificuldade que sentimos neste percurso foi a conjugação da vida académica, profissional e pessoal. Esta dificuldade seria mitigada se houvesse um maior investimento dos contextos de trabalho na formação especializada, com a atribuição de bolsas com dispensa total do exercício de funções nos dias correspondentes a atividades letivas e práticas.

Consideramos ainda que a maior limitação neste percurso foi o curto tempo de duração dos estágios, em especial o Estágio Final, que condicionou a inclusão de mais utentes no Programa de TMC+, o que teria permitido aferir os resultados da implementação deste programa a longo prazo.

O nosso caminho não termina aqui, e por isso consideramos fundamental continuar a desenvolver em maior profundidade as competências comuns e específicas do EEESMP e as competências de mestre.

Como projetos futuros, no nosso contexto de trabalho (uma unidade de cuidados intensivos), pretendemos desenvolver projetos de melhoria contínua relacionados com o apoio emocional aos familiares das pessoas internadas, com a promoção e desenvolvimento da comunicação terapêutica,

com a gestão de conflitos na equipa transdisciplinar, e com a promoção da saúde mental no local de trabalho, comprovando que em todos os contextos da prática clínica o EEESMP pode ter um importante papel e contribuir ativamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

5. CONCLUSÃO

Neste relatório de estágio descrevemos, analisámos e refletimos criticamente sobre o nosso percurso e sobre a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMP e competências de mestre nesta área de especialização.

A descrição da matriz teórica e metodológica que sustentou o nosso percurso permitiu-nos desenvolver uma conceção de cuidar em saúde mental assente na relação terapêutica interpessoal que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa, numa abordagem existencial-humanista, com o entendimento que os cuidados para serem de qualidade têm de ser centrados na pessoa e em parceria, utilizando a comunicação terapêutica.

Como metodologia de tomada de decisão em enfermagem e resolução de problemas, no Estágio I e no Estágio Final, utilizámos o processo de cuidados nas suas cinco fases (avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação final) numa abordagem sistemática e rigorosa, mas também dinâmica, cíclica e contínua, utilizando instrumentos adequados, de acordo com a unicidade de cada pessoa.

Assim, no Estágio I realizámos um caso clínico, colaborámos na realização de consultas de enfermagem em saúde mental e participámos na implementação de um projeto de promoção da saúde mental nas crianças através do sistema educativo no contexto comunitário.

No Estágio Final, no âmbito do projeto de intervenção, efetuámos o diagnóstico de situação em contexto da prática clínica, identificando como problemas em que pretendíamos intervir os diagnósticos de enfermagem delírio presente e consciencialização comprometida.

Com o objetivo de prescrever uma intervenção especializada do EEESMP em articulação entre a evidência científica e o processo de cuidados, decorrente da formulação destes diagnósticos, realizámos uma pesquisa narrativa da literatura, que sustentou a execução do TMC+ (variante do TMC mais adequada a pessoas com diagnóstico de esquizofrenia ou outras perturbações psicóticas em fase aguda da doença), e a sua eficácia na redução do delírio e na melhoria do insight clínico e cognitivo.

Neste contexto planeámos, implementámos e avaliámos o Programa de TMC+. Os resultados dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem permitiram comprovar os ganhos em saúde obtidos individualmente nos dois utentes incluídos no programa.

Como limitação da execução deste projeto apontamos a curta amostra intervencionada, cujos resultados não conferem robustez necessária para objetivar quais os ganhos em saúde da implementação do Programa de TMC+ a longo prazo. É, pois, recomendável a realização de estudos mais abrangentes que permitam determinar os ganhos em saúde, associados à aplicação do TMC+, e validar cientificamente esta intervenção em Portugal.

Além do Programa de TMC+ no Estágio Final prestámos cuidados em parceria a pessoas internadas em fase aguda da doença mental e às suas famílias, o que nos permitiu desenvolver várias intervenções específicas do EEESMP, individuais e em grupo.

Neste constructo consideramos ter atingido a consecução dos objetivos (geral e específicos) a que nos tínhamos proposto com a redação deste relatório e ter demonstrado o crescendo da aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMP e competências de mestre.

Assim, acreditamos que o percurso que descrevemos não termina com o fim deste ciclo, sendo uma jornada continua pela melhoria da qualidade dos cuidados que acompanhou acompanha e acompanhará todo o nosso percurso profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Formasau, 295.
- Abreu, T., Ribeiro, Â., Ribeiro, J., Fonseca, M., & von Doellinger, O. (2017). The Impact of Creating an Inpatient Team in an Acute Psychiatric Ward. *Psilogos*, 15(2), 33-42.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 14, 373-382.
- Almeida, J. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Alves, J. F. M., Almeida, A. L., Mata, M. A. P., & Pimentel, M. H. (2018). Problemas dos cuidadores de doentes com esquizofrenia: A sobrecarga familiar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (19), 08-16. doi: 10.19131/rpesm.0197
- Amaral (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*. Lusociência.
- Amaral, A. C. (2020). Observação e Avaliação Inicial em Saúde Mental. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp 84-86). Lidel.
- American Association of Colleges of Nursing (2008). *The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice*. [baccessentials08.pdf \(aacnnursing.org\)](https://www.aacnnursing.org/bacessentials08.pdf)
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision DSM-5-TR*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2021). *The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia*. (3nd. ed.). American Psychiatric Association.
- Andreou, C., Wittekind, C. E., Fieker, M., Heitz, U., Veckenstedt, R., Bohn, F., & Moritz, S. (2016). Individualized metacognitive therapy for delusions: a randomized controlled rater-blind study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 56, 144-151. doi: 10.1016/j.jbtep.2016.11.013

- Asher, L., Fekedu, A. & Hanlon, C. (2018). Global mental health and schizophrenia. *Current opinion in psychiatry*, 31(3), 193–199. doi: 10.1097/YCO.0000000000000404
- Balzan, R. P., & Galletly, C. (2015). Metacognitive therapy (MCT+) in patients with psychosis not receiving antipsychotic medication: A case study. *Frontiers in Psychology*, 6. doi:10.3389/fpsyg.2015.00967
- Balzan, R. P., Mattiske, J. K., Delfabbro, P., Liu, D., & Galletly, C. (2019). Individualized metacognitive training (MCT+) reduces delusional symptoms in psychosis: A randomized clinical trial. *Schizophrenia Bulletin*, 45(1), 27-36. doi:10.1093/schbul/sby152
- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 68(2), 319– 329. doi: 10.1016/S0920-9964(03)00189-0
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto Editora.
- Bittencourt, M. N., Marques, M. I. D., & de Andrade, T. M. M. D. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(18), 125-132.
- Brar, P. S., Sass, L., Beck, D., & Kalarchian, M. A. (2021). Metacognitive training for schizophrenia: a scoping review and phenomenological evaluation. *Psychosis*, 14(1) 1–21. doi: 10.1080/17522439.2021.1918753
- Carpenito-Moyet, L. J. (2007). *Understanding the nursing process: concept mapping and care planning for students*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Carvalho, J. C., & Cordeiro, R. A. (2018). Theories of the Interpersonal Relationships, Transitions and Humanistic Theories: Contribution to Frameworks of Psychiatric/Mental Health Nursing in Europe. In J. C. Santos & J. R. Cutcliffe (Eds.), *European psychiatric/mental health nursing in the 21st century: a person-centred evidence-based approach*. (pp. 49-58) Springer.
- Carvalho, A., Almeida, C., Amann, G., Leal, P., Marta, F., Pereira, F., Ladeiras, L., Lima, R., Lopes, I. (2016). *Saúde Mental em Saúde Escolar - Manual para a promoção de competências socioemocionais em meio escolar*. DGS.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. (1.ª ed.). Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica – estratégias de intervenção*. (1.ª ed.). Lusodidacta.

- Charnay-Sonnek, F. (2018) Foreword I. In J. C. Santos & J. R. Cutcliffe (Eds.), *European psychiatric/mental health nursing in the 21st century: a person-centred evidence-based approach*. (pp. V- VI) Springer.
- Clinical Neuropsychology Unit at the UKE. (2023). *Individualized Metacognitive Therapy for Psychosis (MCT+)*. <https://clinical-neuropsychology.de/metacognitive-therapy-plus-individualized-mct-for-psychosis/>
- Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Lleixá-Fortuño, M., & Roldan-Merino, J. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (23), 63-72.
- College of Nurses of Ontario (2019) *Therapeutic Nurse-Client Relationship, Revised*. 2006 41033_Therapeutic (cno.org)
- Conselho de Enfermagem. (2009). *Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 226/2009*. Ordem dos Enfermeiros. *Microsoft Word - Parecer 226_03 12 2009_Medidas preventivas de comportamentos agressivos - contenção física_ceesmp_revLNeves.do (ordemenfermeiros.pt)
- Conselho de Enfermagem. (2018). *Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 101/2018*. Ordem dos Enfermeiros. *Microsoft Word - Parecer n.º 101_CE - 07.06.2018_Intervenção_Enfermeiro_comportamentos comprometedores à segurança_utentes e f (ordemenfermeiros.pt)
- Conselho Nacional de Saúde (2019). *Relatório CNS. Sem mais tempo a perder. Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa: Conselho Nacional de Saúde.
- Cordeiro, R. (2020) Stepped care. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp 232-235). Lidel.
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. Diário da República n.º 38/2008, Série I páginas 1182-1189. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro | DRE
- Decreto-Lei n.º 113/2021 de 14 de dezembro. Diário da República n.º 240/2021, Série I páginas 104-118. Ministério da Saúde – Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal. Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro | DRE
- Decreto-Lei n.º 161/ 96 de 4 de setembro. Diário da República n.º 205/1996. Série I-A páginas 2959-2962. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro | DRE

- Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril de 2009. Diário da República n.º 74/2009, Série II. Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Lisboa, Portugal. Despacho n.º 10143/2009 | DRE
- Dickson, V. V., & Wright, F. (2012). *Nursing Theorists and Their Work* (7th ed.) by M. R. Alligood and A. M. Tomey (Eds.) (Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier, 2010). *Nursing Science Quarterly*, 25(2), 203–204. doi: 10.1177/0894318412437963
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Direção-Geral da Saúde. orientacao-n-0212011-de-06062011-jpg.aspx (dgs.pt)
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. Direção-Geral da Saúde GS. DGS_PNSM_2017.10.09_VF.pdf (fnerdm.pt)
- Doenges, M. E., & Moorhouse, M. F. (2010). *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem: Um texto integrativo para o raciocínio diagnóstico*. (5ª ed.). Artmed.
- Early Psychosis Guidelines Writing Group, & EPPIC National Support Program. (2016). *Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis* (2ª Ed). Melbourne: Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health.
- Eichner, C., & Berna, F. (2016). Acceptance and efficacy of metacognitive training (MCT) on positive symptoms and delusions in patients with schizophrenia: a meta-analysis taking into account important moderators. *Schizophrenia bulletin*, 42(4), 952-962. doi: 10.1093/schbul/sbv225
- Enciso, C. D., & Jiménez, L. V. (2018). Efectividad de un programa psicoeducativo en el empoderamiento de los pacientes con esquizofrenia. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 15(95), 6.
- Ferreira, T., Dehanov, S., & Madeira, L. (2022). Primeiro Episódio Psicótico. In D. Pereira & J. Pereira (Eds), *Raciocínio Clínico em Psiquiatria 1 – Principais entidades psiquiátricas* (pp. 88-102). Lidel.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Figueiredo, M. D. C., & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da UIIPS–Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 6(2), 102-107.

- Firth, N., Barkham, M., & Kellett, S. (2015). The clinical effectiveness of stepped care systems for depression in working age adults: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 170, 119–130. doi: 10.1016/j.jad.2014.08.030
- Freire, P. (1975). *Pedagogia do Oprimido*. (2ª ed.). Porto: Afrontamento.
- Gaspar, R., Ramos, F. D., Ferreira, P. L., Barros, H., & Mendes, F. (2019). *Saúde Um Direito Humano – Relatório de primavera 2019*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional* (4ªed.). Artmed Editora.
- Gibbs, G. (1988). Learning by doing: A guide to teaching and learning methods. *Further Education Unit*.
- Global Burden of Disease Collaborative Network. (2020) Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.
- Gonçalves, P., Sampaio, F., & Sequeira, C. (2020a). Processo de Enfermagem, CIPE e Sistemas de Informação. Sequeira, C. (2020). In: C. Sequeira, & F. Sampaio, *Enfermagem em Saúde Mental Diagnósticos e Intervenções* (pp. 87 - 89). Lisboa: Lidel.
- Gonçalves, A., Sequeira, C., Chaves, C., & Sampaio. (2020b). Urgências e Emergências Psiquiátricas. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp 271-276). Lidel.
- Gonzalez, I. S., & Nunes, L. (2022). Evidências da utilização do treino metacognitivo na pessoa com psicose: revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem em Saúde Mental*, 158-180. doi: 10.19131/rpesm.331
- Gopalakrishna, G., Ithman, M., & Malwitz, K. (2015). Predictors of length of stay in a psychiatric hospital. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 19(4), 238-244.
- Goudreau, J., Boyer, L., & Létourneau, D. (2014). Clinical nursing reasoning in nursing practice: A cognitive learning model based on a think aloud methodology. *Quality Advancement in Nursing Education-Avancées en formation infirmière*, 1(1), 4.
- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., & Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29(4), 879–889.

- Im, E. (2018). Theory of Transitions. In M. Smith & P. Liehr (4ª ed), *Middle Range Theory for Nursing* (pp. 265-289). Springer Publishing Company.
- International Classification of Diseases Eleventh Revision version: 01/2023. World Health Organization. ICD - 11 for Mortality and Morbidity Statistics (who.int)
- Internacional Council of Nurses. (2019). *Browser CIPE*. Internacional Council of Nurses. ICNP Browser | ICN - International Council of Nurses
- Jack, K., & Smith, A. (2007). Promoting self-awareness in nurses to improve nursing practice. *Nursing standard*, 21(32). doi:10.7748/ns2007.04.21.32.47.c4497
- Jongsma, H. E., Gayer-Anderson, C., Lasalvia, A., Quattrone, D., Mulè, A., Szöke, A., Selten J.-P., Turner, C., Arango, C. Tarricone, I., Bernardi, D., Tornelli, A., Llorca, P.-M., Haan, L. de, Bobes, J., Bernardo, M., Sanjuán, J., Santos, J. L., Arrojo, M., Del-Bem, C. ... & Kirkbride, J. B. (2018). Treated incidence of psychotic disorders in the multinational EU-GEI study. *JAMA psychiatry*, 75(1), 36-46.
- Jongsma, H. E., Turner, C., Kirkbride, J. B., & Jones, P. B. (2019). International incidence of psychotic disorders, 2002–17: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 4(5), e229-e244.
- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC nursing*, 20(1), 1-10. doi: 10.1186/s12912-021-00684-2
- Leanza, L., Studerus, E., Bozikas, V. P., Moritz, S., & Andreou, C. (2020). Moderators of treatment efficacy in individualized metacognitive training for psychosis (MCT+). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 68, 101547. doi: 10.1013/j.jbtep.2020.101547
- Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. (2015). Diário da República: I série, n.º 184, páginas 8059 - 8105. Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro
- Levett-Jones, T., Hoffman, K., Bourgeois, S. R., Kenny, R., Dempsey, J., Hickey, N., Hunter, S., Jeong, S., Norton, C., Roche, J., Arthur, C., Lapkin, S. & Jeffrey, K. (2009). Clinical reasoning. *Instructor resources*.
- Levy, P., & Coentre. (2014). Primeiro Episódio Psicótico. In M. L. Figueira, D. Sampaio & P. Afonso (Eds.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp.149-160). Lidel.

- Liu, Y. C., Tang, C. C., Hung, T. T., Tsai, P. C., & Lin, M. F. (2018). The efficacy of metacognitive training for delusions in patients with schizophrenia: A meta-analysis of randomized controlled trials informs evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(2), 130-139. doi: 10.1111/wvn.12282
- Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Formasau.
- Lopes, M. J. (2018). Forming and maintaining interpersonal relationships. In J. C. Santos & J. R. Cutcliffe (Eds.), *European psychiatric/mental health nursing in the 21st century* (pp. 247-257). Springer, Cham.
- Lopez-Morinigo, J.-D., Ajnakina, O., Martínez, A. S.-E., Escobedo-Aedo, P.-J., Ruiz-Ruano, V. G., Sánchez-Alonso, S., Mata-Iturralde, L., Muñoz-Lorenzo, L., Ochoa, S., Baca-García, E., & David, A. S. (2020). Can metacognitive interventions improve insight in schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 1–13. doi: 10.1017/s0033291720003384
- Martins, E. M. G. A., Machado, E. A. P. M., da Silva Gouveia, E. M. C., da Costa Pereira, E. P. S., & Renca, P. F. N. N. (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave*. Ordem dos Enfermeiros. [guiabp_cuidenfesprecuppessdoençamentalgrave_ordenferm_ok.pdf](#) (ordemenfermeiros.pt)
- McGoldrick, M., & Gerson, R. (2000). *Genogramas en la evolucion familiar*. (3ª ed.). Editorial Gedisa.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory - Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (1ªed.). Springer Publishing Company. Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice (wordpress.com)
- Moreno-Poyato, A. R., Casanova-Garrigos, G., Roldán-Merino, J. F., Rodríguez-Nogueira, Ó., & Mirttime. CAT working group. (2021). Examining the association between evidence-based practice and the nurse-patient therapeutic relationship in mental health units: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 77(4), 1762-1771. doi: 10.1111/jan.14715
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): a pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy. *German Journal of Psychiatry*, 10(3), 69-78.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., & Vitzthum, F. (2011). *Individualized Metacognitive Therapy Program for Patients with Psychosis (MCT+)*. Berlin: Springer.

- Moritz, S., Woodward, T.S., Haushildt, & Rocha, N.B. (2017). Treino Metacognitivo Para a Psicose (MCT), versão portuguesa 6.3. (Tradução e adaptação portuguesa por nuno Rocha, Cristina Queirós, Susana Rocha & Susana Pereira).
- Moritz, S., Mahlke, C. I., Westermann, S., Ruppelt, F., Lysaker, P. H., Bock, T., & Andreou, C. (2018). Embracing psychosis: a cognitive insight intervention improves personal narratives and meaning-making in patients with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 44(2), 307-316. doi: 10.1093/schbul/sbx072
- Moritz, S., Menon, M., Balzan, R., & Woodward, T. S. (2022). Metacognitive training for psychosis (MCT): past, present, and future. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1-7. doi: 10.1007/s00406-022-01394-9
- Nunes, L. (2014). Promoção da Cidadania através do cuidar em Enfermagem. *Referência III Série - Suplemento ao nº 11*, p. 131-140. Conferencia_Literacia em Saude Mental_ Promocao da cidadania atraves do cuidar em enfermagem_LN_Fev 2014.pdf (rcaap.pt)
- Nunes, L. (2016). Cenários de Futuros Possíveis para a enfermagem em Portugal: algumas reflexões. *Percursos*, (34), 1-25. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_num_34.pdf
- Nunes, M. L., Fonte, C., Alves, S. P., Sani, A. I., Estrada, R. & Caridade, S. (2019). *Comportamento e Saúde Mental – Dicionário enciclopédico*. (1 ed.). Pactor.
- Oliveira, P. (2020). Determinantes em Saúde Mental. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp 64-66). Lidel
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho de 2015. Regulamento dos Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República n.º 122/2015, 2.ª série. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento_356_2015_PadreesQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf (ordemenfermeiros.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica: Parecer nº:01/2017: Competências Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Saúde Mental E Psiquiátrica Na Realização De Exame Do Estado Mental
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto de 2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República n.º 151, Série II. Ordem dos Enfermeiros. 2142721430.pdf (ordemenfermeiros.pt)

- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Ordem dos Enfermeiros, 48.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro de 2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República: série II, n.º 184. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro | DRE
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Parecer n.º 01/2019, da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. parecer-nº-01-2019_25012019_mceesmp_dotações-seguras_iniciativa-da-mceesmp.pdf (ordemenfermeiros.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (2019c). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26, Série II. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro | DRE
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Pronúncia da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica n.º 47/2023*. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/387-2019-122202231>
- Ortiz, M. R. (2021). Best Practices in Patient-Centered Care: Nursing Theory Reflections. *Nursing Science Quarterly*, 34(3), 322-327. doi: 10.1177/08943184211010432
- Pais-Ribeiro, J. (2021). *Literacia em Saúde e Autocuidado*. In A. Galvão. *Literacia em saúde e autocuidados: Evidências que projetam a prática clínica* (29-37). Euromédice, Edições Médicas.
- Park, M., Lee, M., Jeong, H., Jeong, M., & Go, Y. (2018). Patient-and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. *International journal of nursing studies*, 87, 69-83. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.07.006
- Peden, A. R. (2001). Hildegard E. Peplau The Process of Practice-based Theory Development. In M. Parker. *Nursing Theories and Nursing Practice* (pp. 55-67). Davis Company.
- Peixoto, S., Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Autocontrolo. In Sequeira, C & Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp123-124). Lidel
- Peplau, H.E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing Company.

- Peplau, H. E. (1992). Interpersonal relations: A Theoretical Framework for Application in Nursing Practice. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), 13-18 doi:10.1177/089431849200500106.
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing science quarterly*, 10(4), 162-167.
- Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 189-211.
- Philipp, R., Kriston, L., Lanio, J., Kuehne, F., Haerter, M., Moritz, S., & Meister, R. (2019). Effectiveness of metacognitive interventions for mental disorders in adults—A systematic review and meta-analysis (METACOG). *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(2), 227-240. doi: 10.1002/cpp.2345
- Pinho, L. M., & Pereira, A. M. (2015). Intervenção familiar na esquizofrenia: Redução da sobrecarga e emoção expressa. *Rev Port Enferm Saúde Mental*, 14, 15-23.
- Pinho LGD, Pereira A, Chaves C (2017) Nursing Interventions in Schizophrenia: The Importance of Therapeutic Relationship. *Nurse Care Open Acces J* 3(6): 00090. doi: 10.15406/ncoaj.2017.03.00090.
- Pinho, L. M. G., Sequeira, C. A. da C., Sampaio, F. M. C., Rocha, N. B., & Ferre-Grau, C. (2019). A randomized controlled trial to evaluate the efficacy of metacognitive training for people with schizophrenia applied by mental health nurses: Study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 76(1), 356–363. doi: 10.1111/jan.14240
- Pinho, L. (2020). Intervenção Familiar na Doença Mental Grave. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp 216-219). Lidel.
- Pinho, L. M. G., Sequeira, C. A. da C., Sampaio, F. M. C., Rocha, N. B., Ozaslan, Z., & Ferre-Grau, C. (2020a). Assessing the efficacy and feasibility of providing metacognitive training for patients with schizophrenia by mental health nurses: A randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*. doi: 10.1111/jan.14627
- Pinho, L.G., Sampaio, F., Sequeira, C., Martins, T., & Ferré-Grau, C. (2020b). Cognitive insight in psychotic patients institutionalized and living in the community: na examination using the Beck Cognitive Insight Scale. *Psychiatry Research*, 295, 113586. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113586

- Pinho, L. G. (2021). Eficácia do treino metacognitivo nos delírios, alucinações, insight cognitivo e funcionalidade na esquizofrenia (Doctoral dissertation, Universitat Rovira i Virgili).
- Pinho, L. G., & Lopes, M. J. (2021). Schizophrenia Functioning Core Set In: Pinho, L. G. Eficácia do Treino Metacognitivo nos delírios, alucinações, insight cognitivo e funcionalidade na esquizofrenia (pp. 135-146). Tese de Doutoramento. Universitat Rovira i Virgili. <http://hdl.handle.net/10803/670930>
- Pinho, L. G. D., Lopes, M. J., Correia, T., Sampaio, F., Arco, H. R. D., Mendes, A., Marques, M. do C., & Fonseca, C. (2021). Patient-Centered care for patients with depression or anxiety disorder: an integrative review. *Journal of Personalized Medicine*, 11(8), 776. doi: 10.3390/jpm11080776
- Pos, K., Meijer, C.J., Verkerk, O., Ackema, O., Krabbendam, L. & de Haan, L. (2018). Metacognitive training in patients recovering from a first psychosis: an experience sampling study testing treatment effects. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 268 (1), 57-64. doi: 10.1007/s00406-017-0833-7
- Querido, A. (2018). A esperança como foco de enfermagem de saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Especial 6), 06-08.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 de 6 de março. Diário da República n.º 47/2008, Série I páginas 1395-1409. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal. Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março | DRE
- Rocha, N. B., Queirós, C. L., Bravo, A. R., Silva, A. S., Marques, A. P., Oliveira, C., ... & Pereira, N. G. (2013). Análise qualitativa do impacto do programa de treino metacognitivo e da cognição social em pessoas com Esquizofrenia. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 18, 559-568. doi: 10.1590/S1413-294X2013000400003
- Rogers, C.R. (1985). *Tornar-se Pessoa*. 7ª Edição. Moraes Editores.
- Ruivo, M., Ferrito, C & Nunes, L. (2010, janeiro-março). Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 3-37. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sampaio, F. M. C., Sequeira, C., & Canut, T. L. (2017). Content validity of a psychotherapeutic intervention model in nursing: A modified e-Delphi study. *Archives of psychiatric nursing*, 31(2), 147-156. doi: 10.1016/j.apnu.2016.09.007

- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, M. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2018, num. 19, p. 77-84.
- Sampaio F., & Sequeira, C. (2020a). O Processo de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp 109-112). Lidel.
- Sampaio, F. & Sequeira, C. (2020b). Autoimagem, Autoestima e Imagem Corporal. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp 116-118). Lidel.
- Sampaio, F. & Sequeira, C. (2020c). Stress. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp 153-154). Lidel.
- Sampaio, F., Pinho, L. G., Sequeira, C., & Grau, C. F. (2020). Treino Metacognitivo. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp 228-231). Lidel.
- Santos, J. C., Bashaw, M., Mattcham, W., Cutcliffe, J. R., & Vedana, G. G. (2018). The Biopsychosocial Approach: Towards Holistic, Person-Centred Psychiatric/Mental Health Nursing Practice. In J. C. Santos & J. R. Cutcliffe (Eds.), *European psychiatric/mental health nursing in the 21st century: a person-centred evidence-based approach*. (pp. 89-101) Springer.
- Sauvé, G., Lavigne, K. M., Pochiet, G., Brodeur, M. B., & Lepage, M. (2020). Efficacy of psychological interventions targeting cognitive biases in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 78, 101854. doi: 10.1016/j.cpr.2020.101854
- Sequeira, C. (2014). Comunicação em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (12), 06-08.
- Sequeira, C. (2020a). Comunicação Terapêutica. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp 80-83). Lidel.
- Sequeira, C. (2020b). Entrevista Clínica. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp 90-94). Lidel.
- Sequeira, C. (2020c). Técnicas e Competências de Comunicação. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp 75-79). Lidel.

- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). Classificações e Taxonomias. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp 24-30). Lidel.
- Silva, M., Antunes, A., Loureiro, A., Azeredo-Lopes, S., Saraceno, B., Caldas-de-Almeida, J. M., & Cardoso, G. (2020). Factors associated with length of stay and readmission in acute psychiatric inpatient services in Portugal. *Psychiatry Research*, 293, 113420.
- Simón-Expósito, M., & Felipe-Castaño, E. (2019). Effects of Metacognitive Training on Cognitive Insight in a Sample of Patients with Schizophrenia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 4541. doi: 10.3390/ijerph16224541
- Smith, M. C. (2020). Nurse-Patient Relationship Theories. In M. C. Smith (5ª Eds.) *Nursing theories and nursing practice*. (pp. 67-89) Davis Company.
- Sousa, D., de Pinho, L. G., & Pereira, A. (2017). Qualidade de vida e suporte social em doentes com esquizofrenia. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(1), 91-101.
- Sousa, L., Araújo, O. & Silva, M. (2020). Estimulação Cognitiva. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (pp.190-192). Lidel.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International journal of epidemiology*, 43(2), 476-493.
- Steuber, P., & Pollard, C. (2018). Building a therapeutic relationship: how much is too much self-disclosure?. *International Journal of Caring Sciences*, 11, 651-657. 3-steuber_special_10_2 (internationaljournalofcaringsciences.org)
- Sullivan, S. A., Kounali, D., Cannon, M., David, A. S., Fletcher, P. C., Holmans, P., Jones, H., Jones, P. B., Linden, D. E. J., Lewis, G., Owen, M. J., O'Dovan, M., Rammos, A., Thompson, A., Wolke, D., Heron, J., & Zammit, S. (2020). A population-based cohort study examining the incidence and impact of psychotic experiences from childhood to adulthood, and prediction of psychotic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 177(4),
- Teixeira, A. C., & Sampaio, F. M. C. (2019). Desenvolvimento de um catálogo CIPE® para o foco de enfermagem “autoestima”: uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (21), 62-71.
- Telles-Correia D, Barbosa-Rocha N, Gama-Marques J, Moreira AL, Alves-Moreira C, Saraiva S,... Haddock G. (2017). Validation of the Portuguese version of the Psychotic Symptom Rating

- Scales (PSYRATS). *Actas Españolas de Psiquiatria*, 45(2), 56-61.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28353290/>
- Tolosa-Merlos, D., Moreno-Poyato, A. R., González-Palau, F., Pérez-Toribio, A., Casanova-Garrigós, G., Delgado-Hito, P., & MiRTCIME. CAT Working Group. (2023). Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(1-2), 253-263. doi: 10.1111/jocn.16223
- Townsend, M.C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. 6ª Edição. Lusociência.
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2018). Relationship Development and Therapeutic Communication. In M. C. Townsend & K. I. Morgan (10 eds) *Pocket Guide to Psychiatric Nursing*. (pp. 563-574) FA Davis Company.
- Tulloch, A. D., Fearon, P., & David, A. S. (2011). Length of stay of general psychiatric inpatients in the United States: systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(3), 155-168.
- Valente, G., Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). Modelos Teóricos e a Enfermagem de Saúde mental. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp 19-23). Lidel.
- Vitzthum, F. B., Veckenstedt, R., & Moritz, S. (2013). Individualized Metacognitive Therapy Program for Patients with Psychosis (MCT+): Introduction of a Novel Approach for Psychotic Symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(01), 105–110. doi: 10.1017/s1352465813000246
- Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., ... & Bhutta, Z. A. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204-1222.
- Watson, J. (1979). *Nursing the Filosofy and Science of Caring*. Little, Brown.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (2002). *Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. Cultrix.
- Wei, Y., McGrath, P., Hayden, J., & Kutcher, S. (2018). The quality of mental health literacy measurement tools evaluating the stigma of mental illness: a systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 27(5), 433–462. doi: 10.1017/S2045796017000178
- Wright, K. M. (2021). Exploring the therapeutic relationship in nursing theory and practice. *Mental Health Practice*, 24(5). doi: 10.7748/mhp.2021.e1561

ANEXOS

ANEXO I

Cartão Amarelo e Cartão Vermelho do TMC+

Figura A. Cartão Amarelo do TMC+

Treino Metacognitivo (TMC): "3 Questões"	
... caso se sinta insultado, ameaçado ou diminuído... ?	
	1. Qual é a evidência? Como sei disto? Trata-se de evidência real, de boatos ou de especulação? Será que sei toda a verdade?
	2. Pontos de vista alternativos? As pessoas em quem confio interpretariam esta situação de forma diferente? Estarei a tirar conclusões precipitadas? Será que avaliei a situação de forma sensata & objetiva?
	3. Mesmo que seja verdade... estarei a exagerar na minha reação? Estou a reagir apropriadamente? Estarei a reagir de forma apropriada? Será que vou estragar alguma coisa no futuro de exagerar na minha reação? Primeiro pensar – depois agir!

Fonte: *Clinical Neuropsychology Unit at the UKE*. (2023). Individualized Metacognitive Therapy for Psychosis (MCT+). <https://clinical-neuropsychology.de/metacognitive-therapy-plus-individualized-mct-for-psychosis/>

Figura B. Cartão Vermelho do TMC+

Crise – a quem posso recorrer?	
Amigos/familiares	 
O meu terapeuta/médico	 
Aconselhamento telefónico	 
Instituições em que confio	 

Fonte: *Clinical Neuropsychology Unit at the UKE*. (2023). Individualized Metacognitive Therapy for Psychosis (MCT+). <https://clinical-neuropsychology.de/metacognitive-therapy-plus-individualized-mct-for-psychosis/>

APÊNDICES

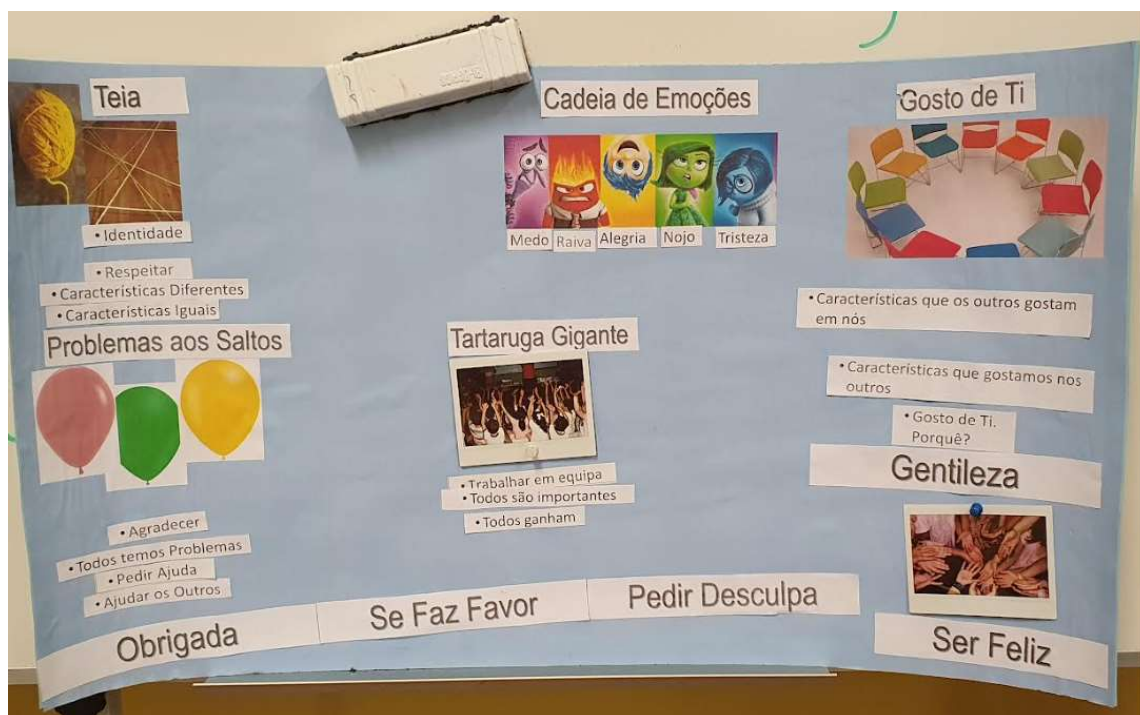
APÊNDICE I

Caso Clínico (Removido para proteção de dados)

APÊNDICE II

Cartaz Sessão “Recordar”

Figura I: Apontamento fotográfico do Cartaz da Sessão “Recordar”



APÊNDICE III

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

O Programa de Treino Metacognitivo Individualizado para a Psicose combina a terapia cognitiva comportamental e a formação metacognitiva e tem como objetivo reduzir as convicções rígidas e encorajar a pessoa a refletir criticamente e melhorar a sua capacidade de resolução de problemas.

É composto por 11 módulos terapêuticos ancorados em intervenções de cariz psicoeducativo, com vários exercícios, exemplos de casos e fichas de trabalho, e pretende ser um processo de descoberta lúdico, perspicaz e divertido.

A inclusão neste programa e o preenchimento de escalas de avaliação, questionários e exercícios propostos é de carater voluntário, e os participantes podem em qualquer momento decidir interromper e cessar a sua participação o programa.

É também garantido o cumprimento dos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, assegurando-se a confidencialidade e anonimato de todos os dados recolhidos.

Eu, abaixo assinado, declaro que:

- ❖ compreendi a informação que me foi transmitida sobre o Programa de Treino Metacognitivo Individualizado para a Psicose tendo tido a oportunidade de fazer as perguntas que achei necessárias
- ❖ percebi que a minha participação é de carater voluntário e que posso desistir do programa em qualquer momento
- ❖ dispus de tempo adequado à toma a minha decisão de participação

Pelo que reitero a minha vontade de participar no referido programa

Faro, ____/____/____

Nome do participante:

Assinatura do participante:

Assinatura do enfermeiro:

APÊNDICE IV

Questionário de Satisfação à família do utente T.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO

O presente questionário de avaliação de satisfação respeita os princípios de ética, legalidade e responsabilidade profissional, sendo assegurado o anonimato e confidencialidade.

Tem como principal objetivo avaliar o grau de satisfação com esta sessão do Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+).

Leia as perguntas atentamente antes de responder.

Por favor, marque um "x" no número que melhor corresponde sua à resposta, de acordo com a sua opinião.

4 – Muito Satisfeito; 3 - Satisfeito; 2 – Pouco Satisfeito; 1 – Insatisfeito; 0 – Não Responde

Como avalia:	4	3	2	1	0
Local onde se realizaram as sessões (avaliação geral)	x				
A duração da sessão?	x				
Os materiais/recursos utilizados?	x				

Por favor, marque um "x" no número que melhor corresponde sua à resposta, de acordo com a sua opinião.

**1 - Discordo Muito; 2 – Discordo um Pouco; 3 – Não concordo nem discordo;
4 – Concordo um Pouco; 5 Concordo muito**

Considera que:	1	2	3	4	5
A linguagem utilizada foi clara e perceptível?					x
Gostaria de ter feito outra coisa durante o tempo desta sessão?					x
Foi incentivado a participar e a partilha vivências?					x
Esta sessão foi útil?					x
Foi disponibilizado tempo para o/a ouvir e esclarecer dúvidas?					x

1 - Discordo Muito; 2 – Discordo um Pouco; 3 – Não concordo nem discordo;
4 – Concordo um Pouco; 5 Concordo muito

Considera que:	1	2	3	4	5
As suas dúvidas foram esclarecidas com clareza?					X
O que aprendi durante nesta sessão será útil no meu dia a dia com o meu familiar?					X
Considera que esta sessão foi importante para a gestão da doença do seu familiar?					X
Recomendaria o TMC+ a outras pessoas?					X
Achei benéfico as sessões serem aplicadas individualmente e não em grupo?					X
Considera que foi benéfico o seu familiar integrar o programa de TMC+?					X

Construção Própria

Que sugestões de melhoria/comentários que gostaria de fazer?

Grata pela colaboração
Rita Leonardo

APÊNDICE V

Plano da Sessão de Formação em Serviço “Programa de TMC+”

Plano de Sessão de Formação: Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)	
Data/Hora	11-01-2023/ 14horas
Duração	60 minutos
Destinatários	Equipa transdisciplinar do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do local do Estágio II
Preletor	Discente: Rita Leonardo
Fundamentação	Segundo a evidência científica, a presença de sintomatologia psicótica é um dos itens responsáveis por tempos de internamento (Length of stay - LOS) mais longos nos serviços de psiquiatria (Tulloch <i>et al.</i> , 2011; Gopalakrishna <i>et al.</i> , 2015; Abreu <i>et al.</i> , 2017; Silva <i>et al.</i> , 2020). O TMC+ parece ser um complemento válido à farmacologia com impacto positivo nos delírios, nos vieses cognitivos e na aceitação da doença (Moritz <i>et al.</i> 2011).
Objetivos	Geral: Divulgar o Programa de Treino Metacognitivo Individualizado para a Psicose (TMC+).
	Específicos: • Promover a aquisição de conhecimentos sobre a TMC+; • Motivar a equipa para a realização de formação sobre esta intervenção; • Complementar o tratamento farmacológico com outras intervenções.
Conteúdos	• Enquadramento conceptual do TMC+; • Apresentação de evidência científica sobre o impacto positivo do TMC+; • Apresentação e introdução ao Programa de Treino Metacognitivo Individualizado para a Psicose; • Apresentação dos 11 módulos que o constituem; • Partilha de experiência pessoal sobre a implementação do programa.
Metodologia	Método expositivo, interrogativo e participativo.
Modalidade	Presencial
Equipamento de Apoio	Computador, videoprojector
Espaço Pedagógico	Sala de serviço do local do Estágio II
Formas, instrumentos e critérios de avaliação previstos	• Avaliação dos formandos: método interrogativo ao longo da apresentação; • Avaliação formador: questionário de satisfação fornecido aos formandos no final da sessão.
Certificado de Formação	Declaração de Formação em Serviço.

APÊNDICE VI

Sessão de Formação “Programa TMC+”

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



Formador/Discente: Rita Leonardo
Enfermeira Orientadora:
Docente: Lara Pinho

Janeiro, 2023

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



OBJETIVO GERAL:

Divulgar o Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover a aquisição de conhecimentos sobre a TMC+;
- Motivar a equipa para a realização de formação sobre esta intervenção;
- Complementar o tratamento farmacológico com outras intervenções.

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



- Portugal é o **segundo país europeu** com maior prevalência de perturbações psiquiátricas, atingindo os 22,9% (CNS, 2019);
- A presença de **sintomatologia psicótica** é um dos itens responsáveis por tempos de internamento (*Length of stay* - LOS) mais longos (Tulloch et al, 2011; Gopalakrishna et al., 2015; Abreu et al., 2017; Silva et al., 2020);
- Cerca de **30 a 50%** das pessoas com esquizofrenia e outras perturbações psicóticas têm **falta de insight para a doença**, o que impacta negativamente a adesão ao tratamento, potenciando recaídas e reinternamentos (Rozalski & Mackeegan, 2019).

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



PERTURBAÇÕES PSICÓTICAS:

- Delírios (persecutórios, místicos, somáticos, ...);
- Alucinações (visuais, auditivas, cinestésicas, ...);
- Pensamento desorganizado (discurso desorganizado);
- Comportamento motor desorganizado (agitação, catatonia)
- Sintomas negativos (avolia, anedonia, diminuição da expressão emocional, ...)

(American Psychiatric Association [APA], 2014)

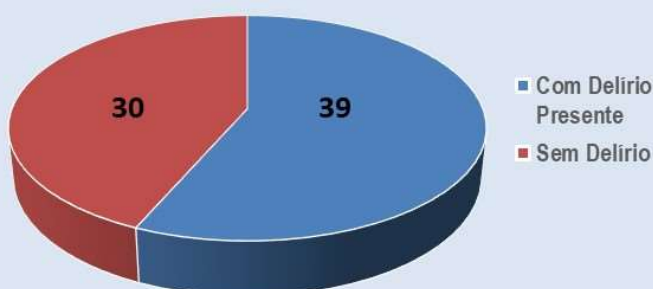
Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)

SETEMBRO/2022

- 69 doentes internados;
- 56,5% apresentavam delírio no momento da admissão (39)



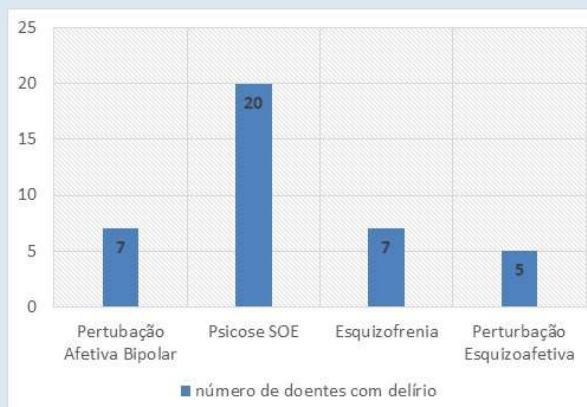
NÚMERO DE PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE DELÍRIO PRESENTE



Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)

SETEMBRO/2022

NÚMERO DE DOENTES COM DELÍRIO/ PATOLOGIA



Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

Linguagem CIPE

Consciencialização
Comprometida

Delírio Presente

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



CONSCIENCIALIZAÇÃO:

- Relaciona-se com a *Cognição/ Awareness* (ICN, 2022);
- Objetivo avaliar a *Insight* cognitivo.

DELÍRIO:

- Uma **crença falsa** ou não compartilhada por outros, baseada numa inferência incorreta sobre a realidade externa, firmemente mantida com **convicção e inabalável** pela experiência ou evidência que a contradiz, não partilhada por pessoas da mesma cultura ou subcultura, correspondendo a uma **alteração do conteúdo do pensamento** (ICD, 2022; APA, 2014).
- Pensamento Distorcido (ICN, 2022).

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



- O tratamento destes doentes deverá **capacitá-los** a gerir a sua doença e aumentar a sua qualidade de vida, através da aquisição de conhecimento (Enciso, 2018).
- É fundamental **associar à medicação a psicoterapia e a reabilitação psicossocial** (Pinho, 2021).
- Vários autores e estudos realizados sustentam a **eficácia do TMC+** na **redução da atividade delirante, das alterações da sensopercepção e no aumento do insight cognitivo** (Balzan & Galletly, 2015; Schneider et al., 2016; Andreou et al., 2017; Balzan et al., 2019; Simón-Expósito & Filipe-Castaño, 2019; Barnicot et al., 2020; Lopez-Morinigo et al., 2020a; Lopez-Morinigo et al. 2020b; Pinho et al., 2020; Gonzalez & Nunes, 2022)

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



METACOGNIÇÃO

“META”
Significa em Grego
“para além de”

“COGNIÇÃO”

- Processo psicológico intelectual que abrange todos os aspetos da **perceção; pensamento; raciocínio e memória** (ICN, 2022);
- Função cortical relacionada com a capacidade pessoal de **aquisição e utilização de informação**, para se adaptar aos desafios do meio ambiente (Sousa et al., 2020).

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



METACOGNIÇÃO:

- Abrange a forma como a pessoa entende a informação e lida com as diferentes distorções cognitivas (Sampaio et al., 2020).

“PENSAR SOBRE O PRÓPRIO PENSAMENTO”

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



TMC+

- Conjugação do Treino Metacognitivo para a psicose em grupo (TMC) com a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC);
- Contém elementos **psicoeducativos**;
- Pode ser aplicado a qualquer doente que apresente uma interpretação delirante do seu ambiente;
- Concentra-se nos **vieses cognitivos**;
- Adota uma abordagem “**backdoor**”.

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)

Objetivos TMC+



- “Plantar a semente” da dúvida para convicções rígidas;
- Incentivar o doente a refletir criticamente;
- Melhorar os vieses cognitivos, aumentando a consciência metacognitiva;
- Desenvolver e potenciar a capacidade de resolução de problemas;
- Reduzir as convicções, angústia e preocupação com delírios e outros sintomas positivos.

PROCESSO DE DESCOBERTA

- Lúdico
- Perspicaz
- Divertido

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)

ELEVADO NÍVEL ESTRUTURAL, REDUZ O ESFORÇO DE PREPARAÇÃO DE SESSÃO E ASSEGURA O FOCO TERAPÊUTICO.

Steffen Moritz
Francesca Bohn
Ruth Veckenstedt
Eva Krieger
Janne Hottenrott
Todd S. Woodward
Ryan P. Balzan
Marit Hauschildt



MCT +

Individualized Metacognitive Therapy Program
for Psychosis

Version 2.3 (beta version)

First Edition: Moritz, S., Bohn, Vitzthum, F., Veckenstedt, R., Leighton, L., Woodward, T. S. & Hauschildt, M. (2011). Individualized Metacognitive Therapy Program for Psychosis (MCT+). VanHam Campus Press: Hamburg

Metacognitive Therapy

THERAPY UNIT 2:
INTRODUCTION TO THE METACOGNITIVE THERAPY
PROGRAM (MCT+)



Therapy Unit 2: Introduction to the Metacognitive Therapy Program

Worksheet 2.1. Problems: Please mark which of the following problems you are experiencing at the moment and how much they bother you. You can also mark how much you used to be bothered by a symptom/problem in the past.

Symptom/Problem	Degree of despair (0-100%)	
	now	formerly
o hearing voices or having other sensations (e.g. smells) that are not perceived by other people		
o feelings of being persecuted		
o dejectedness/depression		
o feelings of having special abilities		

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



- Pode ser realizado por enfermeiros EESMP, psicólogos ou psiquiatras;
- Realizado numa sala com privacidade;
- Os diapositivos podem ser apresentados através de um tablet, computador ou impressos;
- Não é um programa rígido;
- Não tem critérios de inclusão ou exclusão;
- É necessário que o doente tenha a capacidade de manter a concentração e tenha motivação para se envolver no processo terapêutico;
- Centrado na pessoa.

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



A Finalidade mais importante da terapia é a **transferência dos objetivos de aprendizagem para a vida diária**

- Porque estamos a fazer isto?
- De que forma tirar conclusões precipitadas contribui para a formação de falsas interpretações durante a psicose?
- O que isto tem a ver com a psicose?

Fonte: Moritz et al, 2012



Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)

UNIDADE TERAPÊUTICA 1: DESENVOLVIMENTO DA RELAÇÃO E HISTÓRIA PESSOAL

Unidade Terapêutica 1: Desenvolvimento da Relação e História Pessoal

História Pessoal (a ser preenchido pelo terapeuta, consultar o manual para mais questões)

Razões para procurar terapia ("Consegue-me dizer, em poucas palavras, porque me veio consultar? / O que o levou a este internamento hospitalar? Tem alguma ideia sobre o que possa ter causado estes problemas?")

História social ("Onde vive atualmente? Solzinho, com um companheiro, tem filhos? Tem trabalho? Se não, porque?")

História familiar ("Tem familiares? Como é que é o contacto / Dá-se bem com eles? Eles apoiam-no? A sua família sabe sobre as suas perturbações mentais?")

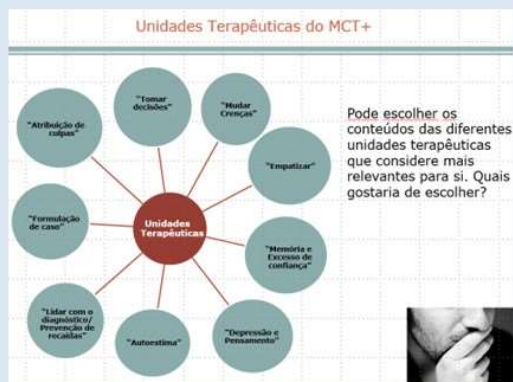
- Realização de **entrevista** de avaliação inicial e diagnóstica;
- Construção **relação terapêutica**;
- Explorar o historial clínico;
- Clarificar os **objetivos da intervenção**;
- Avaliar a capacidade de **concentração e motivação** do doente;
- Normalizar sintomas sem trivializar.

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 2: INTRODUÇÃO AO PROGRAMA DE TREINO METACOGNITIVO



- Explicar os principais componentes deste sistema terapêutico;
- Trabalhar com o doente o significado da palavra **metacognição**;
- Apresentar sucintamente as **várias unidades terapêuticas** e perceber quais as mais relevantes e prioritárias;
- **Decidir** se esta terapia é ou não adequada;
- **Formular os objetivos** que o doente gostaria de atingir durante o programa.

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 2: INTRODUÇÃO AO PROGRAMA DE TREINO METACOGNITIVO

Treino Metacognitivo (TMC+): "3 Questões"

... caso se sinta insultado, ameaçado ou diminuído...?

	1. Qual é a evidência? Como sei disto? Trata-se de evidência real, de boatos ou de especulação? Será que sei toda a verdade?
	2. Pontos de vista alternativos? As pessoas em quem confio interpretariam esta situação de forma diferente? Estarei a tirar conclusões precipitadas? Será que avaliei a situação de forma sensata & objetiva?
	3. Mesmo que seja verdade... estarei a exagerar na minha reação? Estou a reagir apropriadamente? Estarei a reagir de forma apropriada? Será que vou estragar alguma coisa no futuro de exagerar na minha reação? Primeiro pensar — depois agir!

Crise — a quem posso recorrer?

Amigos/familiares	
O meu terapeuta/médico	
Aconselhamento telefónico	
Instituições em que confio	

Fonte: Moritz et al, 2012

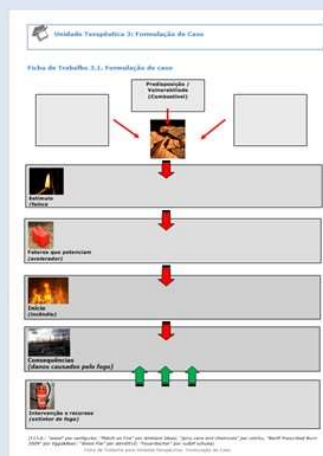
Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 3: FORMULAÇÃO DE CASO

Predisposição		Ex.: um familiar também já teve um episódio psicótico; experiências traumáticas na infância
Estímulo		Ex.: stress (trabalho, relação); outros fatores de stress, como mudar-se para outra cidade
Fatores que potenciam o aumento e perpetuação		Ex.: abuso de álcool/drogas; suspender toma de medicação contra parecer médico; Distúrbios do sono; ruminação
Deflagração/Início		Ex.: delírios, ilusões, alucinações/ouvir vozes, exaustão, depressão
Consequências		Ex.: isolamento, desemprego, solidão
Intervenção e recursos		Ex.: intervenção: medicação, psicoterapia, alguns métodos terapêuticos já adotados (ex.: técnicas de relaxamento) Ex.: recursos: motivação para terapia, boa rede social de suporte

Formulação de Caso 3.2



Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 4: ATRIBUIÇÃO DE CULPAS

- Compreender que situações complexas são produtos de vários fatores:
 - o próprio;
 - os outros;
 - as circunstâncias;
- Muitas pessoas com psicose (mas nem todas!) tendem a fazer atribuições unilaterais.


Unidade Terapêutica 4: Atribuição de Culpas

Ficha de trabalho 4.7. Informação acerca da Unidade Terapêutica 4

Você ouve uma voz sem uma fonte externa perceptível por outros. Quais são as possíveis explicações para isto? Avalie por favor a contribuição de cada causa potencial para o evento. Como avaliaria a contribuição das diferentes causas? Dividir a "tarte" em partes correspondentes.

Atribuição = inferir causas para a ocorrência de uma situação

Muitas pessoas têm explicações unilaterais para a ocorrência de eventos. Por exemplo, a culpa é sempre dos outros e nunca de si próprios (Que é como quem diz: "Os olhos veem tudo - exceto a eles próprios!").

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)

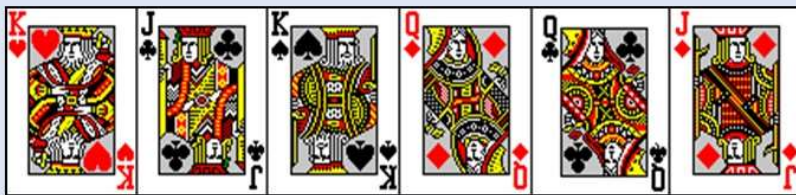


UNIDADE TERAPÊUTICA 4: ATRIBUIÇÃO DE CULPAS

JOGO DE CARTAS

Por favor, escolha silenciosamente uma destas cartas e concentre-se nela.

Não aponte, não nomeie e não me diga qual a carta que escolheu. Depois de ter memorizado a carta, eu viro a página.



Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 4: ATRIBUIÇÃO DE CULPAS

JOGO DE CARTAS

A carta que escolheu será agora seleccionada e retirada do baralho.

Vou agora virar a página...



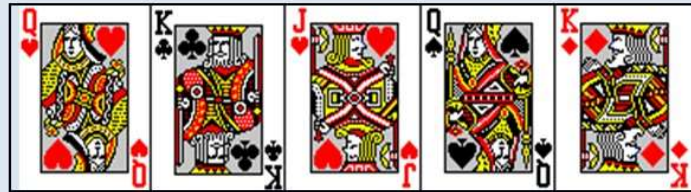
Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 4: ATRIBUIÇÃO DE CULPAS

JOGO DE CARTAS



A sua carta foi retirada?
Como pensa que isto foi feito?

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 4: ATRIBUIÇÃO DE CULPAS

Como é que acha que isto foi feito?



Telepatia?

Magia?

...

NÃO: É um truque de cartas!

Fenómenos ou situações estranhas que parecem ter causas sobrenaturais ocorrem por vezes também na vida quotidiana.

Por favor, considere:

Na maioria das vezes, existem explicações simples para acontecimentos estranhos.

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 5: TOMAR DECISÕES

- **Conclusões precipitadas podem conduzir a decisões erradas;**
- É importante tentar obter o **máximo de informação possível**, especialmente quando existem emoções fortes;
- Avaliar os **argumentos a favor e contra** as fortes convicções e ponderar outras **explicações alternativas**;
- Em situações cujas consequências têm menor importância é possível escolher rapidamente;
- **Errar é humano**, todos podemos estar errados.

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 5: TOMAR DECISÕES

EXERCÍCIO

A seguir verá uma série de imagens. Começa com um detalhe da imagem. Em seguida, outro detalhe é adicionado. Este processo continua até que toda a imagem seja revelada

- A sua tarefa consiste em identificar o objeto.
- Por favor, calcule a probabilidade das diferentes interpretações alternativas que são apresentadas e diga-me quando tomou uma decisão.

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



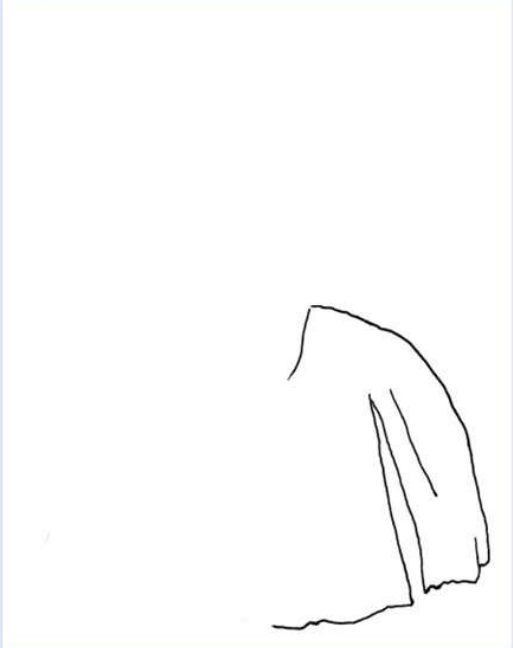
UNIDADE TERAPÊUTICA 5: TOMAR DECISÕES

O QUE É ISTO? ATÉ QUE PONTO ESTÁ CONFIANTE?

- ☐ camisa
- ☐ colina rochosa
- ☐ caverna
- ☐ menina
- ☐ tenda velha
- ☐ fonte

exclusão, improvável, possível, provável, DECISÃO

Fonte: Moritz et al, 2012



Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



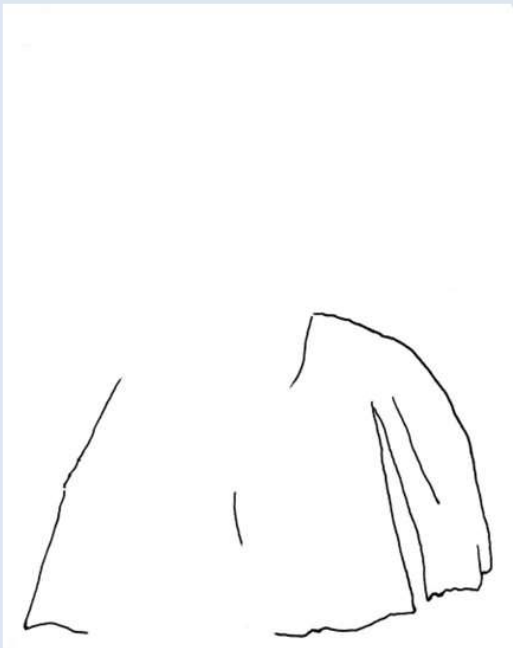
UNIDADE TERAPÊUTICA 5: TOMAR DECISÕES

O QUE É ISTO? ATÉ QUE PONTO ESTÁ CONFIANTE?

- ☐ camisa
- ☐ colina rochosa
- ☐ caverna
- ☐ menina
- ☐ tenda velha
- ☐ fonte

exclusão, improvável, possível, provável, DECISÃO

Fonte: Moritz et al, 2012



Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



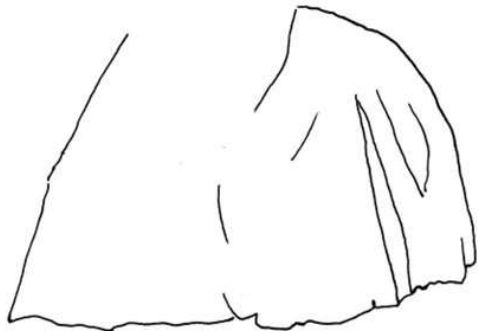
UNIDADE TERAPÊUTICA 5: TOMAR DECISÕES

O QUE É ISTO? ATÉ QUE PONTO ESTÁ CONFIANTE?

- ☐ camisa
- ☐ colina rochosa
- ☐ caverna
- ☐ menina
- ☐ tenda velha
- ☐ fonte

exclusão, improvável, possível, provável, DECISÃO

Fonte: Moritz et al, 2012



Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



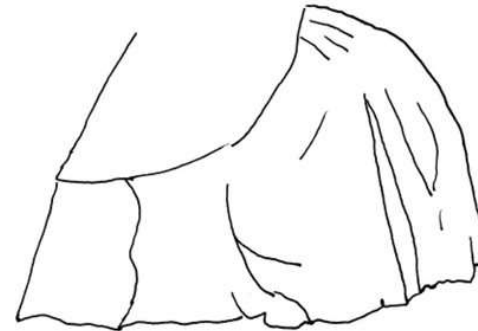
UNIDADE TERAPÊUTICA 5: TOMAR DECISÕES

O QUE É ISTO? ATÉ QUE PONTO ESTÁ CONFIANTE?

- ☐ camisa
- ☐ colina rochosa
- ☐ caverna
- ☐ menina
- ☐ tenda velha
- ☐ fonte

exclusão, improvável, possível, provável, DECISÃO

Fonte: Moritz et al, 2012



Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



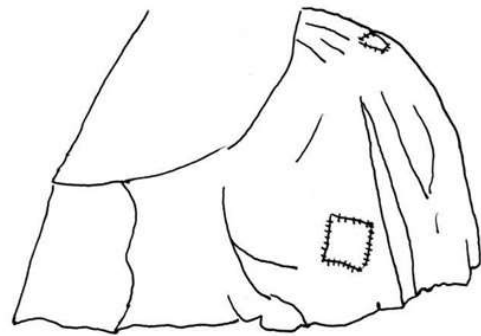
UNIDADE TERAPÊUTICA 5: TOMAR DECISÕES

O QUE É ISTO? ATÉ QUE PONTO ESTÁ CONFIANTE?

- ☐ camisa
- ☐ colina rochosa
- ☐ caverna
- ☐ menina
- ☐ tenda velha
- ☐ fonte

exclusão, improvável, possível, provável, DECISÃO

Fonte: Moritz et al, 2012



Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



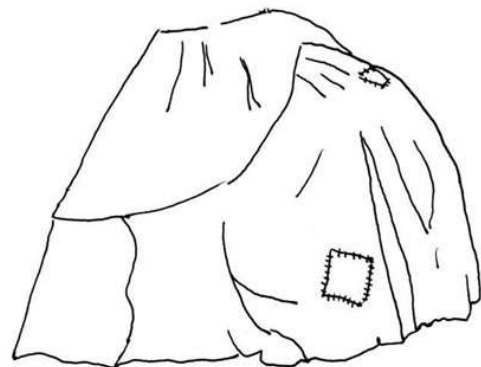
UNIDADE TERAPÊUTICA 5: TOMAR DECISÕES

O QUE É ISTO? ATÉ QUE PONTO ESTÁ CONFIANTE?

- ☐ camisa
- ☐ colina rochosa
- ☐ caverna
- ☐ menina
- ☐ tenda velha
- ☐ fonte

exclusão, improvável, possível, provável, DECISÃO

Fonte: Moritz et al, 2012



Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



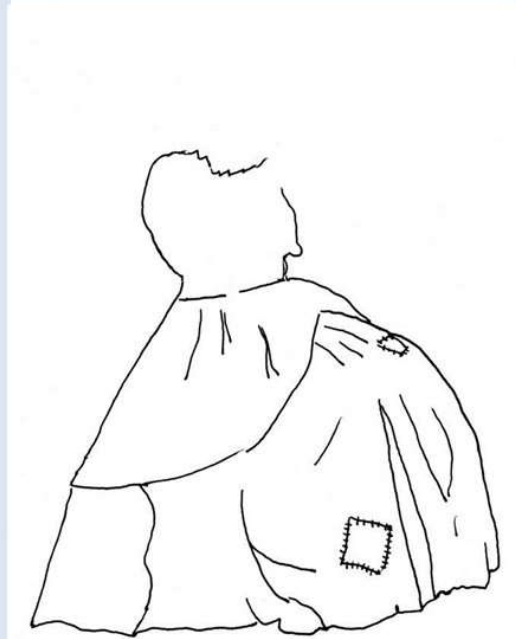
UNIDADE TERAPÊUTICA 5: TOMAR DECISÕES

O QUE É ISTO? ATÉ QUE PONTO ESTÁ CONFIANTE?

- ☐ camisa
- ☐ colina rochosa
- ☐ caverna
- ☐ menina
- ☐ tenda velha
- ☐ fonte

exclusão, improvável, possível, provável, DECISÃO

Fonte: Moritz et al, 2012



Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 5: TOMAR DECISÕES

O QUE É ISTO? ATÉ QUE PONTO ESTÁ CONFIANTE?

- ☐ camisa
- ☐ colina rochosa
- ☐ caverna
- ☐ menina
- ☐ tenda velha
- ☐ fonte

exclusão, improvável, possível, provável, DECISÃO

Fonte: Moritz et al, 2012



Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 5: TOMAR DECISÕES

O QUE É ISTO? ATÉ QUE PONTO ESTÁ CONFIANTE?

- camisa
- colina rochosa
- caverna
- menina
- tenda velha
- fonte

exclusão, improvável, possível, provável, DECISÃO

Fonte: Moritz et al, 2012



Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 6: MUDAR CRENÇAS

- **Conclusões precipitadas podem conduzir a decisões erradas;**
- Considerar **informações relevantes e diferentes** informações antes de tomar uma decisão;
- **Trocar pontos de vista** com outras pessoas em quem confia;
- Muitas pessoas com psicose (mas nem todas!) **mantêm crenças falsas apesar dos contra-argumentos conclusivos;**
- É importante **manter-se flexível e corrigir a sua suposição** face a contra-argumentos fortes.

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 6: MUDAR CRENÇAS

Exercício: Avalie, por favor, a probabilidade

- o Três imagens que ilustram um cenário ser-lhe-ão mostradas com diferentes interpretações.
- o As imagens são mostradas em ordem inversa, sendo o evento final mostrado em primeiro lugar.
- o Após uma fotografia ser mostrada, ser-lhe-á pedido que avalie a plausibilidade ou probabilidade de suceder cada uma das interpretações fornecidas. Estas têm de ser reavaliadas cada vez que uma nova imagem é revelada para este cenário

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 6: MUDAR CRENÇAS

Exercício: Avalie, por favor, a probabilidade



- (1) A mulher ganhou a lotaria e quer dar o seu dinheiro através do radio.
- (2) A mulher está a relatar que o seu cão desapareceu.
- (3) A mulher quer iniciar uma carreira de cantora independentemente da sua família.
- (4) A mulher quer encontrar o homem dos seus sonhos através do radio.

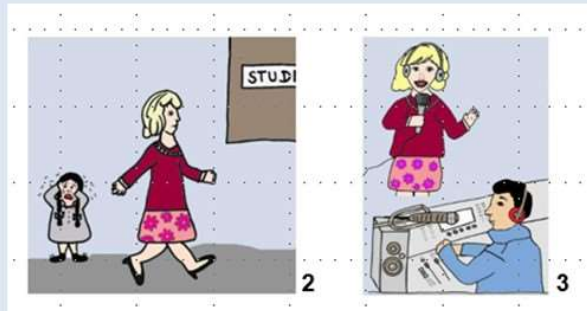
Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 6: MUDAR CRENÇAS

Reavalie, por favor,
a probabilidade



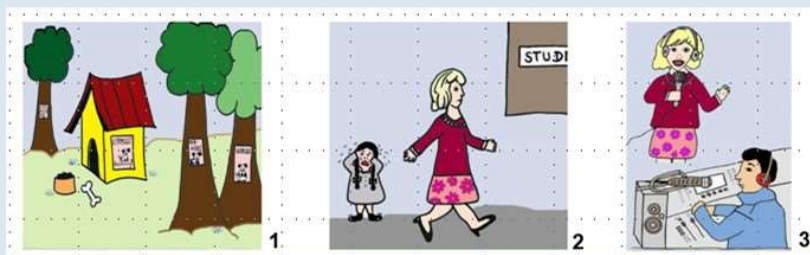
- (1) A mulher ganhou a lotaria e quer dar o seu dinheiro através do radio.
- (2) A mulher está a relatar que o seu cão desapareceu.
- (3) A mulher quer iniciar uma carreira de cantora independentemente da sua familia.
- (4) A mulher quer encontrar o homem dos seus sonhos através do radio.

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 6: MUDAR CRENÇAS



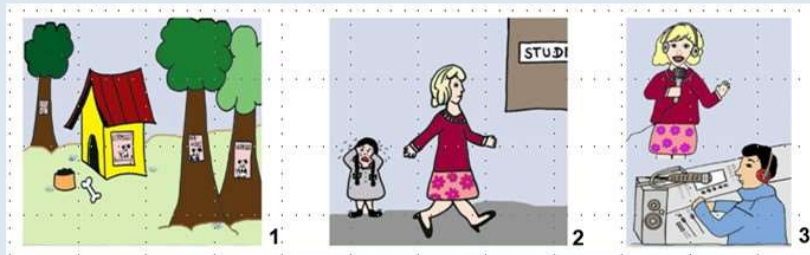
- (1) A mulher ganhou a lotaria e quer dar o seu dinheiro através do radio.
- (2) A mulher está a relatar que o seu cão desapareceu.
- (3) A mulher quer iniciar uma carreira de cantora independentemente da sua familia.
- (4) A mulher quer encontrar o homem dos seus sonhos através do radio.

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 6: MUDAR CRENÇAS



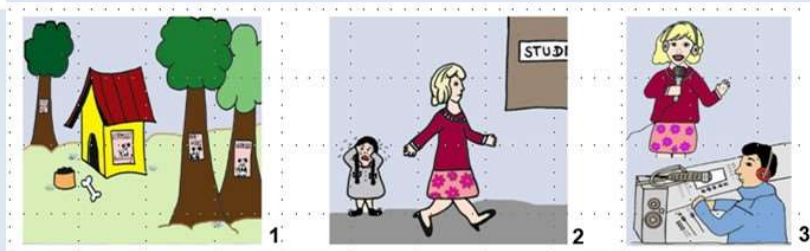
- (1) A mulher ganhou a lotaria e quer dar o seu dinheiro através do radio.
- (2) A mulher está a relatar que o seu cão desapareceu.**
- (3) A mulher quer iniciar uma carreira de cantora independentemente da sua família.
- (4) A mulher quer encontrar o homem dos seus sonhos através do radio.

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 6: MUDAR CRENÇAS



Interpretação óbvia: A mulher quer começar uma carreira de cantora independentemente da sua família.

Mas: A situação é diferente, o cão da família fugiu e a senhora quer comunicar através da radio que o animal de estimação desapareceu.

Conclusão: Há situações na vida quotidiana que julgamos erradamente à primeira vista. Tente manter-se aberto a diferentes pontos de vista e corrigir o falso julgamento!

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 7: EMPATIZAR

- Só se deve tirar **conclusões sólidas** sobre outra pessoa **se a conhecer bem** ou se tiver observado com atenção;
- Os **gestos e as expressões faciais** são pistas importantes para percebemos o que uma pessoa sente, mas **podem enganar**;
- O estado de **humor influencia** a forma como percebemos o ambiente que nos rodeia;
- Existem **regras sociais** que devemos considerar na interação com o outro;
- Durante a **psicose** as pessoas tendem a **interpretar incorretamente** ou de **forma excessiva** as expressões faciais e as ações dos outros.

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 7: EMPATIZAR

Será que podemos fazer inferências sobre uma pessoa ou profissão baseando-nos apenas na sua aparência?

Qual destes 4 senhores é um ator, um atleta, um psicólogo ou um assassino em série?



Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 7: EMPATIZAR

John Wayne Gacy:
Assassino em série
empresário que
frequentemente atuava
como palhaço – não
corresponde à nossa
imagem de Monstro



AtThorsten Voß:
Atleta

Sven Nagel:
Ator



Stefan Behrens:
Psicólogo
Resposta frequente mas
errada: assassino em
série, devido à sua
expressão facial hostil e à
sua pose (no seu tempo
livre, o senhor Behrens é
vocalista de uma banda
rock).

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 8:

MEMÓRIA E EXCESSO DE CONFIANÇA

- A **memória humana é falível**;
- As falsas memórias são mais vagas, têm menos detalhes e vivacidade;
- Quando se está com medo ou sob **muita pressão** há maior suscetibilidade de ter falsas memórias;
- Existem **estratégias** de ajuda de memória;
- Durante a **psicose** as pessoas estão propensas a **lembrar-se de coisas que não aconteceram ou que aconteceram de uma forma diferente**.

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 8: MEMÓRIA E EXCESSO DE CONFIANÇA

EXERCÍCIO

Serão agora mostradas imagens complexas.

De seguida será pedido que se recorde do que viu nas figuras.

Indique também até que ponto está confiante nas suas observações

Tente recordar de todos os detalhes corretamente!

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 8: MEMÓRIA E EXCESSO DE CONFIANÇA



Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 8: MEMÓRIA E EXCESSO DE CONFIANÇA

Chuva de Ideias

O que é costume ver numa cozinha?

...
...
...
...

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 8: MEMÓRIA E EXCESSO DE CONFIANÇA

O que é que viu na imagem? Até que ponto está confiante?

- o Frigideira
- o Torradeira
- o Toalha de chá
- o Chaleira
- o Pano de limpeza
- o Garrafas
- o Bloco de facas

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 8: MEMÓRIA E EXCESSO DE CONFIANÇA

- o Frigideira
- o Torradeira
- o Toalha de chá
- o Chaleira
- o Pano de limpeza
- o Garrafas
- o Bloco de facas

 = não apresentado



Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 9: DEPRESSÃO E PENSAMENTO

- A **depressão** é causada por **diversos fatores**;
- Há **distorções do pensamento** que podem promover a depressão, contudo **podem ser alteradas**;
- **Os pensamentos, sentimentos e comportamento influenciam-se mutuamente**;
- A falta de **vontade**, o **isolamento** e o **humor depressivo** são um **ciclo vicioso**;
- Muitas pessoas (mas não todas!) com perturbações mentais desvalorizam-se, adotam estilos de **pensamento depressivos típicos, ruminam e isolam-se**. Estes padrões de pensamento e comportamento aumentam frequentemente os problemas emocionais, mas também os mentais.

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 9: DEPRESSÃO E PENSAMENTO

Distorções do Pensamento

- Generalização Exagerada;
- Perceção Seletiva;
- Pensamento Catastrófico;
- Negação do Feedback positivo, mas aceitação sem crítica o feedback negativo;
 - Ruminação;
- Supressão de pensamentos negativos;

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 10: AUTOESTIMA

- A **autoestima** é o valor que atribuímos a nós próprios. Nunca é objetivo.
- **Procurar as forças escondidas;**
- **Detetar distorções do pensamento;**
- **Reforçar a autoestima** em diferentes áreas da vida;
- Muitas (mas não todas!) pessoas com psicose têm baixa autoestima, especialmente depois de um surto psicótico (ex.: sentir vergonha; medo de que os amigos se afastem).

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 10: AUTOESTIMA

Dicas para apreciar mais as coisas boas que acontecem ao longo do dia:

- Ao sair de casa, leve um punhado de bolinhas (feijão, berlindes, etc.) consigo no seu bolso direito.
- Sempre que acontecer algo positivo (ex.: um sorriso de um amigo, boa conversa, bom almoço, etc. ...), mova uma bola do bolso direito para o esquerdo.
- À noite, tire as bolas do bolso esquerdo e lembre-se das coisas boas que aconteceram nesse dia.
- Desta forma, vai recordar os momentos positivos e desfrutar do presente. Infelizmente, deixamos as coisas boas da vida passarem despercebidas com demasiada facilidade.

Conhece outros métodos sobre como desfrutar e/ou recordar as coisas boas do dia?

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 11: VIVER COM PSICOSE E PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

- A psicose/esquizofrenia não é uma doença que se note. É uma decisão sua **a quem e o quanto** diz aos outros sobre a sua doença;
- Termos como esquizofrenia e psicose **suscitam falsas impressões** em muitas pessoas;
- Os sintomas de **stress** que podem contribuir para o desenvolvimento de uma perturbação mental num caso extremo.
- Uma recaída de psicose não surge de repente, é precedida por diferentes **sinais de alerta precoce**;
- **Criar um plano de emergência individual.**

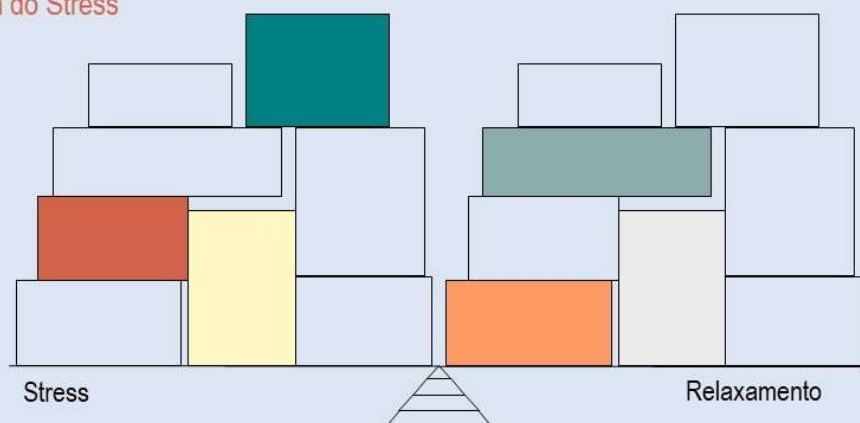
Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



UNIDADE TERAPÊUTICA 11: VIVER COM PSICOSE E PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

Balança do Stress



Para estar bem, o stress e o relaxamento devem ser mantidos em equilíbrio. Se o stress prevalecer, a balança torna-se desequilibrada. Isto aumenta o risco de recaída.

Fonte: Moritz et al, 2012

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



QUESTIONÁRIOS/ ESCALAS A UTILIZAR

SCHIZOPHRENIA FUNCTIONING CORE SET

Lara Guedes de Pinho, Manuel José Lopes (2021)

Citação: Pinho, L. G., Lopes, M. J. (2021). Schizophrenia Functioning Core Set In: Pinho, L. G. Eficácia do Treino Metacognitivo nos delírios, alucinações, insight cognitivo e funcionalidade na esquizofrenia (pp. 135-146). Tese de Doutoramento. Universitat Rovira i Virgili. <https://hdl.handle.net/10803/670933>

Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB)

(Traduzido e adaptado para Portugal por Pinho, Sampaio, Sequeira, Martins e Ferré-Grau*)

As hipóteses de resposta são "Discordo totalmente", "Concordo ligeiramente", "Concordo muito" e "Concordo totalmente".

PSYRATS (PSYCHOTIC SYMPTOM RATING SCALES)

(Validada para a população portuguesa por: Telles-Comeia, D e Barbosa-Rocha, N, et al., 2017)

PSYRATS – delírios

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO

O presente questionário de avaliação de satisfação respeita os princípios de ética, legalidade e responsabilidade profissional, sendo assegurado o anonimato e confidencialidade. Tem como principal objetivo avaliar o grau de satisfação com esta sessão do Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+).

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



- 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 Terapêutica
- A Redução do Estigma e a Promoção da Inclusão Social

(OE, 2015)

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)

EXPERIÊNCIA PESSOAL



Dois doentes

Duas vivências diferentes

"Ajudou a perceber o meu problema, a superar dificuldades" T.

"Na reunião comunitária dizia que tinha um esgotamento, agora vou dizer que tenho uma psicose" C.

Aprendizagem e Crescimento Mútuo

"Foi bom para mim, ajudou" C.

"Tenho de continuar a treinar para atingir os meus objetivos" C.

Gestão de Expectativas

"O discurso dele (um doente) está diferente, mais claro sobre a sua patologia e sintomatologia" Enfermeiro

"Eu vejo o entusiasmo e os olhos dele brilharem quando fala do TMC+"
Familiar

"Espero que o TMC+ seja aplicado a outras pessoas e que elas se sintam tão satisfeitos como eu" T.

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA

TREINO METACOGNITIVO INDIVIDUAL PARA A PSICOSE:
INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA



Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association [APA] (2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. DSM-5 (5ª edição). Lisboa: Climepsi.
- Abreu, T., Ribeiro, Á., Ribeiro, J., Fonseca, M., & vonDoellinger, O. (2017). The Impact of Creating an Inpatient Team in an Acute Psychiatric Ward. *Psilogos*, 15(2), 33-42.
- Andreou, C., Wittekind, C. E., Fieker, M., Heitz, U., Veckenstedt, R., Bohn, F., & Moritz, S. (2017). Individualized metacognitive therapy for delusions: a randomized controlled rater-blind study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 56, 144-151.
- Barnicot, K., Michael, C., Trione, E., Lang, S., Saunders, T., Sharp, M., & Crawford, M.J. (2020, dezembro). Psychological interventions for acute psychiatric inpatients with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, (82). doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101929>
- Balzan, R. P., & Galletty, C. (2015). Metacognitive therapy (MCT+) in patients with psychosis not receiving antipsychotic medication: A case study. *Frontiers in Psychology*, 6, 967.
- Balzan, R., Mattiske, J., Delfabbro, P., Liu, D., & Galletty, C. (2019). Individualized Metacognitive Training (TMC+) Reduces Delusional Symptoms in Psychosis: A Randomized Clinical Trial. *Schizophrenia Bulletin*, 27-36. doi:10.1093/schbul/sby152
- Conselho Internacional de Enfermeiros [ICN] (2022, Novembro, 15). Navegador CIPE-release 2019. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Conselho Nacional de Saúde [CNS] (2019). Relatório CNS. Sem Mais tempo a perder. Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa: Conselho Nacional de Saúde;
- Enciso, C. (2018). Efectividad de un programa psicoeducativo en el empoderamiento de los pacientes con esquizofrenia. *Nure Investigacion*, agu-sep 15(95). Disponível em <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1385/8>
- Gopalakrishna, G., Iltman, M., & Malwitz, K. (2015). Predictors of length of stay in a psychiatric hospital. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 19(4), 238-244.
- Lopez-Morinigo, J.-D., Ajnakina, O., Martínez, A. S.-E., Escobedo-Aedo, P.-J., Ruiz-Ruano, V.G., Sánchez-Alonso, S., ... David, A.S. (2020a). Can metacognitive interventions improve insight in schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50, 2289-2301. doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291720003384>
- Lopez-Morinigo, J. D., Escribano-Martínez, A. S., Ruiz-Ruano, V. G., Mata-Iruralde, L., Sánchez-Alonso, S., Muñoz-Lorenzo, L., ... & David, A. (2020). S41. RANDOMISED CONTROLLED TRIAL OF METACOGNITIVE TRAINING COMPARED WITH PSYCHOEDUCATION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS: EFFECTS ON INSIGHT. *Schizophrenia Bulletin*, 46(Supplement_1), S47-S48.

Programa de Treino Metacognitivo Individual para a Psicose (TMC+)



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Moritz, S., Vizthum, F., Veckenstedt, R., Leighton, L., Woodward, T. S., & Hauschildt, M. (2012). Individualized metacognitive therapy program for psychosis (MCT+).
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho de 2015. Regulamento dos Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República n.º 122/2015, 2.ª série. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento_356_2015_PadroeQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf (ordemenfermeiros.pt)
- Pinho, L. M. G., Sequeira, C. A. D. C., Sampaio, F. M. C., Rocha, N. B., Ozaslan, Z., & Ferre-Grau, C. (2021). Assessing the efficacy and feasibility of providing metacognitive training for patients with schizophrenia by mental health nurses: A randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 999-1012.
- Pinho, L. G. (2021). Eficácia do treino metacognitivo nos delírios, alucinações, insight cognitivo e funcionalidade na esquizofrenia (Doctoral dissertation, Universitat Rovira i Virgili).
- Rozalski, V., & McKeegan, G. M. (2019). Insight and Symptom Severity in an Inpatient Psychiatric Sample. *The Psychiatric quarterly*, 90(2), 339-350. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09631-6>
- Sampaio, F., Pinho, L., Sequeira, C. & Grau, C. (2020). Treino Metacognitivo. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp.228-231). Lidel.
- Sazatornil Gonzalez, I., & Nunes, L. (2022). Evidências da utilização do treino metacognitivo na pessoa com psicose: revisão Integrativa da literatura. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing/Revista Portuguesa de Enfermagem de Saude Mental*, (27).
- Schneider, B. C., Brüne, M., Bohn, F., Veckenstedt, R., Kolbeck, K., Krieger, E., ... & Moritz, S. (2016). Investigating the efficacy of an individualized metacognitive therapy program (MCT+) for psychosis: study protocol of a multi-center randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 16(1), 1-14.
- Silva, M., Antunes, A., Loureiro, A., Azeredo-Lopes, S., Saraceno, B., Caldas-de-Almeida, J. M., & Cardoso, G. (2020). Factors associated with length of stay and readmission in acute psychiatric inpatient services in Portugal. *Psychiatry Research*, 293, 113420.
- Simón-Expósito, M. & Felipe-Castaño, E. (2019, novembro). Effects of Metacognitive Training on Cognitive Insight in a Sample of Patients with Schizophrenia. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 16(22), 1-11. doi: 10.3390/ijerph16224541.
- Sousa, L., Araújo, O. & Silva, M. (2020). Estimulação Cognitiva. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp.190-192).Lisboa: Lidel.
- Tulloch, A. D., Fearon, P., & David, A. S. (2011). Length of stay of general psychiatric inpatients in the United States: systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(3), 155-168.

APÊNDICE VII

Questionário Serviço de Internamento

Questionário Serviço Internamento

Exmos.(as) Senhores(as) Enfermeiros(as)

Caro(a) Colega

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do Instituto Politécnico de Setúbal em Associação, estamos a realizar o Estágio II, que tem como finalidade permitir o desenvolvimento de competências de avaliação diagnóstica, planeamento, prestação e avaliação de cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiatria a pessoas e famílias, grupos e/ou comunidade integradas no seu contexto e aos 3 níveis de prevenção.

Nesse sentido solicitamos a sua colaboração no preenchimento deste questionário, que é composto por duas partes: caracterização socioprofissional e questionário de avaliação das necessidades de atividades terapêuticas no Serviço de Internamento de Psiquiatria.

A vossa colaboração é extremamente **importante** e **essencial** para o desenvolvimento deste projeto.

O preenchimento do questionário dura aproximadamente 5 minutos.

Agradecemos desde já a disponibilidade dispensada, estando sempre ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Gratas pela colaboração prestada

Com melhores cumprimentos
Gina Baptista
Rita Leonardo

 ritaleonardo@gmail.com (não partilhado) [Mudar de conta](#)



*Obrigatório

PARTE I



Nome e Número mecanográfico

A sua resposta

Idade

☐ < 25 anos

☐ 25 - 35 anos

☐ 36 - 45 anos

☐ 46 - 55 anos

☐ > 55 anos

☐ Outra:

Categoria Profissional

☐ Enfermeiro Gestor

☐ Enfermeiro Especialista

☐ Enfermeiro

☐ Outra:

Se é Enfermeiro Especialista, indique a sua área de especialidade

A sua resposta _____

Tempo de experiência profissional como enfermeiro (anos):

A sua resposta _____

Tempo de experiência profissional no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (anos):

A sua resposta _____

Tempo de experiência profissional no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental com especialidade em Saúde Mental e Psiquiátrica (anos):

A sua resposta _____

PARTE II

Considera importante a realização de atividades terapêuticas com os utentes no Serviço de Internamento de Psiquiatria?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Outra: _____

Se a sua resposta anterior foi afirmativa, que atividades considera mais relevantes

- ☐ Terapia de Relaxamento
- ☐ Treino Metacognitivo
- ☐ Mindfulness
- ☐ Terapia com música
- ☐ Atividades de expressão artística
- ☐ Atividades de exterior
- ☐ Hora do conto
- ☐ Desenvolvimento de competências sociais
- ☐ Estimulação cognitiva
- ☐ Treino de atividades de vida diárias instrumentais
- ☐ Sessões psicoeducativas em grupo
- ☐ Terapia do movimento
- ☐ Outra: _____

Que outra(s) atividade(s) considera importante(s) para além das descritas?

A sua resposta _____

Qual o horário que considera mais adequado, no turno da M e da T, para a realização dessas atividades?

A sua resposta _____

Considera importante existir uma planificação semanal das atividades no Serviço de Internamento?

☐ Sim

☐ Não

☐ Outra: _____

Considera benéfico para os utentes serem incluídos precocemente em atividades no Serviço de Internamento ?

☐ Sim

☐ Não

☐ Outra: _____

Está disponível para desenvolver algumas destas atividades no Serviço de Internamento?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Outra: _____

Encontra-se disponível para ser integrado num grupo de trabalho para o desenvolvimento e implementação de algumas das atividades mencionadas?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Outra: _____

Considera importante a realização de formação sobre as atividades referidas enquanto formador ?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Outra: _____

Se sim, em que áreas estaria disponível para realizar formação?

A sua resposta _____

Considera importante a realização de formação sobre as atividades referidas enquanto formando ?

☐ Sim

☐ Não

☐ Outra: _____

Se sim, em que áreas estaria disponível para receber formação?

A sua resposta _____

Considera que este tipo de atividades evidenciam os cuidados de enfermagem, como cuidados autónomos, com ganhos para a saúde dos utentes?

☐ Sim

☐ Não

☐ Outra: _____

Obrigada pela sua colaboração, é muito importante para nós.

A sua resposta _____

Enviar

[Limpar formulário](#)