



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica

CAPACITAÇÃO DA PESSOA COM PERTURBAÇÃO
MENTAL NA AUTOGESTÃO DO REGIME
MEDICAMENTOSO

Desenvolvimento de Competências Clínicas
Especializadas na Área de Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica

EMPOWERING PEOPLE WITH MENTAL DISORDER
TO MANAGE THEIR MEDICATION REGIME -
Development of specialized clinical skills in the
area of Mental Health and Psychiatric Nursing

Relatório de Estágio Profissional

Paula Conceição Leão Coutinho
Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

CAPACITAÇÃO DA PESSOA COM
PERTURBAÇÃO MENTAL NA AUTOGESTÃO DO
REGIME MEDICAMENTOSO

Desenvolvimento de Competências Clínicas
Especializadas na Área de Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica

EMPOWERING PEOPLE WITH MENTAL
DISORDER TO MANAGE THEIR MEDICATION
REGIME - Development of specialized clinical skills
in the area of Mental Health and Psychiatric Nursing

Relatório de estágio de natureza profissional
orientado pela Professora Palmira Oliveira e
coorientado pela Professora Doutora Regina
Pires

Porto, 2025

MARIA

Chora com soluços ténues
Na noite das trevas
Do seu desencanto
Agarrada ao urso...
Lembra uma criança assustada;
Treme silenciosamente
Como plumas desgastadas
De tanto lutar
Olha-nos atentamente
Com tristeza e desconfiança;
Volta a olhar,
Abraça o urso,
Chora e aninha-se serenamente.
Olha-me nos olhos
Profundamente
Decidida:
- Senhora Enfermeira
Preciso tanto da sua ajuda.
- Eu sei Maria.
- Obrigado.

“Histórias de Mulheres em Saúde Mental”
Isilda Inês (2006)

Dedico este relatório ao meu marido, aos meus filhos e aos meus netos que sempre me incentivaram a continuar, nunca me deixaram desistir e sempre souberam que eu era capaz, mesmo quando eu própria duvidei. A vida é melhor quando temos pessoas que nos apoiam, admiram e incentivam, seja em dias de sol radiante ou em dias de tempestades cinzentas.

AGRADECIMENTO

O desenvolvimento e conclusão deste relatório de estágio, tanto como este percurso, não teriam sido possíveis sem a dedicada ajuda da Professora Palmira e da Professora Doutora Regina Pires, que me orientaram e motivaram a dar o meu melhor e concluir este percurso com sucesso e satisfação. Durante estes meses guiaram-me por um caminho desconhecido e de muitas descobertas, sem me deixarem desistir e incentivando-me a alcançar os meus objetivos, apesar dos obstáculos e dificuldades atravessadas. O meu sincero agradecimento por aceitarem o convite para me acompanharem nesta aventura onde tanto aprendi.

Às tutoras de estágio, obrigada por toda a paciência durante estes meses e por todos os conhecimentos partilhados que me tornaram não só uma profissional mais competente e completa, como também me mostraram a realidade do trabalho realizado pelos profissionais de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, tendo agora ainda mais respeito e admiração por esta área da Saúde.

O resultado não seria possível sem a ajuda e colaboração de tantos profissionais excelentes que se envolveram comigo de corpo e coração.

RESUMO

A autogestão do regime medicamentoso constitui um foco de atenção de enfermagem central na pessoa com perturbação mental, influenciando diretamente a estabilidade clínica, a redução da recorrência de hospitalizações e a funcionalidade do indivíduo na sociedade. No entanto, diversos fatores podem comprometer a autogestão terapêutica, entre eles o baixo nível de LSM. As intervenções de enfermagem para a capacitação dos clientes foram fundamentadas na Teoria das Transições de Afaf Meleis, e a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. A conceção teórica inerente à intervenção psicoeducacional foi evoluindo e, atualmente, esta não se centra apenas na transmissão de conhecimento acerca da perturbação mental e do seu tratamento, mas passa pela transmissão de informação que permita ao(à) utente e/ou à família desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a perturbação mental e os seus efeitos/consequências. O relatório tem como finalidade descrever a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, e específicas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. O estágio foi realizado em três contextos distintos, no contexto de Respostas Diferenciadas, no contexto Comunitário e no contexto de Internamento de Pessoas em Fase de Descompensação Clínica Aguda. Nestes dois últimos, foi possível identificar diagnósticos de enfermagem de potencial para melhorar o conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso. No contexto de Respostas Diferenciadas, os diagnósticos de enfermagem foram adaptados à patologia e à faixa etária. No contexto de comunidade, não foi possível implementar a intervenção psicoeducacional na totalidade, por agravamento do quadro clínico da cliente, nos outros dois contextos obtiveram-se resultados positivos, mas muito limitados, o que poderá ser explicado pelo período limitado de estágio.

Palavras-chave: Capacitação; Autogestão do regime medicamentoso; Intervenção psicoeducacional; Saúde mental; Enfermagem; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

ABSTRACT

Self-management of the medication regime is a central focus of nursing care for people with mental disorders, directly influencing clinical stability, reducing the recurrence of hospitalizations and the individual's functionality in society. However, several factors can compromise therapeutic self-management, including a low level of mental health literacy. The psychotherapeutic interventions to empower the clients were based on Afaf Meleis' Transitions Theory and Hildegard Peplau's Interpersonal Relations Theory. The theoretical conception inherent in psychoeducational intervention has evolved, and it currently focuses not only on transmitting knowledge about the mental disorder and its treatment, but also on transmitting information that allows the patient and/or family to develop understanding and learn strategies to deal with the mental disorder and its effects/consequences. The purpose of the report is to describe the acquisition and development of the competences common to the Specialist Nurse and specific to Mental Health and Psychiatric Nursing. The internship was carried out in three different contexts: in the context of differentiated responses, in the community context and in the context of hospitalization of people in a phase of acute clinical decompensation. In the two last ones, it was possible to identify nursing diagnoses with the potential to improve knowledge about self-management of the medication regimen. In the context of Differentiated Responses, the nursing diagnoses were adapted to the pathology and age group. In the community context it was not possible to implement the psychoeducational intervention in full, due to the client's worsening clinical condition, in the other two contexts positive results were obtained, but very limited, which could be explained by the limited period of the internship.

Keywords: Empowerment; Self-management of medication regimen; Psychoeducational intervention; Mental health; Nursing.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AGRM - Autogestão do Regime Medicamentoso

AGRMC - Autogestão do Regime Medicamentoso Comprometido

AGRT - Autogestão do Regime Terapêutico

ALD - Antipsicótico de Longa Duração

CAN R2.0 - *Camberwell Assessment of Need Research Version R2.0*

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DMG - Doença Mental Grave

EEESMP - Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ICN - International Council of Nurses

LSM - Literacia em Saúde Mental

n.º - número

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

NIC - *Nursing Interventions Classification*

NOC - *Nursing Outcomes Classification*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - página

PIC - Plano Individual de Cuidados

PPR - Plano de Prevenção de Recaídas

PQCEESMP - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializada de Saúde Mental e Psiquiátrica

RM - Regime Medicamentoso

TR - Terapeuta de Referência

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	13
2.1. Literacia em Saúde Mental	13
2.2. Autogestão do Regime Medicamentoso	14
2.3. Teorias e Modelos de Enfermagem	17
2.3.1. Teoria das Transições de Afaf Meleis	18
2.3.2. Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau	20
2.4. Conceção de Cuidados de Enfermagem	22
2.4.1. Intervenção Psicoeducacional	30
3. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO	
EEESMP	33
3.1. Contexto Comunitário	33
3.1.1. Caracterização de unidade de cuidados na comunidade	34
3.1.2. Intervenções desenvolvidas	36
3.1.3. Análise da intervenção psicoeducacional individual	45
3.1.4. Desenvolvimento de programas de intervenção	
psicoeducacional	46
3.2. Contexto de Respostas Diferenciadas	47
3.2.1. Caracterização de unidade de internamento de adolescentes	47
3.2.2. Intervenções desenvolvidas	48
3.2.3. Análise da intervenção psicoeducacional em grupo	54
3.3. Contexto de Cuidados a Pessoas em Fase de Descompensação	
Clínica Aguda	56
3.3.1. Caracterização da unidade de internamento de psiquiatria de	
adultos	56
3.3.2. Intervenções desenvolvidas	56
3.3.3. Análise da intervenção psicoeducacional individual	61
3.4. Análise Reflexiva da Aquisição de Competências enquanto	
EEESMP	63
3.4.1. Aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	64

3.4.2. Aquisição de Competências Específicas do EEESMP	66
4. CONTRIBUTOS DO PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	74
5. CONCLUSÃO	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS	
ANEXO I - Planeamento das sessões da Intervenção Psicoeducacional	
ANEXO II - Dinâmicas implementadas nas sessões da Intervenção Psicoeducacional	
ANEXO III - Avaliação das necessidades segundo CAN R2.0 (<i>Camberwell Assessment of Need Research Version R2.0</i>)	
ANEXO IV - Folheto - Guia para a Gestão do Regime Medicamentoso em Saúde Mental	
ANEXO V - Questionário de Avaliação da Implementação da Intervenção Psicoeducacional	
ANEXO VI - Programa “ReConstruindo Vidas”	
ANEXO VII - Sessões do Programa “Cuido de Mim”	
ANEXO VIII - Intervenção Psicoeducacional em Grupo	
ANEXO IX - Dinâmicas Implementadas nas Sessões da Intervenção	
ANEXO X - Intervenções desenvolvidas com o cliente com DMG	
ANEXO XI - Intervenções de Treino de Habilidades Sociais em Grupo	
ANEXO XII - Estudo de Caso	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - AGRM: atividades de diagnóstico e diagnósticos (OE, 2021)	25
Quadro 2 - AGRM: objetivos da intervenção do EEESMP (OE, 2021).....	26
Quadro 3 - Intervenções de enfermagem e atividades que as concretizam para a AGRMC.....	27
Quadro 4 - Conceção de cuidados para o cliente com DMG em contexto de comunidade.....	38
Quadro 5 - Diagnósticos e intervenções de Enfermagem no contexto da comunidade.....	44
Quadro 6 - Conceção de cuidados a um grupo de adolescentes em contexto de internamento	51
Quadro 7 - Conceção de cuidados para os clientes com DMG em contexto de internamento	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Representação da Teoria das Transições de Afaf Meleis (Meleis et al., 2000).....	19
Figura 2 - Fases da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau (Marriner, 1989).....	21
Figura 3 - Processo de Enfermagem (Townsend, 2011)	23

1. INTRODUÇÃO

A enfermagem de saúde mental e psiquiátrica desempenha um papel fundamental na promoção da saúde mental, na prevenção de doenças, no diagnóstico precoce e na intervenção diante de respostas humanas desajustadas ou desadaptadas a processos de transição, geradores de sofrimento ou doença mental (Ordem Enfermeiros [OE], 2018). Neste contexto, a capacitação da pessoa com perturbação mental para a autogestão do regime medicamentoso (AGRM) assume particular relevância, uma vez que influencia diretamente o curso clínico da doença, a qualidade de vida do indivíduo e da sua família, a frequência de reinternamentos e os custos associados ao tratamento e acompanhamento.

A seleção do tema: “Capacitação da Pessoa com Perturbação Mental na Autogestão do Regime Medicamentoso”, para desenvolvimento nos contextos de estágio, fundamenta-se na sua pertinência e atualidade, bem como no seu potencial de intervenção pelo Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP).

O aumento da literacia em saúde mental (LSM), constitui um fator determinante na prevenção de recaídas e hospitalizações da pessoa com doença mental, sendo essencial na capacitação da pessoa e da família. Assim, ao realizar a intervenção psicoeducacional sobre a gestão do regime medicamentoso (RM) a pessoas com perturbação mental, é possível melhorar a adesão ao tratamento, promover a autogestão da saúde e fomentar uma compreensão mais profunda da importância da continuidade e consistência no cuidado terapêutico.

No âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional – Módulo II, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, no ano letivo 2024/2025, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), foi realizado o presente relatório.

Este visa descrever e analisar, de forma crítica e reflexiva, o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista definidas no Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro, e as competências específicas do EEESMP,

de acordo com o Regulamento n.º 515/2018, de 07 de agosto, em cada um dos contextos clínicos.

Para a realização deste relatório, recorreu-se a uma pesquisa bibliográfica através da pesquisa nas bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete através do motor de busca EBSCO Host e livros da especialidade na área da saúde, disponíveis na biblioteca da ESEP acerca da temática LSM, da AGRM e da intervenção psicoeducacional, entre outras.

O estágio do Módulo II no âmbito da unidade curricular realizou-se em três unidades distintas: contexto comunitário, contexto de respostas diferenciadas e contexto de pessoas em fase de descompensação clínica aguda. Decorreu no período compreendido entre 16 de setembro de 2024 e 10 de janeiro de 2025, com a duração total de 340 horas, estando a orientação tutorial sob a responsabilidade de um EEESMP em cada contexto de estágio.

O relatório encontra-se dividido em cinco capítulos, sendo que o primeiro corresponde à introdução e o último à conclusão. O segundo capítulo apresenta o enquadramento concetual e teórico considerado relevante para o desenvolvimento das competências específicas do EEESMP, tendo como base o diagnóstico de enfermagem “Autogestão do Regime Medicamentoso Comprometido” (AGRMC). No segundo capítulo, será abordado o percurso de desenvolvimento de competências do EEESMP nos diferentes contextos onde decorreu o estágio e será efetuada uma análise reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e especializadas do EEESMP. Por último, descrevem-se os contributos do projeto de desenvolvimento de competências clínicas para a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP).

O relatório encontra-se redigido segundo o novo acordo ortográfico, apresentado segundo as normas de elaboração de trabalhos escritos da ESEP e as citações e referências bibliográficas seguem a 7ª edição da American Psychological Association [APA].

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

Para abordar o tema central, é essencial contextualizar as bases teóricas e conceituais para suportar o processo de desenvolvimento de competências proposto no decurso do Curso de Mestrado em ESMP. Será feita alusão acerca da importância da LSM, definir AGRM e a relevância de uma autogestão do regime medicamentoso eficaz, refletir sobre os contributos dos Modelos e Teorias de Enfermagem no construto da conceção dos cuidados face ao diagnóstico AGRMC, a pertinência da temática nos contextos de saúde mental e as estratégias mais adequadas de intervenção do EEESMP.

2.1. Literacia em Saúde Mental

O EEESMP, de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializada de Saúde Mental e Psiquiátrica (PQCEESMP), ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde, fornecendo informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente, promovendo a LSM (Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho).

Jorm et al. (1997), define LSM “como o conhecimento e as crenças sobre as perturbações mentais que ajudam o seu reconhecimento, gestão e prevenção” (p.182). A literacia em saúde difere da LSM, “a comunidade desconhece como intervir para prevenir, retardar, evitar e como procurar ajuda” (Chaves et al., 2020, p.57).

A capacitação das famílias também é preponderante. Quando os familiares são educados sobre as condições de saúde mental e sobre como oferecer suporte, podem contribuir significativamente para o bem-estar da pessoa, isso inclui entender como lidar com crises, oferecer apoio emocional e ajudar na gestão das atividades diárias. Famílias bem informadas podem reduzir a carga emocional e física que recai sobre os cuidadores e melhorar a dinâmica familiar, criando um ambiente mais propício para a recuperação do cliente (Camerini & Schulz, 2015).

A LSM, envolve o conhecimento, as atitudes e as habilidades necessárias para gerir a doença, contribuindo significativamente para o sucesso terapêutico e para a melhoria da qualidade de vida do cliente, promovendo uma consciente AGRM.

No próximo subcapítulo será abordado o conceito de AGRM, a diferença entre adesão e gestão e a implicação na perturbação mental.

2.2. Autogestão do Regime Medicamentoso

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma doença mental é caracterizada por uma perturbação clinicamente significativa no pensamento, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo, que está associada a sofrimento pessoal ou prejuízo nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento (World Health Organization [WHO], 2022).

Neeb (2000), identifica como ameaças à saúde mental, as mudanças na capacidade de raciocínio, na gestão emocional e na capacidade de fazer julgamentos críticos, além de dificuldades ou até impossibilidade de lidar com a realidade e de estabelecer relações interpessoais. A autora também aborda os desafios de equilibrar a saúde mental e as doenças mentais, tanto no quotidiano quanto ao longo da vida.

Segundo Townsend (2011), a doença mental é caracterizada, por um processo mal adaptativo do cliente, aos agentes stressantes da vida, manifestada por pensamentos, comportamentos e sentimentos incongruentes, segundo as normas locais e culturais, onde está inserido, interferindo com o funcionamento social, ocupacional e/ou físico do mesmo.

A OMS destaca a importância de entender que as doenças mentais resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, sociais, psicológicos e ambientais. Além disso, a organização enfatiza que, com o tratamento adequado, muitas pessoas com doenças mentais podem recuperar e levar uma vida produtiva (WHO, 2022).

A WHO (2003), reconhece que adesão ao tratamento compreende um conjunto de ações que podem incluir tomar medicamentos, obter imunização, comparecer ao agendamento de consultas e adotar hábitos saudáveis de vida.

Segundo o International Council of Nurses (ICN, 2011), o comportamento de adesão implica uma iniciativa pessoal voltada para a promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação. Os principais indicadores desse processo são a busca ativa por informações, a aplicação dessas informações para desenvolver estratégias e o uso dessas estratégias com o intuito de melhorar a saúde.

No relatório de 2003, a OMS identificou a não-adesão de tratamentos prolongados como sendo um problema mundial. Sendo que nos países desenvolvidos, a taxa de adesão ao tratamento nos doentes crónicos é, em média, de 50%, sendo mais baixa nos países em desenvolvimento (WHO, 2003).

Os conceitos, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), para o fenómeno de enfermagem, adesão, são organizados utilizando quatro aspetos dos cuidados de enfermagem: físico; mental e comportamental; sociocultural e ambiental; e espiritual (OE, 2009).

De acordo com estes quatro aspetos, a OE (2009) identifica intervenções para a prática holística da enfermagem, para o fenómeno, adesão, incluindo:

- avaliar o risco de não-adesão (incluindo aspetos físicos, mentais, comportamentais, socioculturais, ambientais e espirituais);
- identificar os diagnósticos e motivos para a não-adesão;
- proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação;
- avaliar a adesão ao tratamento.

A adesão é influenciada por vários fatores, incluindo:

- baixo estatuto socioeconómico;
- analfabetismo e baixo nível educacional;
- desemprego;

- distância dos centros de tratamento;
- custo elevado do transporte ou da medicação;
- características da doença;
- fatores relacionados com a terapêutica: complexidade e duração do tratamento, efeitos secundários;
- crenças culturais acerca da doença e do tratamento (WHO, 2003).

Identificando a WHO (2003), uma interação entre fatores inerentes: aos serviços de saúde e aos profissionais; à complexidade da terapêutica instituída; culturais, económicos e sociais; à doença de base e comorbilidades e individuais relativos ao cliente, que determinam a adesão ao tratamento.

A análise dos motivos mais relevantes para a não adesão ao RM referido pelos clientes crónicos, prende-se com o preço dos medicamentos, os efeitos secundários e o horário da administração segundo dados apresentados (Apifarma, 2010).

A adesão ao RM pressupõe obedecer a uma prescrição efetuada por um profissional de saúde, tendo evoluído o conceito para gestão do regime medicamentoso, o que implica que o cliente adquira conhecimentos e capacidades, para ser parte ativa no processo de tratamento, que seja capaz de questionar e tomar decisões (Gonçalves, 2020).

A gestão do regime terapêutico é definida por Bastos (2013), como

um conceito mais global, que engloba a adesão, mas que vai além da volição e inclui, entre outros aspetos, a capacidade de decisão sobre a mudança de um comportamento face à modificação do status de um sintoma ou face a uma nova circunstância, incorporando, por isso, o autoconhecimento e o conhecimento técnico necessário para interpretar e agir em conformidade. (p.66)

De acordo com a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2015), existe um controlo eficaz do regime terapêutico quando a pessoa integra na sua vida diária, o tratamento da doença de forma satisfatória, que seja facilitador para atingir objetivos de saúde.

Integrando as várias definições abordadas anteriormente, surge o conceito de “Autogestão do regime terapêutico” (AGRT), evidenciando o papel do conhecimento e da capacidade do cliente (Gonçalves, 2020).

Na AGRT estão englobadas três variáveis, AGRM, autogestão do regime de exercício físico, e autogestão do regime alimentar, que se completam de forma a alcançar a meta de saúde desejável. Neste relatório, irá ser abordado a AGRM.

A autogestão adequada do RM é essencial para a promoção da saúde mental, uma vez que muitas patologias, como depressão, ansiedade, transtorno bipolar e esquizofrenia, exigem tratamentos farmacológicos consistentes e prolongados. Uma abordagem eficaz dos tratamentos, incluindo a adesão correta às dosagens, horários e duração do tratamento, garante a eficácia terapêutica, reduz os riscos de efeitos colaterais e previne recaídas ou agravamentos do quadro clínico. Além disso, o acompanhamento regular por profissionais de saúde permite ajustar os tratamentos conforme necessário, respeitando as especificidades de cada indivíduo. Assim, a autogestão cuidadosa do RM não apenas contribui para a estabilização dos sintomas, mas também melhora a qualidade de vida e a funcionalidade dos clientes, promovendo a sua reintegração na sociedade (OE, 2021)

De seguida, será abordada a importância das teorias de enfermagem na planificação dos cuidados ao cliente com o diagnóstico de enfermagem presente: AGRMC.

2.3. Teorias e Modelos de Enfermagem

Autores como Bittencourt et al. (2018), que pretendem demonstrar e investigar como as teorias de enfermagem contribuem para a promoção da saúde mental, identificam como principais teorias: a Teoria das Relações Interpessoais de

Hildegard Peplau, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, a Teoria das Transições de Afaf Meleis e o Modelo de Adaptação de Callista Roy. Os referidos autores, destacam como principal conclusão, o facto de que a promoção da saúde mental é uma tarefa complexa, que deve ser abordada de maneira holística, considerando o indivíduo como um ser biopsicossocial, que passa por diversas transições, e precisa de suporte para adotar comportamentos saudáveis, sendo ressaltada a necessidade de fortalecer as bases teóricas da enfermagem, para liderar iniciativas de promoção da saúde mental na prevenção, tratamento e reabilitação, sendo a AGRM essencial.

Os modelos e teorias de enfermagem são fundamentais na conceção de cuidados, tendo sido seleccionadas para desenvolver as competências do EEESMP, a Teoria das Transições de Afaf Meleis, que explica a necessidade de compreensão do momento de vida do cliente, as suas forças e necessidades para recuperar a autonomia, e a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, que explica a importância da relação enfermeiro/cliente como essencial para a obtenção da autonomia. Sendo a autonomia definida como a capacidade adquirida pelo indivíduo, tornando-o capaz de fazer escolhas e aceitar a responsabilidade pelos seus atos (Jahoda, 1958). Uma das intervenções do EEESMP, face ao cliente com perturbação mental, consiste na capacitação para a autogestão da sua doença, incluindo a AGRM, se reunir as condições cognitivas necessárias.

2.3.1. Teoria das Transições de Afaf Meleis

A transição, é um processo que ocorre no tempo, alterando a forma como a pessoa se percebe e percebe o futuro. Dependendo dos recursos internos e externos, a pessoa vai adquirir, ou não, estratégias de *coping* eficazes, promovendo uma transição saudável. Na transição saúde/doença, a pessoa necessita de novos conhecimentos e competências para adquirir uma nova estabilidade (Meleis et al., 2000). A Figura 1 representa a Teoria de Meleis, com todos os aspetos significativos da mesma.

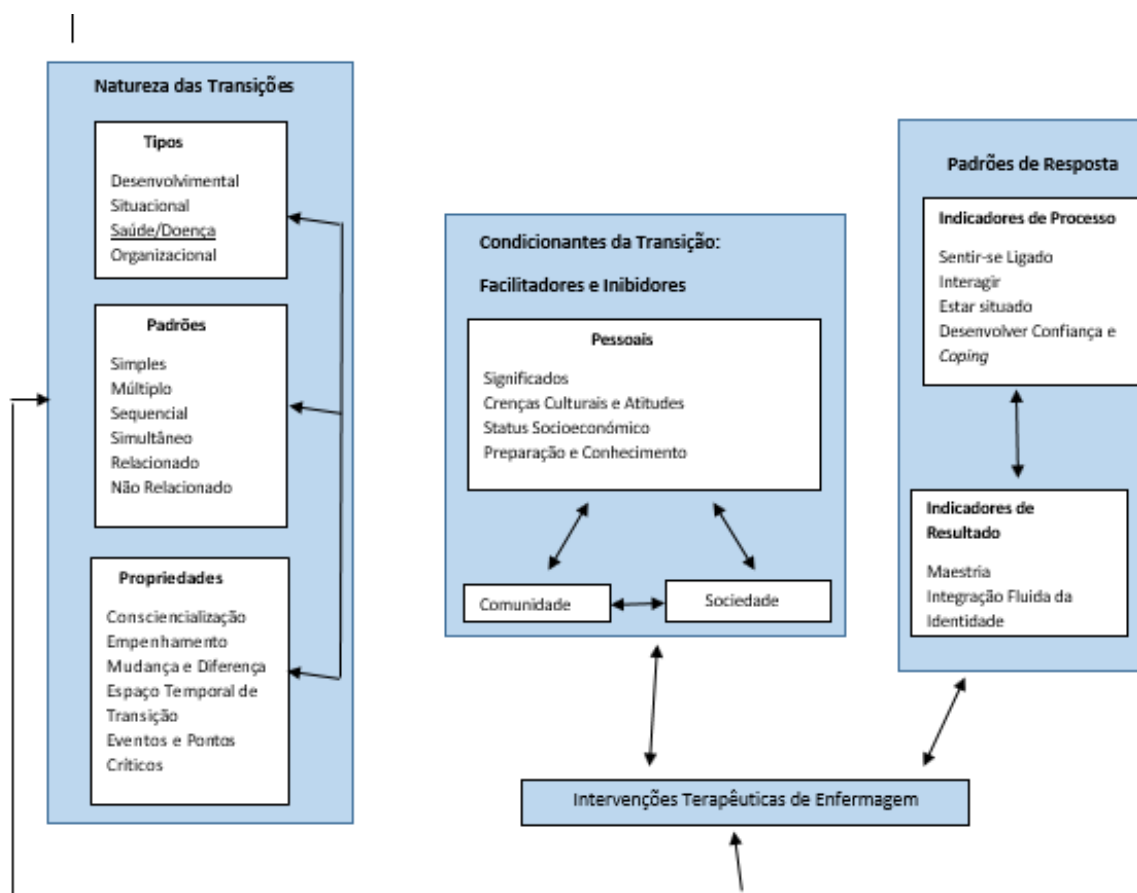


Figura 1 - Representação da Teoria das Transições de Afaf Meleis (Meleis et al., 2000)

A Teoria conforme apresentada na Figura 1, está dividida em: natureza das transições (Tipos, Padrões e Propriedades); condicionantes da transição (Pessoais, da Comunidade e da Sociedade), que irão facilitar ou inibir o processo; os padrões de resposta (Indicadores de Processo e de Resultado); e as intervenções terapêuticas de enfermagem.

De acordo com a Teoria de Meleis (2000), é função do enfermeiro avaliar a adaptação da pessoa à doença, o conhecimento ou as capacidades facilitadoras da AGRM eficaz. São fatores importantes: a consciencialização (percepção, conhecimento e reconhecimento da pessoa da mudança), o envolvimento na aquisição de competências, a volição, o significado atribuído à doença e ao tratamento, e a crença de autoeficácia (Gonçalves, 2020).

A prática de enfermagem, baseada no conhecimento da Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000), oferece aos enfermeiros uma melhor compreensão das

peessoas em processos de transição. Sendo que, a transição pode ser as mudanças vivenciadas pela família, quando um membro da mesma adoece mentalmente, surgindo alterações significativas na rotina e dinâmica familiar. É crucial fornecer à família, as informações necessárias para que se sinta apoiada e acompanhada, em momentos de adversidades, e se transforme num agente facilitador.

Os EESMP desempenham um papel crucial nesse contexto, fornecerem intervenções apropriadas que auxiliem tanto a pessoa com doença mental quanto a sua família. O objetivo é ajudá-los a adquirir novas competências e conhecimentos, assim, a modificar comportamentos que permitam enfrentar a situação de maneira mais eficaz. A parceria durante o processo de transição inclui oferecer informações detalhadas sobre a patologia, orientar sobre os recursos de apoio social disponíveis, fortalecer as conexões interpessoais e orientar a pessoa e a sua família em estratégias de adaptação às mudanças impostas pela doença. Pretende-se, estruturar intervenções capazes de interferir positivamente nos indicadores de processo, para que o cliente seja capaz de integrar a sua nova realidade de forma fluída na sua vida e atingir a desejada mestria. Neste encadeamento, são considerados indicadores de mestria, o cliente usufruir de uma vida plena, com participação na sociedade, mantendo relações interpessoais positivas, fazer a gestão da sua doença, não apresentando recaídas nem internamentos.

2.3.2. Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau

Hildegard Peplau, influenciou profundamente a enfermagem na área da psiquiatria, área onde desenvolveu a sua atividade como enfermeira na prática, no ensino e na investigação. Define enfermagem psicodinâmica como sendo um cuidar baseado no autoconhecimento, adquirindo competências para ajudar os outros a identificar as dificuldades que surgem ao longo da vida, aplicando os princípios das relações humanas. Como resultado da interação enfermeiro/cliente, os dois adquirem autoconhecimento que permite a ambos crescerem como pessoas (Peplau, 1991).

A Teoria de Peplau, é relevante para a prática de enfermagem, permitindo aos enfermeiros uma percepção diferente do estado de ser pessoa doente, sendo a doença motivo para uma estagnação ou regressão em termos de desenvolvimento do cliente, pelo que o enfermeiro vai ajudá-lo a progredir e regressar ao nível adequado do seu desenvolvimento (Townsend, 2011). Peplau desenvolve o seu modelo, descrevendo os conceitos do processo interpessoal, essenciais na relação enfermeiro/cliente, definindo quatro fases, que embora separadas, se sobrepõem ao longo da relação (Marriner, 1989), tal como representado na Figura 2.

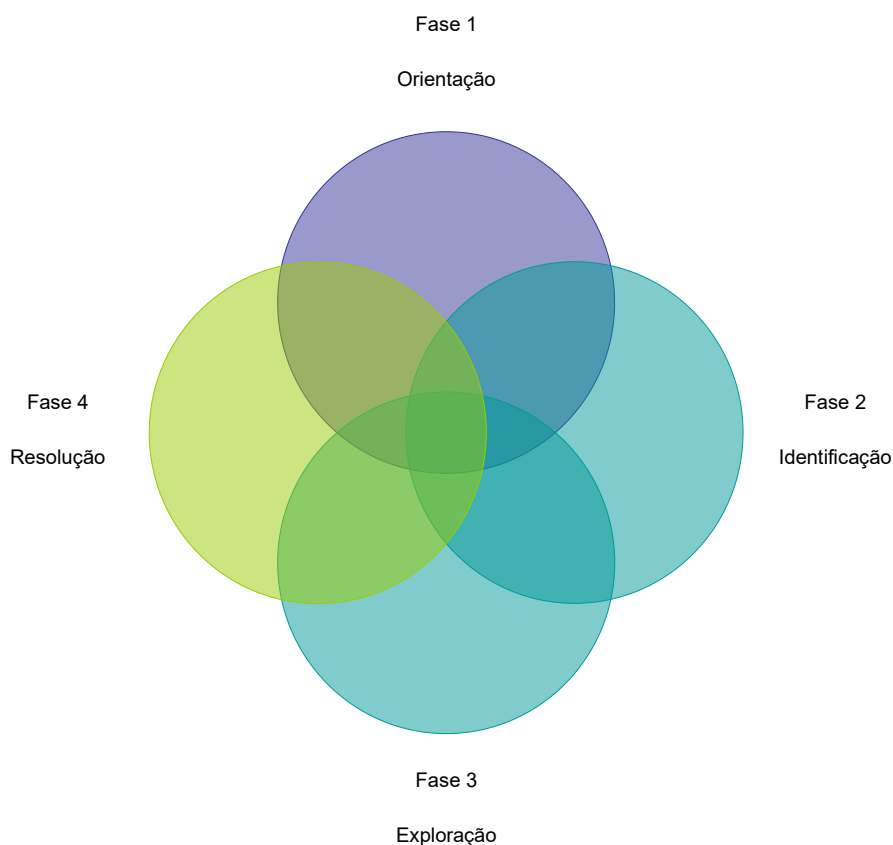


Figura 2 - Fases da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau (Marriner, 1989)

São descritas quatro fases para que a relação interpessoal se estabeleça: orientação, identificação, exploração e resolução. Na fase de orientação, o enfermeiro identificará as necessidades e informações do cliente sobre o problema que está a vivenciar. Na segunda fase, o enfermeiro ajudará a pessoa

a identificar as estratégias de acordo com as suas necessidades. Na terceira fase de exploração, a relação enfermeiro-cliente atinge o máximo potencial para alcançar os melhores resultados. Na última fase, a resolução, os clientes adquiriram competências para resolver os problemas sozinhos (Peplau, 1990). É considerada a influência da família, cultura, sociedade e ambiente no processo de cuidado e visa alcançar a independência e autonomia do cliente, proporcionando ferramentas para melhorar a sua saúde física e mental.

De acordo com a Teoria de Peplau, as relações interpessoais são essenciais para que clientes e enfermeiros cresçam e se desenvolvam juntos, sendo, por isso, um processo dinâmico.

Em síntese, podemos afirmar que a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau destaca a importância de construir relações interpessoais eficazes entre enfermeiros e clientes para promover o crescimento e desenvolvimento pessoal dos mesmos, e a Teoria das Transições de Meleis foca nas transições que os indivíduos enfrentam ao longo da vida e como os enfermeiros podem apoiar essas mudanças para promover a saúde. A junção das duas teorias pode ser fundamental para a abordagem do diagnóstico de enfermagem: AGRMC pelo EEESMP. As duas dimensões – a construção do vínculo e o apoio nas transições - são cruciais para um cuidado personalizado, que vai além da supervisão do RM, visando à melhoria da saúde mental e ao suporte contínuo durante o processo de adaptação.

No subcapítulo a seguir, será planificada a conceção de cuidados adequada, de acordo com a literatura consultada, ao diagnóstico de enfermagem AGRMC.

2.4. Conceção de Cuidados de Enfermagem

O processo de enfermagem, inerente à prática profissional, é indispensável para organizar os cuidados de forma sistemática (Neeb, 2000). Do processo fazem parte diferentes etapas: colheita de dados, definição de diagnósticos de enfermagem, planeamento dos cuidados, execução/intervenção e avaliação do processo (Neeb, 2000).

É um processo contínuo, perpetuado, enquanto a relação cliente/enfermeiro existir, até atingir os objetivos. Composto por seis fases (Figura 3), desde a apreciação, o diagnóstico, a identificação de resultados, o planeamento, a implementação e a avaliação (Townsend, 2011).

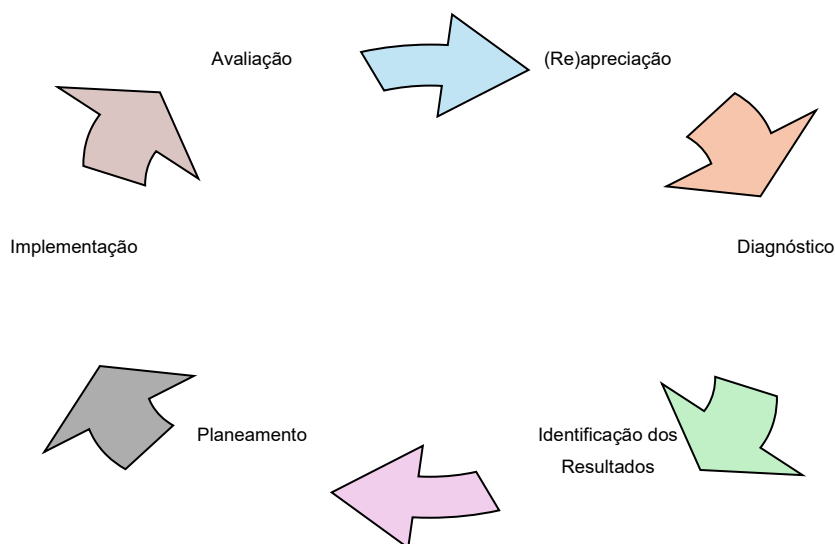


Figura 3 - Processo de Enfermagem (Townsend, 2011)

A OE, através do Regulamento n.º 190/2015, de 23 de abril, determina o Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, identificando como uma das competências dos enfermeiros, a utilização do processo de enfermagem, como instrumento para recolher e analisar dados, identificar diagnósticos, priorizar as intervenções e planificar um plano de cuidados individualizado e centrado no cliente, procedendo a uma avaliação contínua ao longo do processo.

A colheita de dados é efetuada através da entrevista, definindo como entrevista qualquer interação enfermeiro/cliente, que permite a recolha de informações sobre o cliente e da sua saúde mental (Neeb, 2000).

A mesma autora, identifica como parâmetros a avaliar na entrevista pelo EEESMP, em relação ao estado mental do cliente, facilitadores ou impeditivos da sua intervenção estruturada:

- aparência e comportamento;

- nível de consciência e orientação;
- pensamento e seu conteúdo;
- memória;
- percepção.

Os diagnósticos de enfermagem, publicados pela NANDA (2008), servem para uniformizar, definições e nomenclaturas, em relação ao indivíduo ou comunidade a problemas de saúde potenciais ou presentes.

O planeamento de cuidados, permite estabelecer prioridades em conjunto com o cliente, definir objetivos a curto e longo prazo, integrando o cliente nas decisões e na definição das prioridades (Neeb, 2000).

Se os diagnósticos de enfermagem forem definidos com base na NANDA, as intervenções de enfermagem encontram-se descritas no *Nursing Interventions Classification* (NIC) (Bulechek et al., 2010) e os resultados obtidos encontram-se descritos no *Nursing Outcomes Classification* (NOC) (Moorhead et al., 2010).

A avaliação permite determinar o progresso do cliente, em direção aos resultados esperados e a eficácia da intervenção implementada (Townsend, 2011).

Por outro lado, em Portugal, o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, em vigor para a informatização dos processos clínicos dos clientes, utilizam a linguagem da CIPE®.

A CIPE®, foi desenvolvida pelo ICN e visa uniformizar conceitos e catalogar diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados, criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros. Para além disso, serviu de base ao desenvolvimento da Ontologia de Enfermagem.

A Ontologia de Enfermagem, comporta quatro classes de informação: dados que resultam de avaliação a partir do cliente, diagnósticos, intervenções e resultados/ indicadores de enfermagem (OE, 2021).

O Quadro 1, identifica os dados que fundamentam a definição do diagnóstico de enfermagem, de acordo com a Ontologia de Enfermagem, tendo como foco de atenção, a AGRM.

Quadro 1 - AGRM: atividades de diagnóstico e diagnósticos (OE, 2021)

Foco - área de atenção relevante para o EEESMP
Autogestão do Regime Medicamentoso
Atividades de diagnóstico
Avaliar capacidade para gerir o RM Avaliar conhecimento sobre AGRM Avaliar significado atribuído ao RM Avaliar consciencialização sobre compromisso na AGRM Avaliar autoeficácia para gerir o RM Avaliar acesso a dispositivos face ao compromisso na AGRM Avaliar potencial para melhorar o conhecimento Avaliar potencial para melhorar a capacidade
Atividade de diagnóstico - avaliar conhecimento sobre RM
Descreve a via de administração do medicamento Descreve o efeito pretendido com o medicamento Descreve efeitos secundários/interação do medicamento Descreve o armazenamento do medicamento
Resultado
Com/Sem conhecimento sobre RM
Atividade de diagnóstico - avaliar capacidade para gerir o RM
Capaz de organizar a medicação conforme horário Capaz de preparar a medicação conforme a dose Capaz de administrar a medicação pela via adequada Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas
Resultado
Com/Sem capacidade para gerir RM
Atividade de diagnóstico - avaliar potencial para melhorar o conhecimento
Capacidade cognitiva Consciencialização das mudanças no seu estado de saúde Força de vontade expressa na aprendizagem Envolvimento no processo de ensino/aprendizagem
Resultado
Com/Sem potencial para melhorar o conhecimento
Atividade de diagnóstico - avaliar potencial para melhorar a capacidade
Capacidade física Consciencialização das mudanças no seu estado de saúde Força de vontade expressa para a aprendizagem Envolvimento no processo de ensino/aprendizagem Conhecimento adquirido sobre AGRM

Resultado
Com/Sem potencial para melhorar a capacidade
Diagnósticos de enfermagem para o EEESMP (OE, 2021)
- AGRMC - o cliente não gere as recomendações referentes ao RM de forma adequada (Gonçalves, 2020).
Potencial para melhorar conhecimento sobre AGRM
Potencial para melhorar capacidade para gerir RM
Potencial para melhorar a consciencialização sobre compromisso na AGRM
Potencial para melhorar significado atribuído ao RM
Potencial para melhorar o acesso aos dispositivos aconselhados

Foram definidos objetivos a atingir após implementação das intervenções de enfermagem adequadas, para o diagnóstico de enfermagem AGRMC, de acordo com a OE (2021), apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 - AGRM: objetivos da intervenção do EEESMP (OE, 2021)

Objetivos da Intervenção do EEESMP
Determinar evolução da AGRM
Promover a AGRM
Assegurar a continuidade de cuidados

Para a avaliação da eficácia das intervenções implementadas pelo EEESMP, foram selecionados os indicadores de resultado NOC: Conhecimento do processo de doença; NOC: Comportamento de adesão; e NOC: Conhecimento: medicação, estes serão utilizados na avaliação inicial e na final. A comparação dos resultados irá proporcionar ao EEESMP a avaliação do percurso decorrido desde a avaliação inicial até ao término da intervenção.

As intervenções do EEESMP e as atividades que as concretizam, prescritas em função dos diagnósticos identificados, encontram-se descritas no Quadro 3, e pretendem contribuir para a melhoria do conhecimento, da capacidade, da consciencialização e do significado atribuído, promovendo uma transição saudável.

Quadro 3 - Intervenções de enfermagem e atividades que as concretizam para a AGRMC

Intervenções do EEESMP: AGRMC (Gonçalves, 2020)
Promover a consciencialização do cliente relativamente ao RM Promover o envolvimento do cliente Assistir ao reconhecimento da importância do RM Assistir na reformulação do significado atribuído ao RM Ensinar sobre o RM Instruir sobre o RM Treinar capacidades relacionadas com a AGRM
Intervenções do EEESMP: Melhorar consciencialização sobre compromisso na AGRM (OE, 2021)
Atividades para: Melhorar consciencialização sobre compromisso na AGRM (NIC, 2010)
Aumentar a orientação do cliente para a realidade Monitorizar o estado emocional do cliente Encorajar a verbalização de sentimentos, perceções e preocupações Auxiliar o cliente a consciencializar-se da suscetibilidade às complicações Auxiliar o cliente a consciencializar-se da capacidade de gerir a doença Facilitar a aceitação da situação pelo cliente Auxiliar o cliente a imaginar ações alternativas de menor risco ao estilo de vida Encorajar tomada de decisão Encorajar tomada de decisão para comportamentos de adesão Incentivar tomada de decisão
Intervenções do EEESMP: Melhorar conhecimento sobre AGRM (OE, 2021)
Avaliar evolução do conhecimento sobre AGRM Executar intervenção psicoeducacional
Atividades para: Melhorar conhecimento sobre AGRM (NIC, 2010)
Estabelecer comunicação Oferecer tempo ao cliente para fazer perguntas e conversar sobre preocupações Estabelecer um ambiente de aprendizagem que estabeleça contacto o mais rápido possível com o cliente Explicar como as informações auxiliarão o cliente a alcançar as metas Auxiliar o cliente a perceber a gravidade da doença Auxiliar o cliente a reconhecer as opções de tratamento existentes Ensinar sobre evolução da doença Ensinar sobre AGRM Ensinar sobre RM Ensinar sobre resposta à medicação Ensinar sobre efeitos secundários da medicação Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância Ensinar sobre AGRM através da intervenção psicoeducacional Providenciar material de leitura sobre RM

Intervenções do EEESMP: Melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na AGRM (OE, 2021)
Avaliar a evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na AGRM Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na AGRM
Atividades para: Melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na AGRM (NIC, 2010)
Treinar a utilização de caixas de comprimidos e aplicações no telemóvel
Intervenções do EEESMP: Melhorar capacidade para AGRM (OE, 2021)
Avaliar evolução da capacidade para gerir RM Instruir a administrar a medicação Treinar a administrar a medicação
Atividades para: Melhorar capacidade para AGRM (NIC, 2010)
Auxiliar o cliente a reconhecer a capacidade de controlar a progressão da doença Reforçar as capacidades Instruir sobre medicação prescrita
Intervenções do EEESMP: Melhorar significado atribuído ao RM (OE, 2021)
Avaliar evolução do significado atribuído ao RM Assistir cliente a analisar o significado dificultador Executar escuta ativa
Atividades para: Melhorar significado atribuído ao RM (NIC, 2010)
Lidar com as preocupações específicas do cliente Explicar como experiências desagradáveis do passado do cliente em termos de saúde diferem da situação atual Auxiliar o cliente a perceber que a situação atual é diferente de alguma situação anterior stressante
Intervenções do EEESMP: Melhorar o acesso aos dispositivos aconselhados (OE, 2021)
Avaliar evolução do acesso a dispositivos face ao compromisso na AGRM Avaliar a evolução da AGRM Ensinar sobre acesso a dispositivos Providenciar os dispositivos aconselhados Referenciar ao serviço social o compromisso no acesso a dispositivos
Atividades para: Melhorar o acesso aos dispositivos aconselhados
Verificar a utilização dos dispositivos Verificar a efetividade do apoio do serviço social
Intervenções do EEESMP: Assegurar continuidade de cuidados (OE, 2021)
Planear a alta Executar educação em saúde sobre recursos da comunidade Referenciar e articular entre TR dos vários contextos de cuidados
Atividades para: Assegurar continuidade de cuidados. Plano de alta (NIC, 2010)
Elaborar carta de alta Telefonar para o TR da comunidade/hospital/centro de dia aquando da alta Efetuar marcações prévias para o acompanhamento ser contínuo Assistir quanto a recursos financeiros Auxiliar o cliente/familiares/pessoas importantes a se prepararem para a alta Determinar as capacidades do cliente para a alta hospitalar

Colaborar com o médico, cliente/familiares/pessoas importantes e outros membros da equipa de saúde no planeamento da continuidade dos cuidados de saúde Coordenar os esforços de diferentes provedores de cuidados de saúde para garantir uma alta oportuna Identificar a compreensão que o cliente e cuidador principal têm dos conhecimentos ou habilidades necessárias após a alta Identificar as necessidades de ensino do cliente para o cuidado após a alta Monitorizar a prontidão para a alta Comunicar os planos de alta do cliente Documentar os planos de alta do cliente no processo Formular um plano de manutenção para o acompanhamento após a alta Auxiliar o cliente/familiares/pessoas importantes a planearem o ambiente de apoio necessário ao oferecimento de cuidado pós-hospitalar ao cliente Elaborar um plano que leve em conta os cuidados de saúde, as necessidades sociais e financeiras do cliente Agendar uma avaliação pós-alta Encorajar o autocuidado Organizar a alta para o nível seguinte de atendimento Providenciar o apoio ao cuidador quando adequado Discutir os recursos financeiros quando houver necessidade de providências de cuidados de saúde após a alta Coordenar os encaminhamentos relevantes para provedores de cuidados de saúde
--

De acordo com a Teoria de Meleis (2000), o cliente, no fim da intervenção, deverá atingir indicadores de mestria para o diagnóstico identificado e de acordo com os objetivos definidos pelo EEESMP e o cliente. Assim, foram definidos como indicadores de mestria para este diagnóstico: o cliente demonstra conhecimento para a AGRM e demonstra capacidade para a AGRM (OE, 2021).

Nas situações em que o cliente não apresenta capacidade para a aprendizagem, a intervenção do EEESMP deve ter como alvo o cuidador com potencialidade, e intervir sobre ele, prescrevendo as intervenções: ensinar o cuidador sobre RM; instruir o cuidador sobre RM; treinar com o cuidador estratégias facilitadoras da AGRM (Gonçalves, 2020).

Estando identificada, a intervenção psicoeducacional, como eficaz, relativamente aos diagnósticos AGRMC com potencial para melhorar o conhecimento sobre o RM, e com potencial para melhorar a capacidade sobre o RM, esta será abordada no próximo subcapítulo.

2.4.1. Intervenção Psicoeducacional

As intervenções de enfermagem no âmbito da saúde mental, têm como objetivo proporcionar alívio ao desconforto emocional, aprimorar a interação social do cliente e fortalecer as suas capacidades para lidar de maneira eficaz com diferentes situações do dia a dia (Neeb, 2000).

De acordo com o descrito, na concepção de cuidados, as intervenções no âmbito de um programa de psicoeducação, pretendem contribuir para a capacitação do cliente com perturbação mental, na autogestão do seu RM.

Segundo Cordioli (2019, como citado em Bruggmann et al., 2022, p.558),

a psicoeducação é uma técnica utilizada pelo enfermeiro no contexto da saúde mental, em perspetiva individual ou a partir da formação de grupos e, assim como a reestruturação cognitiva e o *insight*, caracteriza-se como fator cognitivo estratégico para a modificação do pensamento e comportamento humano.

As intervenções psicoeducacionais ainda proporcionam ampliação do autoconhecimento, conhecimento sobre a perturbação mental, sinais e sintomas agudos, tratamentos específicos, fenómenos mentais e prevenção de recaídas (Bruggmann et al., 2022).

Desta forma, é relevante definir e estabelecer a diferença entre “educação para a saúde” e “psicoeducação”. De acordo com o parecer da Mesa da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental (2023), a intervenção psicoeducacional tem como objetivo facultar LSM, utilizando técnicas que tornem possível o aumento do conhecimento sobre doença mental; causas e fatores de risco; procura de ajuda adequada e profissional; promoção de uma saúde mental positiva. O mesmo organismo realça que só o EEESMP detém competências específicas para a execução desta intervenção.

A educação para a saúde tem o objetivo de promover comportamentos de prevenção de doença, facultando informação sobre hábitos de vida saudável,

por outro lado, a psicoeducação tem o objetivo de capacitar a pessoa com doença mental, para adquirir hábitos que melhorem a gestão da doença, prevenindo recaídas e internamentos (Sampaio et al., 2023).

Para a intervenção psicoeducacional ser possível e eficaz, o cliente tem de apresentar capacidade cognitiva que lhe permita entender e integrar a informação, reconhecer a necessidade e ter volição para adquirir novos conhecimentos sobre a sua patologia, para conseguir integrar a doença na sua vida.

O EEESMP “implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais”, que integra intervenções sistémicas, didáticas e psicoterapêuticas, planeadas para informar o cliente e/ou família/cuidador, sobre a patologia, tratamento e percurso previsível, proporcionando uma adequada gestão da doença (Regulamento n.º 515/2018, de 07 de agosto, p.21430).

A psicoeducação, no âmbito “da literacia em saúde, pode ser aplicada em grupo, quando os elementos partilham o mesmo problema de manutenção da saúde, ou individualmente” (Amaral et al., 2020, p.174).

São objetivos da intervenção psicoeducacional para a AGRM, de acordo com Amaral et al. (2020) e Gonçalves (2020):

- fornecer informação facilitadora da transição saúde/doença;
- fornecer informação sobre a patologia, sintomas e sinais de recaída;
- fornecer informação sobre o momento de pedir ajuda e como proceder;
- promover a compreensão da importância do RM na gestão da patologia mental;
- desenvolver intervenções estruturadas, que permitam ao cliente adquirir conhecimento, competências e consciencialização para uma adaptação saudável à doença;

- identificar e abordar as barreiras específicas à gestão do RM enfrentadas pelos clientes;
- fornecer suporte contínuo e educação aos clientes sobre a importância da gestão do RM;
- capacitar os clientes a participar ativamente do seu próprio plano de tratamento;
- capacitar os clientes na gestão do RM;
- fornecer suporte contínuo e educação às famílias/cuidadores sobre a importância da gestão do RM, se cliente dependente ou sem capacidade cognitiva.

Em função dos contextos de estágio, a intervenção psicoeducacional decorrerá durante o período de estágio, na unidade de saúde ou no domicílio do cliente.

De acordo com os critérios de inclusão definidos por Amaral et al. (2020), o EEESMP terá identificado um diagnóstico no âmbito do conhecimento e o cliente deverá apresentar motivação para participar na intervenção. São critérios de exclusão, a presença de estado confusional; agitação psicomotora; déficit cognitivo grave e sintomatologia heteróloga grave (Sampaio et al., 2023).

3. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EEESMP

Os locais de estágio clínico desempenham um papel crucial no desenvolvimento das competências necessárias para os EEESMP. Esses locais abrangem os contextos de comunidade, de áreas de resposta diferenciada e de unidades de internamento.

Os estudantes são desafiados a aprimorar competências específicas, com um enfoque na abordagem holística da pessoa, tendo como base o processo de tomada de decisão clínica em enfermagem. Isso implica identificar as necessidades dos clientes que necessitam de intervenção de enfermagem, constituindo-se, portanto, diagnósticos de enfermagem, seguindo o planeamento e a implementação das intervenções psicoterapêuticas de enfermagem, que visam a promoção da saúde mental, obtendo ganhos significativos na saúde das pessoas.

O planeamento da intervenção psicoeducacional compreende uma sessão inicial, em que será realizada a entrevista clínica, três sessões de psicoeducação (Anexo I), e a sessão final de avaliação da implementação da intervenção e da eficácia da mesma, através das NOC já mencionadas na conceção de cuidados, a avaliação de *follow-up* não será possível concretizar, pela limitação do tempo de estágio. Cada sessão será constituída por dinâmicas interativas, práticas e adaptadas ao contexto e ao cliente (Anexo II), com a duração de 45 minutos.

3.1. Contexto Comunitário

O estágio no contexto comunitário decorreu no Centro de Responsabilidade Integrada de Saúde Mental, da zona Norte, durante o período de 16 de setembro a 16 de outubro, com um total de 125 horas. Esta unidade foi criada de acordo com o Decreto-Lei n.º 118/2023, de 20 de dezembro e a Portaria n.º 73/2024, de 29 de fevereiro, sendo constituída por uma equipa multiprofissional. A alteração de paradigma na organização dos cuidados prestados ao cliente com doença mental na comunidade, procurando acompanhar a evolução das necessidades em saúde da população, pretende, de acordo com a referida portaria, melhorar

as respostas em saúde mental em Portugal, definindo cinco eixos de intervenção: (1) desinstitucionalizar os doentes residentes em hospitais psiquiátricos ou em instituições do setor social; (2) concluir a cobertura nacional de serviços locais de saúde mental, nas vertentes de internamento, ambulatório e intervenção comunitária; (3) alargar a Rede Nacional de Cuidados Integrados; (4) reorganizar os serviços de psiquiatria forense; (5) implementar os planos regionais de saúde para as demências.

3.1.1. Caracterização de unidade de cuidados na comunidade

A equipa de saúde multidisciplinar é constituída por médicos com a especialidade de psiquiatria, psicólogos clínicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e EEESMP.

A equipa de enfermagem encontra-se dividida por áreas geográficas e por áreas de intervenção, privilegiando o acompanhamento das pessoas com Doença Mental Grave (DMG) e o tratamento das Doenças Mentais Comuns em colaboração com os Cuidados de Saúde Primários. Sendo da responsabilidade, da Enfermeira tutora, responsável pela minha supervisão, a área da Saúde Mental Grave, como Terapeuta de Referência (TR), dos clientes com prescrição de Antipsicótico de Longa Duração (ALD) na comunidade, da sua área de intervenção.

De acordo com Schinnar et al. (1990), que identificam três fatores determinantes para ser considerada como DMG, o diagnóstico clínico (psicose não orgânica ou distúrbio da personalidade), a duração do contacto com os serviços de saúde (pelo menos dois anos) e a incapacidade com repercussões a nível funcional do indivíduo (social, familiar e laboral). O Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, define DMG como a “doença psiquiátrica que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa” (p. 258). Ruggeri et al. (2000), reformulam a definição de DMG tendo em consideração os dois critérios duração e funcionalidade, integrando, assim, todas as doenças mentais. O Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de

Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com DMG, emitido pela OE (Martins et al., 2021), considera o critério bidimensional.

As pessoas com DMG apresentam dificuldades na realização das tarefas diárias, na interação interpessoal e com o meio, com impacto negativo na sua vida (Gühne et al., 2015).

Educar os clientes acerca das suas doenças crónicas, benefícios do tratamento e complicações associadas à não-gestão, é muito importante (Williams, 2001). A educação e a motivação vão permitir ao cliente a autogestão da doença, mas o envolvimento da família e dos profissionais de saúde é peça chave na promoção e manutenção da adesão ao tratamento e às alterações no estilo de vida.

Estão identificadas intervenções de enfermagem no ICN (2011), no âmbito da adesão que englobam estratégias educacionais e comportamentais. Segundo Balkrishnana (2005), para a intervenção do EEESMP ser eficiente, é necessário combinar várias estratégias educacionais e comportamentais. Identificando como estratégias comportamentais o reforço do comportamento positivo do cliente e os lembretes, e como educacionais, o ajuste dos esquemas terapêuticos para esquemas simplificados, facultar informação sobre medicação e efeitos secundários esperados e a motivação do cliente para as alterações no estilo de vida causadas pela patologia e pela medicação.

Em relação ao papel do enfermeiro nas Equipas de Saúde Mental na Comunidade e de acordo com a OE, no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, encontra-se definido como unidades de competências e critérios de avaliação da sua atividade como EEESMP,

desempenhar funções de terapeuta de referência podendo coordenar programas de gestão de casos, de apoio específico às pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada e suas famílias, com o objetivo de o cliente conseguir acesso aos recursos

apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde. (Regulamento n.º 515/2018, de 07 de agosto, p.21429)

Estas equipas “promovem o tratamento, a reabilitação e a reintegração psicossocial das pessoas com problemas de saúde mental e desenvolvem estratégias de promoção da saúde e de prevenção da doença” (Gago et al., 2023, p.12).

O mesmo documento define as funções dos TR como sendo o elemento responsável por “assegurar a continuidade dos cuidados e a coordenação das várias intervenções, de acordo com o Plano Individual de Cuidados (PIC) e o Plano de Prevenção de Recaídas (PPR) do cliente”, realizando intervenções psicoeducativas e familiares, treino e desenvolvimento de competências e funcionalidade em ambulatório (Gago et al., 2023, p.36).

3.1.2. Intervenções desenvolvidas

Todos os contactos com os clientes são oportunidades de intervenção por parte do EEESMP, a intervenção do mesmo como TR abrange os objetivos de: administração da terapêutica prescrita; aferir sobre a adesão à terapêutica oral; efetuar uma análise holística da pessoa; ouvir a pessoa sobre dificuldades percecionadas; observar sintomas de recaídas; avaliar a motivação para a manutenção das atividades sociais ou motivação para ingressar em atividades, promovendo o contacto social e evitando o isolamento.

Nas visitas domiciliárias, ou na unidade, sempre que o cliente está acompanhado por um familiar, o TR, oportunamente, e em diálogo, infere sobre a perceção do familiar em relação ao comportamento do cliente, construindo uma aliança de cooperação família/TR para o bem maior do cliente.

Em todas as consultas realizadas, o EEESMP realiza várias intervenções psicoterapêuticas breves, que permitam dar resposta ao que é impactante no momento para o cliente. A maioria dos clientes não têm *insight* para a doença e não identificam as suas alterações comportamentais como sendo resultado da mesma. Foram utilizados os instrumentos psicométricos definidos para a DMG,

bem como as atividades essenciais para este nível de diferenciação da unidade (Gago et al., 2023), adaptadas e adequadas ao meu cliente.

O cliente selecionado tem um diagnóstico médico de esquizofrenia paranoide que apresenta como sintoma principal a suspeição, podendo ter comportamentos agressivos e hostis, estando ausentes sintomas como afeto incongruente e associações no discurso. Os delírios mais comuns são os de grandeza e de perseguição acompanhados por alucinações auditivas e visuais. Nestas situações, a literatura sugere como intervenções do EEESMP, manter um ambiente calmo e acolhedor e construir uma relação de confiança com o cliente utilizando técnicas de comunicação terapêuticas (Neeb, 2000).

Na seleção do cliente, foi utilizado como critério de inclusão relevante e diferenciador neste contexto-cliente com múltiplos internamentos por abandono da terapêutica instituída e faltas às consultas de seguimento. O cliente selecionado obedece aos critérios de inclusão, tendo tido alta recentemente. Foi alvo de uma primeira visita domiciliária, antes dos 21 dias após alta, de acordo com os padrões de qualidade de cuidados prestados no Centro de Responsabilidade Integrado (Gago et al., 2023). No Quadro 4, está descrita a conceção de cuidados para o cliente com DMG em contexto de comunidade.

Quadro 4 - Conceção de cuidados para o cliente com DMG em contexto de comunidade

Cliente - Género feminino, 38 anos. Estado Civil: solteira. Habilitações literárias: 6º ano. Situação Laboral: desempregada. Situação Familiar: vive com os pais. Três internamentos voluntários entre 2015 e 2017, com diagnóstico médico de psicose tóxica. Em 2018, 2021 e 2024 internamentos involuntários, com diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Recorrente abandono da terapêutica instituída e faltas às consultas de seguimento.		
Critérios de inclusão - Cliente com múltiplos internamentos por abandono da terapêutica instituída e faltas às consultas de seguimento		
Avaliação Inicial	Entrevista Clínica	Dados relevantes: Discurso organizado e fluente Pensamento - Delírios - Com delírios de cariz místico Humor eutímico Cliente sem crítica para a sua situação, sem <i>insight</i> Perceção - Alucinações - Sem alucinações Comportamento aditivo - Uso de tabaco - 2 maços/dia Sono - Com muitos despertares para ir ao WC, sono não reparador Memória - sem alterações, avaliação efetuada no decorrer da entrevista, com análise do discurso.
	Instrumentos Psicométricos	NOC: Cognição - Apresenta capacidade para ficar atenta e concentrada - Apresenta comunicação clara e adequada à idade - Apresenta leve comprometimento da memória imediata, recente e remota - <i>Score 47</i> - apresenta capacidade cognitiva NOC: Conhecimento do processo de doença - identifica o nome da sua “doença”, mas não identifica como sendo uma doença, “apenas um problema cujo fim está para breve, pois é uma questão de fechar algumas portas para o mal (que já fechou), sic”. Não descreve sinais, sintomas ou complicações. NOC: Comportamento de adesão - não procura informação e não pesa riscos /benefícios do seu comportamento NOC: Conhecimento: medicação - GRT assegurada pela própria, com uso de estratégias (divisórias em móvel da cozinha, separando por horário de administração, mas sem controlo de esquecimentos).

Diagnósticos de Enfermagem de Saúde Mental Emergentes (OE, 2021)	Sono comprometido - não é o momento para intervir AGRM - comprometido Comportamento aditivo - uso de tabaco - não é o momento oportuno para intervir Potencial para melhorar conhecimento sobre AGRM Potencial para melhorar capacidade sobre AGRM
Intervenções de Enfermagem Planeadas como TR (Gago et al., 2023) e definidas para a DMG (OE, 2021) de acordo com os diagnósticos identificados	Investigar o contexto clínico, social, cultural e emocional da cliente Avaliação das necessidades segundo CAN R2.0 (<i>Camberwell Assessment of Need Research Version R2.0</i>) - (Anexo III) Elaborar PIC e o PPR Intervenção psicoeducacional (Anexo I) Escutar ativamente a pessoa e a família Elaborar planos de atividades, estimulando a autonomia Fornecer folheto sobre AGRM (Anexo IV)
Avaliação Final	NOC: Conhecimento do processo de doença NOC: Comportamento de adesão NOC: Conhecimento: medicação Questionário de avaliação da implementação da intervenção psicoeducacional (Anexo V)

O primeiro contacto com a equipa de cuidados na comunidade serve para apresentar a equipa, definir e apresentar o TR, validar o esquema terapêutico e o seu cumprimento, elaborar a folha de terapêutica, agendar a administração de ALD, fornecer contactos do TR ao cliente e família e fazer uma avaliação global do cliente no após a alta imediata, através da entrevista clínica e instrumentos psicométricos, relevantes para identificar diagnósticos de enfermagem de saúde mental.

A folha de terapêutica tem como finalidade, de uma forma simples e atrativa, esquematizar por dias e refeições o esquema medicamentoso, tendo sido identificado pela OMS um fator predominante para o abandono da medicação, os esquemas complexos e/ou dificuldade do cliente em o interpretar (WHO, 2003). A folha de terapêutica torna-se um valioso aliado do TR na gestão do tratamento, capacitando a cliente para a autogestão da sua medicação, promovendo a autoestima e o autoconceito de si mesma.

Os instrumentos psicométricos utilizados confirmam a necessidade de intervenção, no âmbito do conhecimento para capacitar a cliente.

Neste contexto, foi definido como diagnóstico de enfermagem de saúde mental, “Autogestão do Regime Medicamentoso Comprometido”, “Potencial para Melhorar Conhecimento sobre Autogestão do Regime” e “Potencial para Melhorar a Capacidade sobre AGRM”.

Quando abordada a cliente, para ser alvo de uma intervenção psicoterapêutica estruturada, a mesma não se mostrou disponível no momento, solicitando a decisão para a próxima consulta. A motivação, fator indispensável para adquirir novos comportamentos e atingir objetivos, dinâmica e variável ao longo do tempo e dependente de fatores internos (impulsos, desejos), e externos (pressões externas e objetivos que influenciam a pessoa), qualquer intervenção planeada pelo enfermeiro, está dependente da motivação do cliente. Neste momento e de acordo com os estadios de mudança, definidos por Prochaska et al. (1992), pode referir-se que a cliente se encontra na fase de contemplação. Apesar de identificar os problemas, ainda não se consegue mobilizar para alterar o comportamento, mantendo-se ambivalente. Nesta fase, a equipa fornece

informação pertinente e ajuda a analisar os prós e contras da mudança, estabelece relação de confiança, promove um desequilíbrio entre argumentos ambivalentes da cliente, enfatiza a liberdade de escolha e adia a decisão para uma próxima sessão (Barroso, 2020).

Com a necessidade de alterar a volição da cliente, foi planeada uma estratégia motivacional, para ser implementada em conjunto com a intervenção psicoeducacional. Na estratégia motivacional, recorreremos à escuta ativa, o respeito e a empatia para compreender a perspetiva da cliente e diminuir a sua ambivalência, no sentido de estimular a mudança de comportamento (Rollnick & Miller, 1995).

A intervenção psicoeducacional contemplou três sessões, com 45 minutos cada, as datas foram definidas, conciliando a disponibilidade da cliente e da Enfermeira Tutora e o período contemplado para a realização do estágio, e foram realizadas no domicílio da cliente. Foram definidos objetivos para cada uma das sessões (Anexo I). As sessões foram desenvolvidas com dinâmicas interativas, para manter a atenção da cliente. O *follow-up* será efetuado pelo TR da cliente aos três meses e aos seis meses. Será efetuada através da NOC: Conhecimento do processo de doença; da NOC: Comportamento de adesão e da NOC: Conhecimento: medicação.

Num segundo contacto, foram avaliadas as necessidades da cliente, segundo o questionário CAN R2.0 (*Camberwell Assessment of Need Research Version R2.0*), adaptado e validado para a população portuguesa em dezembro de 1996 por Joaquim Gago, composto por 22 itens abrangendo diferentes áreas desde necessidades básicas, autocuidado, recursos económicos, interação social e relacionadas com a patologia, permitindo avaliar a perspetiva do cliente e do técnico (Anexo III). Esta avaliação serve de base à negociação para elaboração do PIC, de acordo com as necessidades detetadas e as prioridades da cliente. Desta avaliação emergiu um diagnóstico de enfermagem, não identificado na entrevista clínica - Autoconceito comprometido - Obesidade. Abordando esta prioridade com a cliente, foram mencionadas estratégias de resolução do problema. Porém, sem sucesso, pois a cliente identifica o problema, mas como

não apresenta volição neste momento para se relacionar socialmente, encontra como solução única, o uso de passadeira em casa, identificando o fator económico como impeditivo de implementar a solução. Outra solução seria a alteração dos hábitos alimentares, aos quais a cliente também encontra vários impeditivos, para não ser viável, pelo que, após intervenção, a cliente mantém estadio de contemplação. Foi efetuada a primeira sessão de intervenção psicoeducacional com pouca adesão da cliente.

Nos restantes contactos, a cliente demonstra agravamento da sintomatologia, estando mais renitente à nossa presença, refere administração de medicação oral conforme prescrita, sono com vários acordares para ir ao WC e continua a fumar. Apresenta-se mais apática e menos comunicativa, e retomou hábitos de ingestão de álcool à sexta-feira à noite (uma cerveja, segundo a cliente).

As sessões planeadas não foram implementadas na íntegra, pelo que foram abordados os temas conforme oportuno, durante o diálogo com a cliente.

Foram propostas atividades de ocupação terapêutica, com o objetivo de diminuir o isolamento social e proporcionar atividades promotoras de prazer. A unidade de saúde dispõe de uma oferta variada de atividades, abarcando vários aspetos desde desporto, atividades manuais, atividades de lazer e competências sociais. Nas várias sessões, a cliente não foi recetiva a nenhuma atividade.

No último contacto, estava planeado efetuar o PPR e PIC com a cliente e a cuidadora, que não foi possível, porque a situação clínica da cliente se agravou, com presença de sintomas positivos de psicose. Apresentava atividade delirante marcada de teor autorreferencial ("eu sei dos esquemas e eles têm medo", sic), persecutório ("a ministra da saúde persegue-me porque eu sei do esquema para destruir o SNS", sic), erotomaníaco (em relação ao psiquiatra), místico ("a psiquiatra está aqui em casa, estou possuída por ela", sic), de grandeza ("sou descendente do D. Manuel II, e eles sabem, o Marcelo roubou-me os meus bens", sic), com difusão do pensamento. Refere não estar a consumir bebidas alcoólicas. Acusa-nos de não ligarmos ao que está a dizer "porque não queremos salvar o SNS e que não vai repetir a informação, o problema é nosso". Foi administrado ALD sem intercorrências e agendada próxima consulta.

A cuidadora apresenta a percepção de que existe um aumento da atividade alucinatória auditiva, sem percepção de instrução. Considera que estava mais estável com ALD de há 4 anos, não vendo benefício na substituição do ALD.

Nas sextas-feiras existe o hábito de ingestão de cerveja (na semana passada já tinha ingerido 4-5, a cuidadora chamou-a à atenção e a cliente ficou agressiva verbalmente).

Não foi possível efetuar a avaliação conforme planeado, por a cliente apresentar delírio constante e sem *insight*. Foi realizada a escuta ativa, que passou essencialmente por ouvir com respeito e empatia a mensagem que a cliente queria transmitir, mostrar interesse para não condicionar a relação terapêutica, permitindo avaliar a dimensão do problema para definir estratégias. Essas estratégias consistiram em marcar consulta com a cuidadora na unidade de saúde e informar a psiquiatra do agravamento clínico (Coelho & Sequeira, 2020a).

A consulta com a cuidadora teve como objetivo avaliar o conhecimento sobre delírios, fatores precipitantes e fatores protetores, através do PPR, reforçar a parceria com a mesma e a equipa comunitária, com o intuito de fortalecer a informação cedida anteriormente, nomeadamente desta entrar em contacto com a TR em caso de agravamento, e não esperar pela visita programada (Gonçalves et al., 2020). Esta consulta já foi realizada depois do término do estágio.

Nos contactos com os restantes clientes, em que a minha tutora é TR, foi possível acompanhar e intervir, nas intervenções psicoterapêuticas já iniciadas e dar-lhes continuidade de acordo com os objetivos da TR e do cliente, e de acordo com o PIC e o PPR. As intervenções foram estruturadas, de acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica (Sampaio et al., 2023) e o Guia Orientador para a Recuperação do DMG (Martins et al., 2021), e foram implementadas na unidade de saúde ou no domicílio. Apresenta-se em seguida, no Quadro 5, o resumo dos diagnósticos de enfermagem de saúde mental identificados e das intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas, durante o estágio. Assim, em todas as consultas em que participei foram realizadas intervenções psicoterapêuticas.

Quadro 5 - Diagnósticos e intervenções de Enfermagem no contexto da comunidade

Diagnóstico de Enfermagem de Saúde Mental (CIPE/NANDA-I) - (Sampaio et al., 2020).	Intervenções Psicoterapêuticas Desenvolvidas (Sampaio et al, 2020).
Baixo controlo de impulsos - Gestão comprometida dos recursos financeiros	Modificação do comportamento - Treino de controlo de impulsos Psicoeducação
Isolamento social Problema de relacionamento Risco de solidão	Relação de ajuda Melhoria da socialização Psicoeducação
Baixa autoestima situacional Desesperança	Melhoria da autocompetência Psicoeducação
Problema de relacionamento - Relação familiar comprometida	Escutar a pessoa e a família Intervir na comunicação familiar Psicoeducação

Relação de ajuda, procurando com o cliente encontrar estratégias de resolução de problemas com respeito e empatia, facilitando a relação terapêutica e a confiança do cliente (Coelho et al., 2020b). E, promovendo a interação social, prevenindo o isolamento.

Psicoeducação em todas as consultas sobre a sua patologia, sintomas, GRM, dificuldades inerentes às atividades de vida diárias que necessitem de ajustes de acordo com as capacidades do cliente no momento (Amaral et al., 2020).

Atividades promotoras de reestruturação cognitiva, em clientes com baixa autoestima, promovendo uma reflexão sobre os pensamentos derrotistas do cliente em relação ao dia de hoje e ao futuro, fazer recordar as vezes que superou e conseguiu ultrapassar obstáculos, promovendo a autoestima e a confiança nele e no futuro (Santos et al., 2020).

Modificação de comportamentos, nos clientes que foram identificados comportamentos recorrentes, que no passado despoletaram crises e com eles através do treino do autocontrolo definir estratégias que permitam à pessoa controlar impulsos, através de registos para a tomada de consciência e consequências do problema (Sequeira & Sampaio, 2020). Permite eliminar ou reduzir comportamentos negativos, por outros facilitadores da adaptação (Neeb, 2000).

Durante o período de estágio foi-me proporcionada a oportunidade de participar na atividade do Dia da Saúde Mental, promovida pela Unidade Local de Saúde, intitulada “Conversas Após o Almoço - Dia Mundial da Saúde Mental 2024 - *It is Time to Prioritise Mental Health in the Workplace*”. Foram realizadas atividades dinâmicas, ressaltando a importância das relações interpessoais significativas e saudáveis, no local de trabalho, como promotoras de uma saúde mental positiva. A atividade proporcionou-me uma reflexão sobre a importância de iniciativas semelhantes, no local de trabalho, com o objetivo de promovermos a nossa saúde mental, a saúde mental dos outros e a saúde mental do grupo.

3.1.3. Análise da intervenção psicoeducacional individual

A interação com a cliente evidenciou a importância da TR e da articulação entre os diversos contextos de cuidados, para garantir um acompanhamento contínuo a pessoas com DMG.

No entanto, não foi possível implementar a intervenção psicoeducacional conforme planeado, devido à instabilidade clínica da cliente. Ainda assim, os temas que fundamentaram a construção da intervenção foram abordados de maneira flexível, respeitando o estado da cliente e os momentos oportunos. Apesar da impossibilidade de executar plenamente a intervenção, foi possível perceber a relevância da atuação da TR e da colaboração com os cuidadores, considerando o desgaste emocional e a sensação de desesperança que manifestaram em relação ao futuro.

Com base nas teorias de enfermagem discutidas neste relatório, verificou-se que a relação entre enfermeiro, cliente e cuidador foi estabelecida, permitindo a identificação de problemas. No entanto, não se mostrou um momento oportuno para, em conjunto com a cliente, desenvolver estratégias de resolução. A transição entre saúde e doença já ocorre há oito anos, sem que tenha sido plenamente integrada na vida da cliente. Como fator facilitador desse processo, destaca-se o envolvimento da família com quem reside, e como fator inibidor, a compreensão limitada da cliente sobre a sua condição e o significado atribuído à doença e à medicação.

3.1.4. Desenvolvimento de programas de intervenção psicoeducacional

Tendo por base o objetivo de adquirir a unidade de competência “Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos”, e tendo em consideração uma das lacunas identificadas pelas EEESMP da unidade de saúde, elaborei um programa psicoeducacional que denominei “ReConstruir Vidas”, para capacitar clientes com doença mental na gestão/adesão do RM (Anexo VI). Neste programa estão identificados como diagnósticos a gestão e a adesão ao RM, em virtude de, na prática clínica, serem estes os termos utilizados nos sistemas informáticos de suporte à prática de enfermagem.

As sessões foram elaboradas tendo por base três dos critérios identificados pela OMS como promotores da não adesão: relação com os profissionais de saúde; dificuldade em interpretar os esquemas terapêuticos; desconhecimento dos efeitos pretendidos e dos efeitos colaterais da medicação (WHO, 2003).

Este programa pretende servir de base para uma intervenção baseada na melhor evidência científica disponível, por parte dos EEESMP, com os clientes com doença mental e com um diagnóstico de enfermagem de “Gestão do Regime Medicamentoso Comprometido” ou “Adesão ao Regime Medicamentoso Comprometido”, com história ou não de internamentos prévios, mas com potencial para melhorar o conhecimento.

A estrutura do programa envolve seis sessões, implementadas em grupos fechados de seis a oito pessoas (Gago et al., 2023), sendo a primeira sessão e a última de 60 minutos e as restantes de 45 minutos. A primeira e a última sessão deverá ser individual. O programa é dirigido para clientes adultos, com doença mental, com possibilidade de autogerirem a sua medicação.

A unidade de saúde, neste momento, utiliza o programa “Cuido de Mim”, com o objetivo da promoção da saúde mental, abrangendo a temática da alimentação e do exercício físico, desenvolvido em duas sessões cada tema. O grupo de EEESMP achou pertinente incluir no programa sessões abrangendo a temática da GRM.

Do programa “ReConstruir Vidas” foram retiradas e adaptadas duas sessões (Anexo VII), a serem incluídas no programa “Cuido de Mim”.

Assim, o programa “Cuido de Mim” pretende ser uma ferramenta de promoção da saúde mental, e o programa “ReConstruir Vidas”, uma ferramenta para prevenção de recaídas e reinternamentos, para o cliente com doença mental.

3.2. Contexto de Respostas Diferenciadas

O estágio clínico em contexto de respostas diferenciadas, realizou-se durante o período de 21 de outubro a 21 de novembro de 2024, com a duração de 90 horas, num internamento de adolescentes da zona norte do país.

3.2.1. Caracterização de unidade de internamento de adolescentes

O serviço conta com uma equipa multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros (especialistas em saúde mental e psiquiatria e especialistas em pediatria), psicólogos, técnicos superiores de educação e auxiliares de ação médica. Durante o internamento são proporcionadas atividades de caráter lúdico e ocupacional com objetivos terapêuticos, destacando a natação, ginástica, atividades ocupacionais e a pintura.

É um internamento vocacionado para a doença mental na faixa etária da adolescência.

Neste contexto, os diagnósticos de saúde mental, prevalentes e com potencial de intervenção pelos EEESMP, são: os primeiros surtos psicóticos; os comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio; as perturbações da ansiedade; e as perturbações do comportamento alimentar.

Assim, é realizado um trabalho diário com os adolescentes, com o objetivo de lhes fornecer estratégias de adaptação à doença mental, adaptações das suas rotinas diárias necessárias quando inseridos novamente na comunidade, e consciencialização da importância da adesão ao RM, identificação de sinais de recaídas e fatores coadjuvantes protetores e promotores da saúde mental.

Os EEESMP têm um programa pós alta para clientes com primeiro surto psicótico, que ficaram agregados à consulta de psiquiatria do serviço e a fazer a administração de ALD, com o objetivo de dar apoio aos cuidadores; monitorizar a evolução clínica nos primeiros seis meses; detetar precocemente sinais e sintomas de agravamento; detetar efeitos indesejáveis da medicação e facilitar a inserção social do adolescente. O contacto é feito telefonicamente pelo enfermeiro, TR de acordo com a equipa multidisciplinar com a periodicidade avaliada individualmente até perfazer seis meses após a alta. Os aspetos importantes a avaliar ao telefone são relativos a atividades de vida diárias; sono; alimentação; autocuidado; socialização; regresso à escola; gestão medicamentosa; sintomatologia secundária à medicação e vivência dos cuidadores com o regresso do cliente a casa.

O objetivo do internamento é estabilizar a condição do adolescente, iniciar um tratamento intensivo e desenvolver um plano de cuidados que possa ser seguido após a alta hospitalar. A abordagem multidisciplinar, envolvendo psiquiatras, psicólogos, EEESMP e assistentes sociais, é essencial para proporcionar um tratamento abrangente e eficaz.

3.2.2. Intervenções desenvolvidas

No momento em que decorreu o estágio, estavam internadas no serviço, quatro adolescentes, com diagnóstico médico de anorexia nervosa purgativa por vômito.

A anorexia nervosa, segundo Neeb (2000), apresenta-se como uma “aversão à comida”, acompanhada por comportamentos, sinais e sintomas de: perda excessiva de peso; recusa na manutenção de um peso normal; medo enorme de engordar; exercício físico excessivo; pensamentos obsessivos; personalidade introvertida e envergonhada; perfeccionismo; perda de confiança nas suas emoções; sentimento de estar gordo; ausência de períodos menstruais; poucas horas de sono; e imagem corporal distorcida.

Estão identificadas as complicações médicas associadas à anorexia nervosa, como sendo: desequilíbrio eletrolítico; irregularidades cardíacas; edemas e desidratação; problemas gastrointestinais (Neeb, 2000).

Neeb (2000), identifica como diagnósticos de enfermagem de saúde mental:

- perturbação da imagem corporal;
- déficit de conhecimento (necessidades nutricionais);
- perturbação da autoestima.

Intervenções do EEESMP, adequadas ao cliente com anorexia nervosa, segundo Neeb (2000), são:

- promover autoconceito positivo;
- promover competências saudáveis de autocuidado;
- promover uma nutrição adequada.

Neste contexto, a intervenção psicoeducacional foi desenvolvida em grupo, para dar resposta aos diagnósticos de enfermagem, “Autogestão do Regime Terapêutico Padrão Alimentar Comprometido” e “Autoconceito Comprometido”.

Tendo sido constituído por elementos que, por circunstâncias ou acontecimentos de vida, se encontram no período, no internamento, com os mesmos diagnósticos de enfermagem, a associação é possível por partilharem interesses comuns (Townsend, 2011).

São atribuídas várias funções a um grupo, desde a socialização, o apoio, a realização de tarefas, a camaradagem, a informativa, a normativa, o *empowerment* e a *governance*. Os grupos podem ter várias funções e funções diferentes para cada um dos seus membros (Sampson & Marthas, 1990).

A terapia de grupo acontece quando vários clientes se encontram com um terapeuta, para adquirir conhecimento que permita melhorar estratégias de *coping* (Townsend, 2011).

As entrevistas clínicas foram efetuadas individualmente. Após análise das entrevistas, foram identificados diagnósticos de enfermagem comuns e pertinentes que validassem a intervenção psicoeducacional em grupo. O Quadro 6, apresenta a síntese dos resultados comuns obtidos da entrevista clínica, e a conceção de cuidados a um grupo de adolescentes em contexto de internamento.

Quadro 6 - Conceção de cuidados a um grupo de adolescentes em contexto de internamento

Cliente A - S, género feminino, 14 anos, estudante do 8º ano, a residir com os pais. Diagnóstico médico de anorexia nervosa desde 2022, sendo este o primeiro internamento.	Cliente B - L, género feminino, 16 anos, estudante do 10º ano, a residir com a mãe. Diagnóstico médico de anorexia nervosa desde 2024, sendo este o primeiro internamento.	Cliente C - M, género feminino, 16 anos, estudante do 10º ano, a residir com os pais. Diagnóstico médico de anorexia nervosa desde 2022, sendo este o segundo internamento.	Cliente D - M, género feminino, 16 anos, estudante do 10º ano, a residir com a mãe. Diagnóstico médico de anorexia nervosa desde 2021, sendo este o segundo internamento.
Critérios de inclusão - Adolescente internada com diagnóstico médico de anorexia nervosa			
1 - Dados relevantes comuns às entrevistas clínicas: Índice de massa corporal - inferior ao recomendado para a idade e altura Sono - Referem sono não reparador, com insónia intermédia, com recurso a medicação Sem consumo de substâncias Exame mental - Contacto fácil, comportamento adequado, humor depressivo, sem comportamentos autolesivos, discurso organizado e fluente, cuidado pessoal adequado. Amenorreia Cognição - Sem alterações, avaliação efetuada no decorrer da entrevista, com análise do discurso.		2- Instrumentos Psicométricos aplicados Nutrição por Escala <i>Strong kids</i> - <i>score</i> 4 - risco de desnutrição elevado e necessidade de intervenção Ansiedade avaliada através do Inventário de Ansiedade de Beck: cliente A - <i>score</i> 31; cliente B - <i>score</i> 31; cliente C - <i>score</i> 32; e cliente D - <i>score</i> 31. Que significa ansiedade grave. Autoestima, avaliada através da Escala de Autoestima de Rosenberg: cliente A - <i>score</i> 8; cliente B - <i>score</i> 10; cliente C - <i>score</i> 8; e cliente D - <i>score</i> 8. Que significa baixa autoestima. Imagem corporal, utilizados os parâmetros de avaliação do Sclínico; imagem corporal distorcida - sim; preocupação excessiva com imagem corporal - sim. Que significa imagem corporal comprometida. Humor, utilizando os parâmetros de avaliação do Sclínico: tristeza persistente (há mais de uma semana) - sim; desesperança e pessimismo - sim; autodesvalorização - sim; diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades - sim; dificuldade na concentração - sim; tom de voz baixa, discurso arrastado - sim. Que significa humor depressivo.	

Diagnósticos de Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2021)	Intervenções de Enfermagem (NIC, 2010)
Sono Comprometido Autoconceito Comprometido Humor Depressivo Ansiedade	Intervenção Psicoeducacional em grupo (Anexo VIII) Executar aconselhamento Relaxamento por imaginação guiada Escutar ativamente as clientes Negociar compromissos
AGRT - Padrão Alimentar comprometido	Intervenções do EEESMP na hora da refeição: Acompanhar durante as refeições Proporcionar um ambiente relaxante e agradável durante as refeições Verificar se se alimentou na totalidade Proporcionar atividades prazerosas após as refeições Manter WC fechado na hora a seguir às refeições Avaliar evolução do peso às terças e sextas às 7h.30 da manhã após esvaziamento vesical
Avaliação Final	
Inventário de Ansiedade de Beck Escala de Autoestima de Rosenberg Utilizando os parâmetros de avaliação do Sclínico para: Imagem Corporal e Humor Depressivo Questionário de avaliação da implementação da intervenção (Anexo V)	

São descritas como intervenções do EEESMP para a ansiedade, segundo Neeb (2000, p.193): “manter um ambiente calmo e seguro; manter uma comunicação aberta; observar sinais de pensamentos suicidas; registrar alterações do comportamento; e encorajar atividades. As atividades permitem ao cliente, focar a atenção em algo sem ser o fator stressante e devem ser planeadas e intencionais”.

Foi implementada a intervenção “Executar aconselhamento”, por ser uma intervenção psicoterapêutica que visa promover o *insight* da pessoa e da situação em que se encontra, através da promoção da autoestima e autoconceito positivo (Sampaio et al., 2023).

O relaxamento por imaginação guiada, foi utilizado como técnica eficaz para a redução da ansiedade, produzindo um estado de atenção plena e concentração numa determinada imagem ou ambiente. A mensagem pode estar gravada e ser utilizada sempre que o cliente necessite de atingir um estado de relaxamento (Townsend, 2011). Esta técnica está descrita como uma estratégia de *coping* de fácil utilização. Está adequada para clientes com diagnóstico de enfermagem de ansiedade, de imagem corporal distorcida, *coping* ineficaz, conflito de decisão, conhecimento deficiente, baixa autoestima, padrão de sono perturbado, entre outros (Townsend, 2011). Sendo que, estão definidos como indicadores de resultado - o cliente será capaz de verbalizar uma diminuição nos níveis de ansiedade quando utiliza a técnica; o cliente deve ser capaz de verbalizar uma melhoria nos padrões do sono quando utiliza a técnica, antes de dormir (Townsend, 2011).

A intervenção psicoeducacional foi composta por uma avaliação inicial, individual, quatro sessões em grupo de 60 minutos e uma avaliação final individual.

A avaliação inicial foi efetuada utilizando a entrevista clínica e os instrumentos psicométricos, conforme já apresentado no Quadro 6.

As sessões foram elaboradas com a utilização de várias atividades dinâmicas e interativas, utilizando materiais apelativos, adequados à faixa etária (Anexo IX).

3.2.3. Análise da intervenção psicoeducacional em grupo

O internamento de adolescentes com anorexia é um momento delicado e complexo, tanto para o cliente quanto para a família. Requer uma abordagem que vá além da recuperação física, considerando os aspetos emocionais, psicológicos e sociais envolvidos.

O internamento deve ser considerado como cuidado, não como punição, muitas vezes, os adolescentes resistem ao internamento, sentindo-se privados de liberdade e controlo. No entanto, ele deve ser visto como uma oportunidade de recomeço, um espaço onde a vida é preservada e a saúde começa a ser restaurada.

A anorexia não é apenas uma questão de alimentação, mas uma manifestação emocional, baixa autoestima, necessidade de controlo e, muitas vezes, sofrimento psicológico profundo. No internamento, os profissionais de saúde, dirigem a sua atenção, não só para a nutrição, mas também para o apoio terapêutico e emocional.

A família desempenha um papel essencial na recuperação. Muitas vezes, os padrões familiares, pressões externas e dificuldades de comunicação contribuem para a doença. O internamento pode ser um momento para reavaliar relações e promover um ambiente mais acolhedor e compreensivo.

Foi possível implementar a intervenção conforme planeado. O grupo foi muito recetivo, colaborando em todas as dinâmicas, com motivação. A avaliação da estrutura das sessões foi positiva, pelo *feedback* verbal do grupo e pelo resultado obtido através do instrumento de avaliação da implementação da intervenção. Como sugestão, o grupo mencionou a necessidade de manter atividades semelhantes às implementadas durante o internamento. Foram aplicados os instrumentos psicométricos visando avaliar a evolução da condição das clientes e os ganhos em saúde, após intervenção. A Escala de Inventário de Ansiedade de Beck, apresentou resultados passíveis de uma evolução positiva, a cliente A, a cliente B, e a cliente C apresentaram *score* 28, e a cliente D *score* 30, que poderá ser resultado da estratégia de relaxamento por imaginação guiada. A

avaliação do diagnóstico “Autoconceito Comprometido”, através da Escala de Autoestima de Rosenberg, não apresentou qualquer evolução positiva. Para o diagnóstico de imagem corporal comprometida, através dos parâmetros de avaliação do Sclínico, não houve evolução positiva.

Em relação ao diagnóstico de humor depressivo, houve evolução positiva em relação aos parâmetros: tristeza persistente (há mais de uma semana); desesperança e pessimismo; diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades. Nos parâmetros: autodesvalorização; dificuldade na concentração (referem que por períodos); tom de voz baixa, discurso arrastado, não apresentam uma evolução positiva.

Face ao exposto, consideramos que a limitação do tempo foi determinante para os resultados obtidos.

Durante o dia, têm oportunidade de participar nas atividades promovidas, pela terapeuta ocupacional, que aproveita as festividades mais próximas como mote para as atividades. O serviço, também possibilita atividades de música e dança às quintas-feiras à tarde.

A hora da refeição é emocionalmente exigente, sendo importante o acompanhamento do EEESMP, nesse período, como promotor de atividades de distração e prazerosas, como música e diálogos sobre temáticas do interesse das adolescentes.

O estabelecer relação terapêutica com os adolescentes constitui um desafio, uma vez que, devido às características inerentes a essa etapa do desenvolvimento, esses indivíduos tendem a apresentar resistência ao envolvimento em diálogos de natureza mais pessoal, especialmente quando interlocutores mais velhos estão envolvidos.

O internamento é apenas o primeiro passo. O verdadeiro desafio começa na reintegração à rotina, ao convívio social e às pressões externas. Por isso, a continuidade do tratamento com intervenções psicoterapêuticas por parte dos EEESMP e acompanhamento médico é crucial para evitar recaídas. Pode ser um momento de crise, mas também de esperança. Ele representa a

oportunidade de interromper um ciclo destrutivo e iniciar uma nova relação com o corpo, a mente e a vida. A chave está no cuidado integral, na compreensão e no suporte contínuo, garantindo que o adolescente não apenas sobreviva, mas reencontre o prazer de viver.

3.3. Contexto de Cuidados a Pessoas em Fase de Descompensação Clínica Aguda

Este estágio decorreu num contexto de internamento de adultos com DMG, na área do grande Porto, no período de 25 de novembro de 2024 a 10 de janeiro de 2025, com um total de 125 horas.

3.3.1. Caracterização da unidade de internamento de psiquiatria de adultos

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros (especialistas em saúde mental e generalistas), psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e assistentes operacionais.

Compete à equipa de enfermagem a gestão do regime terapêutico, a promoção de ações de desenvolvimento de competências e intervenções de psicoeducação.

O serviço, tem como principal objetivo a reintegração social e/ou familiar dos clientes. São prestados cuidados a clientes com idades entre os 18 e os 65 anos com DMG, psicopatologicamente compensados, sem comorbilidades médicas descompensadas e com grau moderado de incapacidade psicossocial. A referenciação é efetuada através da consulta ou do internamento de agudos de psiquiatria.

3.3.2. Intervenções desenvolvidas

O internamento do cliente com DMG, pretende estabilizar sintomas, ajustar e adaptar medicação pela equipa médica, e implementar intervenções psicoterapêuticas que permitam ajudar o cliente na transição saúde/doença, ajustar comportamentos, modificar significados e promover a autonomia e eficácia na gestão da doença, da responsabilidade do EEESMP. Aliás, Martins et al. (2021), no Guia Orientador para a Recuperação do DMG, salientam a

importância do EEESMP como TR, no internamento e na continuidade de cuidados na comunidade. São definidas duas etapas, o processo de acolhimento do cliente e a preparação para a alta. “O processo de alta, contempla três pressupostos: significado atribuído à doença, potencial do cliente para a mudança; e competência da pessoa para a mudança” (Martins et al., 2021, p.53). O referido guia identifica diagnósticos de enfermagem, alvo de intervenção por parte dos EEESMP:

- promoção da adesão e gestão ao regime terapêutico;
- promoção do conhecimento relativo à doença;
- promoção do autocuidado e comportamentos de promoção da saúde mental;
- promoção da LSM, com ênfase na redução do estigma na doença mental;
- prevenção de recaídas;
- aceitação do estado de saúde e aquisição de estratégias para lidar com sintomas;
- promoção do potencial máximo da pessoa com DMG (Martins et al., 2021, p.53).

O TR do cliente, antes da alta, deve entrar em contacto com o TR da comunidade e transmitir toda a informação relevante da evolução do cliente, durante o internamento, e proceder ao agendamento de seguimento na comunidade.

Segundo Favrod e Maire (2014), está demonstrado que a psicoeducação familiar e individual reduz a taxa de recaídas, que o treino de habilidades sociais favorece a evolução da doença e que o acompanhamento contínuo na comunidade reduz os internamentos.

Neste contexto, e sempre que viável, deve ser incluído o cuidador nas intervenções, o EEESMP deve averiguar a rede de suporte do cliente, na comunidade. O cliente com DMG, sem apoio familiar e devido às características da sua doença e às políticas de saúde de desinstitucionalização, tem dificuldade

em gerir o stresse e as exigências da vida quotidiana, o que leva que muitos destes clientes se encontrem numa situação de sem-abrigo, pouco tempo após a alta hospitalar (Neeb, 2000).

A intervenção psicoeducacional, neste contexto, foi implementada tendo como objetivo capacitar os clientes que, neste momento, têm suporte familiar e/ou possibilidade de serem reinseridos na comunidade. Esta avaliação é da responsabilidade do psiquiatra, aquando das entrevistas familiares e do assistente social, quando o cliente não tem família, mas tem recursos financeiros para ser autossuficiente. As entrevistas clínicas e a intervenção psicoeducacional foram efetuadas e implementadas individualmente, respetivamente.

O Quadro 7, apresenta o resumo dos dados pertinentes, da entrevista clínica e a conceção de cuidados para os clientes com DMG em contexto de internamento, que obedeciam aos critérios de inclusão.

Quadro 7 - Conção de cuidados para os clientes com DMG em contexto de internamento

Cliente 1 - W, género masculino, 35 anos, solteiro. Habilitações literárias 10º ano de escolaridade. Diagnóstico de esquizofrenia paranoide cerca de 2020, após um primeiro internamento involuntário. Desde então, história de 7 internamentos involuntários, por agravamento sintomático, associado ao incumprimento do plano de tratamento. Mãe faleceu em maio/2024 e nunca viveu com o pai. Suporte familiar por parte de tio materno e primas maternas.		Cliente 2 - F, género masculino, 48 anos, solteiro. Habilitações literárias 9º ano de escolaridade. Diagnóstico de esquizofrenia desde 2007. Diagnóstico de esquizofrenia desde os 16 anos. Com histórico de internamentos involuntários por incumprimento da terapêutica e consequente descompensação psicótica. Vive sozinho, mãe faleceu em 2020, mas com suporte familiar por parte dos irmãos e sobrinhos.	
Critérios de inclusão - Cliente com múltiplos internamentos por abandono da terapêutica instituída com possibilidade de reinserção na comunidade			
Avaliação Inicial	Entrevista clínica - dados relevantes: Discurso organizado e fluente Pensamento - delírios - sem delírios Humor eutímico Cliente com <i>insight</i> Perceção - alucinações - sem alucinações Sem comportamento aditivo Sono reparador	Entrevista clínica - dados relevantes: Discurso organizado e fluente Pensamento - delírios - sem delírios Humor eutímico Cliente com <i>insight</i> Perceção - alucinações - sem alucinações Com comportamento aditivo - tabaco (1 maço/dia) Sono reparador	
	Instrumentos Psicométricos NOC: Cognição - apresenta capacidade para compreender e integrar a informação; fica atento e concentrado; comunicação clara e adequada à idade; sem comprometimento da memória (<i>score</i> 48 - apresenta capacidade cognitiva) NOC: Conhecimento do processo de doença - sabe estar doente, identifica vantagens do controle da doença, mas não consegue manter cuidados NOC: Comportamento de adesão - não procura informação e não pesa riscos/benefícios do seu comportamento NOC: Conhecimento: medicação - GRT assegurado pelo próprio, tendo faltado à administração do ALD na comunidade e com dificuldade na gestão da economia mensal (não compra sempre a medicação)	Instrumentos Psicométricos NOC: Cognição - apresenta capacidade para compreender e integrar a informação; fica atento e concentrado; comunicação clara e adequada à idade; sem comprometimento da memória (<i>score</i> 48 - apresenta capacidade cognitiva) NOC: Conhecimento do processo de doença - sabe estar doente, identifica vantagens do controle da doença, mas não consegue manter cuidados NOC: Comportamento de adesão - Não procura informação e não pesa riscos/benefícios do seu comportamento NOC: Conhecimento: medicação - GRT assegurado pelo próprio, tendo faltado à administração do ALD na comunidade	

Diagnósticos de Enfermagem de Saúde Mental Emergentes (OE, 2021)	
Autogestão do Regime Medicamentoso Comprometido Potencial para Melhorar Conhecimento sobre AGRM Potencial para Melhorar Capacidade sobre AGRM	
Intervenções do EEESMP (OE, 2021)	
Investigar o contexto familiar e rede de suporte; Executar Intervenção Psicoeducacional; (Anexo I) e (Anexo X) Escutar ativamente a pessoa; Negociar compromissos; Treinar preparação da medicação, com recurso a dispositivos, estimulando a autonomia e a autoeficácia; Treino habilidades sociais; (Anexo XI) Promover relações interpessoais no internamento; Fornecer folheto sobre AGRM (Anexo IV).	
Avaliação Final	NOC: Conhecimento do processo de doença NOC: Comportamento de adesão NOC: Conhecimento: medicação Questionário de avaliação da implementação da intervenção (Anexo V)

Para além da intervenção psicoeducacional desenvolvida individualmente com cada um dos clientes, com os mesmos e o restante grupo, e aproveitando a época festiva, foram realizadas várias atividades. As atividades tiveram como objetivo de fomentar as relações interpessoais, a concentração, a autonomia, a sensação de autoeficácia e o prazer nas atividades (Anexo XI). Elaborámos várias receitas de Natal, em que, através do olfato, solicitei que partilhassem recordações dos natais da sua infância, tivemos clientes que aderiram com espontaneidade e outros que se recusaram a partilhar. Com esta atividade pretendeu-se estimular a memória e promover partilha de emoções. A escolha das receitas foi efetuada pelos clientes de cuidados em que tiveram que nomear os ingredientes e participar na confeção. O meu objetivo era promover as habilidades sociais, promover a autonomia e promover a valorização pessoal.

Realizou-se uma atividade que foi denominada “Muro dos desejos”, em que foram recortadas figuras alusivas ao Natal, e cada cliente teria de escrever um desejo para si, para 2025, e um outro para o grupo, que foram afixados na janela da sala de refeições.

Em conjunto com os clientes, foi elaborada a árvore de Natal e o presépio, ao som de músicas de Natal. Os clientes aderiram, cantaram e foi proporcionado um momento de alegria e descontração.

Por último, foi atualizado o quadro com as datas de nascimento de todos os clientes, pois encontrava-se desatualizado. Tal foi importante para os clientes que não se encontravam no quadro, para que se sentissem integrados, acolhidos e fazendo parte do grupo.

3.3.3. Análise da intervenção psicoeducacional individual

A intervenção foi implementada a dois clientes, com sessões individuais, que cumpriam com os critérios de inclusão. Um deles tinha apoio familiar, o outro tinha recursos económicos e, através do apoio e acompanhamento do serviço social, ia regressar à comunidade.

Durante as sessões, foi possível implementar as atividades planeadas, conforme apresentado no Anexo X, com adesão e participação ativa dos clientes. Em função da patologia dos mesmos e pela sua vivência, estes apresentam dificuldade de concentração e motivação por períodos alargados, neste sentido, as sessões tiveram a duração de 30 minutos. Apesar disso, os clientes abordavam-me sucessivamente, durante o turno, para retirar dúvidas ou validar as decisões/compromissos que tinham sido negociados durante as sessões. Com este *feedback* e através do instrumento de avaliação da implementação da intervenção, foi possível perceber que a intervenção psicoeducacional foi considerada positiva, embora a literatura demonstre que o processo tem de ser contínuo. Foram aplicados os instrumentos psicométricos pré e pós a intervenção, para ser possível avaliar a evolução da condição dos clientes e os ganhos em saúde, tendo sido obtidos resultados semelhantes nos dois clientes. Nas atividades desenvolvidas com os “Puzzles”, foi efetuada uma abordagem sobre doença mental, sinais e sintomas da doença e sinais e sintomas de recaídas. A mesma atividade serviu de apoio à reflexão sobre a importância da manutenção dos esquemas terapêuticos, a colaboração com a equipa de saúde diferenciada e o seu impacto no decurso da doença. Os clientes identificaram a necessidade de manter cuidados, após reflexão na atividade “Linha do Tempo”, tendo sido possível estabelecer uma relação direta entre a administração incorreta ou ausente da medicação, o agravamento da sintomatologia e os reinternamentos. Assim, na aplicação da NOC: Conhecimento do processo de doença, obtiveram-se resultados positivos. Com a atividade “O Papel de Cada Um”, foi possível definir e identificar redes de apoio: familiares; elementos da comunidade; profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários como a sua equipa de saúde familiar e os cuidados diferenciados de saúde mental. As atividades implementadas foram eficazes para estabelecer parcerias de cuidados, facilitadoras da adesão ao tratamento. Apresentaram resultados positivos aquando da aplicação da NOC: Comportamento de adesão. As atividades selecionadas, para ensinar sobre a interpretação dos esquemas terapêuticos, o uso de dispositivos auxiliares da gestão da autoadministração da medicação: através de caixas organizadoras; aplicações de telemóveis; e

lembretes nos mesmos, demonstraram evolução positiva quando aplicada a NOC: Conhecimento: medicação. Em relação à toma do ALD, foi identificada a estratégia de uma pessoa significativa, selecionada pelo cliente, ter conhecimento das marcações e assumir a responsabilidade de lembrar no dia marcado. Com as estratégias desenvolvidas, foi possível treinar com o cliente a preparação da medicação, aumentando a percepção de autoeficácia, possibilitando uma melhoria no seu desempenho quando inserido na comunidade.

Foi fácil estabelecer relação terapêutica, mostraram-se bastante recetivos e colaborantes nas sessões planeadas. Nas atividades realizadas com o grupo, todos participaram nas atividades, com diferentes níveis de colaboração, mas com recetividade. Foram momentos de partilha, de alegria e de emoções significativas.

O EEESMP desempenha um papel essencial no internamento, sendo responsável pelo cuidado holístico dos clientes. Além da gestão da medicação e monitorização do estado clínico, ele atua na criação de um ambiente terapêutico seguro, facilitando a estabilização emocional e a reabilitação psicossocial. Construindo uma relação terapêutica baseada na empatia, no respeito e na comunicação eficaz, auxiliando os clientes na expressão de sentimentos e na gestão de sintomas. Desempenha um papel fundamental na prevenção de crises, na gestão emocional, quando necessário, e no suporte às famílias, contribuindo significativamente para a humanização do cuidado em saúde mental, favorecendo a recuperação e a reintegração do cliente na sociedade.

3.4. Análise Reflexiva da Aquisição de Competências enquanto EEESMP

O percurso de estágio representou uma oportunidade fundamental para o desenvolvimento das competências comuns e especializadas do EEESMP. A experiência nos diferentes contextos de prática clínica - comunitário, internamento e respostas diferenciadas - permitiu a consolidação de conhecimentos teóricos e a aplicação de intervenções especializadas na capacitação da pessoa com perturbação mental na AGRM.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro, o enfermeiro especialista “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (p.4744), estes profissionais para além das competências específicas para a sua especialidade, partilham um conjunto de competências comuns, aplicáveis em qualquer contexto de prestação de cuidados.

3.4.1. Aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro), incluem quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Durante o estágio, foi possível fortalecer estas áreas através da atuação direta na assistência ao cliente, da adaptação das intervenções às necessidades individuais e da colaboração interdisciplinar.

O enfermeiro especialista, na sua prática profissional ética e legal, desenvolve as suas atividades, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Segundo a Lei de Bases da Saúde Mental (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho), em vigor em Portugal, que estabelece as diretrizes para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental, garantindo: o direito à dignidade e ao tratamento humanizado; a não discriminação de pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental; a autonomia do cliente, respeitando suas decisões sempre que possível; o internamento apenas quando estritamente necessário, utilizado como medida de último recurso.

Os princípios éticos fundamentais na prática de enfermagem especializada incluem:

- Beneficência: atuar sempre no melhor interesse do cliente;

- Não Maleficência: evitar danos, incluindo abusos, negligência ou tratamentos desnecessários;
- Autonomia: respeitar a vontade do cliente sempre que possível, promovendo a sua participação no tratamento;
- Justiça: garantir equidade no acesso ao cuidado e tratamento adequado;
- Confidencialidade: manter o sigilo profissional, respeitando a privacidade dos clientes.

O código deontológico dos enfermeiros (OE, 2015), estabelece deveres e responsabilidades que devem ser seguidos, como:

- Atuar com competência e responsabilidade nos cuidados prestados ao cliente;
- Manter-se atualizado sobre práticas seguras e baseadas em evidências;
- Respeitar a individualidade e os direitos humanos;
- Trabalhar em equipa, promovendo um cuidado multidisciplinar;
- Não realizar práticas abusivas ou coercitivas, salvo em casos legalmente permitidos.

Durante o período de estágio, os princípios citados estiveram sempre presentes, foram planeados cuidados individualizados, respeitando as prioridades dos clientes e com o objetivo de promover a sua autonomia. Manteve-se a privacidade e a confidencialidade durante o percurso, promovendo a saúde mental com dignidade, respeito e qualidade, garantindo o melhor atendimento possível dentro dos parâmetros legais e morais.

Como elemento externo à equipa e à instituição, não foi possível participar nos projetos de melhoria contínua da qualidade dos serviços. A integração nas várias equipas de enfermagem foi efetuada, respeitando as dinâmicas, rotinas, protocolos e procedimentos das mesmas. Foi elaborado um programa com o objetivo de fomentar a melhoria contínua dos cuidados. Na interação com o cliente, foi sempre garantido um ambiente terapêutico e seguro. Na comunidade,

os cuidados foram prestados no domicílio do cliente, nos outros contextos, em sala adequada.

A necessidade de avaliar fatores que interferem na gestão do tratamento exigiu a aplicação de raciocínio clínico fundamentado, com base nas evidências científicas, considerando não apenas a condição médica do cliente, mas também fatores socioeconômicos, crenças individuais e dinâmica familiar, considerando e respeitando a individualidade de cada cliente.

A experiência prática incentivou a pesquisa e a reflexão sobre estratégias eficazes para a gestão do RM, contribuindo para o desenvolvimento das práticas de enfermagem especializadas baseadas em evidências.

3.4.2. Aquisição de Competências Específicas do EEESMP

De acordo com o Regulamento n.º 515/2018, de 07 de agosto, relativo às competências específicas do EEESMP, as pessoas a vivenciar processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por um EEESMP, diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. A competência psicoterapêutica adquirida com a formação específica vai permitir ao EEESMP proporcionar cuidados na promoção, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição (Regulamento n.º 515/2018, de 07 de agosto).

O documento identifica quatro competências específicas do EEESMP:

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;

- c) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias em cada contexto;
 - d) Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (Regulamento n.º 515/2018, de 07 de agosto, p. 21427).
- a) *Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.*

O desenvolvimento do autoconhecimento e da consciência de si é essencial para a prática do EEESMP, sendo um processo contínuo que resulta da integração entre vivências pessoais, formação teórica e prática clínica. Segundo Peplau (1997), a relação interpessoal é o fundamento do cuidado em saúde mental, exigindo do enfermeiro uma consciência clara do seu próprio eu, para que possa ser um instrumento terapêutico eficaz.

Durante o estágio, a prática reflexiva desempenhou um papel central no crescimento pessoal e profissional. Através da reflexão sobre as experiências vividas, tornou-se possível identificar fragilidades, forças e limites na atuação, tal como defendido por Schön (1983), que destaca a importância da “reflexão na ação” como meio de promover a aprendizagem e o aperfeiçoamento profissional.

A interação com os clientes em contextos clínicos exigentes, como situações de crise emocional ou sofrimento psíquico, reforçou a necessidade de autorregulação emocional e de uma postura profissional empática e ética. Rogers (1961), defende que a autenticidade, a aceitação incondicional e a empatia são condições fundamentais para uma relação terapêutica eficaz, o que implica um profundo conhecimento de si mesmo por parte do profissional.

Além disso, o estágio permitiu consolidar a identidade profissional do enfermeiro especialista através de momentos de supervisão clínica e partilha em equipa multidisciplinar. Este processo é fundamental para o fortalecimento da competência reflexiva e para a construção de uma prática baseada na evidência, como referem Carvalho et al. (2016), ao enfatizarem que o desenvolvimento profissional exige um compromisso com a aprendizagem contínua e a autoavaliação crítica.

Dessa forma, o percurso descrito ao longo do estágio reflete uma vivência profundamente transformadora, que contribuiu não apenas para a aquisição de conhecimentos técnicos, mas também para o amadurecimento pessoal e para a consolidação de uma prática consciente, ética e humanizada.

Durante o meu percurso como pessoa e como profissional, frequentei formações de especialização na área da inteligência emocional e no *Coaching* motivacional, e adquiri estratégias que me permitiram desenvolver o autoconhecimento, a inteligência emocional e a comunicação assertiva, como ferramentas imprescindíveis para a melhoria dos cuidados prestados e para a manutenção de uma saúde mental positiva. O percurso desenvolvido anteriormente está de acordo com a primeira competência para o EEESMP, que foi aprimorada durante o período de estágio, em situações desafiadoras de relação com a DMG e o adolescente, que exigiram autoconhecimento e conhecimento do outro para conseguir estabelecer e manter a relação terapêutica.

A comunicação com clientes com perturbação mental exigiu sensibilidade, escuta ativa e empatia. Foi possível aprimorar essa competência, especialmente no decurso do estabelecimento da relação terapêutica com clientes resistentes ao tratamento, utilizando técnicas motivacionais para envolvê-los no seu processo de recuperação.

A relação terapêutica construída com os clientes, em cada contexto, tem um impacto direto na aceitação do tratamento pelos mesmos, e a gestão eficaz do RM. A escuta ativa, a empatia e o respeito pela individualidade do cliente foram elementos essenciais para estabelecer essa relação.

b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;

O EEESMP assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, inserida na família, nos grupos e na comunidade na otimização da saúde mental, adaptando as intervenções ao contexto em que o cliente se encontra.

A prática clínica desenvolvida durante o estágio permitiu o contacto com diversas fases do ciclo vital e diferentes contextos familiares e comunitários, o que reforçou a importância de uma abordagem holística e centrada na pessoa. O EEESMP é chamado a intervir não apenas com o indivíduo, mas também com os seus sistemas de suporte - família, grupos e comunidade - no sentido de promover, manter e recuperar a saúde mental.

De acordo com Barker (2004), a enfermagem em saúde mental deve considerar a singularidade da experiência de cada pessoa, respeitando o seu contexto de vida e a sua rede de relações. Esta visão integradora esteve presente nas atividades desenvolvidas ao longo do estágio, em que se procurou apoiar não só o utente, mas também envolver os familiares e a equipa multidisciplinar no processo de cuidado.

A abordagem centrada na recuperação foi uma linha orientadora da intervenção, visando reforçar as competências da pessoa, promover a sua autonomia e fomentar o seu empoderamento, tal como defendido por Anthony (1993). Esta abordagem reconhece que a recuperação é um processo pessoal, influenciado por múltiplas dimensões - biológicas, psicológicas, sociais e espirituais - que devem ser consideradas ao longo de todo o ciclo de vida.

Durante o estágio, foram também valorizadas práticas colaborativas com a comunidade, nomeadamente através do trabalho em rede e da articulação com recursos sociais, educativos e de saúde. Tal articulação é essencial para garantir respostas adequadas e integradas, como refere a WHO (2013), ao salientar a importância dos cuidados comunitários na saúde mental.

As intervenções realizadas junto de pessoas em diferentes etapas do desenvolvimento (adolescência e idade adulta), em situações de crise,

sofrimento psíquico ou vulnerabilidade, permitiram ao enfermeiro em formação aplicar estratégias de escuta ativa, apoio emocional, educação para a saúde e promoção de fatores protetores da saúde mental, adaptadas à faixa etária.

Assim, a competência de assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida e nos diversos contextos relacionais foi efetivamente exercida, consolidando uma prática alicerçada na promoção da saúde mental de forma integrada, contínua e humanizada.

c) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias em cada contexto

O cuidado à pessoa em processo de recuperação da saúde mental exige do EEESMP uma abordagem holística, que reconheça a complexidade da experiência humana e as influências sistêmicas ao longo do ciclo de vida. Esta competência foi exercida ao longo do estágio, onde se promoveu uma intervenção focada na pessoa, mas alargada aos seus contextos relacionais (família, grupos e comunidade), como componentes ativos do processo terapêutico. Segundo Slade et al. (2008), a recuperação em saúde mental não se limita à remissão de sintomas, mas envolve o reforço da autonomia, o sentido de pertença e a reconstrução de projetos de vida significativos. Assim, o envolvimento de familiares e redes de apoio formal e informal revelou-se essencial para criar um ambiente facilitador da recuperação.

Durante a prática clínica, o trabalho com a família evidenciou a importância de adaptar as intervenções às características específicas de cada sistema relacional. O cuidado é um processo relacional e interdependente, que deve ser sensível às particularidades culturais, emocionais e sociais de cada cliente. O enfermeiro especialista atua, assim, como mediador terapêutico, promovendo espaços seguros de diálogo, escuta e transformação.

Além disso, a articulação com a comunidade e os serviços de saúde locais permitiu construir um cuidado mais contínuo e integrado, promovendo a inclusão social e o empoderamento da pessoa.

As atividades realizadas ao longo do estágio mostraram também a importância da adaptação do cuidado às diversas etapas do ciclo vital - desde a adolescência até à velhice - considerando as especificidades desenvolvimentais e relacionais de cada fase. Em todos os contextos foram relevantes o conhecimento e a integração dos princípios da Teoria das Relações Interpessoais (Peplau, 1990) e da Teoria das Transições (Meleis et al., 2020). O modelo de cuidados centrado na pessoa e orientado para a recuperação, permite que o enfermeiro atue com flexibilidade e competência em contextos múltiplos e dinâmicos, tal como recomendado pela WHO (2021) no seu relatório sobre serviços comunitários de saúde mental.

Desta forma, esta competência foi exercida de forma prática e reflexiva, tendo sido mobilizadas ferramentas terapêuticas, relacionais e colaborativas para apoiar a recuperação da saúde mental, promovendo o bem-estar e a dignidade da pessoa no seu meio.

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

A capacidade de prestar cuidados holísticos foi desenvolvida através da avaliação contínua do estado clínico e emocional dos clientes, da promoção da adesão ao tratamento e da implementação de intervenções psicoeducacionais para fomentar a AGRM.

As competências especializadas do EEESMP incluem a promoção da saúde mental, intervenção psicoterapêutica, gestão da crise e reabilitação psicossocial. Durante o estágio, estas competências foram desenvolvidas através da implementação de planos de cuidados individualizados e do acompanhamento próximo dos clientes em diferentes fases da sua condição clínica.

A capacitação dos clientes para autogerir o RM foi uma prioridade durante o percurso. Através da intervenção psicoeducacional e do acompanhamento

contínuo, foi possível trabalhar a adesão ao tratamento, com o objetivo de prevenir recaídas e reduzir a necessidade de reinternamentos frequentes.

A implementação de sessões estruturadas de cariz psicoeducacional demonstrou ser uma estratégia eficaz na promoção da autonomia dos clientes. No entanto, verificou-se que a adesão a essas intervenções dependia fortemente da motivação individual, o que exigiu flexibilidade na abordagem psicoterapêutica.

A experiência com clientes em fase de descompensação aguda permitiu o desenvolvimento de competências na identificação precoce de sinais de crise e na aplicação de técnicas para estabilização emocional.

A articulação entre os diferentes profissionais da equipa de saúde mental foi essencial para garantir a continuidade dos cuidados. A experiência no contexto comunitário, reforçou a importância do enfermeiro da comunidade, como elo de ligação entre os clientes, os familiares e os diferentes níveis de cuidados.

O percurso de estágio evidenciou que um dos maiores desafios da prática em saúde mental é motivar os clientes para a gestão da sua própria doença, especialmente em casos de baixa LSM e falta de *insight* sobre a condição clínica. A resistência à adesão terapêutica e as crenças pessoais sobre a medicação exigiram a aplicação de estratégias individualizadas para envolver os clientes no seu tratamento.

Além disso, o contacto com famílias de clientes revelou a necessidade de capacitação dos cuidadores, visto que a rede de apoio desempenha um papel fundamental na continuidade dos cuidados e na prevenção de recaídas. No meu percurso, esta realidade só foi possível no contexto da comunidade, nos restantes contextos o contacto com os familiares não foi possível ou foi muito limitado, respeitando as normas dos serviços. Parece-me pertinente uma reflexão sobre como tornar possível intervenções conjuntas com cliente/cuidador em contexto de internamento.

O estágio foi um período de grande crescimento profissional e pessoal, proporcionando o desenvolvimento das competências necessárias para atuar de

forma especializada na enfermagem de saúde mental. A experiência reforçou a importância de intervenções centradas na pessoa e na família, do trabalho multidisciplinar e da capacitação dos clientes para a autogestão da sua doença.

4. CONTRIBUTOS DO PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

O projeto de desenvolvimento de competências especializadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica representa um elemento essencial para a qualificação profissional dos enfermeiros especialistas. Através da prática supervisionada e da aplicação de conhecimentos teóricos em contextos clínicos reais, o projeto contribuiu significativamente para a melhoria dos cuidados prestados às pessoas com perturbação mental, promovendo abordagens terapêuticas mais eficazes e baseadas na evidência científica. O EEESMP desenvolve um olhar holístico sobre o cliente, compreendendo não apenas os sintomas da perturbação mental, mas também os fatores sociais, emocionais e ambientais que influenciam a sua recuperação, reduzindo a necessidade de hospitalizações prolongadas.

Permitiu desenvolver intervenções psicoeducacionais, essenciais na promoção da adesão e gestão terapêutica e na reabilitação dos clientes. Através dessas intervenções, os enfermeiros ajudam os clientes e/ou os seus cuidadores a compreender melhor a perturbação mental, os efeitos da medicação e a importância da continuidade do tratamento. Isso contribui para a redução das taxas de recaída e reinternamento, promovendo uma maior autonomia e qualidade de vida, reforçando a atuação do enfermeiro como um agente fundamental na AGRM, destacando o seu papel psicoeducativo e psicoterapêutico.

A relação terapêutica é um pilar da ESMP e o projeto de desenvolvimento de competências especializadas permitiu aprimorar a capacidade de comunicação e empatia. O contacto direto com os clientes em diferentes fases da perturbação mental possibilitou a aplicação de técnicas de escuta ativa, entrevista motivacional e gestão de conflitos, fundamentais para estabelecer uma relação de confiança e incentivar o envolvimento ativo do cliente no seu plano de cuidados.

O desenvolvimento das competências, também reforça a importância da colaboração interdisciplinar, permitindo ao enfermeiro atuar de forma mais integrada com médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. A capacidade de coordenar planos de cuidados individualizados e de articular a continuidade dos cuidados entre o internamento e a comunidade é essencial para a reabilitação psicossocial dos clientes, sendo que houve oportunidade para a sua implementação.

Ao integrar conhecimento científico, prática clínica e trabalho interdisciplinar, este projeto contribuiu significativamente para a minha evolução como EEESMP, garantindo cuidados mais humanizados, individualizados e baseados em evidências.

Além disso, no relatório é evidente a relevância da articulação entre os serviços hospitalares e comunitários para garantir um acompanhamento eficaz após a alta, prevenindo recaídas e promovendo a reintegração social do cliente. O enfermeiro especialista, como TR, desempenha um papel central na coordenação dos cuidados e no suporte aos familiares, que muitas vezes enfrentam desafios na gestão da perturbação mental.

Enfatizando que a capacitação da pessoa com perturbação mental na AGRM requer uma abordagem multidisciplinar, envolvendo médicos, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. A implementação de estratégias personalizadas e baseadas em evidências contribuiu para uma melhor adesão ao tratamento e para a promoção da autonomia e do seu bem-estar.

A prática clínica evidenciou que o enfermeiro especialista desempenha um papel crucial não apenas na administração de cuidados diretos, mas também na psicoeducação, prevenção e reabilitação dos clientes com perturbação mental, promovendo a sua autonomia e integração na sociedade.

5. CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio permitiu uma análise aprofundada sobre a capacitação da pessoa com perturbação mental na AGRM, destacando a importância do papel do EEESMP. Através da prática clínica em diferentes contextos, foi possível compreender os desafios enfrentados pelos clientes na autogestão do tratamento e a necessidade de intervenções estruturadas para promover a sua autonomia e qualidade de vida.

A experiência desenvolvida ao longo do estágio demonstrou que a autogestão eficaz do RM, exige um acompanhamento contínuo, a promoção da LSM e a capacitação dos clientes para tomar decisões informadas sobre o seu tratamento. Neste sentido, a intervenção psicoeducacional revelou-se um recurso fundamental, permitindo a identificação e mobilização de estratégias individualizadas ou em grupo, com o cliente e/ou a família, que favorecem a adesão ao regime terapêutico e a prevenção de recaídas.

Além disso, a prática clínica reforçou a importância da relação terapêutica como ferramenta essencial para o sucesso da intervenção do enfermeiro especialista. A empatia, a escuta ativa e a comunicação eficaz foram determinantes para a construção de uma relação de confiança com os clientes, facilitando o envolvimento ativo destes no seu percurso de recuperação.

Outro aspeto relevante foi a necessidade do trabalho interdisciplinar, evidenciando que o cuidado à pessoa com perturbação mental deve ser articulado entre os diferentes profissionais de saúde e os recursos disponíveis na comunidade. A continuidade dos cuidados após a alta hospitalar é um fator determinante para a estabilização clínica dos clientes e a sua reintegração social, reforçando o papel do EEESMP como TR, na coordenação dessas intervenções.

Por fim, o estágio proporcionou um crescimento significativo na aquisição de competências clínicas especializadas, permitindo consolidar conhecimentos teóricos e aplicá-los na prática, sempre com foco na prestação de cuidados humanizados e baseados em evidência. A experiência vivenciada confirmou a

importância da ESMP, na promoção da saúde, na prevenção de recaídas e na capacitação dos clientes para uma gestão eficaz da sua condição.

Dessa forma, conclui-se que a capacitação da pessoa com perturbação mental na AGRM é um processo contínuo e complexo, que exige do enfermeiro especialista um olhar holístico, competências terapêuticas avançadas e um compromisso com a humanização dos cuidados. A enfermagem de saúde mental tem um papel essencial na reabilitação psicossocial dos clientes, promovendo não apenas a estabilidade clínica, mas também a sua dignidade e inclusão na sociedade.

Durante o percurso de estágio, foi possível desenvolver e adquirir as diferentes competências especializadas de ESMP, prestar cuidados à pessoa ao longo do seu ciclo de vida, inserido na família e na comunidade, promotoras de saúde mental, desenvolver estratégias de autoconhecimento facilitadoras de relação terapêutica com o cliente, e implementar intervenções psicoterapêuticas, psicossociais, socioterapêuticas e psicoeducacionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A., Almeida, E., Sousa, L., (2020). Intervenção psicoeducacional. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coords.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 174-176). Lidel.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Apifarma. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. <https://pns.dgs.pt/files/2010/08/apifarma.pdf>
- Balkrishnana, R. (2005). The importance of medication adherence in improving chronic-disease related outcomes: What we know and what we need to further know. *Medical Care*, 43(6), 517-520. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000166617.68751.5f>
- Barker, P. (2004). *The tidal model: A guide for mental health professionals*. Routledge.
- Barroso, T. (2020). Entrevista motivacional. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coords.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 97-101). Lidel.
- Bastos, F. S. (2013). *A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico* (Tese de doutoramento), Universidade Católica Portuguesa.
- Bittencourt, M. N., Marques, M. I., & Barroso, T. M. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(18), 125-132. <https://doi.org/10.12707/RIV18015>

- Bruggmann, M. S., Corrêa, S. M., & Korb, D. (2022). A psicoeducação no processo de trabalho do enfermeiro de saúde mental. *Journal Archives of Health*, 3(3), 555-568. <https://doi.org/10.46919/archv3n3-001>
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. Elsevier.
- Camerini, A.-L., & Schulz, P. J. (2015). Health literacy and patient empowerment. *PLoS ONE*, 10(2), e0118032. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118032>
- Carvalho, M. L., Ferreira, M., & Conceição, C. (2016). Supervisão clínica e desenvolvimento profissional dos enfermeiros: Contributos para a prática especializada. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), 89-98.
- Chaves, C., Sequeira, C., Duarte, J., & Gonçalves, A. (2020). Literacia em saúde mental na comunidade. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coords.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 57-60). Lidel.
- Coelho, J., & Sequeira, C. (2020a). Escuta ativa. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coords.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 177-179). Lidel.
- Coelho, J., Sampaio, F., Sequeira, C., (2020b). Relação de ajuda. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coords.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 183-185). Lidel.
- Decreto-Lei n.º 118/2023*, de 20 de dezembro. Aprova o regime jurídico dos centros de responsabilidade integrados em hospitais do SNS. Diário da República, 244. Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2023-808125339>
- Decreto-Lei n.º 8/2010*, de 28 de janeiro. Cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência. Diário da

- República, 19. Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/8-2010-616776>
- Favrod, J., & Maire, A. (2014). *Recuperar da esquizofrenia: Guia prático para profissionais*. Lusociência.
- Gago, J., Pires, A. M., Sena e Silva, F., Barreto, H., Marques, M. J., Narigão, M., Domingos, P., & Xavier, M. (2023). *Manual para a implementação e desenvolvimento de equipas comunitárias de saúde mental para a população adulta*. Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental. <https://doi.org/10.34619/9afc-ceib>
- Gonçalves, P. (2020). Autogestão do regime terapêutico. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coords.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 155-158). Lidel.
- Gonçalves, P., Sampaio, F., & Sequeira, C. (2020). Delírio. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coords.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 119-120). Lidel.
- Gühne, U., Weinmann, S., Arnold, K., Becker, T., & Riedel-Heller, S. G. (2015). S3 guideline on psychosocial therapies in severe mental illness: Evidence and recommendations. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265(3), 173-188. <https://doi.org/10.1007/s00406-014-0558-9>
- International Council of Nurses. (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem, Versão 2*. Ordem dos Enfermeiros.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Basic Books. <https://doi.org/10.1037/11258-000>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071>

- Marriner, A. (1989). *Modelos y teorías de enfermería*. Ediciones ROL.
- Martins, M. G., Machado, A. P., Gouveia, M. C., Carvalho, P. S., & Renca, P. F. (2021). *Guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave*. Ordem Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22977/guiabp_cuidenfesprecuppesssdoen%C3%A7amentalgrave_ordenferm_ok.pdf
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger M., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mesa da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (2023). *Distinção entre as intervenções de enfermagem “educação em saúde” e “psicoeducação”: Parecer n.º 04/2023 de 28/08/2023*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30413/parecer-mceesmp-n%C2%BA-04-2023-distinc-a-o-entre-as-int-de-enfermagem-executar-e-executar_anonimizado-2.pdf
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2010). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. Elsevier.
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de enfermagem de saúde mental*. Lusociência.
- North American Nursing Diagnosis Association. (2008). *Nursing diagnoses: Definitions and classification 2007-2008*. Artmed Editora.
- North American Nursing Diagnosis Association. (2015). *Nursing diagnoses: Definitions and classification 2015-2017*. Artmed Editora.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Ontologia de enfermagem*. <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>

Ordem Enfermeiros. (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento. Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), do original «Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue».*

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf

Peplau, H. (1997). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing Company.

Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Salvat Editora.

Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing*. Springer.

Portaria n.º 73/2024, de 29 de fevereiro. Regula o índice de desempenho da equipa e a atribuição dos incentivos institucionais aos centros de responsabilidade integrados de saúde mental. República, 43. Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/73-2024-853918463>

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>

Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 26. Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 190/2015, de 23 de abril. Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Diário da República, 79. Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>

Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental. Diário da República, 122. Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>

Regulamento n.º 515/2018, de 07 de agosto. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Diário da República, 151. Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin Harcourt.

Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325-334. <https://doi.org/10.1017/S135246580001643X>

Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry: Journal of Mental Science*, 177, 149-155. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.149>

Sampaio, F. M., Martins, A. E., Marques, J. P., Barreto, M. O., Seabra, P. R., & Lopes, S. C. (2023). *Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoapsicoterapeutica_ok.pdf

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2020). Intervenção psicoterapêutica de enfermagem. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coords.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 171-173). Lidel.

Sampson, E. E., & Marthas, M. (1990). *Group process for the health professions*. Delmar.

- Santos, B., Gonçalves, P., Sequeira, C., & Curto, P. (2020). Reestruturação cognitiva. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coords.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 186-189). Lidel.
- Schinnar, A. P., Rothbard, A. B., Kanter, R., & Jung, S. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 147(12), 1602-1608. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.12.1602>
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.
- Sequeira, C., Sampaio, F. (2020). Modificação do comportamento. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coords.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 193-195). Lidel.
- Slade, M., Amering, M., & Oades, L. (2008). Recovery: An international perspective. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 17(2), 128-137. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00002827>
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* (6a ed.). Lusociência.
- Williams, A. B. (2001). Adherence to regimen: 10 vital lessons. *American Journal of Nursing*, 101(6), 37-43. <https://doi.org/10.1097/00000446-200106000-00019>
- World Health Organization (2003). *Adherence to long term therapies: Evidence for action*. www.emro.who.int/ncd/Publications/adherence_report.pdf
- World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
- World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. <https://iris.who.int/handle/10665/341648>

World Health Organization. (2022). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

ANEXOS

ANEXO I - Planejamento das sessões da Intervenção Psicoeducacional

Sessão 1			
Diagnóstico de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (OE, 2021)	Autogestão do Regime Medicamentoso Comprometido Potencial para Melhorar Conhecimento sobre perturbação mental Potencial para Melhorar Conhecimento sobre AGRM Potencial para Melhorar a Consciencialização sobre compromisso na AGRM Potencial para Melhorar Significado atribuído ao RM		
	Temas a Abordar	Fundamentação/ Operacionalização	Método/Recursos Materiais
	Definir saúde/doença mental; Definir critérios promotores de saúde mental; Definir sinais e sintomas de perturbação mental; Proporcionar educação sobre gestão do regime medicamentoso: Efeito pretendido/Efeitos adversos; Identificar sinais de necessidade de ajuste terapêutico; Efetuar tabela com sinais de recaídas.	Melhorar o conhecimento sobre a saúde mental/ doença mental Melhorar conhecimento sobre RM <u>Ação:</u> Ensinar Explicar Melhorar consciencialização sobre relação entre gestão do RM e gestão da doença <u>Ação:</u> Facilitar experiência indutora de consciencialização sobre RM. Melhorar significado atribuído ao RM <u>Ação:</u> Assistir cliente a analisar o significado dificultador atribuído ao RM	Expositivo Interrogativo Participativo (Dinâmicas - "Puzzle" com relação entre doença/sintomas/ medicamentos/sinais de recaídas) <u>Recursos Materiais:</u> Sala; Puzzle; Papel, caneta. <u>Recursos Humanos:</u> Enf. Tutora/ Aluna
Sessão 2			
Diagnóstico de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (OE, 2021)	Autogestão do Regime Medicamentoso Comprometido Potencial para Melhorar Conhecimento sobre dispositivos Potencial para Melhorar Capacidade de AGRM Potencial para Melhorar Autoeficácia para Gerir RM		

	Temas a Abordar	Fundamentação/ Operacionalização	Método/Recursos Materiais
	Ensinar habilidades práticas para ajudar na adesão e gestão do RM; Treinar elaboração de plano terapêutico; Ensinar a organizar e Monitorizar o uso de medicamentos; Treinar uso de dispositivos auxiliares de GRM.	Melhorar o conhecimento sobre esquemas terapêuticos <u>Ação:</u> Ensinar Melhorar capacidade para AGRM <u>Ação:</u> Reforçar as capacidades do cliente Melhorar autoeficácia do cliente <u>Ação:</u> Analisar resultados obtidos	Expositivo Interrogativo Participativo (Dinâmicas: “Agenda Medicamentosa”) <u>Recursos Materiais:</u> Sala Caixas de medicamentos Esquemas Terapêuticos Papel, caneta <u>Recursos Humanos:</u> Enf. Tutora/ Aluna
Sessão 3			
Diagnóstico de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (OE, 2021)	Potencial para Melhorar Consciencialização sobre Rede de Apoio Potencial para Melhorar Conhecimento sobre Processo de Doença		
	Temas a Abordar	Fundamentação/Operacionalização	Método/Recursos Materiais
	Ensinar sobre processo de doença; Avaliar o impacto de um RM consistente ao longo do tempo; Estabelecer relação entre abandono da medicação/agravamento da sintomatologia/ internamento; Identificar sinais de alteração na saúde mental da pessoa e sintomas de recaídas-Quando pedir ajuda; Promover o autocuidado e destacar a colaboração com os profissionais de saúde; Elaborar rede de apoio; Elaborar lista de unidades de saúde onde se dirigir.	Melhorar consciencialização sobre rede de apoio e quando e a quem pedir ajuda <u>Ação:</u> Auxiliar Definir com o cliente rede de apoio Melhorar conhecimento sobre critérios para pedir ajuda <u>Ação:</u> Ensinar Melhorar Conhecimento sobre relação entre AGRMC e reinternamentos <u>Ação:</u> Ensinar Analisar com o cliente história da doença e dos internamentos	Expositivo Interrogativo Participativo (Dinâmicas: “A Linha do Tempo”; “O Papel de Cada UM”) <u>Recursos Materiais:</u> Sala Papel, caneta Panfleto (Anexo I) <u>Recursos Humanos:</u> Enf. Tutora/ Aluna

ANEXO II - Dinâmicas implementadas nas sessões da Intervenção

Psicoeducacional

Sessão	Dinâmica	Método
Sessão 1	"Puzzle"	Construção de puzzle com sintomas de perturbação mental adaptado à patologia Construção de puzzle com relação entre sintomas e efeito pretendido com a medicação
Sessão 2	"Agenda Medicamentosa"	Peça ao cliente para elaborar um esquema com horários para os medicamentos, considerando o seu plano pessoal. Promova uma reflexão sobre estratégias para evitar esquecimentos, como usar alarmes ou caixas organizadoras. Finalizar com um diálogo sobre como pedir apoio de familiares ou cuidadores se necessário
Sessão 3	"A Linha do Tempo"	Marcar momentos importantes na linha (ex.: início do tratamento, primeira melhoria, interrupções, internamentos) Discutir como a consistência no RM contribuiu ou poderia ter contribuído para resultados melhores.
	"O Papel de Cada Um"	Cada participante desenha uma rede que inclua as pessoas que o ajudam na gestão do tratamento (ex.: médicos, familiares). Discutir como cada elemento da rede pode contribuir. Reforçar o papel do próprio como principal responsável na adesão ao tratamento

ANEXO III - Avaliação das necessidades segundo CAN R2.0 (*Camberwell Assessment of Need Research Version R2.0*)

Adaptado e validado para a população portuguesa em dezembro de 1996 por Joaquim Gago, composto por 22 itens, permitindo avaliar a perspetiva do cliente e do técnico.

Item 1- Alojamento – U (cliente) (1), T (Técnico) (0)

Pretende no futuro viver sozinha, através da Matosinhos Habitat (relação com os pais por vez difícil), vive há 6 anos naquele local.

Item 2- Alimentação – U (0), T (0)

Gerida pela mãe, mas considera-se capaz de cozinhar e gosta.

Item 3- Tarefas Domésticas – U (0), T (0)

Arruma o quarto e a casa

Item 4- Autocuidado – U (0), T (0)

Comprou tinta para o cabelo, vai à pedicure, higiene adequada.

Item 5- Atividades Diárias – (1), T (2)

Saí de casa 1 a 2 vezes por dia para ir ao pão quente. Gosta de estar em casa. Fazia malha, mas perdeu o interesse. Gostava de completar o 9º ano e depois o 12º para ir para a faculdade. Acompanha os cursos do IEF, tem como áreas de interesse a informática, línguas (Francês), florista. Atividades recreativas: música, ouve RFM.

Item 6- Saúde Física – U (1), T (1)

Com fístula no sacro. Pernas pequenas com excesso de peso limitando a mobilidade, subir e descer escadas. Pretende adquirir passadeira para aumentar exercício físico e perder peso. Não gosta de caminhar sozinha. Gostava de ir à praia.

Item 7- Sintomas Psíquicos – U (0), T (1)

Na semana passada ouviu vozes, do Marcelo Rebelo de Sousa, "pessoas influentes", sic, "os demónios desapareceram", sic, as vozes atuais não fazem nada de mal. Que não lhe dá importância.

Item 8- Informação sobre a Doença – U (0), T (0)

Item 9- Sofrimento Psicológico – U (0), T (0)

Item 10- Risco de Danos para o Próprio – U (0), T (0)

Item 11- Risco de Danos para os Outros – U (0), T (0)

Item 12 e 13- Uso de Álcool e Drogas – U (0), T (0)

Não bebe álcool por ter impacto na qualidade do sono e se dorme mal, fuma muito. Atualmente fuma um maço de cigarros, se dormir mal, fuma dois.

Item 14- Contatos Sociais – U (1), T (1)

Refere que nunca foi uma pessoa com muitos amigos, sempre 1 ou 2 amigos. Uma das amigas tem doença mental e só a procurava por interesse económico. Filho a viver em Inglaterra com família paterna, comunica com ele por WhatsApp, filho com 23 anos. Viveu 6 anos com o pai do filho, foi 4 meses para Inglaterra, mas não se adaptou por dificuldades de relacionamento com a sogra e a traição do ex. companheiro.

Item 15/16- Relações Íntimas e Sexualidade – U (0), T (0)

Último namorado há 11 anos, refere perda da libido, não tem contacto neste momento nem pretende.

Item 17- Cuidado dos Filhos – Não aplicável – idade superior a 18 anos

Item 18- Educação Básica – U (0), T (0)

Tem o 6º ano, computador, internet, gosta de ler livros de história de Portugal (monarquia).

Item 19/20- Utilização do telefone e dos transportes – U (0), T (0)

Sem dificuldades

Item 21 e 22- Dinheiro/Subsídios benefícios sociais

Tem atestado multiusos, refere que gostava de obter esclarecimentos/apoios para medicação – “não gosta de genéricos”, sic e fraldas.

ANEXO IV - Folheto - Guia para a Gestão do Regime Medicamentoso em Saúde Mental

A IMPORTÂNCIA DO SEGUIMENTO REGULAR CONSULTAS DE SEGUIMENTO: Compareça a todas as consultas com o seu psiquiatra ou médico. É importante reavaliar o tratamento regularmente. Leve as suas anotações sobre como se está a sentir, os efeitos colaterais e outras questões para discutir na consulta. MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA: Exames ou ajustes na medicação podem ser necessários. Siga as instruções do seu médico e realize exames quando solicitado. Compartilhe qualquer mudança na sua rotina ou eventos de vida que possam afetar sua saúde mental.	RECURSOS E APOIOS PARA A SAÚDE MENTAL Redes de Apoio Participar de grupos de apoio e partilhar experiências ajuda na recuperação. Serviços de Saúde Mental Informe-se dos recursos disponíveis na sua área de residência (técnica de saúde de referência, equipa de saúde familiar). Apoio de Familiares e Amigos Envolver outras pessoas no tratamento vai proporcionar apoio suplementar. Elaborado por: Paula Coutinho Aluna do Mestrado de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto setembro 2024 	GUIA PARA A GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO EM SAÚDE MENTAL Consigo e para si 
O QUE É GESTÃO REGIME MEDICAMENTOSO ? Seguir as orientações do seu médico ou psiquiatra em relação à medicação, como tomar a dose correta nos horários indicados. POR QUE É ESSENCIAL? Manter a regularidade no uso dos medicamentos ajuda a estabilizar o humor, controlar sintomas, prevenir recaídas e melhorar a sua qualidade de vida. ADQUIRIR CONHECIMENTO SOBRE O SEU REGIME MEDICAMENTOSO IMPLICA: Saber que medicamentos toma e qual o esquema instituído pelo médico; Identificar e gerir sintomas; Identificar os sinais de alerta para pedir ajuda.	DICAS PARA GERIR O REGIME MEDICAMENTOSO EM SAÚDE MENTAL Organize os medicamentos: Utilize caixas organizadoras com divisões para dias da semana e horários. Mantenha uma lista visível com os nomes dos medicamentos, doses e horários.  Estabeleça uma rotina: Tomar os seus medicamentos sempre no mesmo horário, de preferência associado a uma atividade diária, como após as refeições. Configure alarmes ou use aplicativos para lembrar de tomar os medicamentos.  Esteja atento aos sinais do seu corpo e mente: Observe como se sente ao tomar a medicação e anote qualquer mudança no seu humor, sono ou comportamento. Não interrompa ou modifique a medicação sem conversar com seu médico. 	COMO LIDAR COM ESQUECIMENTOS E EFEITOS COLATERAIS O que fazer caso se esqueça de tomar uma dose? Tome assim que se lembrar, mas se estiver próximo da próxima dose, não tome a dose esquecida. Siga o cronograma normal. Se você se esquecer frequentemente, informe o seu médico para ajustar o tratamento ou encontrar uma solução. Como gerir efeitos colaterais? Anote os efeitos colaterais que sentir e discuta com seu médico. Muitos efeitos são temporários e podem ser geridos. Nunca pare de tomar a medicação por conta própria, mesmo que se sinta melhor.

ANEXO V - Questionário de Avaliação da Implementação da Intervenção Psicoeducacional

1- Considera que o tema abordado no programa foi:

	Muito importante
	Importante
	Pouco importante
	Nada importante
	Outro

2- Considera que o número de sessões do programa foi:

	Foi adequado
	Não foi adequado

Sugestões: _____

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

	Muito adequada
	Pouco adequada
	Nada adequada
	Outra

4- Com o programa caracterize o conhecimento que adquiriu:

	Muito conhecimento
	Algum conhecimento
	Pouco conhecimento
	Nenhum conhecimento

Sugestões para uma próxima iniciativa:

ANEXO VI - Programa “ReConstruindo Vidas”

**PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO PARA A CAPACITAÇÃO DA PESSOA
COM DOENÇA MENTAL NA GESTÃO DO REGIME
MEDICAMENTOSO**



“ReConstruindo Vidas”

Paula Conceição Leão Coutinho

Setembro, 2024

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo o International Council of Nurses (ICN, 2017), o comportamento de adesão implica uma “ação auto-iniciada para promover bem-estar, recuperação e reabilitação excelentes, utilizando como indicadores a pessoa adotar comportamentos que implicam a busca de informações; a utilização da informação para desenvolvimento de estratégias e o uso de estratégias para melhorar a saúde”.

Definindo Gestão do Regime Terapêutico como “um conceito mais global, que engloba a adesão, mas que vai além da volição e inclui, entre outros aspetos, a capacidade de decisão sobre a mudança de um comportamento face à modificação do status de um sintoma ou face a uma nova circunstância, incorporando, por isso, o autoconhecimento e o conhecimento técnico necessário para interpretar e agir em conformidade” (Bastos, 2013 citado por Gonçalves, 2021, p.155).

De acordo com o (ICN, 2017), existe um controlo eficaz do regime terapêutico quando a pessoa “apresenta um padrão de regulação e integração à vida diária de um tratamento de doença e suas sequelas, satisfatório para alcançar metas de saúde específicas”.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma doença mental é caracterizada por uma perturbação clinicamente significativa no pensamento, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo, que está associada a sofrimento pessoal ou prejuízo nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento (OMS, 2022).

A OMS destaca a importância de entender que as doenças mentais resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, sociais, psicológicos e ambientais. Além disso, a organização enfatiza que, com o tratamento adequado, muitas pessoas com doenças mentais podem recuperar e levar uma vida produtiva (OMS, 2022).

Os conceitos CIPE para o fenómeno de enfermagem adesão são organizados utilizando quatro aspetos dos cuidados de Enfermagem: físico; mental e

comportamental; sociocultural e ambiental e espiritual (OE, 2009). Sendo apresentadas no documento os diagnósticos de enfermagem e intervenções para cada um dos aspetos.

A prática holística da Enfermagem segundo Ordem Enfermeiros (2009), inclui:

- avaliar o risco de não-adesão (incluindo aspetos físicos, mentais, comportamentais, socioculturais, ambientais e espirituais);
- identificar os diagnósticos e motivos para a não-adesão;
- proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação;
- avaliar a adesão ao tratamento.

A adesão é influenciada por vários fatores (OMS, 2003). Estes incluem:

- Baixo estatuto socioeconómico;
- Analfabetismo e baixo nível educacional;
- Desemprego;
- Distância dos centros de tratamento;
- Custo elevado do transporte ou da medicação;
- As características da doença;
- Fatores relacionados com a terapêutica: complexidade e duração do tratamento, efeitos secundários;
- Crenças culturais acerca da doença e do tratamento.

Identificando uma interação complexa de fatores inerentes aos serviços de saúde e aos profissionais; á terapêutica instituída; culturais, económicos e sociais; á doença de base e comorbilidades e individuais relativos ao cliente, que determinam a adesão ao tratamento.

Estão identificadas intervenções de enfermagem no ICN (2017), no âmbito da adesão que englobam estratégias educacionais e comportamentais. Segundo

Balkrishnana (2005), para ser eficiente a nossa intervenção, temos que combinar várias estratégias educacionais e comportamentais. Identificando como estratégias comportamentais o reforço do comportamento positivo do cliente e os lembretes e como educacionais o ajuste dos esquemas terapêuticos para esquemas simplificados, facultar informação sobre medicação e efeitos secundários esperados e a motivação do cliente para as alterações no estilo de vida causadas pela patologia e pela medicação.

Educar os clientes acerca das suas doenças crónicas, benefícios do tratamento e complicações associadas à não-adesão, é muito importante (Williams, 2001). A educação e a motivação vão permitir ao cliente a autogestão da doença, mas o envolvimento da família e dos profissionais de saúde são peças chave na promoção e manutenção da adesão ao tratamento e às alterações no estilo de vida.

Em relação ao papel do enfermeiro nas Equipas de Saúde Mental na Comunidade e de acordo com a OE (2018), no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, encontra-se definido como unidades de competências e critérios de avaliação da sua atividade como EEESMP "desempenhar funções de terapeuta de referência podendo coordenar programas de gestão de casos, de apoio específico às pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada e suas famílias, com o objetivo do cliente conseguir acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde".

De acordo com o Decreto-Lei n.º 118/2023, 2023 e o Decreto-Lei n.º 73/2024, 2024, que regulam a criação e os objetivos dos Centros de Resposta Integrada de Saúde Mental na Comunidade constituídos por equipas multiprofissionais. A alteração de paradigma na organização dos cuidados prestados ao cliente com doença mental na comunidade, procura acompanhar a evolução das necessidades em saúde da população, pretendendo de acordo com o referido decreto melhorar as respostas em saúde mental em Portugal.

Estas equipas “promovem o tratamento, a reabilitação e a reintegração psicossocial das pessoas com problemas de saúde mental e desenvolvem estratégias de promoção da saúde e de prevenção da doença” (Gago et al. 2023, p.12).

O mesmo documento define as funções do terapeuta de referência, como sendo o elemento responsável por “assegurar a continuidade dos cuidados e a coordenação das várias intervenções, de acordo com o PIC e o PPR do cliente” (Gago et al., 2023, p.39), realizando intervenções psicoeducativas e familiares, treino e desenvolvimento de competências e funcionalidade em ambulatório.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) reconhece que adesão ao tratamento compreende um conjunto de ações que podem incluir tomar medicamentos, obter imunização, comparecer ao agendamento de consultas e adotar hábitos saudáveis de vida.

No seu relatório de 2003 a Organização Mundial de Saúde (OMS) identificou a não-adesão de tratamentos prolongados como sendo um «problema mundial de magnitude impressionante». Nos países desenvolvidos, a taxa de adesão ao tratamento nos doentes crónicos é, em média, de 50%, sendo mais baixa nos países em desenvolvimento (OMS, 2003).

A análise dos motivos mais relevantes para a não adesão ao regime medicamentoso referido pelos doentes crónicos, prende-se com o preço dos medicamentos, os efeitos secundários e o horário das tomas segundo dados apresentados (Apifarma, 2010).

2 - PLANIFICAÇÃO DO PROGRAMA

Este programa pretende servir de base para uma intervenção baseada na melhor evidência científica disponível, por parte dos enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica, com os clientes com doença mental e com um diagnóstico de enfermagem de “Gestão do Regime Medicamentoso Comprometido” ou “Adesão ao Regime Medicamentoso Comprometido”, com história ou não de internamentos prévios.

A estrutura envolve 6 sessões, implementadas em grupos fechados de 6 a 8 pessoas, sendo a primeira sessão e a última de 60 minutos e as restantes de 45 minutos. A primeira e a última sessão será individual.

2.1 - Objetivos do programa

Capacitar a pessoa com doença mental para a gestão do regime medicamentoso.

2.2 - População alvo

Clientes adultos, com doença mental, que pratica a autogestão da sua medicação.

Nas situações em que a gestão do regime terapêutico é efetuada por uma terceira pessoa e em que seja necessário intervir, a mesma será individual, não se enquadrando nos critérios deste programa.

2.2.1 - Critérios de inclusão

Saber ler e escrever em português, ter *insight* e participar voluntariamente.

Clientes com alta recente de internamento psiquiátrico, será critério de prioridade.

Ter um diagnóstico de enfermagem de acordo com a CIPE (ICN, 2008) para o fenómeno adesão:

- Capacidade para gerir a medicação;

- Capacidade de gestão do regime, disponibilidade para a melhoria;
- Adesão ao regime de medicação;
- Conhecimentos acerca do regime de medicação, disponibilidade para a melhoria;
- Conhecimentos acerca do regime de medicação, ausência de;
- Não-adesão á medicação;

2.2.2 - Critérios de exclusão

Agitação psicomotora, estado confusional, sintomas positivos exacerbados, agressividade/hostilidade latente e presença de défice cognitivo.

2.2.3-Captação dos participantes

Clientes com consultas no CRI, que o terapeuta de referência reconheça potencial para ser alvo da intervenção.

2.3 - Pessoas envolvidas no programa (*STAKEHOLDERS*)

A implementação do programa depende da autorização do Conselho de Gestão da instituição e de entidades que facilitem o espaço para a operacionalização.

2.4 - Estimativas de custos

Custos com a aquisição do material necessário para utilização nas sessões, com os honorários das promotoras e com material pedagógico que seja pertinente facilitar aos clientes.

2.5 - Gestão do risco

O risco deste programa relaciona-se com a não eficácia do mesmo, sendo as variáveis mais pertinentes a não adesão dos clientes ou o absentismo dos que aderiram, o que se traduzirá num baixo impacto do mesmo.

2.6 - Execução do programa

Pretendemos executar o programa em 3 meses, com sessões quinzenais. Será realizado em local comunitário, facilitador da acessibilidade dos clientes.

2.7 - Avaliação do programa

A avaliação do programa serve para futuras tomadas de decisão em relação ao conteúdo e à forma do mesmo, sendo efetuada uma avaliação do processo e a avaliação dos resultados.

2.7.1 - Avaliação da implementação do programa

A implementação será avaliada pelo registo da assiduidade dos participantes e por aplicação de grelha de avaliação do programa (Anexo I).

2.7.2 - Avaliação da eficácia do programa

Será efetuada na última sessão, individualmente, com aplicação da NOC Conhecimento; Medicação e NOC Comportamento de adesão, que nos permite comparar os dados obtidos na sessão O do programa com os dados obtidos na sessão 5.

3 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS SESSÕES

SESSÃO 0 - Individual

Objetivos

Formar um grupo homogêneo e motivado.

Verificar se cumpre com os critérios de inclusão do programa.

Atividades

Avaliação Inicial - entrevista clínica individual

Avaliar cognição através da aplicação do instrumento de avaliação: NOC

Cognição

Avaliar a motivação para participar e identificar expectativas e objetivos para a intervenção.

Aplicar escala de avaliação, NOC Comportamento de adesão e NOC Conhecimento: Medicação

Assinar consentimento informado

Duração – 60 minutos

Material – Papel e caneta

NOC Cognição

NOC Comportamento de adesão

NOC Conhecimento: Medicação

SESSÃO 1

Objetivos

Desenvolver relações interpessoais, promovendo o conhecimento mútuo dos elementos do grupo.

Apresentação breve do programa.

Definição de regras de funcionamento.

Reduzir o estigma da doença mental.

Fornecer informação sobre os fatores que influenciam uma GRT eficaz.

Dinâmica I - Apresentação dos elementos

Formação de pares, dispondo de 10 minutos para se entrevistarem mutuamente, segundo a dinâmica “Quem é quem?”, (Fritzen, 1996).

Posteriormente cada elemento apresentará o seu par, promovendo o conhecimento do grupo e a interação entre eles.

Apresentação do programa pelos EEESMP e esclarecimento de dúvidas.

Definição de regras de funcionamento pelos elementos do grupo, cada elemento nomeia uma regra que considera fundamental para o bom funcionamento das sessões. Das regras nomeadas serão escolhidas as mais relevantes. Será efetuado um cartaz com as regras, que ficará afixado na sala.

Breve abordagem à doença crónica, fazendo paralelismo entre doença mental e doença orgânica. Apresentação de vídeo.

<https://www.youtube.com/watch?v=X5O8e5uKQm0>

<https://www.youtube.com/watch?v=C-UXvNq7-PI>

<https://www.youtube.com/watch?v=hKWN3l07III>

<https://www.youtube.com/watch?v=V0TD09N0bGE>

<https://www.youtube.com/watch?v=rlxJ4TaTfMs>

Abordar os fatores responsáveis pelo abandono da medicação e as suas consequências.

Momento para esclarecer dúvidas.

Relembrar marcação da próxima sessão.

Material: Cartolina e Lápis

Computador / retroprojektor

Duração: 45 min

SESSÃO 2 - Interpretar esquemas terapêuticos

Objetivos

Ensinar e reforçar a compreensão correta de um esquema terapêutico.

Mostrar a importância de organização e pontualidade na administração de medicamentos.

Refletir sobre a importância de lembrar horário, dosagens e tipos de medicamentos.

Atividades

Breve resumo da sessão anterior.

Dinâmica II - Jogo da Memória Medicamentosa:

Apresente um esquema terapêutico como exemplo;

Divida o grupo em duplas ou trios;

Distribua os cartões virados para baixo;

Os participantes devem formar pares corretos, ligando o nome do medicamento com a dosagem e o horário corretos;

Conclusão: Discuta os desafios de lembrar horários e doses e explore estratégias para facilitar a adesão, como uso de lembretes através de aplicações no telemóvel ou caixas organizadoras de medicação.

Dinâmica III - Simulação de Administração de Medicamentos

Divida o grupo em equipas de dois elementos cada;

Cada equipa recebe um conjunto de “prescrições” com horários específicos;

Os participantes precisam organizar uma rotina de administração, seguindo as instruções;

O EESMP vai movendo os ponteiros do relógio, simulando a passagem do tempo;

Os participantes devem administrar o medicamento nos horários corretos (simbolizando isso ao colocar o cartão no local do relógio correspondente);

Durante a atividade, introduza mudanças inesperadas (como esquecimento de uma dose) e discuta as consequências e possíveis soluções.

EEESMP - Breve fundamentação relativamente à farmacocinética, abordando os temas: diferentes indicações terapêuticas; diferentes doses dos medicamentos e tempos de ação de cada medicamento.

Conclusão

Promova uma discussão sobre a importância de seguir corretamente a rotina e como pequenos erros podem afetar o tratamento.

Enfatize a importância de estabelecer uma rotina e como ferramentas de apoio como alarmes e lembretes podem ajudar.

Momento para esclarecer dúvidas.

Breve resumo da sessão.

Relembrar marcação da próxima sessão.

Material: Caixas de medicamentos fictícias

Desenho de um grande relógio

Cartões com nomes de medicamentos e horários

Duração: 45 minutos

SESSÃO 3 - Desafios da medicação - efeitos colaterais

Objetivos

Permitir que os participantes compartilhem as suas experiências e dúvidas sobre regime medicamentoso.

Esclarecer dúvidas sobre o tratamento e compartilhar informações importantes de forma leve e interativa.

Abordar a importância da rede de apoio -TR

Atividades

Breve resumo da sessão anterior.

Dinâmica IV - Círculo de Dúvidas e Experiências

Forme um círculo e distribua papéis em branco;

Cada participante escreve uma dúvida ou uma experiência sobre o uso de medicamentos;

O EESMP lê as perguntas e abre a discussão, incentivando que os outros compartilhem dicas e conhecimentos.

NOTA: Caso os participantes não sejam recetivos ao fato de terem de escrever, podem os facilitadores ter 6 cartas com dúvidas/experiências, numeradas de 1 a 6. Os clientes lançam o dado e leem a frase correspondente. Poderá ficar definido que quem comenta a frase é quem esteja dois lugares à direita.

O facilitador deve sempre completar a informação.

Conclusão

Encoraje uma reflexão coletiva sobre a importância de estar bem informado e de solicitar ajuda quando surgirem dúvidas ou efeitos colaterais.

A troca de perguntas e respostas promove a reflexão e a aprendizagem em grupo, além de ser uma oportunidade para esclarecer dúvidas comuns sobre o tratamento da doença mental.

Relembrar a importância do TR, que devem entrar em contato com o mesmo com a maior brevidade possível sempre que surja agravamento dos sintomas, efeitos colaterais ou dúvidas.

Momento para esclarecer dúvidas.

Breve resumo da sessão.

Relembrar marcação da próxima sessão.

Material: Papel e canetas

Cartas

Duração: 45 minutos

SESSÃO 4 - Atividades promotoras de saúde mental

Objetivos

Identificar os principais desafios no tratamento da doença mental e encontrar soluções coletivas.

Ajudar os participantes a visualizar e planejar práticas de autocuidado e saúde mental.

Atividades

Breve resumo da sessão anterior.

Dinâmica V - Tempestade de Ideias: Desafios e Soluções

Divida o grupo em duplas ou pequenos grupos;

Cada grupo vai enumerar em um papel três principais desafios que enfrentam ou enfrentaram na gestão da doença mental ou na adesão ao regime medicamentoso;

Depois cada grupo apresenta os seus desafios ao restante grupo;

Em conjunto os participantes oferecem sugestões e soluções para superar as dificuldades;

O EESMP escreve no quadro as palavras-chave para a superação.

Dinâmica VI – O Mapa do Autocuidado

Peça aos participantes para criarem um “mapa” do autocuidado, ilustrando as práticas que usam para cuidar da saúde mental e física, como alimentação, exercícios, hobbies, meditação, tomar medicamentos, entre outros.;

Podem desenhar ou recortar imagens da revista para representar as atividades;

No final cada pessoa compartilha o seu mapa com o grupo.

Dinâmica VI - “Não me Façam Rir” (Brandes e Philips, 1992)

Esta dinâmica pretende promover o divertimento entre os elementos do grupo.

Um dos elementos do grupo põe-se sério e decide que não voltará a rir, cada um dos outros elementos com expressões faciais divertidas, tentará mudar o esse estado de espírito. Quando o primeiro se rir, mudam os papeis.

Conclusão

A troca de ideias permite que os participantes descubram novas maneiras de superar as dificuldades, promovendo o suporte mútuo e o compartilhar de estratégias eficazes.

Encoraje os participantes a refletirem sobre as estratégias que já utilizam e como podem aprimorá-las, além de aprenderem novas formas de autocuidado a partir das experiências dos outros.

Momento para esclarecer dúvidas.

Breve resumo da sessão.

Relembrar marcação da próxima sessão.

Material: Quadro branco, papel e canetas

Papéis grandes, tipo cartolina, canetas coloridas, revistas velhas, cola.

Duração: 45 minutos

SESSÃO 5 - Individual

Objetivos

Avaliar a eficácia do programa

NOC Comportamento de adesão

NOC Conhecimento: Medicação

Avaliar a implementação do programa (Anexo I)

Atividades

Diálogo com o participante para obter uma avaliação sumária do programa, pontos positivos, negativos e sugestões.

Preenchimento das NOC Comportamento de adesão e

NOC Conhecimento: Medicação

Preenchimento da avaliação do programa

Intervenção psicoterapêutica breve individual de acordo com as dificuldades detetadas durante as sessões.

Programar intervenções psicoterapêuticas individuais que serão efetuadas pelo enfermeiro terapeuta de referência do cliente.

Entrega de folheto em vigor na unidade com informações relevantes sobre gestão do regime medicamentoso.

Material: NOC Comportamento de adesão

NOC Conhecimento: Medicação

Grelha de avaliação do programa - Anexo I

Folheto – “Guia para a Gestão do Regime Medicamentoso em Saúde Mental” (Anexo II)

Duração: 60 minutos

O *follow-up* será efetuado pelo terapeuta de referência do cliente aos 3 meses e aos 6 meses. Será efetuada através da NOC Comportamento de adesão e NOC Conhecimento: Medicação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apifarma. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. <https://pns.dgs.pt/files/2010/08/apifarma.pdf>
- Balkrishnana, R. (2005). The importance of medication adherence in improving chronic-disease related outcomes: What we know and what we need to further know. *Medical Care* 43(6), 517-520. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000166617.68751.5f>
- Brandes, D., & Philips, H. (1992). *Manual de jogos educativos*. Moraes Editores.
- Decreto-Lei n.º 118/2023*, de 20 de dezembro. Aprova o regime jurídico dos centros de responsabilidade integrados em hospitais do SNS. Diário da República, 244. Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2023-808125339>
- for action*. www.emro.who.int/ncd/Publications/adherence_report.pdf
- Fritzen, S. (1996). *Exercícios práticos de dinâmicas de grupo* (Vol 1.). Editora Vozes.
- Gonçalves, P. (2020). Autogestão do regime terapêutico. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coords.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 155-158). Lidel.
- Guerra, M., & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contexto de saúde*. Climepsi Editores.
- International Council of Nurses. (2008). *Guidelines for ICNP® Catalogue Development*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-cnptm/icnpbrowser>
- International Council of Nurses. (2017). *International Council of Nurses*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-cnptm/icnpbrowser>

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento. Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), do original «Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue».*

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf

Portaria n.º 73/2024, de 29 de fevereiro. Regula o índice de desempenho da equipa e a atribuição dos incentivos institucionais aos centros de responsabilidade integrados de saúde mental. República, 43. Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/73-2024-853918463>

Williams, A. B. (2001). Adherence to regimen: 10 vital lessons. *American Journal of Nursing*, 101(6), 37-43. <https://doi.org/10.1097/00000446-200106000-00019>

World Health Organization. (2003). *Adherence to long term therapies: Evidence*

World Health Organization. (2022). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

ANEXOS

Anexo I - Avaliação do Programa

1- Considera que o tema abordado no programa foi:

	Muito importante
	Importante
	Pouco importante
	Nada importante
	Outro

2- Considera que o número de sessões do programa foi:

	Foi adequado
	Não foi adequado

Sugestões: _____

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

	Muito adequada
	Pouco adequada
	Nada adequada
	Outra

4- Com o programa caracterize o conhecimento que adquiriu:

	Muito conhecimento
	Algum conhecimento
	Pouco conhecimento
	Nenhum conhecimento

Sugestões para uma próxima iniciativa:

Anexo II - Folheto “Guia para a Gestão do Regime Medicamentoso em Saúde Mental”

A IMPORTÂNCIA DO SEGUIMENTO REGULAR CONSULTAS DE SEGUIMENTO: Compareça a todas as consultas com o seu psiquiatra ou médico. É importante reavaliar o tratamento regularmente. Leve as suas anotações sobre como se está a sentir, os efeitos colaterais e outras questões para discutir na consulta. MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA: Exames ou ajustes na medicação podem ser necessários. Siga as instruções do seu médico e realize exames quando solicitado. Compartilhe qualquer mudança na sua rotina ou eventos de vida que possam afetar sua saúde mental.	RECURSOS E APOIOS PARA A SAÚDE MENTAL Redes de Apoio Participar de grupos de apoio e partilhar experiências ajuda na recuperação. Serviços de Saúde Mental Informe-se dos recursos disponíveis na sua área de residência (técnica de saúde de referência, equipa de saúde familiar). Apoio de Familiares e Amigos Envolver outras pessoas no tratamento vai proporcionar apoio suplementar. Elaborado por: Paula Coutinho Aluna do Mestrado de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto setembro 2024 	GUIA PARA A GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO EM SAÚDE MENTAL Consigo e para si 
O QUE É GESTÃO REGIME MEDICAMENTOSO ? Seguir as orientações do seu médico ou psiquiatra em relação à medicação, como tomar a dose correta nos horários indicados. POR QUE É ESSENCIAL? Manter a regularidade no uso dos medicamentos ajuda a estabilizar o humor, controlar sintomas, prevenir recaídas e melhorar a sua qualidade de vida. ADQUIRIR CONHECIMENTO SOBRE O SEU REGIME MEDICAMENTOSO IMPLICA: Saber que medicamentos toma e qual o esquema instituído pelo médico; Identificar e gerir sintomas; Identificar os sinais de alerta para pedir ajuda.	DICAS PARA GERIR O REGIME MEDICAMENTOSO EM SAÚDE MENTAL Organize os medicamentos: Utilize caixas organizadoras com divisões para dias da semana e horários. Mantenha uma lista visível com os nomes dos medicamentos, doses e horários.  Estabeleça uma rotina: Tome os seus medicamentos sempre no mesmo horário, de preferência associado a uma atividade diária, como após as refeições. Configure alarmes ou use aplicativos para lembrar de tomar os medicamentos.  Esteja atento aos sinais do seu corpo e mente: Observe como se sente ao tomar a medicação e anote qualquer mudança no seu humor, sono ou comportamento. Não interrompa ou modifique a medicação sem conversar com seu médico. 	COMO LIDAR COM ESQUECIMENTOS E EFEITOS COLATERAIS O que fazer caso se esqueça de tomar uma dose? Tome assim que se lembrar, mas se estiver próximo da próxima dose, não tome a dose esquecida. Siga o cronograma normal. Se você se esquecer frequentemente, informe o seu médico para ajustar o tratamento ou encontrar uma solução Como gerir efeitos colaterais? Anote os efeitos colaterais que sentir e discuta com seu médico. Muitos efeitos são temporários e podem ser geridos. Nunca pare de tomar a medicação por conta própria, mesmo que se sinta melhor.

“ReConstruindo Vidas”



Paula Coutinho

setembro, 2024

ANEXO VII - Sessões do Programa “Cuido de Mim”

SESSÃO X - GRT

Objetivos

Reduzir o estigma da doença mental.

Estabelecer paralelismo entre doença mental e doença orgânica.

Fornecer informação sobre os fatores que influenciam uma GRT eficaz.

Atividades

Síntese da sessão anterior

Dinâmica I – “Não me Façam Rir” (Brandes & Philips, 1992)

Esta dinâmica pretende promover o divertimento entre os elementos do grupo.

Um dos elementos do grupo põe-se sério e decide que não voltará a rir, cada um dos outros elementos com expressões faciais divertidas, tentará mudar o esse estado de espírito. Quando o primeiro se rir, mudam os papeis.

Breve abordagem à doença crónica, fazendo paralelismo entre doença mental e doença orgânica, com a utilização de vídeos.

<https://www.youtube.com/watch?v=X5O8e5uKQm0>

<https://www.youtube.com/watch?v=C-UXvNq7-PI>

<https://www.youtube.com/watch?v=hKWN3l07III>

<https://www.youtube.com/watch?v=V0TD09N0bGE>

<https://www.youtube.com/watch?v=rlxJ4TaTfMs>

Abordar os fatores responsáveis pelo abandono da medicação e as suas consequências.

Importância da medicação na doença crónica.

Conclusão

Breve resumo da sessão

Momento para esclarecer dúvidas.

Relembrar marcação da próxima sessão.

Material: Computador

Duração: 45 min

SESSÃO Y- Farmacocinética

Objetivos

Melhorar conhecimento sobre esquema terapêutico

Melhorar conhecimento sobre efeito pretendido com a medicação

Melhorar autoeficácia na GRM

Atividades

Dinâmica II - Simulação de Administração de Medicamentos

Divida o grupo em equipas de dois elementos cada;

Cada equipa recebe um conjunto de “prescrições” com horários específicos;

Os participantes precisam organizar uma rotina de administração, seguindo as instruções;

O EESMP vai movendo os ponteiros do relógio, simulando a passagem do tempo;

Os participantes devem administrar o medicamento nos horários corretos (simbolizando isso ao colocar o cartão no local do relógio correspondente);

Durante a atividade, introduza mudanças inesperadas (como esquecimento de uma dose) e discuta as consequências e possíveis soluções.

Distribua cartas com efeito pretendido e efeito colateral para cada medicamento do esquema terapêutico, cada elemento deve associar a carta ao respectivo medicamento.

EEESMP - Breve fundamentação relativamente á farmacocinética, abordando os temas: diferentes indicações terapêuticas; diferentes doses dos medicamentos; tempos de ação de cada medicamento e efeitos colaterais.

Material: Caixas de medicamentos fictícias

Desenho de um grande relógio

Cartões com nomes de medicamentos e horários

Cartões com efeito pretendido e efeitos colaterais.

Dinâmica III - Círculo de Dúvidas e Experiências

Forme um círculo e distribua papéis em branco;

Cada participante escreve uma dúvida ou uma experiência sobre o uso de medicamentos;

O EESMP lê as perguntas e abre a discussão, incentivando que os outros compartilhem dicas e conhecimentos.

NOTA: Caso os participantes não sejam recetivos ao fato de terem de escrever, podem os facilitadores ter 6 cartas com dúvidas/experiências, numeradas de 1 a 6. Os clientes lançam o dado e leem a frase correspondente. Poderá ficar definido que quem comenta a frase é quem esteja dois lugares á direita.

O EESMP deve sempre completar a informação.

Material: Papel e canetas

Cartas, dado

Conclusão

Promova uma discussão sobre a importância de seguir corretamente a rotina e como pequenos erros podem afetar o tratamento.

Enfatize a importância de estabelecer uma rotina e como ferramentas de apoio como alarmes e lembretes podem ajudar.

Encoraje uma reflexão coletiva sobre a importância de estar bem informado e de solicitar ajuda quando surgirem dúvidas ou efeitos colaterais.

A troca de perguntas e respostas promove a reflexão e a aprendizagem em grupo, além de ser uma oportunidade para esclarecer dúvidas comuns sobre o tratamento da doença mental.

Relembrar a importância do TR, que devem entrar em contato com o mesmo com a maior brevidade possível sempre que surja agravamento dos sintomas, efeitos colaterais ou dúvidas.

Apresentação de filme com atividades promotoras de saúde mental.

<https://www.youtube.com/watch?v=2JijXOCzdKk>

Momento para esclarecer dúvidas.

Breve resumo da sessão.

Relembrar marcação da próxima sessão.

Duração: 45 minutos

ANEXO VIII - Intervenção Psicoeducacional em Grupo

Diagnóstico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2021)		
Autoconceito comprometido Autogestão do Regime Terapêutico - Padrão Alimentar Comprometido Humor Depressivo Ansiedade		
Sessão 1		
Desenvolvida em grupo - FOCO - AGRT		
Temas a Abordar	Fundamentação/Operacionalização	Método/Recursos Materiais
Analisar a complementaridade entre saúde física, saúde mental e saúde social; Definir fatores protetores da saúde física, da saúde mental e da saúde social; Analisar sintomas da patologia e limitações na vida das clientes.	Melhorar o conhecimento sobre a relação entre saúde física, saúde mental e saúde social Melhorar conhecimento sobre saúde integral Melhorar conhecimento sobre RT - Padrão Alimentar <u>Ação:</u> Ensinar/ Discutir / Refletir/ Analisar Melhorar consciencialização sobre relação entre a patologia e as limitações na vida das clientes <u>Ação:</u> Facilitar experiência indutora de consciencialização	Expositivo Interrogativo Participativo (Dinâmicas - “Painel Corpo e Mente” e “Painel de Metas”) - (Anexo IX) <u>Recursos Materiais:</u> Sala Cartolinas às cores, Caneta coloridas <u>Recursos Humanos:</u> Enf. Tutora/ Aluna
Trabalho individual – “Diário do Bem Estar Integral “		
Sessão 2		
Desenvolvida em grupo – FOCO - Autoconceito Comprometido		
Temas a Abordar	Fundamentação/ Operacionalização	Método/Recursos Materiais
Definir rede de suporte no exterior; Definir objetivos de recuperação e objetivos para o futuro; Reforçar informação sobre sinais de recaída e de quando pedir ajuda e a quem.	Promover a interação entre os pares, criando um clima de confiança e descontração <u>Ação:</u> Proporcionar Analisar Melhorar significado atribuído aos objetivos para o futuro <u>Ação:</u> Facilitar experiência indutora de projeção no futuro Melhorar consciencialização entre sinais de recaídas e necessidade de ajuda especializada <u>Ação:</u> Facilitar experiência indutora de consciencialização sobre rede de apoio	Expositivo Interrogativo Participativo (Dinâmicas - “Desenho às Cegas”) - (Anexo IX) Elaborar rede de apoio <u>Recursos Materiais:</u> Sala Cartolinas às cores Caneta coloridas <u>Recursos Humanos:</u> Enf. Tutora/ Aluna

Trabalho individual – Carta para o Eu do Futuro a 5 Anos ou Carta com Objetivos para o Futuro		
Sessão 3		
Desenvolvida em grupo – FOCO - Autoconceito Comprometido		
Temas a Abordar	Fundamentação/ Operacionalização	Método/Recursos Materiais
Fortalecer a autoestima e desassociar a imagem corporal da autovalorização; Criar um recurso físico que simbolize apoio e autovalorização.	Fortalecer a autoestima e desassociar a imagem corporal da autovalorização <u>Ação:</u> Facilitar experiência promotora de alteração do significado atribuído à imagem corporal Facilitar experiência promotora de consciencialização em relação à autoestima e autovalorização <u>Ação:</u> Facilitar experiência indutora de consciencialização	Expositivo Interrogativo Participativo (Dinâmicas - “Espelho Positivo” e “Caixa de Fortalecimento Pessoal”) - (Anexo IX) <u>Recursos Materiais:</u> Sala Caixas de madeira, cola Folhas coloridas Objetos decorativos Caneta coloridas <u>Recursos Humanos:</u> Enf. Tutora/ Aluna
Trabalho individual – “Diário do Bem Estar Integral “		
Sessão 4		
Desenvolvida em grupo – FOCO - Humor Depressivo e Ansiedade		
Temas a Abordar	Fundamentação/ Operacionalização	Método/Recursos Materiais
Ansiedade sinais e sintomas; Impacto da ansiedade na saúde física e nos distúrbios do sono; Impacto dos distúrbios do sono na saúde física; Estratégias não farmacológicas para controlo da ansiedade; Uso das técnicas de relaxamento com visualização guiada, para diminuição da ansiedade e como promotoras do sono;	Melhorar conhecimento sobre ansiedade, distúrbios do sono e técnicas de relaxamento <u>Ação:</u> Ensinar Proporcionar experiência com técnica de relaxamento com visualização guiada <u>Ação:</u> Facilitar experiência promotora de alteração do significado sobre técnicas de relaxamento. Facilitar experiência indutora de consciencialização dos benefícios das técnicas de relaxamento com visualização guiada	Expositivo Interrogativo Participativo - Técnica de relaxamento com visualização guiada, de um lugar agradável <u>Recursos Materiais:</u> Quarto Colchões Música adequada <u>Recursos Humanos:</u> Enf. Tutora/ Aluna
Trabalho individual – “Diário do Bem Estar Integral “		

ANEXO IX - Dinâmicas Implementadas nas Sessões da Intervenção

Sessão 1

“Painel Corpo e Mente”

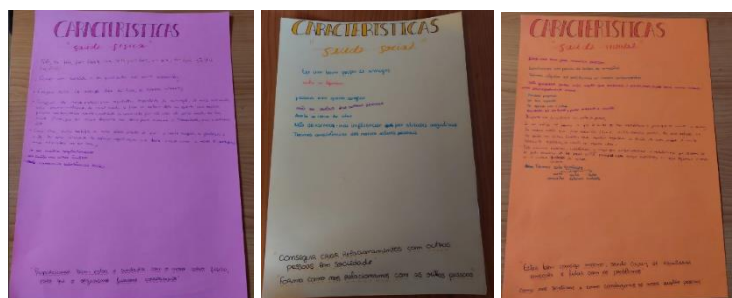
Com esta dinâmica pretendi, ajudar os adolescentes a visualizarem as diferenças e as conexões entre saúde física, mental e social, percebendo a interação entre as três e a sua complementaridade. Foram colocadas três cartolinas com cores diferentes, em que os adolescentes em grupo, tinham que identificar e escrever os fatores importantes para cada uma.

Exemplo para características de saúde física- energia, peso saudável, sono reparador, vigilância médica adequada, sem comportamentos aditivos, higiene pessoal, prevenção e controlo do stress, pratica regular de exercício físico, hidratação adequada,

Exemplo para características de saúde mental - sono reparador, autoconhecimento e autoaceitação, autocuidado, pratica regular de exercício físico, habilidades de resolução de problemas e tomada de decisão, prática de hobbies e atividades prazerosas, flexibilidade cognitiva e abertura para mudanças, sentido de propósito e objetivos de vida, prática da gratidão e pensamento positivo, espiritualidade e valores pessoais, apoio profissional e acompanhamento terapêutico, aprender a lidar com as emoções e meditação.

Exemplo para características de saúde social - Estabelecer relações significativas e saudáveis com a família, amigos e comunidade.

Atividade “Painel Corpo e Mente”



Painel de Metas “Saúde Corporal e Mental”

A atividade foi realizada com o objetivo de encorajar as adolescentes a criarem objetivos saudáveis para ambos os aspectos de sua vida. Cada adolescente, escreveu no seu caderno pessoal e só partilhava o que escreveu se fosse seu desejo. Em grupo, não foi partilhado por opção das adolescentes.

Trabalho individual - Diário de Bem-Estar Integral

Incentivar a auto-observação, o autocuidado diário e a compreensão da saúde como um estado equilibrado de mente e corpo. Cada adolescente criou um diário em duas partes: “Saúde Física” e “Saúde Mental”. Diariamente, elas escreviam o que fizeram para cuidar de cada aspecto. Foram incentivadas a refletir sobre como se sentiram no dia e a fazer conexões entre esses cuidados.

Sessão 2

Mapa de Apoio e Rede de Ajuda

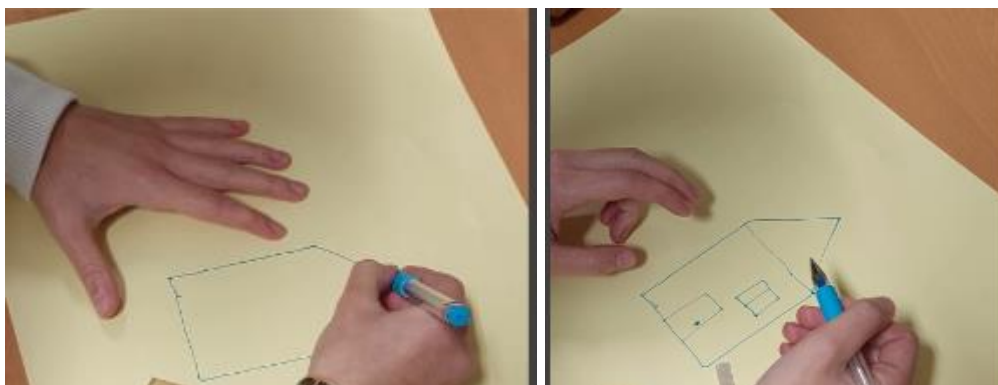
Cada adolescente desenhou um “mapa de apoio” com círculos que representam as pessoas significativas em sua vida (familiares, amigos, terapeutas), conectando os círculos com linhas para indicar como essas pessoas ajudam no tratamento. Em seguida, podem compartilhar o mapa e discutir como podem fortalecer essas conexões. A atividade pretendeu identificar e fortalecer a rede de apoio e reconhecer a sua importância, proporcionando um sentimento de amparo por parte dos adolescentes.

Desenho às Cegas

Foi explicado o exercício e uma das adolescentes voluntariou-se para ser a primeira a fazer. A adolescente foi vendada e tentou desenhar algo simples (como um sol, uma casa, uma árvore) enquanto o outro vai dando instruções verbais, sem tocar na mão de quem desenha.

A atividade gerou risadas e promoveu a interação entre os pares, criando um clima de confiança e descontração, promovendo a cooperação.

Atividade “Desenho às Cegas”



Trabalho individual - Carta para Si Mesmo

Peça que cada adolescente escreva uma carta para si, onde expressam orgulho de si mesmos, enumerem qualidades que valorizam e escrevem palavras de carinho e incentivo. Eles podem guardar a carta para lerem sempre que se sentirem inseguros. Trabalhar a autocompaixão e o autocuidado, incentivando a construção de uma autoestima mais sólida e amorosa.

Sessão 3

Trabalho de Imagem Corporal com “Espelho Positivo”

Solicite que cada uma escreva num papel características positivas sobre si que não estão relacionadas à aparência física, elas devem escrever ou desenhar palavras que descrevam suas qualidades, talentos e realizações, tanto internas (“ajudo os outros”) quanto externas (como “tenho um sorriso acolhedor”). As outras adolescentes, colaboraram escrevendo qualidades que percebem em cada par. Fortalecer a autoestima e desassociar a imagem corporal da autovalorização, ajudando a reduzir o foco excessivo na aparência, estabelecendo uma relação mais positiva com a própria imagem corporal.

Caixa de Fortalecimento Pessoal

Foi dada a cada participante uma pequena caixa, que foi decorada, durante a atividade, por cada uma delas. Nessa caixa foram colocados os papéis com frases de incentivo, lembranças de conquistas, ou nomes de pessoas de

confiança, que foram elaborados na atividade anterior. Esta caixa tem o objetivo de se transformar num “recurso de apoio” que podem usar em momentos difíceis. Criar um recurso físico que simboliza apoio e autovalorização, é útil para momentos de crise e desmotivação, ajudando no processo de recuperação.

Atividade “Caixa de Fortalecimento Pessoal”



ANEXO X - Intervenções desenvolvidas com o cliente com DMG

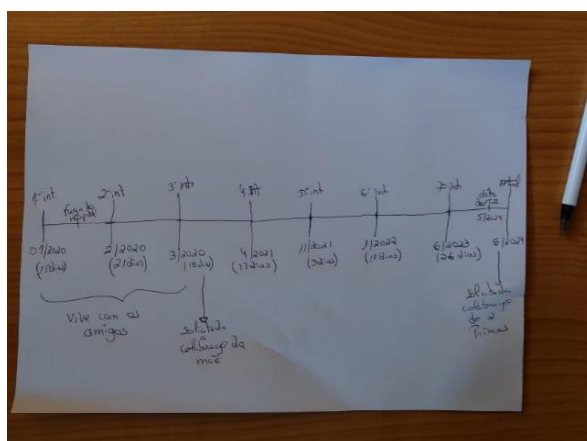
Puzzles com sinais de doença mental e relação entre medicação e sinais de recaídas



Compreender esquemas terapêuticos e preparar medicação com caixa de medicação semanal



Construção da Linha do Tempo



ANEXO XI - Intervenções de Treino de Habilidades Sociais em Grupo

Atualização do mural com as datas de aniversário



Mural com desejos para o próximo ano



Confeção de doces alusivos ao Natal



Decorar o serviço, presépio



Torneio de ping-pong



Plantar uma árvore



ANEXO XII - Estudo de Caso

RELATÓRIO

Estudante(s)

Paula da Conceição Leão Coutinho (11342, Prof.Palmira)

Orientador(a)

Maria Júlia Costa Marques

Palmira da Conceição Martins de Oliveira

Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu

Porto, 2025

ÍNDICE

1. ESTUDO DE CASO	5
1.1. Enquadramento teórico	5
1.2. Clientes	11
1.3. Medicação	12
1.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	12
1.4. Domínios	15
1.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	15
1.5. Conceção de Cuidados	17
1.6. Especificação das intervenções	21
1.7. Síntese relativa ao caso	22

1. ESTUDO DE CASO

W, gênero masculino, 35 anos, solteiro, a residir na área metropolitana do Porto, em internamento involuntário desde 12/09/2024.

1.1. Enquadramento teórico

W encontra-se neste momento em internamento involuntário desde 16/06/2024. Tem um diagnóstico médico de esquizofrenia paranoide desde 2020, após um primeiro internamento involuntário. Desde então, história de 7 internamentos involuntários, por agravamento sintomático, associado ao incumprimento do plano de tratamento. Sem suporte familiar, mãe faleceu em maio de 2024 e nunca viveu com o pai. Identifica como elementos da família duas primas e um tio.

No momento do internamento sem rendimentos, tinha sido suspenso o RSI por questões burocráticas, tendo sido reativado pelo serviço social.

A adesão é influenciada por vários fatores (OMS, 2003), identificando uma interação complexa entre eles, que determina a adesão ao tratamento. Os fatores identificados são inerentes:

- Aos serviços de saúde e aos profissionais (relação com os profissionais e acesso fácil aos mesmos, custo dos transportes, localização dos cuidados de saúde);
- À terapêutica instituída (esquemas complexos, efeitos secundários, custos elevados da terapêutica);
- Culturais (significado atribuído à doença e à medicação crônica);
- Económicos e sociais (baixa escolaridade, desemprego, baixo estatuto sócio-económico);
- À doença de base e comorbidades (características da doença, sequelas da doença e da terapêutica instituída);
- Individuais relativos ao utente (aceitação da doença e da necessidade de acompanhamento e motivação para alterar estilos de vida).

O internamento do cliente com DMG pretende estabilizar sintomas, ajustar e adaptar medicação pela equipe médica e implementar intervenções psicoterapêuticas que permitam ajudar o

cliente na transição saúde/doença, ajustar comportamentos, modificar significados e promover a autonomia e eficácia na gestão da doença, da responsabilidade do EEESMP. Segundo a OE (2021), no Guia Orientador de Boas Práticas para a Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave, define-se a importância do EEESMP como TR, na recuperação do mesmo, no internamento e na continuidade de cuidados na comunidade. Define duas etapas para o internamento: o processo de acolhimento do cliente e a preparação para a alta. “O processo de alta contempla três pressupostos: significado atribuído à doença; potencial do cliente para a mudança; e competência da pessoa para a mudança” (OE, 2021, p. 53).

O referido guia identifica diagnósticos de enfermagem, alvo de intervenção por parte dos EEESMP (OE, 2021, p. 53):

- Promoção da adesão e gestão ao regime terapêutico;
- Promoção do conhecimento relativo à doença;
- Promoção do autocuidado e comportamentos de promoção da saúde mental;
- Promoção da LSM, com ênfase na redução do estigma na doença mental;
- Prevenção de recaídas;
- Aceitação do estado de saúde e aquisição de estratégias para lidar com sintomas;
- Promoção do potencial máximo da pessoa com doença mental grave.

Intervenções do EEESMP definidas no Guia (OE, 2021):

- Investigar o contexto familiar e a rede de suporte;
- Executar Intervenção Psicoeducacional;
- Escutar ativamente a pessoa;
- Negociar compromissos;
- Treinar a preparação da medicação, com recurso a dispositivos, estimulando a autonomia e a autoeficácia;
- Treinar habilidades sociais;
- Promover relações interpessoais no internamento.

O TR do cliente, antes da alta, deve entrar em contato com o TR da comunidade e transmitir toda a informação relevante da evolução do cliente durante o internamento, e proceder ao agendamento de seguimento na comunidade.

Neste contexto, e sempre que as rotinas e as políticas da unidade proporcionarem, deve ser incluído o cuidador nas intervenções. O EEESMP deve averiguar a rede de suporte do cliente na

comunidade. O cliente com DMG, sem apoio familiar e devido às características da sua doença, tem dificuldade em gerir o stress e as exigências da vida quotidiana que, em conjunto com as políticas de saúde de desinstitucionalização, leva a que muitos destes clientes se encontrem numa situação de sem-abrigo, pouco tempo após a alta hospitalar (Neeb, 2000).

Segundo Favrod, J. & Maire, A., (2014), está demonstrado que a psicoeducação familiar e individual reduz a taxa de recaídas, que o treino de habilidades sociais favorece a evolução da doença e que o acompanhamento contínuo na comunidade reduz os internamentos.

Estão identificadas intervenções de enfermagem no ICN (2017), no âmbito da adesão, que englobam estratégias educacionais e comportamentais.

Segundo Balkrishnana (2005), para ser eficiente a nossa intervenção, temos que combinar várias estratégias educacionais e comportamentais. Identificando como estratégias comportamentais o reforço do comportamento positivo do utente e os lembretes e como educacionais o ajuste dos esquemas terapêuticos para esquemas simplificados, facultar informação sobre medicação e efeitos secundários esperados.

Intervenção psicoeducacional

O enfermeiro especialista em ESMP “implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais”, que integra intervenções sistémicas, didáticas e psicoterapêuticas, planeadas para informar o cliente e/ou família/cuidador, sobre a patologia, tratamento e percurso previsível, proporcionando uma adequada gestão da doença (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21430).

De acordo com o diagnóstico de enfermagem identificado na entrevista clínica, foi desenvolvido um programa psicoeducacional com o objetivo de capacitar o cliente para uma gestão eficaz do seu regime medicamentoso.

Critério de inclusão relevante – Possibilidade de ingressar novamente na comunidade.

A intervenção psicoeducacional, neste contexto, foi implementada, tendo como objetivo capacitar o cliente que, neste momento, com rendimentos e apoio familiar, tem possibilidade de ser reinserido na comunidade. Esta avaliação é da responsabilidade do psiquiatra, aquando das entrevistas familiares, e do assistente social, que avalia os recursos financeiros, para ser autossuficiente.

Para a intervenção psicoeducacional foram planeadas 3 sessões de 45 minutos, dinâmicas, interativas com uso de jogos e atividades manuais, para facilitar a memorização e a concentração, tendo sido definido como objetivos para a:

1ª sessão: melhorar o conhecimento sobre a Saúde Mental/Doença Mental; melhorar

conhecimento sobre Regime Medicamentoso (RM); melhorar a consciencialização sobre a relação entre gestão do RM e gestão da doença; melhorar o significado atribuído ao RM.

2ª sessão: melhorar o conhecimento sobre esquemas terapêuticos; melhorar a capacidade para AutoGestão do Regime Medicamentoso (AGRM); melhorar a autoeficácia do cliente.

3ª sessão: melhorar a consciencialização sobre a rede de apoio e quando e a quem pedir ajuda; melhorar conhecimento sobre critérios para pedir ajuda; melhorar conhecimento sobre relação entre AGRMC e reinternamentos.

Entrevista clínica de enfermagem

Habilitações literárias 10º ano de escolaridade.

No momento do internamento, desempregado e a viver em situação de indigência após falecimento da mãe, em maio de 2024.

Situação laboral, por volta dos 16 anos iniciou atividade como futebolista até 2017, depois disso teve vários trabalhos indiferenciados em diferentes contextos.

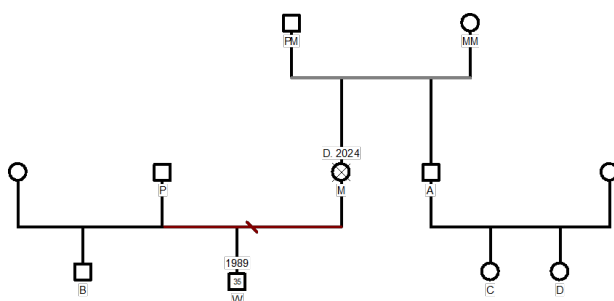
História familiar:

Pai a residir a 30 km, após ter construído uma nova família, tem um contato muito esporádico com o pai pelo telefone, tem um meio-irmão paterno, da mesma idade do cliente, com quem não tem contato.

Mãe, com quem residia, faleceu em maio de 2024, segundo o cliente, por doença cardíaca.

Identifica como família um tio materno e duas primas maternas.

Genograma:



Legenda: A- Tio Materno

B- Irmão Paterno

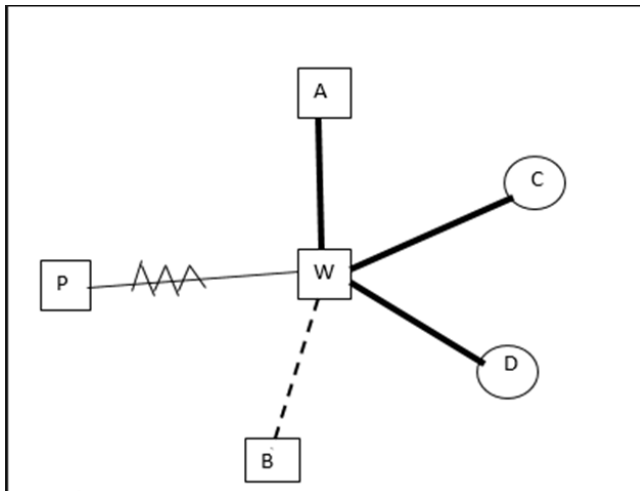
C e D – Primas Maternas

P – Pai

PM – Avô materno

MM- Avó materna

Ecomapa:



Ligação Forte - —

Ligação Fraca - - -

Ligação Conflituosa - AA

História atual da doença:

Neste momento na URT desde 12.09.2024.

Pela entrevista não foi possível averiguar a história da doença, o cliente apresenta insight para o fato de estar doente e precisar de acompanhamento, mas não identifica a doença, referindo “ser uma doença dos nervos”, sic.

Através da consulta do processo clínico foi possível averiguar os dados do internamento atual e dos anteriores. Internamento involuntário desde 16.06.2024, por desorganização comportamental. Apresentava muito mau estado geral, com descuido negligente da higiene corporal, postura defensiva e discurso com desorganização do pensamento. O humor era neutro e embotamento afetivo. Apresentava atividade delirante, mas não se objetivou atividade alucinatória. Não apresenta insight para a doença ou para a necessidade de tratamento.

Tem alta, para integrar a URT, 12.09.2024, sem residência , a usufruir do RSI.

Antecedentes psiquiátricos:

Diagnóstico de esquizofrenia paranóide cerca de 2020, após um primeiro internamento involuntário. Desde então história de 7 internamentos involuntários, por agravamento sintomático, associado ao incumprimento do plano de tratamento.

História clinica não psiquiátrica: sem dados relevantes

Hábitos de vida:

No internamento sem alterações do autocuidado.

Apresenta comportamento interativo com os profissionais e os restantes clientes, depois de tomar café, que faz referência como sendo uma característica individual, “não gosta de falar antes de tomar café”, sic.

Participa nas atividades propostas com motivação.

Sono, sem alterações do sono , com suporte terapêutico.

Consumo de substâncias anteriores ao internamento:

Antecedentes de consumo regular de canabinóides, que suspendeu há cerca de dois anos

Antecedentes de consumo abusivo de álcool, cerca de 2 l /dia (vinho tinto de pacote, “não tinha dinheiro para comer e assim não tinha fome e era mais barato”, sic)

Consumo de tabaco - não fuma

Consumo de cafeína - 3 cafés/dia

Exame mental:

Contato fácil, dócil, com comportamento adequado.

Humor- eutímico, sem embotamento afetivo

Ansiedade, refere em relação ao internamento e ao fato de estar fechado

Sem histórico de comportamentos hetero ou autolesivos, com projetos para o futuro.

Autoconceito- não foi efetuada avaliação através de escalas, tendo sido averiguado pelo discurso do cliente, aparentemente sem alterações do seu autoconceito e da imagem corporal (neste momento a tentar recuperar o peso perdido aquando da situação de indigência, para valores adequados á altura e á idade).

Orientação, orientado em todas as vertentes (temporal, espacial, auto e halopsiquicamente).

Memória - sem alterações percetíveis.

Processo de pensamento – sem alterações

Percepção – sem alterações

Sinais vitais: TA- 111/90 mmHg; FC- 90 /min

Temp corporal- 36,4 °C

Peso – 67 Kg ; Altura – 1,72 m; IMC – 22,65

Instrumentos de avaliação Psicométrica:

Avaliação NOC	RESULTADO	INTERPRETAÇÃO
Cognição	47	Apresenta capacidade para compreender e integrar a informação
Aceitação do estado de saúde *	3	Não procura informação, não reconhece a sua realidade e não toma decisões relacionadas à saúde
Conhecimento do processo de doença *	11	Desconhece o nome da doença e seu percurso e como prevenir complicações. Descreve os efeitos da doença, sinais, sintomas e complicações de forma muito limitada Sabe estar doente, identifica vantagens do controle da doença, mas não consegue manter cuidados
Comportamento de adesão *	3	Não procura informação e não pesa riscos /benefícios do seu comportamento
Conhecimento: medicação*	13	Enuncia o nome da medicação , mas não demonstra conhecimento sobre ação da medicação, efeitos secundários e uso de estratégias de apoio para evitar esquecimentos GRT assegurado pelo próprio, tendo faltado à administração do ALD na comunidade e com dificuldade na gestão da economia mensal (não compra sempre a medicação)

(*) A avaliação foi efetuada, solicitando ao cliente, respostas centradas aquando da sua permanência na comunidade. ☐

Os instrumentos psicométricos utilizados, confirmam a necessidade de intervenção, no âmbito do conhecimento para capacitar o cliente.

1.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 35 anos | Masculino

1.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-12-04 09:30:00	LORazepam 2,5 mg comp / 09:00; 13:00; 22:00	
2024-12-04 09:30:00	Tri-hexifenidilo 5 mg comp / 09:00	
2024-12-04 09:30:00	RisperiDONA ILD 100 mg IM / 28/28 dias	
2024-12-04 09:30:00	Zotepina 100 mg comp / 22:00	

1.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Medicação Atual

Fármaco / Horário

Zotepina 100 mg comp / 22:00

LORazepam 2,5 mg comp / 09:00; 13:00; 22:00

Tri-hexifenidilo 5 mg comp / 09:00; 13:00; 19:00

RisperiDONA ILD 100 mg IM / 28/28 dias

Antipsicóticos - Zotepina 100 mg - Risperidona ILD 100 mg IM

Os antipsicóticos são utilizados no tratamento da esquizofrenia, doença bipolar ou outros transtornos psicóticos. Os antipsicóticos têm sido classificados em convencionais ou de 1ª geração (Haloperidol, Ciamemazina, Cloropromazina, etc.) e atípicos ou de 2ª geração (Clozapina, Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Sertindole e Zotepina). Os antipsicóticos de 1ª geração têm elevada afinidade para os receptores D2 e estão mais associados a efeitos extrapiramidais e hiperprolactinemia, os quais podem afetar a adesão ao tratamento. Os antipsicóticos de 2ª geração têm menor afinidade para os receptores D2 e estão associados a

uma menor probabilidade de efeitos extrapiramidais. No entanto, também apresentam efeitos adversos. Existe também aumento de peso e risco de síndromes metabólicas associados a este tipo de fármacos (Infarmed, 2020).

Zotepina 100 mg (Infarmed, 2020)

O efeito antipsicótico deste medicamento é fundamentalmente mediado pela redução do efeito da dopamina do SNC por antagonismo dos receptores dopaminérgicos D1 e D2. Zotepina liga-se também a quatro subtipos da 5-hidroxitriptamina (5-HT), nomeadamente aos receptores 5-HT_{2A}, 5-HT_{2C}, e aos mais recentemente descobertos 5-HT₆ e 5-HT₇. Zotepina liga-se aos receptores α 1-adrenérgicos e H1-histamínicos, e inibe também a recaptação da noradrenalina, o que pode compensar em parte os efeitos antagonistas α 1-adrenérgicos da Zotepina.

Reações adversas: boca seca; aumento de peso; insônia; cefaleia; vertigens; astenia.

Risperidona (Infarmed, 2020)

Um derivado do benzisoxazol. É usado principalmente no tratamento da esquizofrenia, comportamento inadequado na demência grave e episódios maníacos associados ao transtorno bipolar. A risperidona é um antagonista seletivo monoaminérgico com propriedades únicas, apresenta elevada afinidade para os receptores serotoninérgicos 5-HT₂ e dopaminérgicos D₂. A risperidona liga-se igualmente aos receptores alfa 1-adrenérgicos e com uma afinidade mais baixa aos receptores histaminérgicos H1 e alfa 2-adrenérgicos. A risperidona não possui nenhuma afinidade para os receptores colinérgicos. Embora a risperidona seja um potente antagonista dos receptores D₂, melhorando os sintomas positivos da esquizofrenia, causa menos depressão da atividade motora e indução de catalepsia que os antipsicóticos convencionais. O equilíbrio no antagonismo da serotonina e dopamina a nível central permite alargar a atividade terapêutica deste fármaco aos sintomas negativos e afetivos da esquizofrenia, bem como reduzir a possibilidade de aparecimento de efeitos extrapiramidais (Infarmed, 2020).

Risperidona de longa duração injetável (Infarmed, 2020)

Está indicado para o tratamento de manutenção da esquizofrenia, em doentes atualmente estabilizados com antipsicóticos orais. Trata-se de um antipsicótico atípico eficaz e bem tolerado, baseado numa extensa experiência clínica, que inclui o uso a longo prazo. A injeção intramuscular de ação prolongada permite uma libertação lenta e constante de risperidona durante um período de várias semanas (Infarmed, 2020).

Efeitos adversos (Infarmed, 2020)

Discinesia tardia e sintomas extrapiramidais (DT/SEP). Os fármacos com propriedades antagonistas dos receptores da dopamina têm sido associados à indução de discinesia tardia, caracterizada por movimentos involuntários rítmicos, principalmente da língua e/ou face. O

aparecimento de sintomas extrapiramidais é um fator de risco para a discinesia tardia. Se surgirem sinais e sintomas de discinesia tardia, deve considerar-se a interrupção de todos os tratamentos antipsicóticos. Síndrome maligna dos neurolépticos (SMN) O síndrome maligna dos neurolépticos, caracterizado por hipertermia, rigidez muscular, instabilidade do sistema nervoso vegetativo, alteração da consciência e aumento nos níveis séricos de creatinafosfoquinase, tem sido descrito em associação com o tratamento com fármacos antipsicóticos. Podem ainda ocorrer outros sinais como mioglobinúria e falência renal aguda. Neste caso, deve ser interrompido o tratamento com todos os antipsicóticos.

Aumento de peso - os doentes deverão ser alertados para o potencial aumento de peso. O peso deverá ser monitorizado regularmente.

Hiperglicemia - A hiperglicemia ou exacerbação da diabetes pré-existente. Em doentes diabéticos ou com fatores de risco para o aparecimento de diabetes mellitus, aconselha-se monitorização clínica apropriada.

Vantagens potenciais dos Antipsicóticos de Longa Duração (ALD) descritas em Figueira (2014):

- Melhorar a adesão à terapêutica;
- Identificação precoce da não adesão;
- Simplificação dos esquemas terapêuticos;
- Interações regulares entre o cliente e a equipa de saúde;
- Redução da frequência de recaídas e das taxas de reinternamento;
- Atribuição clara da causa da recaída ou da não resposta, discriminando entre não adesão ou falta de resposta ao medicamento.

Lorazepan 2,5

O lorazepam é um ansiolítico da classe das benzodiazepinas indicado para o controle de distúrbios de ansiedade, da insônia ou utilizado como medicação pré-operatória, uma vez que a sua ação se concentra em aumentar a atividade de substâncias neurotransmissoras no cérebro, como o GABA, causando um efeito tranquilizante. Está indicado para: controle dos distúrbios de ansiedade ou alívio, a curto prazo, dos sintomas de ansiedade ou ansiedade associada com sintomas depressivos; tratamento complementar de transtornos de ansiedade relacionados a outras condições, como depressão intensa ou estados psicóticos; medicação pré-operatória, antes do procedimento cirúrgico (Infarmed, 2020).

Tri-hexifenidilo

É um dos antagonistas muscarínicos de ação central utilizados no tratamento dos transtornos parkinsonianos e perturbações do movimento extrapiramidais induzidas por fármacos e ainda

como um antiespasmódico. Pertence a uma classe de medicamentos chamados anticolinérgicos que funcionam bloqueando a acetilcolina. Ajudando a diminuir a rigidez muscular, a transpiração e a produção de saliva, e ajuda a melhorar a capacidade de caminhar em pessoas com doença de Parkinson (Infarmed, 2020).

Efeitos adversos

Xerostomia; confusão mental, desorientação, alucinações, sintomas psicóticos, alterações da memória; taquicardia, palpitações e hipotensão; náuseas, vômitos, obstipação, úlcera duodenal; retenção urinária, hesitação urinária e disúria; fraqueza muscular, câibras; pode ocorrer um efeito inibitório da lactação e ainda: aumento da temperatura, flushing, parestesias dos dedos, diminuição da sudorese, dificuldade em conseguir ou manter a ereção (Infarmed, 2020).

1.4. Domínios

Início

04-12-2024 09:30

04-12-2024 09:30

Domínios

Sono

Autogestão do regime medicamentoso

Fim

1.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Após entrevista clínica e análise da história da doença, foram identificados dois domínios para intervenção especializada pelo EEESMP: "Sono" e "Autogestão do regime medicamentoso comprometido". O domínio sono, apesar de não comprometido, foi incluído pela importância da qualidade do sono na gestão da saúde mental. A avaliação da gestão do regime medicamentoso foi efetuada com base na vivência na comunidade, já que no internamento a gestão da medicação é efetuada pelos enfermeiros. A intervenção pretende capacitar o cliente para a alta e a reinserção na comunidade.

Sono

A privação de sono tem efeitos negativos no funcionamento cognitivo humano e afeta várias faculdades essenciais. O déficit de atenção resulta na dificuldade de concentração e

menor capacidade de processamento de informação. O déficit de memória, quer na formação de novas lembranças, quer na recuperação de informação previamente apreendida (Figueira et al., 2021). A aprendizagem é prejudicada e traduz-se na dificuldade de absorver e reter novos conhecimentos. O funcionamento executivo, que inclui as habilidades como controle inibitório e a tomada de decisão, fica diminuído e resulta numa dificuldade do indivíduo em controlar os impulsos e fazer as escolhas adequadas. A privação de sono, também, diminui a percepção sensorial da pessoa e afeta a sua capacidade visuoespacial, auditiva e gustativa (Figueira et al., 2021). A pessoa pode apresentar dificuldades em distinguir detalhes visuais, ouvir com clareza e perceber sabores, especialmente os azedos. A sensibilidade olfativa também pode ser comprometida, afetando a capacidade de detetar odores (Figueira et al., 2021).

No âmbito psicológico, as consequências da privação de sono são significativas. A empatia diminui, tornando-se mais difícil para a pessoa entender e conectar-se emocionalmente com os outros (Sobral, 2023). A tolerância à frustração é reduzida, levando a uma menor capacidade de lidar com contratempos e dificuldades. Os sintomas de ansiedade e depressão tendem a aumentar, contribuindo para um estado emocional negativo. Além disso, a irritabilidade aumenta e a pessoa torna-se mais propensa a reagir de forma agressiva ou negativa diante de situações do dia a dia (Sobral, 2023). A privação de sono não apenas prejudica o funcionamento cognitivo, sensorial e psicológico, mas também tem um impacto significativo na qualidade de vida e bem-estar emocional das pessoas (Sobral, 2023).

Segundo Carpenito (2019, p. 325), o “Sono Comprometido” define-se como estado em que um indivíduo apresenta, ou está em risco de apresentar, uma mudança na quantidade ou na qualidade do seu padrão de repouso, que cause desconforto ou interfira no estilo de vida desejado. Nos adultos, como características definidoras major (devem estar presentes) a dificuldade para adormecer ou permanecer a dormir e como minor (podem estar presentes): fadiga ao despertar ou durante o dia; sonolência durante o dia; agitação e alteração de humor (Carpenito, 2019).

Na entrevista, foi possível perceber que o sono não se encontra comprometido, dependendo de suporte terapêutico. A atenção em relação à evolução do sono prende-se com a disponibilidade e capacidade para o cliente aprender, estar dependente de um sono reparador.

Autogestão do regime medicamentoso

Adesão ao regime medicamentoso pressupõe obedecer a uma prescrição efetuada por um profissional de saúde, tendo evoluído o conceito para gestão do regime medicamentoso, o que implica que o cliente adquira conhecimentos e capacidades, para ser parte ativa no processo de tratamento, que seja capaz de questionar e tomar decisões (Gonçalves, 2020).

A gestão adequada do regime medicamentoso é essencial para a promoção da saúde mental,

uma vez que muitas patologias, como depressão, ansiedade, transtorno bipolar e esquizofrenia, exigem tratamentos farmacológicos consistentes e prolongados. Uma abordagem eficaz dos tratamentos, incluindo a adesão correta às dosagens, horários e duração do tratamento, garante a eficácia terapêutica, reduz os riscos de efeitos colaterais e previne recaídas ou agravamentos do quadro clínico. Além disso, o acompanhamento regular por profissionais de saúde permite ajustar os tratamentos conforme necessário, respeitando as especificidades de cada indivíduo. Assim, a gestão cuidadosa do regime medicamentoso não apenas contribui para a estabilização dos sintomas, mas também melhora a qualidade de vida e a funcionalidade dos clientes, promovendo a sua reintegração na sociedade (OE, 2021).

O cliente apresentava vários internamentos por agravamento da sintomatologia, após abandono da terapêutica, com agravamento por ausência de suporte familiar e por não ter reconhecido a importância de entrar em contato com os profissionais de saúde e o serviço social.

1.5. Conceção de Cuidados

Sono

04-12-2024 09:30

04-12-2024 09:30 - Dormiu por períodos longos.

04-12-2024 09:30 - Sono reparador.

04-12-2024 09:30 - Número (médio) de horas de sono noturno: 7 Hora.

04-12-2024 09:30 - Número (médio) de horas de sono diurno: 1 Hora.

04-12-2024 09:30 - Sono comprometido [RESOLVIDO] 06-12-2024 09:30

04-12-2024 09:30 - Determinar evolução do sono

04-12-2024 09:30 - Avaliar evolução do sono

06-12-2024 09:30 - Dormiu por períodos longos.

09-12-2024 09:30 - Dormiu por períodos longos.

13-12-2024 09:30 - Dormiu por períodos longos.

06-12-2024 09:30 - Sono reparador [MANTEVE].

09-12-2024 09:30 - Sono reparador [MANTEVE].

13-12-2024 09:30 - Sono reparador [MANTEVE].

06-12-2024 09:30 - Número (médio) de horas de sono noturno: 7 Hora.

09-12-2024 09:30 - Número (médio) de horas de sono noturno: 8 Hora.

13-12-2024 09:30 - Número (médio) de horas de sono noturno: 6 Hora.

06-12-2024 09:30 - Número (médio) de horas de sono diurno: 1 Hora.

09-12-2024 09:30 - Número (médio) de horas de sono diurno: 2 Hora.

13-12-2024 09:30 - Número (médio) de horas de sono diurno: 2 Hora.

04-12-2024 09:30 - Melhorar sono [FIM] 06-12-2024 09:30

04-12-2024 09:30 - Implementar estratégias de promoção do sono [FIM]

06-12-2024 09:30

04-12-2024 09:30 - Promover adesão: estratégias promotoras do sono [FIM]

06-12-2024 09:30

04-12-2024 09:30 - Conhecimento sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-12-2024 09:30 - Significado atribuído ao compromisso do sono: não dificultador.

04-12-2024 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono [RESOLVIDO] 06-12-2024 09:30

04-12-2024 09:30 - Avaliar evolução da adesão a estratégias promotoras do sono [FIM] 06-12-2024 09:30

06-12-2024 09:30 - Adota parcialmente estratégias promotoras do sono de acordo com a recomendação.

06-12-2024 09:30 - Refere satisfação com a autogestão das estratégias promotoras do sono.

Autogestão do regime medicamentoso

04-12-2024 09:30

04-12-2024 09:30 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

04-12-2024 09:30 - Não organiza a medicação conforme horário.

04-12-2024 09:30 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

04-12-2024 09:30 - Não prepara a medicação conforme a dose.

04-12-2024 09:30 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

04-12-2024 09:30 - Administra a medicação pela via adequada.

04-12-2024 09:30 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

04-12-2024 09:30 - Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

04-12-2024 09:30 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

04-12-2024 09:30 - Não armazena a medicação de acordo com as recomendações.

04-12-2024 09:30 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida**04-12-2024 09:30 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso**

04-12-2024 09:30 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso

06-12-2024 09:30 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

06-12-2024 09:30 - Dispositivo: Dispensador semanal de comprimidos, de quatro doses diárias - Organiza a medicação conforme horário.

09-12-2024 09:30 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

09-12-2024 09:30 - Dispositivo: Dispensador semanal de comprimidos, de quatro doses diárias - Organiza a medicação conforme horário.

13-12-2024 09:30 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

13-12-2024 09:30 - Dispositivo: Dispensador semanal de comprimidos, de quatro doses diárias - Organiza a medicação conforme horário.

06-12-2024 09:30 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

06-12-2024 09:30 - Prepara a medicação conforme a dose.

09-12-2024 09:30 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

09-12-2024 09:30 - Prepara a medicação conforme a dose.

13-12-2024 09:30 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

13-12-2024 09:30 - Prepara a medicação conforme a dose.

06-12-2024 09:30 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

06-12-2024 09:30 - Administra a medicação pela via adequada.

09-12-2024 09:30 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

09-12-2024 09:30 - Administra a medicação pela via adequada.

13-12-2024 09:30 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

13-12-2024 09:30 - Administra a medicação pela via adequada.

06-12-2024 09:30 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

06-12-2024 09:30 - Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

09-12-2024 09:30 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

09-12-2024 09:30 - Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

13-12-2024 09:30 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

13-12-2024 09:30 - Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

06-12-2024 09:30 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

06-12-2024 09:30 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

09-12-2024 09:30 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

09-12-2024 09:30 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

13-12-2024 09:30 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

13-12-2024 09:30 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

04-12-2024 09:30 - Promover autogestão: regime medicamentoso

04-12-2024 09:30 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-12-2024 09:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-12-2024 09:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

04-12-2024 09:30 - Dispositivo: Dispensador semanal de comprimidos, de quatro doses diárias - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-12-2024 09:30 - Dispositivo: Lembrete de medicação - App telemóvel - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-12-2024 09:30 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

04-12-2024 09:30 - Dispositivo: Dispensador semanal de comprimidos, de quatro doses diárias - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-12-2024 09:30 - Dispositivo: Lembrete de medicação - App telemóvel - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-12-2024 09:30 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

04-12-2024 09:30 - Dispositivo: Dispensador semanal de comprimidos, de quatro doses diárias - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-12-2024 09:30 - Dispositivo: Lembrete de medicação - App telemóvel - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-12-2024 09:30 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

04-12-2024 09:30 - Acesso a dispositivos face ao compromisso na autogestão do regime medicamentoso

04-12-2024 09:30 - Dispositivo: Dispensador semanal de comprimidos, de quatro doses diárias - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

04-12-2024 09:30 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso

04-12-2024 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

04-12-2024 09:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

04-12-2024 09:30 - Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso

04-12-2024 09:30 - Potencial para melhorar autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

04-12-2024 09:30 - Potencial para melhorar o acesso aos dispositivos aconselhados

04-12-2024 09:30 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso

06-12-2024 09:30 - Adota parcialmente comportamentos de autogestão do regime medicamentoso.

09-12-2024 09:30 - Adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso [MELHOROU].

13-12-2024 09:30 - Adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso [MELHOROU].

06-12-2024 09:30 - Refere insatisfação com a autogestão do regime medicamentoso mas disponibilidade para melhorar.

09-12-2024 09:30 - Refere satisfação com a autogestão do regime

medicamentoso [MELHOROU].

13-12-2024 09:30 - Refere satisfação com a autogestão do regime

medicamentoso [MELHOROU].

04-12-2024 09:30 - Assegurar continuidade de cuidados

04-12-2024 09:30 - Iniciar referência para a RNCCI

1.6. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do sono

- Questionar o cliente da manhã

Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso

- Executar intervenção psicoeducacional, estruturada em 3 sessões individuais de 45 minutos cada
- - 1ª sessão- ensinar sobre saúde e doença mental; definir critérios promotores de saúde mental; definir sinais e sintomas de perturbação mental; ensinar sobre regime medicamentoso e esquema terapêutico; ensinar sobre efeito pretendido com os medicamentos versus efeitos secundários; ensinar sobre autovigilância de sintomas de recaídas, ou necessidade de ajuste de medicação
- - 2ª sessão- ensinar habilidades práticas para ajudar na autogestão do regime medicamentoso; treinar interpretação do plano terapêutico; ensinar a organizar e monitorizar o uso dos medicamentos; treinar uso de dispositivos auxiliares de autogestão do regime medicamentoso
- -3ª sessão- ensinar sobre processo de doença; avaliar o impacto de um regime medicamentoso consistente ao longo do tempo; estabelecer relação entre abandono da medicação/agravamento da sintomatologia/reinternamento; Ensinar sobre sinais de alterações na saúde mental e sintomas de recaídas (quando pedir ajuda); promover o autocuidado e destacar a colaboração com os profissionais; identificar pessoas que poderão servir de rede de apoio; elaborar lista de unidades de saúde onde se dirigir

Implementar estratégias de promoção do sono

- Determinar hora de deitar e implementar hora do silêncio
- Adequar as condições de luz e temperatura para o descanso
- Promover técnicas de relaxamento antes da hora de dormir
- Providenciar medicação conforme prescrita

Iniciar referência para a RNCCI

- Elaborar carta de alta, com descrição das intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas no internamento
- Contatar a terapeuta de referência do cliente da comunidade para agendar seguimento após alta
- Averiguar condições económicas do cliente que lhe possibilite a aquisição dos dispositivos

de suporte á gestão da medicação

Avaliar evolução da adesão a estratégias promotoras do sono

- Indagar sobre conhecimento de estratégias indutoras/facilitadoras do sono
- Instruir sobre estratégias facilitadoras do sono
- - adequar luz e temperatura do quarto se possível para um maior conforto
- - não usar telas antes da hora de dormir
- - manter rotinas de sono, hora de deitar e levantar
- - evitar consumo de cafeína depois do jantar
- - ouvir música relaxante
- Instruir sobre técnicas de relaxamento
- Cumprir com a terapêutica instituída

Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso

- Executar intervenção psicoeducacional, estruturada em 3 sessões individuais de 45 minutos cada
- Avaliar interesse durante as sessões
- Avaliar evolução do desempenho na interpretação e organização do esquema terapêutico
- Avaliar capacidade para organizar caixa de medicamentos
- Definir com o cliente rede de apoio

1.7. Síntese relativa ao caso

A psicoeducação no contexto de tratamento da esquizofrenia é uma intervenção eficaz com o objetivo de melhorar a compreensão da doença, melhorando o comportamento do cliente e a atitude em relação à doença, integrada num plano terapêutico, adquirindo o cliente um papel ativo no tratamento da doença (Figueira, 2014, p. 182).

As intervenções psicoeducativas ainda proporcionam ampliação do autoconhecimento, conhecimento sobre a perturbação mental, sinais e sintomas agudos, tratamentos específicos, fenómenos mentais e prevenção de recaídas (Bruggmann et al., 2022).

Na última sessão, foi efetuada a avaliação da efetividade da intervenção psicoeducacional, conforme apresentado:

Avaliação NOC	RESULTADO	INTERPRETAÇÃO
Aceitação do estado de saúde *	6	Solicita informação, reconhece a necessidade de apoio na tomada de decisões relacionadas à saúde
Conhecimento do processo de doença *	14	Apresenta evolução nos parâmetros relativos à descrição de sinais, sintomas e recaídas e prevenção de complicações
Comportamento de adesão *	8	Procura informação e pesa riscos /benefícios do seu comportamento.
Conhecimento: medicação *	16	Enuncia o nome da medicação, demonstra conhecimento moderado sobre ação da medicação, efeitos secundários e uso de estratégias de apoio para evitar esquecimentos

Quando aplicados os instrumentos psicométricos após intervenção psicoeducacional, para aferir a evolução do cliente em relação ao conhecimento sobre a AGRM, estes apresentaram melhoria em aspectos essenciais na autogestão da medicação, salientando a interpretação do esquema terapêutico, conseguir organizar a caixa da medicação, tomar consciência da relação entre abandono da medicação/recaídas/reinternamento e da necessidade de manter sempre o apoio de alguém significativo que o suporte na gestão da doença.

A avaliação da implementação da intervenção psicoeducacional, através de questionário, o cliente, abordou dois aspetos fundamentais: a limitação do tempo e não ter sido incluído na intervenção o familiar significativo, conforme demonstrado na transcrição do questionário de avaliação, preenchido pelo cliente.

1- Considera que o tema abordado no programa foi:

Muito importante

Importante - X

Pouco importante

Nada importante

Outro

2 - Considera que o número de sessões do programa foi:

Foi adequado

Não foi adequado - X

Sugestões:

- Precisava de mais tempo.

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

Muito adequada

Adequada - X

Pouco adequada

Nada adequada

Outra

4- Com o programa, caracterize o conhecimento que adquiriu:

Muito conhecimento

Algum conhecimento - X

Pouco conhecimento

Nenhum conhecimento

Sugestões para uma próxima iniciativa:

- Mais tempo e fazer com a minha prima.

Durante a intervenção, não se observaram alterações no padrão do sono, tendo sido abordadas as estratégias promotoras de sono, a que o cliente aderiu.

Referências Bibliográficas:

Balkrishnana R (2005). The importance of medication adherence in improving chronic-disease related outcomes: what we know and what we need to further know. *Medical Care* 43(6), pp. 517-520.

Bruggmann, M. S., Corrêa, S. M., & Korb, D. (2022). A Psicoeducação no Processo de Trabalho do Enfermeiro de Saúde Mental. *Journal Archives of Health*, 555-568.
<https://doi.org/10.46919/archv3n3-00>

Carpenito, L. (2019). *Diagnósticos de Enfermagem* (15ª ed.). Artmed

Favrod, J., & Maire, A. (2014). *Recuperar da esquizofrenia: Guia prático para profissionais*. Lusociência. ISBN 978-989-748-005-8

Figueira, M., et al. (2014), p. 182. *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lidel. ISBN: 978-972-757-960-0

Figueira, L. G., Zanella, I. V., Fagundes, M., Nascimento, C. B. do, & Souza, J. C. de. (2021). Efeitos da privação de sono em adultos saudáveis: uma revisão sistemática [Effects of sleep deprivation on healthy adults: a systematic review; Efectos de la falta de sueño en

adultos sanos: una revisión sistemática]. Research, Society and Development, 10(16), e524101623887. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23887>

Gonçalves, P. (2020). Autogestão do Regime Terapêutico. In (Sequeira, C., Sampaio, F., 2020). Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções. Lidel. ISBN 978-989-752-413-4

Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave. Ordem dos Enfermeiros. (2021). Gráfica Almondina. ISBN: 978-989-8444-57-8

Infarmed - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. Portugal. Consultado a 4 de janeiro de 2025 em: infarmed.pt

International Council of Nurses. (2017). International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-cnptm/icnpbrowser>

Neeb, K. (2000) - Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental. Lusociência. ISBN:972-8383-14-2

Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República: Série II, n.º 151/2018. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/08/151000000/2142721430.pdf>

World Health Organization (2003). Adherence to long term therapies: Evidence for action. Geneva, Switzerland, World Health Organization. www.emro.who.int/ncd/Publications/adherence_report.pdf

Sobral, M. (2023). O Psicólogo Responde: qual o impacto que o sono tem na saúde mental? [The Psychologist Responds: What impact does sleep have on mental health?]. CNN Portugal. Recuperado de O Psicólogo Responde: Qual o impacto que o sono tem na saúde mental? - CNN Portugal (iol.pt)