



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Doença Mental na Transição de Cuidados

Cindy Ludivine Pereira da Silva

Orientação: Professora M^a Fátima Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Doença Mental na Transição de Cuidados

Cindy Ludivine Pereira da Silva

Orientação: Professora M^a Fátima Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Eugénia Grilo

Arguente: Jorge Almeida

Orientador: M^a Fátima Marques

Setúbal, 2023

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint-Exupéry

(In “O Príncipezinho”)

AGRADECIMENTOS

Um trabalho desta natureza, como quase todos os projetos importantes da vida, não resultou de um esforço individual; é fruto da conjugação de muitas mãos, muitos olhos e várias cabeças. É sobretudo o produto do investimento intelectual e científico, mas também emocional e afetivo da pessoa que o elaborou. Para não correr o risco de me esquecer de alguém, gostaria de salientar aquelas pessoas que mais se distinguiram.

Assim, agradeço à Professora Maria de Fátima Marques, pelos conselhos e apoio, interlocutora e excelente profissional, que aceitou orientar este trabalho e com quem tive o privilégio de aprender. Marcou decisivamente o meu percurso de formação, apoiando-me nesta caminhada. Ao Professor Lino Ramos, pela compreensão da minha demora na elaboração deste trabalho. Aos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica com quem tive o privilégio de trabalhar ao longo do meu percurso, bem como aos restantes elementos da equipa de saúde.

Quero agradecer também à minha colega Ana Margarida pelo apoio e por não me deixar desistir. Aos colegas de trabalho, que foram sempre pacientes e me deram todo o seu apoio e companheirismo.

Aos meus amigos, especialmente ao Bruno e à Nádia, pelas palavras de incentivo e pela paciência.

A todos os doentes com os quais trabalhei durante o estágio, por terem partilhado comigo os seus anseios, as suas dúvidas, as suas histórias de vida que tanto me enriqueceram pessoal e profissionalmente, fazendo-me olhar a minha futura prática com outros “olhos”.

À minha família, particularmente ao meu marido Ricardo, por toda a compreensão, por ser o meu porto de abrigo e, acima de tudo, por nunca ter deixado de acreditar em mim.

A todos, muito obrigada.

RESUMO

O presente relatório de estágio é de natureza crítico-reflexiva sobre o percurso formativo e pessoal desenvolvido no âmbito do 6º Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Descreve-se o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica e as competências de Mestre em Enfermagem. O tema, *“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Doença Mental na Transição de Cuidados”*, emergiu de uma necessidade sentida no local de estágio, traduzindo-se na criação de uma consulta pós alta hospitalar da pessoa com doença mental, procurando assegurar que esta transição seja o mais positiva possível. Pretendeu-se ainda contribuir para a redução do fenómeno da “porta giratória”, principalmente por falta de adesão ao regime terapêutico, essencialmente nos 30 primeiros dias após a alta. Ao criar-se esta consulta, constatou-se que houve um aumento de adesão ao regime terapêutico de 11 pessoas com doença mental, acompanhadas ao longo das consultas, tendo estas adquirido mais *insight* e capacitação para a gestão do seu regime terapêutico, nomeadamente, gestão da terapêutica medicamentosa, regime dietético e regime de exercício, potenciando-lhes mais ganhos em saúde.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Consulta pós alta hospitalar; Adesão ao regime terapêutico; Transição.

ABSTRACT

This internship report is of a critical-reflective nature on the training and personal path developed within the scope of the 6th Master's Degree in Nursing in Association in the area of Specialization in Mental Health and Psychiatric Nursing. It describes the development of the common and specific competences of the Specialist Mental Health and Psychiatric Nurse and the competences of the Master in Nursing. The theme, "Intervention by the Specialist Mental Health and Psychiatric Nurse in the Adherence to the Therapeutic Regime of the Person with Mental Illness in the Transition of Care", emerged from a need felt at the internship site, translating into the creation of a post-discharge consultation for the person with mental illness, seeking to ensure that this transition is as positive as possible. The aim was also to help reduce the revolving door phenomenon, mainly due to a lack of adherence to the therapeutic regime, essentially in the first 30 days after discharge. When this consultation was set up, it was found that there was an increase in adherence to the therapeutic regimen of 11 people with mental illness, who were accompanied throughout the consultations, having acquired more insight and training in the management of their therapeutic regimen, namely, management of drug therapy, dietary regimen and exercise regimen, giving them more health gains.

Keywords: Mental Health and Psychiatric Nursing; Post-discharge consultation; Adherence to therapeutic regimen; Transition.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização dos instrumentos padronizados de colheita de dados aplicados às pessoas com doença mental.....	44
Tabela 2. Resultados da Adesão aos Tratamentos (MAT) na primeira avaliação (N=11)	51
Tabela 3. Resultados descritivos da Adesão à Terapêutica (N=11).....	51
Tabela 4. Classificação obtida pelo método de avaliação da Adesão/Escala dicotômica	52
Tabela 5. Resultados das crenças acerca dos medicamentos (BMQ) na primeira avaliação (N=11).....	53
Tabela 6. Resultados descritivos das Crenças Gerais Acerca dos Medicamentos: escala e subescalas (N=11).....	53
Tabela 7. Resultados da Adesão aos Tratamentos (MAT) na segunda avaliação (N=11)	60
Tabela 8. Resultados descritivos da Adesão à Terapêutica (N=11).....	61
Tabela 9. Classificação obtida pelo método de avaliação da Adesão/Escala dicotômica	61
Tabela 10. Resultados das crenças acerca dos medicamentos (BMQ) na segunda avaliação (N=11).....	62
Tabela 11. Resultados descritivos das Crenças Gerais Acerca dos Medicamentos: escala e subescalas (N=11).....	62

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. CIPE aplicada ao Processo de Enfermagem	57
---	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama representativo do processo das transições.	23
---	----

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

APA – American Psychology Association

BMQ - Beliefs About Medicines Questionnaire

C - Concordo

cf. – Conforme

CID - Classificação Internacional de Doenças

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CT - Concordo Totalmente

D - Discordo

DGS – Direção Geral de Saúde

DSM - Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais

DT - Discordo totalmente

ESMP-Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

et al. – e outros autores

INE – Instituto Nacional de Estatística

JCI - *Joint Commission International*

MAT - Medida de Adesão aos Tratamentos

N - Não tenho a certeza

OE – Ordem dos Enfermeiros OMS – Organização Mundial de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
1. Saúde e doença mental.....	14
2. Transição e continuidade de cuidados após a alta hospitalar da pessoa com doença mental	22
3. Adesão ao regime terapêutico da pessoa com doença mental	27
CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	35
1. Estágio em contexto hospitalar	35
2. Estágio em contexto comunitário	40
PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	41
1.Contextualização da problemática.....	41
2. A consulta de seguimento pós alta	43
2.1. Planificação da consulta	43
2.2 Referenciação à consulta	46
2.3 Operacionalização da consulta.....	46
2.4 Resultados da consulta.....	59
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	67

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na
Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Doença Mental na Transição de Cuidados

1.Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	67
2. Competências Específicas do EEESMP	71
3. Competências de Mestre em Enfermagem.....	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXOS	91
Anexo I – Escala Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT).....	91
Anexo II - Questionário de crenças acerca dos medicamentos (BMQ).....	92
APÊNDICES	93
Apêndice I- Plano da sessão “Jogo da Autoestima”	93
Apêndice II – Plano de sessão “Caminhada Terapêutica”	95

INTRODUÇÃO

Este Relatório espelha todo o percurso formativo realizado no âmbito do 6º Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Para além das unidades curriculares integrantes do Plano de Estudo deste Curso de Mestrado, o presente relatório também visa a obtenção do grau de mestre em enfermagem (Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro), em conformidade com os objetivos de aprendizagem do ciclo de estudos, designadamente: demonstrar competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), deter capacidades para integrar conhecimentos, a tomada de decisão e a gestão de situações complexas, participar proativamente nas equipas e projetos, bem como, demonstrar competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP). Neste pressuposto, o Relatório tem como foco a promoção da adesão ao regime terapêutico das pessoas com doença mental após alta hospitalar e subordinado ao tema: *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Doença Mental na Transição de Cuidados*, tendo sido desenvolvido um projeto de intervenção em serviço, com a criação da consulta pós alta hospitalar.

A readmissão hospitalar é um problema mundial e um resultado adverso dos cuidados clínicos. Nos países de elevado rendimento, 13% dos doentes de saúde mental e psiquiátrica são readmitidos após a alta hospitalar, particularmente 30 dias após a alta, por falta de seguimento na comunidade (Bravo et al., 2022). O termo *revolving door* - “porta giratória” - significa múltiplas readmissões num período de 30, 60 ou 90 dias, de acordo com diferentes estudos. Estes doentes consomem até 30% dos recursos dos cuidados de saúde, embora representem apenas 10% do número total de doentes (Bravo et al., 2022). Os principais fatores associados ao “fenómeno da porta giratória” permanecem incertos. Mas, alguns estudos revelaram que as pessoas com doença mental em porta giratória são mais jovens, solteiros, com baixa escolaridade, desempregados, que sofrem frequentemente de psicose e de consumo de álcool ou de outras substâncias, uma fraca adesão ao regime terapêutico e mais tentativas de suicídio (di Lorenzo et al., 2016; Laliberté et al., 2019; Napoli et al., 2023). Para além desses possíveis fatores, a falta de um planeamento da transição dos cuidados do hospital para a comunidade/domicílio e de uma comunicação adequada entre os profissionais de saúde, os doentes, a família/cuidador principal e os profissionais de cuidados de saúde primários pioram os resultados (Napoli et al., 2023). Este é um fenómeno que também ocorre em Portugal. Como tal, o reconhecimento dos doentes com padrão de hospitalização em “porta

giratória” e a previsão de reinternamento possibilita desenvolver estratégias de intervenção preventivas e permite identificar potenciais lacunas nos sistemas de serviço de saúde.

No passado, as doenças mentais estavam envoltas em mistério e apreensão. Hoje, porém, o setor da saúde mental e da psiquiatria fez enormes progressos na compreensão e, sobretudo, na capacidade de oferecer tratamentos eficazes. Além disso, estas melhorias e avanços ajudaram a apagar o estigma associado às doenças mentais (Belsiyal et al., 2022). Neste sentido, o EEESMP proporciona, estrutura e gere um ambiente terapêutico em parceria com a pessoa cuidada e outros membros da equipa de saúde, de acordo com o âmbito e os critérios da prática de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

A importância da prática clínica em enfermagem é inegável para o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais e técnico-científicas. Esta é uma das formas eficazes de aliar a formação teórica e o treino prático na formação em enfermagem, no pressuposto de que o conhecimento prático e o teórico são importantes e facultam diferentes contribuições para a aprendizagem. Além disso, a experiência prática é uma componente essencial para a formação especializada dos enfermeiros, que, como referem Lopes et al. (2018, p. 4), “asseguram uma parte muito significativa da prestação de cuidados de saúde, e são, como tal, uma peça fundamental em qualquer sistema de saúde”, o que justifica plenamente o “investimento na qualificação destes profissionais”, concedendo-lhes “a possibilidade de construírem uma carreira profissional e incentivando à renovação contínua da sua formação”. Neste sentido, a prática clínica assumiu-se como fundamental, permitindo o desenvolvimento de competências técnico-científicas para promover respostas a ações de qualidade às pessoas com doença mental, particularmente no que se refere ao seu *empowerment* para a adesão ao regime terapêutico e, assim, minimizar-se os reinternamentos e garantir a continuidade de cuidados do hospital para a comunidade/domicílio.

A continuidade dos cuidados é considerada quer pelos doentes, quer pelos profissionais de saúde, como uma característica essencial dos cuidados de saúde de elevada qualidade. Esta abarca desde a disponibilidade básica de informações até a uma relação interpessoal entre o profissional de saúde, no caso concreto o enfermeiro, e os doentes, caracterizada pela confiança e por um sentido de responsabilidade mútua (Biringer et al., 2017). Numa análise multidisciplinar, Haggerty et al. (2003) concluíram que existem três tipos de continuidade nos cuidados de saúde: a continuidade informativa, em que a informação é o fio condutor que liga os cuidados de saúde de profissional de saúde a outro e de um evento de cuidados de saúde a outro; a continuidade da gestão é alcançada quando os serviços são prestados de forma complementar e atempada, proporcionando uma sensação de previsibilidade e de segurança nos cuidados futuros e a continuidade relacional que representa relações pessoais permanentes entre os doentes e um profissional de saúde ou uma equipa consistente de profissionais.

Há dois elementos intrínsecos a estas três dimensões da continuidade, nomeadamente a tomada de decisão informada e o reconhecimento das necessidades efetivas da pessoa.

Está bem documentado que a continuidade dos cuidados e as relações terapêuticas são considerados como fatores importantes pelas pessoas com doença mental. A continuidade dos cuidados demonstra estar positivamente associada aos resultados em saúde mental e psiquiátrica. No que diz respeito às relações terapêuticas, a maioria dos doentes identifica o apoio emocional como uma componente essencial dos cuidados da equipa para a resolução de crises e salienta a necessidade de lhes ser dado tempo e oportunidade suficientes para contarem a sua história e falarem sobre os seus sentimentos e dificuldades. A construção e manutenção de uma relação terapêutica, por vezes, são complexas nos cuidados de saúde mental e psiquiátrica, sobretudo em serviços de psiquiatria de agudos, mas tem-se mostrado possível e contribui para uma maior satisfação do doente e uma melhor adesão ao regime terapêutico (Nyttingnes et al., 2021). Após alta hospitalar e no regresso ao domicílio, na maioria das vezes, pouco se sabe do trajeto deste grupo de doentes com risco aumentado de recaídas, dado que, a nível nacional, persiste uma frágil estrutura de apoio formal na comunidade para as pessoas com doença mental e seus familiares/cuidadores informais, resultando no fenómeno de “porta giratória”. Como forma de se poder colaborar para colmatar esta necessidade, sendo uma necessidade da unidade onde se realizou o estágio, surgiu a criação da consulta pós alta, na forma de um projeto de intervenção, o qual se apresenta neste relatório.

Este documento tem como objetivos descrever o trabalho desenvolvido, o desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do EEESMP e Competências de Mestre em Enfermagem, como um caminho para a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde com base em evidências científicas, que se refletem na prática, no cumprimento dos cânones éticos e deontológicos que lhe estão implícitos.

Estruturalmente, este trabalho inicia com a introdução, prosseguindo-se com um enquadramento concetual, que suporta a compreensão do tema a desenvolver. Assim, abordar-se a saúde e doença mental, a transição e continuidade de cuidados após a alta hospitalar da pessoa com doença mental, e a adesão ao regime terapêutico da pessoa com doença mental. Segue-se o projeto de intervenção em serviço, com a caracterização do contexto clínico, contextualização da problemática e operacionalização da consulta de seguimento pós-alta. Apresenta-se o percurso e o desenvolvimento de competências aos três níveis anteriormente referidos. O trabalho termina com as considerações finais.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Saúde e doença mental

A saúde mental inclui o bem-estar emocional, psicológico e social. Afeta a forma de pensar, sentir e agir. Também ajuda a determinar como se lida com o stresse, como as pessoas se relacionam umas com as outras e como fazem escolhas. A saúde mental é importante em todas as fases da vida, desde a infância até à velhice. Ao longo da vida, se uma pessoa tiver problemas de saúde mental, o seu pensamento, humor e comportamento podem ser afetados. Muitos fatores contribuem para os problemas de saúde mental, incluindo: fatores biológicos, experiências de vida, história familiar de problemas de saúde mental (Organização Mundial de Saúde, OMS, 2019).

Em 2004, a OMS definiu a saúde mental como um estado de bem-estar em que o indivíduo realiza as suas próprias capacidades, pode enfrentar as tensões normais da vida, pode trabalhar produtiva e frutuosamente, e é capaz de dar uma contribuição para a sua comunidade. Esta definição, embora represente um progresso substancial em relação ao afastamento da conceptualização da saúde mental como um estado de ausência de doença mental, suscita várias preocupações e presta-se a potenciais mal-entendidos quando identifica sentimentos positivos e funcionamento positivo como fatores-chave para a saúde mental (Galderisi et al., 2015).

De facto, considerar o bem-estar como um aspeto chave da saúde mental é difícil de conciliar com as muitas situações desafiantes da vida em que o bem-estar pode até ser pouco saudável: a maioria das pessoas consideraria como mentalmente pouco saudável um indivíduo que experimenta um estado de bem-estar enquanto maltrata outras pessoas, e consideraria como saudável uma pessoa que se sente desesperada, por exemplo, depois de ter sido despedida do seu trabalho numa situação em que as oportunidades ocupacionais são escassas. A saúde mental tem sido frequentemente conceptualizada como um efeito puramente positivo, marcado por sentimentos de felicidade e sentido de domínio sobre o ambiente (Galderisi et al., 2015).

Os conceitos utilizados em vários artigos sobre saúde mental incluem aspetos chave da definição da OMS de 2004, ou seja, emoções positivas como funcionamento positivo. Keyes (2014) identifica três componentes da saúde mental: bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social. O bem-estar emocional inclui a felicidade, o interesse pela vida e a satisfação; o bem-estar psicológico abrange o ser bom a gerir as responsabilidades de vida diária, ter boas relações com os outros e estar satisfeito com a própria vida; o bem-estar social refere-se ao funcionamento positivo e envolve ter algo a contribuir para a sociedade (contribuição social), sentir-se parte de uma comunidade (integração social), acreditar que a

sociedade está a tornar-se um lugar melhor para todas as pessoas (atualização social) e que a forma como a sociedade funciona faz sentido para elas (coerência social).

O conceito de funcionamento positivo é também traduzido por várias definições e teorias sobre a saúde mental, na capacidade de trabalhar produtivamente e pode levar à conclusão errada de que um indivíduo em idade ou condição física que o impeça de trabalhar produtivamente não está por definição em boa saúde mental. Trabalhar produtiva e frutuosamente não é muitas vezes possível por razões contextuais, o que pode impedir as pessoas de contribuir para a sua comunidade (Vaillant, 2012).

Jahoda, em 1958, como referem Slade et al. (2014), subdividiu a saúde mental em três domínios: autorrealização, na medida em que os indivíduos são capazes de explorar plenamente o seu potencial; sentido de domínio sobre o ambiente e sentido de autonomia, isto é, capacidade de identificar, confrontar e resolver problemas.

A definição de saúde mental é claramente influenciada pela cultura que a define. Contudo, como também defendido por Vaillant (2012), há certos elementos que têm uma importância universal para a saúde mental e que podem ser identificados. Conscientes de que as diferenças de valores, culturas e origens sociais entre países podem dificultar a obtenção de um consenso sobre o conceito de saúde mental, Galderisi et al. (2015) referem que o conceito de saúde mental não é apenas a ausência de doença mental, mas sim um estado dinâmico de equilíbrio interno que permite aos indivíduos utilizar as suas capacidades em harmonia com valores universais da sociedade. As capacidades cognitivas básicas e sociais; a capacidade de reconhecer, de expressar e modular as próprias emoções, bem como ter empatia pelos outros; a flexibilidade e a capacidade de lidar com eventos adversos da vida e papéis de função social e a relação harmoniosa entre o corpo e a mente, representam componentes importantes da saúde mental, que contribuem, em graus variáveis, para o estado de equilíbrio interno. Todos os componentes propostos nesta definição representam aspetos importantes, mas não obrigatórios da saúde mental, pois podem contribuir, em grau variável, para um estado de equilíbrio, de modo a que as funções plenamente desenvolvidas possam compensar uma carência num outro aspeto do funcionamento mental.

Continuam a existir desafios ainda sem solução nesta área: as transformações demográficas, as desigualdades, as barreiras à reforma dos cuidados de saúde mental, as respostas da comunidade e, finalmente, a urgência de combater o estigma e a discriminação que as pessoas com doença mental ainda sofrem. É fundamental assegurar não apenas os direitos daqueles que vivem com doença mental, incluindo familiares e cuidadores, mas também promover a sua participação na definição das políticas que lhes são dirigidas. Adicionalmente é importante reconhecer que a saúde mental e os seus problemas são determinados pelas condições sociais, existindo uma maior prevalência de problemas de saúde

mental nas pessoas mais pobres e com menor nível de educação, o que implica a adoção de abordagens abrangentes e intersectoriais (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

Os problemas de saúde mental, principalmente nas situações clínicas mais complexas, estão associados a compromisso grave nos diferentes domínios da funcionalidade, podendo ter impacto relevante na qualidade de vida da pessoa e da sua família (Relatório das Experiências piloto de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, 2020).

Como consta do Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro (p. 104), a saúde mental é uma componente fundamental do bem-estar dos indivíduos e as perturbações mentais são, de entre as doenças crónicas, a primeira causa de incapacidade em Portugal, justificando cerca de um terço dos anos potenciais de vida perdidos. As perturbações psiquiátricas têm uma prevalência de 22,9 %, colocando Portugal num preocupante segundo lugar entre os países europeus, com 60 % destes doentes sem terem acesso a cuidados de saúde mental.

Nesse sentido, a Base 13 da nova Lei de Bases da Saúde, que foi aprovada em anexo à Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, preconiza que “os cuidados de saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia, assim como evitando a sua estigmatização, discriminação negativa ou desrespeito em contexto de saúde, e devem ser prestados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada, prioritariamente ao nível da comunidade” (Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, p. 104). Por conseguinte, o Estado deve “promover a melhoria da saúde mental das pessoas e da sociedade em geral, designadamente através da promoção do bem-estar mental, da prevenção e identificação atempada das doenças mentais e dos riscos a elas associados” (Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, p. 104).

Tem havido uma mudança nos serviços de saúde mental de uma ênfase centrada no tratamento e na redução dos sintomas, baseada numa noção estreita da díade saúde/doença, para uma abordagem mais holística que tem em consideração quer o bem-estar, quer a capacidade funcional da pessoa. Os serviços de saúde mental atualmente estão planeados com base em formulações psicológicas que abordam o bem-estar, as necessidades reais da pessoa com problemas de saúde mental e os resultados funcionais (OMS, 2022).

As doenças mentais são responsáveis por cerca de um terço da incapacidade mundial causada por todos os problemas de saúde dos adultos, resultando num enorme sofrimento pessoal e custos socioeconómicos. Problemas graves de saúde mental, incluindo a depressão *major*, doença afetiva bipolar, esquizofrenia, entre outras, afetam todos os grupos etários e ocorrem em todos os países, incluindo os países da União Europeia, bem como outros países desenvolvidos e em desenvolvimento. Em

alguns casos, conduzem ao suicídio, uma das causas mais comuns de morte evitável. As doenças mentais são a pandemia do século XXI e serão o próximo grande desafio de saúde global (OMS, 2019).

Uma doença mental é caracterizada por uma perturbação clinicamente significativa na cognição, regulação emocional ou no comportamento de uma pessoa. Está geralmente associada à angústia ou défice em áreas importantes da capacidade funcional. As perturbações mentais também podem ser referidas como condições de saúde mental. Trata-se de um termo mais amplo que abrange perturbações mentais, incapacidades psicossociais e outros estados mentais associados à angústia significativa, défice na capacidade funcional ou risco de autoflagelação (Classificação Internacional de Doenças, CID-11, OMS, 2022).

De acordo com a OMS (2022), uma em cada oito pessoas no mundo vive com uma perturbação mental e a maioria não tem acesso a cuidados de saúde eficazes. Em 2019, 301 milhões de pessoas viviam com um distúrbio de ansiedade, incluindo 58 milhões de crianças e adolescentes (*Institute of Health Metrics and Evaluation*, 2022). As perturbações de ansiedade caracterizam-se pelo medo excessivo, preocupação e perturbações de comportamento associadas. Os sintomas são suficientemente graves para resultar numa angústia significativa ou num défice significativo na capacidade funcional. Existem vários tipos diferentes de distúrbios de ansiedade, tais como: distúrbio de ansiedade generalizada (caracterizado por preocupação excessiva), distúrbio de pânico (caracterizado por ataques de pânico), distúrbio de ansiedade social (caracterizado pelo medo excessivo e preocupação em situações sociais), distúrbio de ansiedade de separação (caracterizado pelo medo excessivo ou ansiedade de separação das pessoas às quais o sujeito tem uma ligação emocional profunda) e outros. Existe um tratamento psicológico eficaz e, dependendo da idade e da gravidade, a medicação também pode ser considerada (*American Psychiatric Association*, APA, DSM-5, 2014).

Segundo a mesma fonte supracitada, em 2019, 280 milhões de pessoas viviam com depressão, incluindo 23 milhões de crianças e adolescentes (*Institute of Health Metrics and Evaluation*, 2022). A depressão é diferente das habituais flutuações de humor e das respostas emocionais de curta duração aos desafios da vida quotidiana. Durante um episódio depressivo, a pessoa experimenta um humor depressivo (sentindo-se triste, irritável, vazia) ou uma perda de prazer ou interesse em atividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas. Vários outros sintomas estão também presentes, que podem incluir a má concentração, os sentimentos de culpa excessiva ou a baixa autoestima, desesperança sobre o futuro, ideias suicidas ou suicídio, perturbações do sono, alterações no apetite ou no peso, sensação de cansaço ou falta de energia. As pessoas com depressão correm um risco acrescido de suicídio (APA, DSM-5, 2014).

No mesmo ano acima reportado, 40 milhões de pessoas sofreram de transtorno bipolar (*Institute of Health Metrics and Evaluation*, 2022). As pessoas que sofrem de doença bipolar vivenciam episódios depressivos alternados com períodos de sintomas maníacos. Durante um episódio depressivo, a pessoa experimenta um humor depressivo, caracterizado por um conjunto de sintomas como os descritos anteriormente. Os sintomas maníacos podem incluir euforia ou irritabilidade, aumento da atividade ou energia e outros sintomas, tais como aumento da necessidade em conversar, aumento da autoestima ou sentimento de grandiosidade, diminuição da necessidade de dormir, distratibilidade e comportamento impulsivo imprudente. Estas pessoas correm um risco acrescido de suicídio (APA, DSM-5, 2014).

A esquizofrenia afeta aproximadamente 24 milhões de pessoas ou 1 em 300 pessoas em todo o mundo (*Institute of Health Metrics and Evaluation*, 2022). As pessoas com esquizofrenia têm uma esperança de vida 10-20 anos inferior à da população em geral (Chavertana, 2020). A esquizofrenia caracteriza-se por défices significativos na perceção e mudanças de comportamento. Os sintomas podem incluir delírios persistentes, alucinações, pensamento desorganizado, comportamento altamente desorganizado ou agitação extrema. As pessoas com esquizofrenia podem experienciar dificuldades persistentes com o seu funcionamento cognitivo (Chavertana, 2020). Segundo o DSM-5 (APA, 2014), a esquizofrenia caracteriza-se por sintomas como delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatónico e sintomas negativos, nomeadamente: embotamento afetivo, alogia ou avolição, sendo que, pelo menos dois destes sintomas, devem estar presentes durante um mês, devendo excluir-se perturbações de humor ou esquizoafetivas, bem como as perturbações relacionadas com substâncias ou estados físicos gerais. De igual forma, a Classificação Internacional de Doenças (CID-11, OMS, 2022) refere que a esquizofrenia se caracteriza por distorções do pensamento e da perceção e por embotamento afetivo ou afetos inapropriados. Apesar de certos défices cognitivos se poderem desenvolver ao longo do tempo, as pessoas com esquizofrenia preservam, por norma, a consciência e as suas capacidades intelectuais. Entre os sintomas psicopatológicos próprios a esta perturbação destacam-se o eco do pensamento, a imposição ou “roubo” do pensamento, a divulgação do pensamento, ideias delirantes de controlo, influência ou passividade, perceção delirante e alucinações auditivas. A esquizofrenia é, deste modo, considerada como uma das perturbações psiquiátricas mais graves. Trata-se de uma perturbação complexa e de carácter crónico que acarreta efeitos deletérios significativos na vida dos doentes, afetando seriamente a sua qualidade de vida (Sousa et al., 2017).

Em Portugal, em 2019 havia mais de 48000 pessoas com esquizofrenia (Chavertana, 2020). Esta consiste numa “psicose crónica idiopática” que surge, por norma, “no final da adolescência ou no início da idade adulta, caracterizada por perturbações profundas no pensamento”, que afetam “a linguagem, a perceção e o senso de si mesmo” (Junqueira et al., 2021, p. 37411). Em muitos casos, a esquizofrenia

associa-se a “experiências psicóticas, como ouvir vozes ou alucinações, e sinais e sintomas como apatia, discurso desorganizado, avolia, isolamento social e embotamento afetivo” (Junqueira et al., 2021, p. 37411).

As evidências científicas têm revelado um gradual interesse no que se refere ao comprometimento cognitivo nas perturbações psiquiátricas e acerca do resultante efeito sobre o *insight*, uma vez que as alterações cognitivas se associam à baixa capacidade de *insight*, ao compromisso da realização das atividades de vida diárias e relações interpessoais (Slade & Sweeney, 2020). O *insight* consiste num conceito muito associado à doença mental, definido como a incapacidade de a pessoa reconhecer e compreender os sintomas causados pela mesma. Este é um fenómeno multidimensional porque depende de fatores orgânicos e psicológicos que possibilitam a tomada de consciência em relação às dificuldades cognitivas (Slade & Sweeney, 2020). A falta de *insight*, ou seja, a falta de consciência da doença mental, é frequentemente encontrada em perturbações psiquiátricas. O *insight* é a capacidade de reconhecer (*insight* psíquico) e aceitar a própria doença mental (*insight* emocional). O crescimento do *insight* requer o desenvolvimento de uma perspetiva objetiva sobre as experiências patológicas subjetivas de uma pessoa (Thirioux et al., 2020). Por conseguinte, o *insight* requer capacidades de autorreflexão e cognição, desde que não haja comprometimento destas duas capacidades, o que requer a intervenção do EEESMP, para que as pessoas olhem objetivamente para si próprias a partir da perspetiva imaginada de outra pessoa. O conceito de *insight* envolve o reconhecimento de que se tem uma doença mental, que os acontecimentos mentais invulgares são patológicos e que é necessário tratamento. As consequências da falta de *insight* estão associadas à fraca adesão ao tratamento, “com um mau prognóstico e alto risco de relapso, com incidência de depressão, com baixa autoestima e qualidade de vida e com o funcionamento diário, social e interpessoal disfuncionais” (Neves, 2014, p. 21).

Face a este cenário, o “Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2030” da OMS, reconhece o papel essencial da saúde mental para alcançar a saúde de todas as pessoas. O plano inclui quatro objetivos principais: (i) reforçar uma liderança e gestão eficazes para a saúde mental; (ii) fornecer serviços de saúde mental e de cuidados sociais abrangentes, integrados e recativos em contextos de base comunitária; (iii) implementação de estratégias de promoção e prevenção em saúde mental; (iv) reforçar os sistemas de informação, com base em evidências científicas e investigação ao nível da saúde mental.

Tendo por base estudos de casos recentes e evidências científicas de elevada qualidade, o relatório “Informe Mundial de Saúde Mental: transformar a saúde mental para todos” (2022) da OMS, indica boas práticas e enfatiza o porquê e onde a transformação é mais indispensável e como esta pode ser melhor alcançada. Assim, todos os países são convocados a implementar o “Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2030” da OMS, que recomenda várias ações agrupadas em três “caminhos para a

transformação”: (i) Compromisso: aprofundar o valor e o compromisso atribuído à saúde mental; (ii) Fortalecimento de ambientes: reorganizar os contextos que influenciam a saúde mental, abarcando lares, comunidades, escolas, locais de trabalho e serviços de saúde; (iii) Ampliar o acesso: Reforçar a atenção à saúde mental mudando os lugares, modalidades e pessoas que oferecem e recebem os serviços (OMS, 2021).

Este plano de ação global foi elaborado através de consultas com os Estados-Membros, a sociedade civil e parceiros internacionais, adotando uma abordagem abrangente e multisetorial, através de serviços coordenados da saúde e setores sociais, com ênfase na promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, cuidados e recuperação da pessoa com doença mental. Também estabelece ações claras para os Estados Membros, Secretariado e parceiros internacionais, regionais e nacionais, e propõe ações-chave, indicadores e objetivos que podem ser utilizados para avaliar os níveis de implementação, progresso e impacto. O plano de ação tem, no seu núcleo, o princípio globalmente aceite de que não há saúde sem saúde mental. Baseia-se também nos planos de ação e estratégias regionais da OMS para a saúde mental e para o abuso de substâncias que tenham sido adotados ou estejam em desenvolvimento. Este foi concebido para criar sinergias com outros programas relevantes de organizações do sistema das Nações Unidas, grupos interagências das Nações Unidas e organizações intergovernamentais para a melhoria da promoção da saúde mental (OMS, 2021).

Os determinantes da saúde mental e das doenças mentais não incluem apenas atributos individuais, tais como a capacidade de gerir os pensamentos, emoções, comportamentos e interações com os outros, mas também sociais, culturais, económicos, políticos e fatores ambientais, tais como as políticas nacionais, a proteção social, o nível de vida, as condições de trabalho e os apoios sociais existentes na comunidade (OMS, 2021).

As doenças mentais conduzem frequentemente os indivíduos e as famílias à pobreza, em geral, exacerbam a sua marginalização e vulnerabilidade. Devido à estigmatização e discriminação, as pessoas com doenças mentais têm frequentemente os seus direitos humanos violados e a muitas são-lhes negados direitos económicos, sociais e culturais, com restrições aos direitos ao trabalho e à educação. Podem também estar sujeitas a condições de vida desumanas, abuso físico e sexual, negligência e práticas de tratamento degradantes (OMS, 2010). Como tal, a pessoa com doença mental vive frequentemente em situações vulneráveis e pode ser excluída e marginalizada da sociedade, o que constitui um impedimento significativo à realização dos objetivos de desenvolvimento nacionais e internacionais (OMS, 2021).

As doenças mentais são caracterizadas por sinais específicos e sintomas como as alterações na consciência, emoção, comportamento, pensamento, percepção e memória, que podem levar a défices funcionais significativos, dificuldades no autocuidado e nas relações interpessoais, baixa qualidade de vida e incapacidade social e profissional. As modalidades de regime terapêutico procuram a recuperação do melhor estado de saúde, alívio dos sintomas e redução das incapacidades e recaídas (Miasso et al., 2011). No entanto, um dos problemas encontrados na prática clínica é o abandono do regime terapêutico por parte de muitas pessoas com doença mental, o que implica uma intervenção do EEESMP para que haja uma continuidade de cuidados da pessoa com doença mental após a alta hospitalar para o domicílio, o que será abordado no capítulo seguinte.

2. Transição e continuidade de cuidados após a alta hospitalar da pessoa com doença mental

A continuidade dos cuidados após a alta hospitalar da pessoa com doença mental é um fator determinante dos resultados dos cuidados de saúde a curto e a longo prazo. De acordo com Smith et al. (2020), cerca de 30-50% das pessoas com doença mental, após a alta, não comparecem a uma consulta de acompanhamento no prazo de 30 dias. Esta descontinuidade está associada a maus resultados, incluindo um risco acrescido de recaída, de fraca adesão ao regime terapêutico, de suicídio, reinternamento, entre outras consequências negativas para a pessoa com doença mental (Smith et al., 2020).

É sempre complexo quer para a pessoa com doença mental, quer para a família/cuidador informal, lidar com transições associadas ao regresso ao domicílio e interações com o binómio doença/saúde e vice-versa, resultado da “mudança de uma situação de saúde ou bem-estar para uma situação de doença aguda ou crónica, ou, pelo contrário, a passagem de uma situação de doença para uma de bem-estar, que pode, contudo, incorporar a cronicidade” (Santos et al., 2016, p. 154). Há muitas formas de apoiar e orientar as pessoas com doença mental na continuidade dos seus cuidados e a Teoria das Transições é uma das opções disponíveis. Esta teoria é o resultado de um longo e sério trabalho que Afaf Ibrahim Meleis iniciou em meados dos anos 60 e terminou nos anos 80 (Im, 2018, p. 309). O seu objetivo consistiu em fornecer um quadro para identificar a experiência das pessoas que têm de enfrentar, viver e lidar com uma situação que requer o desenvolvimento de novas competências e comportamentos. As transições não podem ser evitadas na vida e é necessário determinar os fatores com a ajuda dos quais podem ser oferecidas medidas adequadas de facilitação de uma transição positiva (Meleis, 2015).

Na investigação em enfermagem, o conceito de “transição” tem sido descrito como a passagem de uma fase, condição ou estado de vida para outra, ou seja, como períodos entre estados (Chick & Meleis, 1986) e como processos que ocorrem ao longo do tempo, que podem ser divididos em etapas e fases (Schumacher & Meleis, 1994). A partir do trabalho de vários investigadores, a transição tem sido apresentada como um conceito central da enfermagem (Meleis, 1975). A figura proeminente na definição de transição na investigação em enfermagem é Afaf Ibrahim Meleis, que escreveu pela primeira vez sobre o conceito, em relação à insuficiência e suplementação de papéis (Meleis, 1975). De acordo com a autora, existem quatro tipos principais de transições: As transições de desenvolvimento incluem as mudanças ligadas aos percursos de vida como o nascimento, adolescência, envelhecimento, ou maternidade; As transições situacionais baseiam-se em experiências pessoais relacionadas com acontecimentos esperados ou não, tais como a morte ou reabilitação de um membro da família; As transições de saúde incorporam a alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica, um diagnóstico de uma

doença desconhecida e a necessidade de intervenções; As transições organizacionais podem ser causadas por uma mudança imprevisível do ambiente, considerando este ao nível do contexto social, político e económico (Meleis, 2015).

A Teoria das Transições de Meleis encontra-se representada na figura 1.

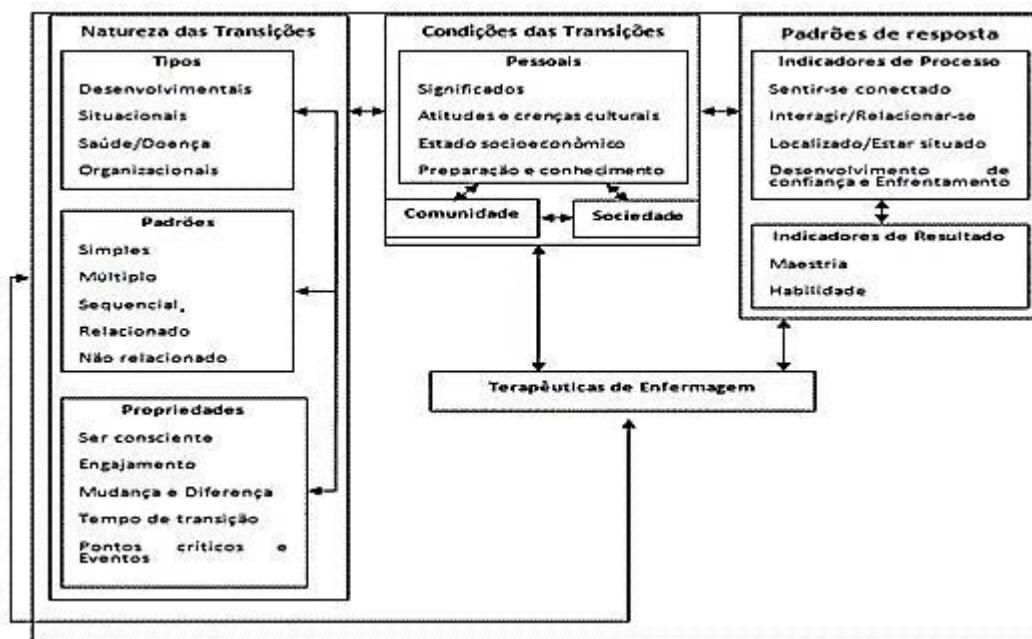


Figura 1 - Diagrama representativo do processo das transições.

Fonte: Adaptado de Costa (2016).

Como representado na figura 1, a natureza das transições inclui tipos, padrões e propriedades. Schumacher e Meleis (1994) identificaram transições relevantes para a enfermagem: desenvolvimentais, situacionais, saúde-doença e organizacionais, salientando que estes tipos de transições não são mutuamente exclusivos, pois podem ocorrer simultaneamente ao longo de um determinado período, num nível individual, didático ou familiar.

A teoria de enfermagem fornece os princípios que sustentam a prática, ajuda a gerar mais conhecimentos, a distinguir o que deve constituir a base da prática, descrevendo explicitamente a enfermagem. Os benefícios da existência de um corpo teórico definido em enfermagem incluem a melhoria dos cuidados prestados aos doentes, o reforço do estatuto profissional dos enfermeiros, a melhoria da comunicação entre enfermeiros e a orientação para a investigação e formação. É vital ter uma teoria para analisar e explicar o que os enfermeiros fazem na sua prática profissional (Nolan, 1996).

Ao proporcionar aos enfermeiros um sentido de identidade, a teoria de enfermagem pode ajudar os doentes, os gestores e outros profissionais de saúde a reconhecerem o contributo singular dos enfermeiros para o serviço de saúde. Uma definição formal da teoria de enfermagem também proporciona aos enfermeiros uma compreensão do seu objetivo e papel nos cuidados de saúde (Draper, 1990). Por outras palavras, a teoria significa um conhecimento de algo que, quando aplicado numa realidade concreta, permite perceber o fenómeno. Assim, a teoria ajuda na compreensão e permite antecipar estratégias que podem ser úteis na gestão do acontecimento. Nunca é uma solução porque a sua finalidade não é resolver. No caso das transições, a teoria permite perceber se estamos ou não perante uma transição e como é que ela evolui. A teoria das transições, deste modo, no caso da pessoa com doença mental e seus familiares, possibilita aos enfermeiros capacitar esta díade para saber lidar com o stress e obter informações, ensinamentos e treino no que diz respeito ao regime terapêutico. Neste contexto, enfatiza-se a premissa de Meleis e Trangenstein (2010, p. 66), quando afirmam que “a transição é um conceito central para a Enfermagem”, tendo sempre em consideração que o foco é a pessoa que está a vivenciar um processo de transição. Por conseguinte, os enfermeiros podem antecipar ou, inclusive, contemplar a pessoa, sendo, assim, a transição “um fenómeno de interesse para os enfermeiros, quando as respostas a este processo são manifestadas através dos comportamentos relacionados com a saúde” (Santos et al., 2016, p. 154). As transições são frequentemente conceptualizadas como etapas da vida, mas cada uma delas é uma experiência única para cada indivíduo (Meleis et al., 2000). A transição que ocorre com os acontecimentos da vida requer um novo padrão de resposta e oferece novas estratégias para lidar com as experiências da vida diária, devendo o enfermeiro ter sempre em conta que a transição é um fenómeno que varia em pessoas com diferentes experiências (Meleis et al., 2000).

Na transição da saúde/doença e doença/saúde, está inerente a “vulnerabilidade que pode ser conceptualizada como uma qualidade de vida quotidiana descoberta através de uma compreensão das experiências e respostas dos clientes durante tempos de transição” (Meleis et al., 2000, pp. 12-13). Neste sentido, “a vulnerabilidade está relacionada com as experiências de transição, interações e condições ambientais que exponham os indivíduos a potenciais danos, recuperação problemática ou prolongada, atraso ou insalubridade na resposta” (Meleis et al., 2000, pp. 12-13). De acordo com os mesmos autores, a “vida diária, os ambientes e as interações dos clientes são moldados pela natureza, condições, significados e processos de experiências de transição. As transições são um resultado de mudança na vida, saúde, relações e ambientes” (p. 13).

Sendo a teoria da transição desenvolvida por Meleis uma teoria de enfermagem destinada a explicar as mudanças na vida das pessoas e a sua repercussão na saúde, cabe ao EEESMP, pelas competências que possui, ajudar as pessoas com doença mental/família nestes tempos de transição

desenvolvendo diferentes métodos de intervenção individualizada, ou seja, tendo em conta as características desta díade. Acredita-se que a teoria das transições desempenha um papel crucial no desenvolvimento de intervenções de Enfermagem, uma vez que a sua característica peculiar não é apenas a possibilidade de as pessoas reconhecerem as suas necessidades, mas uma grande oportunidade para os enfermeiros compreenderem que tipo de ajuda pode ser oferecida dentro e fora do ambiente hospitalar, no caso concreto à pessoa com doença mental e seus familiares. Importa salientar que a teoria de Meleis não fornece guias, pois cada caso é singular, mas capacita o enfermeiro para perceber a transição que a pessoa está a viver e qual o tipo de transição, para ultrapassar as diversidades e capacitar as pessoas para saberem as alternativas existentes. As estratégias para apoiar o sucesso da transição, após alta hospitalar da pessoa com doença mental, podem ser realizadas através de uma abordagem a vários níveis, envolvendo a integração e a colaboração. A passagem para o domicílio é uma transição e a continuidade de cuidados surge como uma intervenção para ajudar a pessoa com doença mental e família a viver essa transição.

Tendo em conta os quatro tipos de transição de Meleis, considera-se que, para se poder dar continuidade aos cuidados à pessoa com doença mental, após alta hospitalar, o EEESMP deve centrar o seu foco nas condições das transições, verificar o insight que a pessoa possui, as atitudes e crenças culturais face à própria doença mental, o estado socioeconómico da pessoa e prepará-la com conhecimentos para poder regressar a casa/comunidade e aderir ao regime terapêutico. Deve também centrar-se nos padrões de resposta, tendo em conta os indicadores de processo, os indicadores de resultado face às intervenções facilitadoras e/ou inibidoras da transição, de forma a agir em conformidade. Como defendem Tyler et al. (2019), a transição do internamento da pessoa com doença mental para o domicílio/comunidade é, muitas vezes, um período vulnerável do percurso, em que estas podem sofrer riscos adicionais para a sua saúde mental e bem-estar psicológico. Os mesmos autores salientam que este é um período, para muitas pessoas, caótico e stressante. A corroborar, Laranjeira et al. (2023) referem que as evidências têm demonstrado que as pessoas com doença mental querem cada vez mais sentir-se incluídas no processo clínico, querem obter mais informações e exigem uma maior interação com os profissionais de saúde. Tal, exige uma abordagem biopsicossocial que veja a pessoa como parceira ativa no seu processo terapêutico. Neste sentido, o EEESMP tem de fazer o diagnóstico da situação de saúde da pessoa e avaliar a dinâmica familiar, aproveitando a oportunidade para promover estilos de vida saudáveis e o potencial de saúde através da otimização dos processos de vida, crescimento e desenvolvimento, fornecendo informações que gerem aprendizagem e permitam às pessoas atingir o seu potencial máximo de saúde. Neste sentido, a não adesão ao regime terapêutico, na transição do hospital para o domicílio, deve ser entendida como uma resposta individual à falta de consciência entre

as suas ideias e as do profissional de saúde relativamente aos seus problemas e/ou tratamento (Laranjeira et al., 2023), sendo este um tema a explorar no capítulo seguinte.

3. Adesão ao regime terapêutico da pessoa com doença mental

A adesão ao regime terapêutico, em enfermagem, consiste num conceito que abarca quer “o cumprimento da prescrição farmacológica”, quer “os comportamentos promotores de saúde, pelo que o enfermeiro deve compreender como o regime terapêutico se relaciona com a vida da pessoa” (Catela et al., 2010, p. 39). Face a uma situação de doença, a pessoa afetada confronta-se com vastos desafios, que impõem “capacidade de adaptação, capacidade para mobilizar determinados recursos (*coping*)”, bem como a “capacidade para se autocuidar, o que implica gerir o seu regime terapêutico” (Catela et al., 2010, p. 41). Neste sentido, a ação da pessoa, no caso concreto com doença mental, é decisória “para a promoção ou proteção da saúde, para a prevenção ou tratamento” (Catela et al., 2010, p. 41). As consequências da não adesão ao regime terapêutico “são profundas e incluem resultados clínicos negativos, maior risco de recaída, *stress* físico e emocional devido a sucessivos internamentos, e aumento dos custos diretos e indiretos de saúde” (Machuco, 2021, p. 15).

Em conformidade, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE 2019), define adesão ao regime terapêutico como um “tipo de comportamento de adesão com as seguintes características: executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas implicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrarem atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária”. Tendo por base esta definição, na área da saúde mental, de forma a poderem-se obter benefícios clínicos e minimizar os riscos de recaída é essencial a adesão ao regime terapêutico.

A adesão ao regime terapêutico na pessoa com doença mental é extremamente relevante, uma vez que o incumprimento das prescrições farmacológicas e não farmacológicas, segundo Machuco (2021), reduz a possibilidade de recuperação da pessoa, com aumento da probabilidade de recaídas e aumento do número de hospitalizações, resultando também num significativo aumento dos custos no sistema de saúde. A adesão ao regime terapêutico por parte da pessoa com doença mental tem como objetivo major potenciar a melhor saúde, todavia, é um processo com significativa complexidade, sendo influenciada por vastos fatores (Carneiro, 2021), o que requer conhecimento por parte do EEESMP para que possa intervir.

A adesão ao regime terapêutico, na transição de cuidados em saúde mental, da pessoa com doença mental, é considerada como central para otimizar a sua recuperação. Contudo, a não adesão continua a ser um problema clínico significativo, com taxas de não adesão de aproximadamente 50%, estando associada à recaída, ao reinternamento e à má qualidade de vida (Chang et al., 2019). Tendo por base estes pressupostos, os mesmos autores referem que as pessoas com doença mental, particularmente com esquizofrenia e com depressão major, têm de tomar medicamentos regularmente

para controlar sintomas positivos agudos e prevenir recaídas a longo prazo; no entanto, muitas dessas pessoas não seguem as recomendações do regime terapêutico na transição para o domicílio. Entre as pessoas cujos sintomas são aliviados através de medidas farmacológicas, 30% a 50% não cumprem o regime terapêutico após o alívio dos sintomas, enquanto 50% deixam de aderir ao regime terapêutico no prazo de um ano após a alta, sem consultarem previamente os profissionais de saúde. Além disso, e ainda em conformidade com os mesmos autores, as pessoas com doença mental são mais propensas a abandonar o regime terapêutico em comparação com aquelas que têm doença física com distúrbios. A não adesão ao regime terapêutico na pessoa com doença mental na transição para o domicílio continua a ser um problema que reduz a qualidade de vida da pessoa e acarreta um custo social elevado (Deng et al., 2022).

Para manter a efetividade do tratamento e prevenir recaídas, é importante para a pessoa que tem uma doença mental, como a esquizofrenia, o transtorno bipolar e a depressão major, a continuidade de cuidados de modo a manter o seu regime terapêutico no domicílio de forma contínua e a longo prazo (Hegedus et al., 2018). No entanto, como referem Deng et al. (2022), as taxas de não adesão ao regime terapêutico entre estas pessoas rondavam aproximadamente os 51% no início do século XXI. Como resultado da fraca adesão ao regime terapêutico, em 60% das pessoas com doença mental, têm-se registado elevadas taxas de incapacidade, reinternamentos e suicídio, aumentando consideravelmente os custos para o sistema de saúde. Por conseguinte, como argumentam os mesmos autores, a adesão ao regime terapêutico dentro deste grupo populacional, é uma questão complexa determinada por uma multiplicidade de fatores, tais como o efeito do tratamento, a perceção da própria pessoa, as atitudes em relação ao regime terapêutico, apoio financeiro e emocional dos membros da família, situação dos rendimentos, efeitos secundários, contexto cultural, nível de aliança da adesão ao regime terapêutico com os profissionais de saúde e ambiente pós internamento. Face a esta realidade, os autores citados reafirmam a necessidade de capacitar a pessoa para a adesão ao regime terapêutico, de modo a que esta tenha consciência da sua doença e assim evitar recaídas e consequentes reinternamentos (Deng et al., 2022). Além disso, e de acordo com o Relatório da OMS, datado de 2018, a falta de recursos de saúde mental, incluindo instituições de saúde mental, as despesas governamentais com a saúde mental e a promoção da saúde mental, são questões de destaque a nível mundial que têm um impacto negativo nas taxas de adesão ao regime terapêutico.

Neste contexto, faz-se referência ao estudo de corte transversal de Borba et al. (2018), cujo objetivo consistiu em avaliar a adesão das pessoas com doença mental ao seu regime terapêutico e a associação entre as características sociodemográficas e clínicas à adesão ao tratamento. O estudo realizou-se em 2014 e englobou pessoas com doença mental, de dois centros de assistência psicossocial numa

região do Brasil. Das 300 pessoas que participaram no estudo, 51% aderiram ao seu regime terapêutico aquando da transição para o domicílio, sendo o nível de adesão mais elevado entre os homens, nas pessoas sem antecedentes familiares de doença mental, nas que foram diagnosticadas com esquizofrenia, nas que tinham doença mental inferior a um ano e nas que tinham apoio familiar.

A adesão ao regime terapêutico foi menor entre os entrevistados com rendimentos individuais inferiores a um salário mínimo, com perceção de saúde regular e precária, com diagnóstico de depressão associada com outra desordem, com tempo de tratamento no serviço durante dois anos e com uma história de tentativa de suicídio. Os autores observaram uma baixa adesão ao regime terapêutico, sugerindo assim a necessidade destas pessoas beneficiarem de um plano terapêutico onde se possam assumir como intervenientes ativos, com envolvimento voluntário e colaborativo com o enfermeiro, num processo conjunto para a mudança de comportamento da pessoa com doença mental. A intervenção do EEESMP deve fundamentar-se no modelo biopsicossocial, capacitando a pessoa para a adesão ao regime terapêutico, levando-a a tomar consciência da sua doença de forma a minimizar recaídas, e assim prevenir os reinternamentos.

A adesão ao regime terapêutico tem em si o grau de concordância entre o comportamento da pessoa com doença mental e as orientações dos enfermeiros no que se refere ao seu tratamento, sendo expressa pela razão entre os métodos farmacológicos e não farmacológicos. Assim, a adesão ao regime terapêutico, pode ser percebida como uma variável dicotómica, isto é, a pessoa com doença mental é aderente ou não aderente ao seu tratamento, após a alta hospitalar (Borba et al., 2018; Ben Avraham, 2020).

Na literatura, “adesão” ou “cumprimento” refere-se ao grau em que uma pessoa aceita o conselho de um profissional de saúde ou segue as instruções do seu regime terapêutico, farmacológico ou não farmacológico. A não adesão ao regime terapêutico é um problema crítico em todos os estados de doença, mas pode ser especialmente difícil para as pessoas com doença mental (Cahaya et al., 2022). Os mesmos autores referem a utilização de várias estratégias para melhorar esta adesão, incluindo a educação da pessoa e da família, entrevistas motivacionais, abordagens cognitivas e comportamentais e outras combinações de estratégias (Cahaya et al., 2022).

Os determinantes da não adesão ao regime terapêutico, segundo a OMS (2003), são os seguintes:

- Relacionados com a pessoa: atitudes, crenças, insight;
- Relacionados com a doença: tipo, sintomas e grau de impacto;

- Relacionados com o tratamento/medicação: efeitos secundários, duração, ausência imediata de melhoria dos sintomas;
- Relacionados com os aspetos socioculturais e económicos;
- Relacionados com os profissionais de saúde mental, qualidade da relação terapêutica, atitudes, crenças e otimismo terapêutico.

Neste contexto referencia-se uma meta-análise da autoria de Semahegn et al. (2020), que incluiu 35 estudos que relataram uma estimativa conjunta de não adesão ao regime terapêutico por parte de pessoas com doença mental, revelando evidências de que a taxa de não adesão na esquizofrenia, depressão major e doença bipolar foi de 56%, 50%, e 44%, respetivamente. Os mesmos autores salientam que os medicamentos antipsicóticos são eficazes na prevenção de recaídas se tomados regularmente e a não adesão ao regime terapêutico, particularmente em pessoas com esquizofrenia, é uma questão multifacetada. Um estudo anterior documenta que esta não adesão está associada ao aparecimento dos primeiros sintomas, juventude, falta de real perceção da sua situação de saúde mental, atitude negativa em relação à medicação, efeitos secundários da medicação, falta de apoio social e familiar, consumo de álcool e abuso de substâncias psicotrópicas, entre outros (Zhou et al., 2019). Além disso, Zhou et al. (2019) salientam que a falta de planeamento da continuidade de cuidados do hospital para a comunidade/domicílio e as deficitárias alianças na adesão ao regime terapêutico podem também contribuir para a não adesão nestas pessoas. A não adesão ao regime terapêutico entre as pessoas com doença mental é uma questão clínica importante com razões muito complexas.

Tendo por base que a melhoria das estratégias para o cumprimento do regime terapêutico por parte das pessoas com doença mental deve ser totalmente compreendida, Lin et al. (2022) realizaram um estudo qualitativo para explorar as estratégias que os enfermeiros EEESMP implementam para melhorar a adesão ao regime terapêutico por parte de pessoas com esquizofrenia e para descrever o conhecimento tácito das estratégias de aplicação por parte dos enfermeiros. Participaram 21 EEESMP de um hospital psiquiátrico no centro de Taiwan. As evidências do estudo revelam que estes profissionais de saúde promovem a adesão ao regime terapêutico entre as pessoas com esquizofrenia, utilizando as seguintes estratégias: estabelecer uma relação de empatia, avaliação global da não adesão à medicação, levar a pessoa a ter plena consciência da doença e ajustar o conceito de regime terapêutico, incorporando um feedback de relação interpessoal e recursos de apoio ao seu empowerment, bem como a promoção de maior suporte familiar e social. Este estudo mostra a importância da continuidade de cuidados para o domicílio.

A corroborar, Cahaya et al. (2022) referem que a adesão se refere ao grau em que uma pessoa aceita o conselho dos profissionais de saúde ou segue as instruções para o seu tratamento. De acordo com os mesmos autores, a adesão ao regime terapêutico é um problema crítico em todos os estádios da doença mental. Várias estratégias têm sido utilizadas para melhorar o processo de adesão nestas pessoas, incluindo o empowerment do próprio e seus familiares, as entrevistas motivacionais, as abordagens cognitivas e comportamentais e outras combinações de estratégias, que podem ser usadas numa consulta pós alta. Estas estratégias de intervenção são multifacetadas e envolvem a gestão de casos e as intervenções de cuidados colaborativos. Loots et al. (2021) também descrevem várias intervenções para melhorar a adesão ao regime terapêutico por parte de pessoas com doença mental, nomeadamente com perturbação bipolar, esquizofrenia e depressão major, enfatizando particularmente, a importância da realização de um diagnóstico de enfermagem previamente identificado, avaliação da adesão ao regime terapêutico, existência de um plano de cuidados individualizado para cada pessoa, avaliação da pessoa durante o denominado período crítico para recaídas e reinternamentos, por norma até 30 dias após a alta, para que se possa intervir precocemente e prevenir os reinternamentos.

Um estudo de investigação-ação da autoria de Paniagua et al. (2018), concretizado com a colaboração do Hospital de Vila Franca de Xira e o Agrupamento Centros de Saúde do Estuário do Tejo, teve como objetivo “definir o processo de transição segura do hospital para a comunidade da pessoa com doença mental crónica e sua família”, visando a promoção e a manutenção da adesão ao regime terapêutico. Os autores identificaram fatores que comprometem essa transição segura, nomeadamente, a carta de alta que nem sempre chegou ao centro de saúde; muitas pessoas não possuem condições económicas para se deslocarem até às unidades; o estigma social da doença leva a que as próprias pessoas não peçam ajuda quando necessitam e a falta de um instrumento que prognostique o risco de não adesão. Estes fatores contribuíram para descontinuidade no cuidado do hospital para o domicílio (Paniagua et al., 2018).

A transição do internamento de um serviço de psiquiatria e saúde mental para a comunidade pode constituir-se como um grande desafio para a pessoa que a experiencia, podendo constituir-se como um processo complexo, sendo por vezes difícil retomar a sua vida em plenitude. Após a alta, as pessoas com doença mental encontram-se vulneráveis, inclusive, podem sentir dificuldade na readaptação aos seus ambientes (familiar, social e profissional), resultando em problemas que podem levar a um novo internamento (Redding et al., 2017; Hegedus et al., 2018).

Várias características das pessoas com doença mental, como a literacia em saúde e as crenças sobre a medicação, influenciam a adesão. O empowerment, como força de ativação que motiva, é também um dos fatores relacionados. Este pode ser concebido como uma disposição pessoal, referindo-

se ao controlo e à participação ativa da pessoa no seu processo de transição e como um conceito relacional na relação enfermeiro/pessoa com doença mental. Uma relação colaborativa entre esta díade pode melhorar o empowerment e resultar em cuidados negociados que culminam na adesão ao regime terapêutico (Náfrádi et al., 2017).

O empowerment da pessoa com doença mental tem sido associado a resultados clínicos e de saúde, positivos. Os resultados considerados incluem a melhoria da gestão da doença, a utilização efetiva dos serviços de saúde, a melhoria do estado de saúde e a adesão ao regime terapêutico. A associação entre o empowerment, os comportamentos de saúde positivos e os resultados clínicos, baseia-se geralmente no pressuposto de que a atividade autónoma da pessoa é benéfica para o seu estado de saúde (Náfrádi et al., 2017). No entanto, os mesmos autores salientam que no caso da adesão ao regime terapêutico, este pressuposto pode nem sempre ser verdadeiro, uma vez que as pessoas com um elevado grau de autonomia podem acreditar que podem tomar decisões sobre o tratamento de forma mais ou menos autónoma, ignorando os conselhos dos profissionais de saúde (Náfrádi et al., 2017).

A adesão ao regime terapêutico está no centro dos cuidados de saúde mental. Profissionais e organizações de saúde desempenham um papel importante na sua promoção. Neste contexto, a adesão ao regime terapêutico é agora consensualmente aceite como fundamental para a gestão ótima de qualquer doença e inter-relacionada com elevados níveis de literacia em saúde (Hyvert et al., 2022). Apesar da reconhecida importância da adesão ao regime terapêutico e da grande atenção da comunidade científica nas últimas décadas, a não adesão continua a ser um grave problema de saúde pública, ligada mais aos custos económicos da doença do que apenas aos custos humanos associados. Além disso, a complexidade do tratamento (polifarmácia) e a cronicidade da doença foram identificadas como variáveis negativamente associadas à não adesão ao tratamento psicofarmacológico (Hyvert et al., 2022). Gardner (2015) apresenta a adesão como um conceito multidimensional complexo que abrange uma ampla gama de fatores, como sistema de saúde, fatores sociais/económicos e fatores relacionados com as condições, com a terapia e relacionados com os doentes. Para expressar o lugar central dos doentes e profissionais de saúde na tomada de decisão partilhada e na adesão ao regime terapêutico, uma nova perspetiva de gestão terapêutica surgiu a partir de uma abordagem centrada na pessoa com foco no empowerment.

A adesão ao regime terapêutico prescrito é afetada não apenas pelas características individuais da pessoa com doença mental, mas também por variáveis do seu ambiente ou os chamados fatores de nível sistémico. No entanto, até hoje, os níveis micro, meso e macro das variáveis do sistema de saúde têm recebido pouca atenção na explicação da adesão à terapêutica. No geral, as evidências apoiam a noção de cuidado centrado na pessoa, destacando o aumento do empowerment de pessoas com doença mental, integrado no seu contexto biopsicossocial e cultural (Poitras et al., 2018; Boardman & Dave,

2020). A característica central dessa abordagem é tratar as pessoas com compaixão, respeito e dignidade, o que as capacita, oferece escolhas e as envolve numa parceria, ou seja, numa aliança terapêutica. Esta perspectiva filosófica também enfatiza a importância de uma abordagem integrativa onde o papel do enfermeiro, como gestor de caso, é central para a otimização desses pressupostos (Tomaselli et al., 2020). Nesse sentido, a recuperação está intimamente ligada ao empowerment da pessoa com doença mental, descrito como um processo profundamente pessoal de mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, habilidades e/ou funções. É uma forma de viver uma vida de satisfação, esperança e contribuição (Vera San Juan et al., 2021). Este processo envolve o desenvolvimento de um novo significado e propósito na vida com base no conhecimento e aceitação da doença mental.

O processo interativo de análise de conceito de adesão ao regime terapêutico define antecedentes como os fatores que ocorrem antes que uma pessoa decida seguir e aderir às recomendações dos profissionais de saúde. A adesão ao regime terapêutico é definida por duas categorias principais de antecedentes: os relacionados com a pessoa e os referentes à interação terapêutica pessoa cuidada/profissional de saúde (Popp et al, 2014). A primeira categoria contém todos os antecedentes da pessoa com doença mental, no caso concreto, como os antecedentes, as crenças, as atitudes e a aceitação da doença mental - insight. Os antecedentes compreendem as características sociodemográficas, ou seja, nível de habilitações académicas, idade, condição financeira e situação profissional, bem como o estado clínico, isto é, como o decurso da doença mental, as comorbilidades, o diagnóstico de doença mental e o abuso de substâncias (Kirk & Zubek, 2013). As crenças e as atitudes referem-se às percepções individuais em relação ao bem-estar espiritual, poder espiritual percebido, religião, esperança e estigma percebido. O insight, aceitação da doença mental, abrange uma visão sobre a sua doença e tratamento (nível de consciência ou compreensão), autoestima, autodeterminação, confiança em alcançar metas e a necessidade de segurança e de tratamento (Gault et al., 2013).

Neste pressuposto, torna-se fundamental a intervenção dos enfermeiros, tendo sempre em consideração que a transição da pessoa com doença mental do hospital para o domicílio é um processo vivido sob uma perspetiva individual, em consonância com as características individuais de cada pessoa. A vivência de processos de transição, mais concretamente após alta hospitalar para domicílio, pode expor a pessoa com doença mental a um risco potencial de desenvolver um processo de adaptação desajustado e/ou prolongado, sendo essencial o planeamento e implementação de intervenções de enfermagem adequadas às particularidades de cada situação (Meleis, 2010). Ainda neste contexto, é importante que o EEESMP, tendo como alicerce a Teoria das Transições de Meleis, tenha presentes as propriedades das transições, as suas condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta da pessoa. No processo de transição, a consciencialização, o envolvimento, a mudança e a diferença, bem como o intervalo de

tempo e os eventos críticos, assumem-se como fatores preditores de uma transição positiva após a alta hospitalar para o domicílio (Meleis, 2010). A consciencialização está relacionada com a percepção e o conhecimento da pessoa acerca do processo de transição que está a experienciar. Esta característica ganha evidência para que a pessoa tenha consciência da transição, devendo o enfermeiro compreender a forma como esta reage e se integra na sua nova situação, podendo considerar-se que, nesse momento, se dá início à transição (Meleis, 2010). Assume também grande relevância o envolvimento, sendo este uma propriedade da transição, que expressa o grau de empenhamento que a pessoa apresenta ao longo do processo de transição (Meleis, 2010). Por conseguinte, o enfermeiro, como elemento externo, deve promover este envolvimento capacitando a pessoa no caso concreto, para aderir ao seu regime terapêutico, para que a mesma fique motivada e possa vivenciar o processo de transição da melhor forma possível. Em relação à mudança e diferença, esta particularidade traduz-se na mudança que a pessoa vive no seu processo de transição e a forma como esta a incorpora, tornando-se assim uma pessoa diferente. Este sentimento de diferença pode fazer com que a pessoa se percecionem a si própria e ao meio envolvente de forma diferente (Meleis, 2010). O intervalo de tempo é fundamental, pois tem um início e um fim, e entre estes dois momentos, há todo um processo de adaptação, mais ou menos conseguido, visando o ajustamento da pessoa à nova situação (Meleis, 2010). Por último, surgem os pontos e eventos críticos, com significativa importância, dado que, por norma, as transições ocorrem agregadas a eventos de vida e influências externas. Assim sendo, o enfermeiro tem de ter em conta que estes eventos podem acarretar alterações, as quais são potenciadoras do processo de transição. Ao longo de todo o processo podem ocorrer pontos e eventos críticos, associados à instabilidade da vivência que a pessoa está a ter em qualquer das propriedades anteriormente descritas (Meleis, 2010). Por tal, é necessário que o enfermeiro esteja desperto para esta propriedade, pois tem de possuir a capacidade de identificar os momentos críticos e delinear intervenções para que estes sejam minimizados e não afetem o período de transição pelo qual a pessoa com doença mental está a passar, ou seja, neste caso concreto, do hospital para o domicílio. O conhecimento destas propriedades da transição ajuda o enfermeiro a delinear intervenções que levem a pessoa com doença mental a aderir ao seu regime terapêutico.

CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

Neste capítulo apresento uma descrição de ambos os contextos clínicos, cuja opção se prendeu com o facto de serem próximos do meu local de trabalho atual e de onde me encontro a residir, o que facilitava toda a logística e tornava tudo mais fácil de conciliar.

1. Estágio em contexto hospitalar

O estágio hospitalar com a duração de apenas 6 semanas, enquanto primeiro estágio e sem experiência profissional na área em questão, permitiu-me essencialmente contactar pela primeira vez com diversas pessoas com patologias do foro mental em fase aguda da sua doença, sendo esta a principal finalidade que estabeleci para este contexto. Foi realizado num serviço de internamento de psiquiatria de agudos de um Hospital da zona de Lisboa que assegura o tratamento de curta duração de doentes que não podem obter resposta ao tratamento em regime de ambulatório. Permitiu-me experienciar os cuidados a ter na abordagem à pessoa em fase aguda da doença e colocar em prática diferentes intervenções, consoante as situações que vivenciava diariamente.

Enquanto primeiro contacto com a realidade, este contexto possibilitou-me desenvolver um juízo clínico singular e mobilizar-me como instrumento terapêutico, estabelecendo relações de confiança e parceria com os doentes, aumentando desta forma a sua crítica e capacitando-os para encontrar várias formas de solucionar os seus problemas (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

Como enfermeiros especialistas, é importante que reunamos um conjunto de competências que nos permitam compreender a forma como uma pessoa vê e sente o seu problema, de modo a ajudá-la a adaptar-se e a resolvê-lo.

Optei por iniciar o meu percurso primeiramente num serviço de internamento porque, apesar de ter realizado estágio no curso de formação base numa unidade de internamento de agudos, era para mim importante passar por esta experiência enquanto profissional e com um “olhar” diferente. Implementar um projeto de intervenção junto de pessoas com patologia do foro mental não faria sentido sem que conhecesse primeiro o contexto de fase aguda da sua doença, para além de que implementá-lo em contexto de comunidade e em fase de compensação da doença base, na minha opinião e perspetiva traria mais ganhos.

A primeira semana de estágio em contexto hospitalar permitiu-me conhecer as valências, ou seja, o próprio serviço de internamento e as consultas das várias áreas de abrangência. Nestas valências tive a

oportunidade de presenciar a consulta de seguimento na comunidade, com administração de injetáveis e a consulta de geriatria com a estimulação cognitiva, realizando ainda domicílios neste âmbito. Conhecer e ser um profissional ativo na rotina do serviço permitiu que me integrasse mais facilmente na equipa e facilitou o estabelecimento de relações de confiança com os doentes, uma vez que me olhavam como elemento integrante da equipa.

Estabelecer esta relação de confiança era também um dos objetivos primordiais neste contexto para mim, uma vez que na prática diária de enfermagem, a relação com o outro é o principal instrumento. No entanto, estar em relação exige um conhecimento aprofundado da pessoa e, assegurar-se da qualidade desta relação é primordial para oferecer uma ajuda profissional adequada.

Esta relação é elemento basilar da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) uma vez que o desenvolvimento de relações interpessoais significativas é essencial para o restabelecimento do equilíbrio na pessoa em sofrimento mental (Chalifour, 2008).

Nesta fase, foi também importante realizar reflexões individuais e partilhadas com o enfermeiro orientador decorrentes das interações estabelecidas com os doentes tais como: momentos fortes, momentos de desconforto vividos, dificuldades e insatisfações, uma vez que a análise das sequências de interação permite ao interveniente uma visão retrospectiva das suas intervenções e é um excelente meio de aprendizagem para este (Chalifour, 2008). Neste contexto pude identificar sentimentos, emoções e outros fatores pessoais que podiam interferir na relação quer com a equipa multidisciplinar quer com os doentes, gerindo fenómenos de transferência e contratransferência.

Uma das dificuldades sentidas neste contexto de aprendizagem prendeu-se com a compreensão do impacto em mim dos sentimentos, emoções e reações comportamentais decorrentes da relação com o outro e de que forma estes podiam influenciá-la. Ainda neste contexto e tendo em conta os pressupostos de Chalifour (2008), tive a oportunidade de aprimorar as minhas competências de comunicação que são a base da relação com o outro, nomeadamente: a comunicação verbal (síntese, reflexos, questões, feedback e informação) e não verbal (silêncio, toque, distância física e posição, olhar e escuta). Segundo Sequeira (2020) a comunicação assume um papel fundamental na relação entre um profissional e uma pessoa alvo de atenção e cuidados, na medida em que é o contexto no qual se desenvolve a relação. Permite o seu crescimento e pode criar um contexto favorável ou não.

Neste contexto apercebi-me de que os internamentos na maioria dos casos não se tratavam de primeiros internamentos, mas sim de reinternamentos. Presenciei ainda algumas situações de reinternamentos num curto período após a alta, o que despertou em mim alguma curiosidade para perceber o porquê de isto acontecer com tanta frequência e por vezes em tão pouco tempo. Após o

confronto com a literatura pude verificar que diversos autores identificam a não adesão ao tratamento como um dos fatores que levam ao elevado número de reinternamentos nas pessoas que sofrem de doença mental.

Pude ainda constatar que a ausência de crítica para a doença é uma característica frequente em doentes com perturbações psicóticas, constituindo-se um importante fator preditivo do desenvolvimento da doença, particularmente no que se refere ao regime terapêutico. Descalço e Afonso (2018, p. 26) referem que “O insight do doente, isto é, a capacidade que ele tem de reconhecer a sua doença mental e a necessidade que tem ou não de tratamento, pode revelar-se um dos maiores obstáculos ao sucesso terapêutico.” A corroborar esta premissa foi notória a pouca colaboração/aceitação em termos de adesão ao regime terapêutico dos doentes neste contexto de prática clínica e ao longo da relação terapêutica estabelecida com o doente.

O facto de a maior parte dos internamentos dos doentes neste contexto clínico ser um reinternamento e, em alguns casos se tratar de um reinternamento num curto período pós alta, despertou em mim como já anteriormente referido, uma vontade de identificar e clarificar as necessidades/problemas destes doentes de modo a desenvolver intervenções direcionadas.

Realizar entrevistas diagnósticas aos doentes com história de reinternamento recente, para além de orientar o meu pensamento crítico para um diagnóstico de enfermagem, permitiu-me também compreender a situação da pessoa com doença mental, identificar os sinais e sintomas clínicos, identificar fatores precipitantes e os contribuintes da sua situação, reconhecer a expressão de sofrimento do mesmo, bem como, desenvolver um plano terapêutico, acompanhá-lo na resposta ao mesmo e monitorizar a aplicação do plano, a participação e evolução do doente.

A atividade diagnóstica dos enfermeiros é de extrema importância para garantir e dar visibilidade à qualidade dos cuidados prestados e possibilita o reconhecimento do trabalho de enfermagem.

Independentemente do diagnóstico médico, algumas problemáticas, como a não aceitação da doença, baixa autoestima, não adesão à terapêutica e níveis elevados de ansiedade eram comuns a estes doentes neste contexto clínico.

Para trabalhar especialmente o diagnóstico de enfermagem “baixa autoestima”, comum a vários doentes em contexto de internamento, planeei e implementei um jogo como intervenção.

Para participar nesta atividade foram selecionados dois doentes com história de internamento recente e com este diagnóstico identificado. No entanto, por ser um diagnóstico de enfermagem comum

à maioria dos doentes em contexto de internamento, esta atividade foi proposta a vários doentes dos quais mais três se mostraram disponíveis para participar.

Os recursos lúdico-didáticos (jogos, livros) são importantes para a realização de atividades lúdico-terapêuticas com os doentes, potenciando uma melhor socialização e ganhos de autoestima (Campos, 2022). Por outro lado, ajuda a reforçar a relação terapêutica. O jogo consistia em delinear a palma de uma das mãos dos participantes numa folha em branco e, inicialmente, escrever no centro desse desenho as qualidades que identificavam em si mesmos, debatendo posteriormente essas mesmas. Após o debate das qualidades, era proposto aos mesmos colocarem o que identificavam como defeitos nas pontas dos dedos da mão do desenho, o que também foi debatido em grupo. A realização deste jogo terapêutico ajudou os doentes que participaram a entenderem que todos temos qualidades e defeitos e como é importante apercebermo-nos disso para que nos possamos aceitar tal como somos. Em debate afirmaram que tanto as qualidades como os defeitos os definem e depois da partilha afirmaram sentir-se melhor consigo mesmos aceitando-se e valorizando-se um pouco mais. Foi interessante de constatar como escreveram maioritariamente qualidades no início da atividade e como perceberam que no fim ainda havia espaço para colocar mais, à medida que escutavam as qualidades enumeradas pelos outros. Esta atividade foi importante para refletirem sobre si mesmos e aumentar a sua autoestima. Este grupo de 5 doentes mostrou-se agradado com a atividade realizada e a principal limitação prendeu-se com a dificuldade de concentração na mesma.

Ainda como intervenção terapêutica grupal direcionada especialmente aos doentes com o diagnóstico “ansiedade em grau elevado” e a fim de promover o bem-estar e criar um ambiente relaxante, planeei a realização de uma “caminhada terapêutica”. Esta caminhada, proposta a todos os doentes no internamento que nela quisessem participar, com a exceção dos doentes com incapacidade de deambular e com risco de fuga, promoveu a reabilitação psicossocial e a redução da ansiedade, diagnóstico de enfermagem presente e comum a todos os doentes no contexto de internamento. Demonstrou ser uma atividade de eleição e com elevada adesão, sendo executada sempre que era possível.

Todos os doentes referiam que o facto de estarem confinados à enfermaria lhes trazia níveis elevados de ansiedade, pelo que o simples facto de realizarem saídas ao exterior lhes devolvia um pouco da sua liberdade e aliviava ligeiramente esta ansiedade. Com o apoio de uma assistente operacional e em colaboração com a psicomotricista do serviço, foram reunidos e orientados todos os doentes disponíveis para participar na atividade, com o intuito de realizar uma caminhada no espaço exterior do hospital e com o objetivo de diminuir os níveis de stresse causados pelo contexto de internamento. Durante a caminhada os doentes interagiam entre si, partilhavam o que estavam a sentir e entreajudavam-se quando algum doente apresentava alguma limitação no deambular. Estabeleceu-se uma relação de

confiança entre enfermeiro e doente pelo que as regras estabelecidas no início da atividade foram sempre respeitadas e a mesma foi realizada sempre com sucesso. No fim da mesma foi evidente a diminuição dos níveis de ansiedade e agitação e todos os doentes manifestaram satisfação com a mesma realizando afirmações como “tão bom estar cá fora! (...) Sinto-me livre, sinto o sol a aquecer-me a cara”.

Ao longo do estágio foi possível realizar com os doentes 3 caminhadas terapêuticas.

Com o planeamento e implementação das intervenções descritas, foi possível, neste contexto de estágio, desenvolver a competência específica do EEESMP que se coaduna com a prestação de “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” (Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, p. 21430).

As planificações das intervenções anteriormente descritas, encontram-se em apêndice I e II.

2. Estágio em contexto comunitário

Com a duração de 18 semanas, o estágio final decorreu numa Unidade de Intervenção Comunitária, inserida num serviço de psiquiatria de um hospital da zona de Lisboa e Vale do Tejo inaugurado há mais de 15 anos. Este serviço dispõe de 28 camas para internamento de doentes em contexto de fase aguda da sua doença, assegurando o tratamento de curta duração a doentes que são internados após observação de médico psiquiatra em contexto de urgência ou consulta programada. Como missão, este serviço assegura a toda a população residente em dois concelhos da região, a promoção da saúde mental, a prevenção e o tratamento das doenças mentais e a reabilitação e reinserção social das pessoas com problemas de saúde mental.

Fazem parte deste serviço ainda a consulta externa com valência no próprio hospital onde se realizam as consultas de psiquiatria e a consulta de enfermagem psiquiátrica, dando resposta às pessoas de um concelho e outra valência localizada no outro concelho que dá resposta às pessoas residentes no mesmo. Nesta última valência existe uma área de dia constituída por uma equipa multidisciplinar que desenvolve atividades de intervenção, reabilitação e acompanhamento terapêutico. Em situações de crise, são ainda realizadas intervenções domiciliárias.

Foi nesta valência que realizei o projeto de intervenção que se encontra explanado no capítulo seguinte.

PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

1.Contextualização da problemática

A integração na unidade onde decorreu o estágio final, foi realizada de forma progressiva, começando por conhecer o espaço com a realização de visita guiada às instalações, compreendendo a sua estrutura, orgânica e funcionamento, bem como os objetivos a ela inerentes, metodologia de trabalho, recursos humanos, materiais e articulação com outros serviços.

As pessoas com doença mental são frequentemente hospitalizadas e têm alta hospitalar e, em muitos casos, pouco se sabe do percurso destas pessoas quando regressam ao domicílio até à data de novo internamento. Esta situação é designada por *Revolving Door Phenomenon* (RDF, fenómeno da porta giratória). Para além dos fatores relacionados com a pessoa e a doença, o número limitado de vagas, que leva a uma estadia hospitalar mais curta, bem como a falta de adesão ao regime terapêutico, são algumas das razões associadas ao reinternamento frequente. O termo “porta giratória” descreve uma subpopulação de pessoas com doença mental crónica frequentemente readmitidos em unidades psiquiátricas (Garrido & Saraiva, 2012; Koparal et al., 2021). No seu estudo de coorte retrospectivo, Garrido e Saraiva (2012) identificaram os doentes com elevado número de internamentos nos Hospitais da Universidade de Coimbra, analisaram as suas características clínicas e sociodemográficas, as causas de readmissão e a rede social. Foram analisados os processos clínicos dos doentes admitidos durante 2011 para identificar aqueles com maior frequência de reinternamentos (pelo menos mais de dois em 18 meses). Os resultados preliminares obtidos foram consistentes com os da literatura, no que respeita às características clínicas e sociais dos doentes com “fenómeno de porta giratória”, no entanto, os casos mais graves foram encontrados entre os doentes do sexo feminino, que permaneceram compensadas por curtos períodos de tempo na comunidade. Considerando o peso social e a pressão sobre os serviços de internamento causada pelos doentes com “fenómeno de porta giratória”, é importante compreender os fatores que podem contribuir para este fenómeno para desenvolver intervenções que possam reduzir a prevalência de reincidência.

A pandemia de COVID-19 conduziu a elevados níveis de sofrimento psicológico na população a nível global. À semelhança de outros países da União Europeia, a saúde mental de muitos portugueses deteriorou-se durante esse período de tempo. Entre maio e julho de 2020, 27% da população portuguesa tinha sintomas de ansiedade moderada a grave e aproximadamente a mesma percentagem (26 %) tinha sintomas de depressão e de stresse pós-traumático (Almeida et al., 2020). As mulheres, os adolescentes e os jovens adultos (18 e os 29 anos), os desempregados e as pessoas com rendimentos mais baixos

apresentavam taxas mais elevadas de sofrimento psicológico moderado a grave (Ministério da Saúde, 2021). De acordo com o Relatório de Acesso a Cuidados de Saúde de 2020, as consultas de psiquiatria aumentaram ao longo dos anos, tendo em 2020 atingindo o seu valor máximo: 774.804 consultas. As consultas de psiquiatria representam um valor de aproximadamente 8,3% no total das consultas das especialidades com mais atividade. É de frisar que, no ano da pandemia por COVID-19, as consultas de psiquiatria tiveram um aumento de 2,9% relativamente ao ano anterior e o peso mais alto do período nas consultas das especialidades com mais atividade (Administração Central do Sistema de Saúde, 2020).

Uma das necessidades apresentadas pela unidade onde realizei o estágio final, prendia-se com a criação de uma consulta pós alta para os doentes que tinham tido alta hospitalar, uma vez que a realidade atual, a não ser aquando das consultas de psiquiatria agendadas (escassas devido a falta de recursos humanos) ou consultas de enfermagem para administração de injetáveis de longa duração (quando aplicável e apenas um mês após a alta hospitalar), mostrava que pouco ou nada se sabia dos doentes que regressavam a casa após o período de internamento e muitos deles eram reinternados em curtos espaços de tempo.

A dificuldade dos doentes na adesão ao regime terapêutico, era um dos motivos que levava à ideia da implementação da consulta após alta. A equipa da unidade onde estagiei, compreendeu que, para que o regime terapêutico fosse eficaz, era necessário que houvesse uma regularização do acompanhamento dos doentes e para que houvesse adesão dos mesmos, era fundamental a relação terapêutica com o enfermeiro e apoio na continuidade dos cuidados. Assim, o problema identificado, é que em muitos casos, após a alta hospitalar, esta continuidade não estava assegurada. Constata-se que existiam doentes com fraca adesão ao regime terapêutico, também por questões que foram enunciadas anteriormente na fundamentação teórica, que têm recaídas e reinternamentos frequentes e que necessitam de uma intervenção mais próxima após a alta. Nesse sentido, abracei o desafio de criar a consulta pós alta como forma de capacitar os doentes para a adesão ao regime terapêutico, com a finalidade de haver uma continuidade dos cuidados na comunidade/domicílio para redução de idas ao Serviço de Urgência bem como dos reinternamentos.

Após identificação desta problemática como uma das necessidades do serviço, em conjunto com a funcionária administrativa da Unidade, recolhi dados no sistema relativos aos reinternamentos ocorridos no ano anterior, verificando que no total de 534 episódios de internamento, 62 doentes apresentavam um ou mais reinternamentos no serviço de psiquiatria de agudos. Muitos desses reinternamentos foram por não adesão ao regime terapêutico, nomeadamente, abandono da terapêutica farmacológica.

2. A consulta de seguimento pós alta

2.1. Planificação da consulta

- **Objetivos da consulta**

Sendo 30 dias o período crítico para reinternamentos e a maior parte destes estar relacionado com a não adesão ao regime terapêutico, direcionei a minha intervenção neste sentido. Assim, comecei a estruturar uma consulta de seguimento pós alta, de forma a promover a adesão ao regime terapêutico, diminuindo desta forma os reinternamentos, sendo este o seu principal objetivo.

Como atividade de enfermagem especializada, esta consulta pós alta permite realizar uma avaliação global e pormenorizada do doente no período de transição entre o hospital e a comunidade. Através da consulta é possível avaliar o regresso ao quotidiano do doente e detetar dificuldades e problemas que possam ter surgido, permitindo desta forma que o enfermeiro especialista intervenha precocemente para atenuar possíveis complicações decorrentes do processo de transição. Permite ainda, se necessário, tomar as devidas medidas para encaminhar as situações disformes para outros elementos da equipa multidisciplinar, reduzindo a deterioração cognitiva do utente, resultante da agudização da sua doença.

Para além da avaliação clínica geral, é possível também realizar uma avaliação do estado mental do doente e avaliar se está a adaptar-se ao regime terapêutico, capacitando-o também para gerir o mesmo, e assim, promover o autocuidado.

- **Responsáveis pela consulta, critérios de atuação, inclusão e periodicidade**

Esta consulta é da responsabilidade dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e está destinada a todos os doentes que tenham tido alta do internamento de agudos do hospital da zona de Lisboa e Vale do Tejo, a que a Unidade de Intervenção Comunitária desta mesma zona dá resposta, bem como aos seus familiares e/ou cuidadores.

É realizada no horário habitual do funcionamento da unidade e até duas semanas após a alta hospitalar do doente, de acordo com a disponibilidade do mesmo, com periodicidade semanal ou sempre que o doente necessite. Posteriormente a esta intervenção e acompanhamento pós alta, de forma progressiva e à medida que se concretizam os objetivos previamente acordados com o doente e este se torna capaz de gerir o seu regime terapêutico, o Enfermeiro Especialista responsável pela consulta de seguimento pós alta, encaminha os mesmos para a consulta de enfermagem já existente nesta Unidade.

- Instrumentos necessários**

Como suporte para a realização da consulta é utilizado o sistema de informação já em uso na unidade (SCLínico), que permite o preenchimento completo da avaliação inicial do doente e que é realizado em conjunto com o mesmo. Estes dados permitem a elaboração de todo o processo de enfermagem, de acordo com os focos de atenção alterados e a respetiva definição dos diagnósticos de enfermagem. São também aplicadas as seguintes escalas: Questionário de Crenças Acerca da Medicação (versão portuguesa traduzida da *Beliefs About Medicines Questionnaire*) e Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) (versão portuguesa de Delgado & Lima, 2001) (cf. Anexo I e II).

Caracterização dos instrumentos padronizados de colheita de dados

Tabela 1. Caracterização dos instrumentos padronizados de colheita de dados aplicados às pessoas com doença mental

Variável	Instrumento	Escala/itens	Tipo de resposta
Crenças	Questionário de Crenças Acerca da Medicação	Ordinal – Tipo likert 8 itens	1 - (CT) Concordo Totalmente; 2 - (C) Concordo; 3 - (N) Não tenho a certeza; 4 - (D) Discordo; 5 - (DT) Discordo totalmente
Adesão ao tratamento	Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)	Ordinal – Tipo likert 7 itens	1. Sempre 2. Quase sempre 3. Com frequência 4. Por vezes 5. Raramente 6. Nunca

Questionário de Crenças acerca da Medicação

Visto que as crenças do doente em relação à medicação poderão ter um impacto importante no nível de adesão, foi utilizado o Questionário de Crenças acerca da Medicação de Pereira et al., (2013) que corresponde à versão portuguesa traduzida de *Beliefs About Medicines Questionnaire* [BMQ] da autoria de Horne et al. (1999). De acordo com Simão (2009, p. 31), o questionário “avalia as crenças acerca da utilização de fármacos em geral, ou em indivíduos com alguma doença específica, no sentido de avaliar as suas crenças relativas aos fármacos de uso pessoal prescritos para o seu problema de saúde específico”, sendo este o seu grande objetivo. É constituído por duas secções designadas por BMQ - Geral e BMQ - Específica. A primeira parte, BMQ - Geral, avalia crenças acerca dos medicamentos em geral, enquanto a segunda parte, BMQ - Específica, avalia as representações de fármacos prescritos para uso pessoal. Para avaliar as pessoas com doença mental, que constituíram o grupo de sujeitos alvo do projeto de intervenção em serviço, foi unicamente utilizada a parte Geral, a qual está aferida para a população portuguesa. Pereira et al. (2013) referem que se trata de uma escala formada por dois fatores de quatro

itens. O primeiro fator, *Escala Efeitos Nocivos*, avalia crenças relacionadas com potenciais efeitos nocivos, aditivos e tóxicos dos medicamentos, é composta por quatro itens (item 2, 3, 5, 6) e apresenta um alfa de 0,66. O segundo fator, *Escala de Uso Excessivo*, avalia a crença da medicação estar a ser utilizada em excesso pelos médicos e é constituída por quatro itens (item 1, 4, 7, 8), com um alfa de 0,80. A escala mostra o grau de concordância com as afirmações sobre a medicação numa escala tipo Likert de cinco pontos (1=Discordo Totalmente, 2=Discordo, 3=Não tenho a certeza, 4=Concordo e 5=Concordo Totalmente). Ambos os fatores variam de 4 a 20. Assim, a parte Geral sugere as crenças sobre os efeitos nocivos e uso excessivo da medicação. No fator *Uso Excessivo*, quanto mais elevada a cotação obtida pelas pessoas, mais forte a sua crença de que os fármacos são prescritos em excesso pelos médicos que confiam em demasia na sua utilização. No fator *Efeitos Nocivos*, quanto mais elevada a cotação obtida pelos doentes, mais forte é a sua crença no potencial dos fármacos para serem nocivos englobando representações dos mesmos como prejudiciais, aditivos, bem como a crença de que as pessoas que tomam medicamentos deveriam parar o seu tratamento de vez em quando.

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

A escala de MAT utilizada foi a versão de 7 itens validada por Delgado e Lima (2001), desenvolvida a partir da medida de adesão apresentada por Morisky, Green e Levine (1986). Consiste numa ferramenta adaptada para avaliar os índices de adesão em indivíduos que estão a seguir um regime terapêutico farmacológico. As respostas são obtidas através de uma escala ordinal do tipo *Likert*, de seis pontos, que varia de Sempre (1) a Nunca (6), cujos valores obtidos com as respostas aos sete itens são somados e divididos pelo número de itens, isto é, a variar entre 1 a 6. A soma dos valores de cada item e a sua divisão pelo número de itens possibilita obter o nível de adesão aos tratamentos. Um valor mais elevado significa maior nível de adesão (Delgado & Lima, 2001). Depois, os valores 5 e 6 são calculados como 1 (o que na escala original corresponde a aderente) e os restantes são calculados como zero (não aderentes na escala original), resultando numa escala dicotómica sim/não (aderente/não, aderente) (Carvalho, 2010). Os dados recolhidos pelos autores portugueses demonstram uma boa consistência interna da medida de sete itens de adesão ao tratamento, numa escala de tipo *Likert*, sendo o valor de Alfa de Chronbach de 0,74. Os resultados das amplitudes das correlações item-teste revelam que cada um dos 7 itens da medida de adesão, contribui significativamente para a consistência da mesma. Consideram que a medida oferece uma consistência interna adequada para aceder ao nível de adesão aos tratamentos (Delgado & Lima, 2001).

2.2 Referenciação à consulta

O projeto de intervenção foi divulgado presencialmente e via email tanto no serviço de internamento de agudos deste hospital, como na Unidade de Intervenção Comunitária de forma a ter conhecimento das altas que estavam programadas e para que fosse feito o respetivo encaminhamento dos doentes à consulta de seguimento pós alta.

Todas as semanas, à quarta-feira, realiza-se no serviço de internamento deste hospital uma reunião multidisciplinar na qual se discutem os casos clínicos e as eventuais altas programadas para cada semana. Estive presente na maioria destas reuniões, o que me permitiu saber de forma precoce quais as altas programadas a cada semana. Na impossibilidade de estar presente em todas, a informação relativa a estas altas e outras que fossem surgindo, eram-me comunicadas via email pela equipa do serviço de internamento de agudos.

Já com o conhecimento prévio de que o doente tinha alta, realizava com este uma pequena entrevista não estruturada informando-o do projeto e questionando a sua disponibilidade para comparecer na consulta pós alta e quais os principais objetivos desta. Todos os doentes se mostraram disponíveis e entusiasmados com o facto de terem apoio próximo no seu regresso à comunidade e nenhum deles recusou realizar a consulta.

2.3 Operacionalização da consulta

Com o propósito de esclarecer o modo como se operacionalizou a consulta de seguimento pós alta, apresenta-se uma breve descrição das etapas da mesma, uma breve caracterização sociodemográfica e clínica dos doentes, bem como as considerações pertinentes a abordar.

A primeira consulta, como anteriormente referido, foi agendada de acordo com a disponibilidade do doente e no período até duas semanas após a alta hospitalar. Permitiu que se realizasse a colheita de dados e que se desse início à relação terapêutica, possibilitando conhecer o doente, bem como explicar o processo e o contrato terapêutico.

A relação terapêutica é uma parte essencial do papel da enfermagem e a chave para a obtenção de resultados positivos para as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental, bem como, para promover relações mais positivas (Zugai et al., 2015). A equipa de enfermagem é o núcleo da profissão de

cuidar e o desenvolvimento de relações eficazes com as pessoas cuidadas é fundamental para a promoção da saúde (Zugai et al., 2015). A relação terapêutica em enfermagem é encarada como um processo interpessoal terapêutico significativo, que funciona em cooperação com outros processos humanos, e que tornam a saúde possível para indivíduos e comunidades (Peplau, 1988). Essa aliança terapêutica – a relação que une o profissional e usuário do serviço – é entre um ser humano e outro, com uma singularidade de cada díade (Forchuk, 1995), o que exige, portanto, esforços renovados a cada nova situação. Os enfermeiros veem o desenvolvimento da aliança terapêutica como uma convergência de habilidades profissionais interpessoais com a experiência de vida pessoal e os clientes veem-na como um suporte de vida para a sua capacidade de promover a colaboração e a sensação de serem compreendidos (Zugai et al., 2015). O papel da relação terapêutica da equipa de enfermagem nos cuidados de saúde mental é especialmente pertinente, para que as pessoas com doença mental possam interagir com os enfermeiros e a relação entre esta díade é uma chave para a progressão da adesão ao regime terapêutico, com uma interação percebida entre as relações terapêuticas e a qualidade dos cuidados prestados (Coffey et al., 2019). O envolvimento nesses contextos desafiadores requer um equilíbrio de abordagens, o desenvolvimento de uma compreensão personalizada e o uso de si mesmo para facilitar o crescimento orientado para a recuperação da pessoa com doença mental, o que implica apoiá-la e capacitá-la para a adesão ao seu regime terapêutico. Assim, cabe aos enfermeiros negociar campos relacionais contraditórios e desafiadores (McAllister et al., 2019).

A aliança terapêutica tem o maior impacto nos resultados da recuperação e adesão ao regime terapêutico de pessoas com doença mental, além do modo ou modelo específico de intervenção fornecido. Tendo emergido inicialmente no seio da disciplina psicanalítica e, posteriormente, generalizado para múltiplos contextos terapêuticos, o conceito de aliança foi definido como um acordo sobre os objetivos, as tarefas e um vínculo terapêutico entre terapeuta e cliente (Hartley et al., 2020).

Nesta primeira consulta pretendeu-se descrever o funcionamento das consultas seguintes, clarificar o papel do EEESMP, identificar as necessidades, as expectativas e os objetivos do doente, os principais focos de atenção e, em conjunto, delinear um plano de cuidados. Realizou-se ainda uma avaliação geral do doente e uma avaliação do seu estado mental. Deste modo, deu-se início à tão importante relação terapêutica que pautou o desenvolvimento e a eficácia das restantes consultas.

A marcação desta primeira consulta era realizada ainda em contexto de internamento e com a ajuda da equipa multidisciplinar do mesmo. A constante articulação com esta equipa foi crucial para dar início e continuidade ao projeto, uma vez que me permitia ter conhecimento de forma atempada das altas programadas, não só através da informação dada pelos colegas de enfermagem, mas também por *email*, telefonicamente e através da presença na reunião semanal em contexto de internamento, como

anteriormente referi. Com este conhecimento prévio, dirigia-me ao serviço de internamento e apresentava o projeto ao doente prestes a ter alta, referindo que seria uma consulta diferente da consulta de enfermagem já instituída na valência que dava resposta à sua área de residência, à qual teria de comparecer para realizar a administração do injetável em contexto de ambulatório. Era explicado ao doente que se tratava de um contacto diferenciado que iria permitir esclarecer as suas dúvidas, identificar as suas dificuldades e colmatá-las, perceber como se estava a sentir neste período de transição de internamento para o domicílio e apoiá-lo, de modo a tornar esta transição um pouco mais fácil e poder evitar reinternamentos.

Assim, a primeira consulta de seguimento pós alta foi realizada a 14 doentes que tiveram alta do internamento, no entanto, 3 deles decidiram que não queriam continuar no projeto, pelo que a estes apenas foi realizada a primeira consulta. Os restantes 11 doentes aceitaram integrar o projeto e dar continuidade ao mesmo, estando presentes nas restantes consultas. Foram realizadas cerca de 40 consultas no decorrer do estágio, contando com os contactos telefónicos, nunca ficando o doente sem um apoio para que pudesse esclarecer eventuais dúvidas. O tempo de duração das consultas era variável, todavia, estavam estipulados por sistema, 30 minutos para a realização da mesma. Dos 11 doentes seguidos em consulta 4 eram do sexo feminino e 7 do sexo masculino, estando as idades compreendidas entre os 30 e os 62 anos. Dos 11, 7 encontravam-se desempregados, 1 empregado e 3 reformados por invalidez. Os principais diagnósticos médicos eram a esquizofrenia e a doença afetiva bipolar.

Na primeira abordagem realizada, alguns doentes referiram que uma das suas dificuldades e o motivo pelo qual muitas vezes abandonavam o tratamento, se prendia com o abandono da terapêutica medicamentosa instituída, devido à dificuldade de gerir a mesma (horários, dosagem, conhecimento dos efeitos). Afirmavam sentir que tinham muita terapêutica prescrita e que era difícil geri-la, o que fazia com que muitas vezes a tomassem de forma errática ou acabassem por desistir de a tomar, quer pelos efeitos secundários que sentiam, quer pela ausência de crítica para o seu processo patológico. Segundo Hyvert et al., (2022), a complexidade do tratamento (polifarmácia) e a cronicidade da doença, foram identificadas como variáveis negativamente associadas à não adesão ao tratamento psicofarmacológico. Assim, de forma a aumentar esta adesão, propus a estes doentes que no decorrer das consultas, para além de outros temas a abordar do seu interesse e necessidade, fosse preparada a cassette terapêutica semanal até que adquirissem o conhecimento e competências necessárias para o realizarem de forma autónoma, uma vez que a recuperação, segundo Vera San Juan et al. (2021), está intimamente ligada ao *empowerment* da pessoa com doença mental.

Aos doentes a quem esta dificuldade foi identificada e que aceitaram a estratégia apresentada, foi-lhes solicitado que, aquando da primeira consulta, se fizessem acompanhar do guia terapêutico

prescrito e de uma caixa que permitisse a preparação da terapêutica medicamentosa para o período de uma semana. Para os que não tinham possibilidade de a adquirir devido a dificuldades económicas ou para aqueles que por vezes se esqueciam, mas que se queriam envolver no seu tratamento e acreditavam ser benéfico para si, desenvolviam-se estratégias a fim de colmatar esta necessidade, como preparar a terapêutica em sacos próprios e devidamente identificados com o dia e horário da toma, ou fazer uso de algumas caixas de preparação de terapêutica, disponíveis na unidade. Assim, pretendia-se neste primeiro contacto identificar os conhecimentos que o doente possuía sobre a sua patologia psiquiátrica, sobre a sua terapêutica medicamentosa e a razão pela qual geria o seu regime terapêutico de forma ineficaz.

Após o primeiro contacto com estes doentes na forma de consulta, apurei que de facto todos possuíam poucos conhecimentos quer acerca da sua patologia psiquiátrica, quer em relação à terapêutica instituída e toma da mesma, bem como, conhecimentos deficitários em relação à prática de exercício físico e alimentação saudável. Muitos apontavam o ganho substancial de peso corporal como um dos principais efeitos secundários que os levava a abandonar a terapêutica medicamentosa. Atribuía também a falta de energia para realizar exercício físico, como uma consequência da terapêutica. Assim, procurei desmistificar algumas destas crenças ao longo das interações, capacitando-os para adquirir estratégias de forma a contornar os efeitos secundários da terapêutica; nomeadamente, realizar um maior número de refeições por dia em menor quantidade e procurar executar atividades significativas durante o dia, de modo a ocupar o tempo.

Ainda neste primeiro contacto, a aplicação das escalas anteriormente selecionadas (MAT e Questionário de Crenças Acerca da Medicação), permitiu avaliar o grau de adesão dos doentes que estavam a seguir um regime terapêutico farmacológico e de que modo as crenças que tinham acerca da utilização dos fármacos prescritos se relacionavam com a adesão ao regime terapêutico. Estas escalas foram igualmente aplicadas no último contacto com cada doente que foi seguido em consulta, de forma a interpretar os resultados e verificar se as intervenções implementadas promoveram a adesão ao regime terapêutico.

Os resultados da aplicação da MAT e do Questionário de Crenças Acerca da Medicação alcançados na primeira avaliação, são apresentados seguidamente bem como a interpretação dos mesmos.

Adesão aos tratamentos

Entre os 11 doentes que aceitaram participar no projeto e dar continuidade às consultas, 6 referiram que, por vezes, se esqueciam de tomar os medicamentos para a sua doença, 5 raramente e 3 nunca se esqueciam. Registou-se que 1 doente quase sempre era descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença, 1 referiu que tal acontecia com frequência, 4 confirmaram que tal situação ocorria por vezes, 2 raramente e 3 nunca foram descuidados. Nesta primeira avaliação, 7 doentes relataram que, por vezes, deixavam de tomar os medicamentos para a sua doença por se terem sentido melhor, em 2 casos esta situação acontecia raramente e noutros 2 casos, nunca.

Sobressaíram os doentes, num total de 6, que por vezes deixaram de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se terem sentido pior, com 1 a relatar que esta situação ocorria raramente e 4 a afirmarem que nunca acontecia. Verificou-se que 1 doente admitiu que por vezes tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior, enquanto 4 referiram fazê-lo raramente e 6 nunca. De acordo com os dados, 2 doentes por vezes interrompiam a terapêutica para a sua doença por terem deixado acabar os medicamentos, tendo 4 deles afirmado que tal apenas acontecia raramente, enquanto 5 nunca o fizeram. Por fim, apurou-se que 6 doentes, por vezes, deixavam de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico, com apenas 1 a mencionar que esta atitude ocorria raramente e 4 nunca (cf. tabela 2).

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na
Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Doença Mental na Transição de Cuidados

Tabela 2. Resultados da Adesão aos Tratamentos (MAT) na primeira avaliação (N=11)

MAT	1. Sempre	2. Quase sempre	3. Com frequência	4. Por vezes	5. Raramente	6. Nunca
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?				6	2	3
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?		1	1	4	2	3
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?				7	2	2
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?				6	1	4
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?				1	4	6
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?				2	4	5
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?				6	1	4

Posteriormente à análise precedente e tendo em conta que os valores 5 e 6 foram calculados como um, correspondendo na escala original a aderentes, e os restantes computados como zero, equivalente a não aderentes na escala original, e como forma de reforçar os resultados apresentados anteriormente, verificou-se que 4 doentes foram classificados como aderentes e 7 como não aderentes, o que veio corroborar ainda mais a necessidade de intervenção ao longo das consultas pós alta, para que se pudesse melhorar a situação dos doentes em relação à adesão ao seu regime terapêutico (cf. tabela 3).

Tabela 3. Classificação obtida pelo método de avaliação da Adesão/Escala dicotómica

MAT	N	%
Aderentes	4	36,4%
Não aderentes	7	63,6%

A pontuação da MAT revelou que a maioria dos doentes era não aderente à terapêutica. Globalmente, o valor médio obtido nos sete itens da escala MAT foi de $4,1 \pm$ com um desvio padrão de 1,2 pontos. Assim, os doentes manifestaram baixa adesão à terapêutica (cf. tabela 4).

Tabela 4. Resultados descritivos da Adesão à Terapêutica (N=11)

MAT	M	DP
Total	4,1	1,2

Legenda: M=média; DP=desvio padrão

Crenças acerca dos medicamentos

No total de 11 doentes, e como referido anteriormente, aplicou-se também a BMQ, para avaliar as suas crenças acerca dos medicamentos. Assim, constatou-se que sobressaíram 7 que concordaram que os médicos usam medicamentos a mais, 2 concordaram totalmente, apenas 1 discordou e outro referiu que não tinha a certeza; 2 concordaram totalmente que as pessoas que tomam medicamentos deveriam parar o seu tratamento durante um certo tempo de vez em quando, tendo 3 concordado, 3 não tinham a certeza, 1 revelou discordância e 2 discordaram totalmente. Apurou-se que 8 doentes concordaram com o facto de muitos medicamentos provocarem dependência, 1 manifestou total concordância, 1 não tinha a certeza e 1 discordou totalmente. Outro resultado refere-se à opinião de 6 doentes que não tinham a certeza de que os produtos naturais possam ser mais seguros do que os medicamentos, enquanto 4 manifestaram concordância e 1 discordou totalmente. Registou-se que 5 doentes concordaram que os medicamentos fazem mais mal do que bem, tendo outros 5 referido não ter a certeza e 1 discordou. Com idêntico número de respostas, verificou-se que 4 doentes concordaram que todos os medicamentos são tóxicos e outros 4 não tinham a certeza, tendo 3 deles discordado. Prevaleceu a opinião de 7 doentes que concordaram com o facto de os médicos confiarem demais nos medicamentos, tendo 3 concordado totalmente e 1 sem ter a certeza. Por último, apurou-se que 5 doentes concordaram que os médicos, caso tivessem mais tempo com os doentes, receitariam menos medicamentos, enquanto 4 não tinham a certeza, 1 discordou e 1 discordou totalmente (cf. tabela 5).

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na
Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Doença Mental na Transição de Cuidados

Tabela 5. Resultados das crenças acerca dos medicamentos (BMQ) na primeira avaliação (N=11)

Questionário de crenças acerca dos medicamentos (BMQ)	5=Concordo totalmente	4=Concordo	3= Não tenho a certeza	2=Discordo	1=Discordo Totalmente
1. Os médicos usam medicamentos a mais	2	7	1	1	
2. Pessoas que tomam medicamentos deveriam parar o seu tratamento durante um certo tempo de vez em quando	2	3	3	1	2
3. Muitos medicamentos provocam dependência	1	8	1	1	
4. Os produtos naturais são mais seguros que os medicamentos		4	6		1
5. Os medicamentos fazem mais mal que bem		5	5	1	
6. Todos os medicamentos são tóxicos		4	4	3	
7. Os médicos confiam demais nos medicamentos	3	7	1		
8. Se os médicos tivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos		5	4	1	1

Ainda como complemento à avaliação das crenças dos 11 doentes acerca dos medicamentos, e seguindo-se as recomendações de Pereira et al. (2013), constatou-se, na primeira avaliação, que os doentes apresentam fortes crenças sobre o *Uso Excessivo* de medicamentos (M=18,9, DP=1,7) e acerca dos seus *Efeitos Nocivos*, ainda que com um valor médio mais baixo em relação ao primeiro Fator (M=14,3, DP=1,3) (cf. tabela 6).

Estes resultados sugerem que os doentes apresentavam sobretudo crenças relacionadas com potenciais efeitos nocivos, aditivos e tóxicos dos medicamentos, ainda que também revelassem a crença de que a medicação utilizada foi prescrita em excesso pelos médicos. Estas evidências revelaram-se importantes uma vez que as suas crenças sobre os medicamentos eram potenciais preditores de não adesão ao regime terapêutico, mais concretamente ao regime medicamentoso, que é fundamental para a sua recuperação e para se evitar o fenómeno de porta giratória. Assim sendo, verificou-se a necessidade de desmistificar crenças pré-concebidas acerca da medicação ao longo das consultas (cf. tabela 6).

Tabela 6. Resultados descritivos das Crenças Gerais Acerca dos Medicamentos: escala e subescalas (N=11)

Crenças Gerais	M	DP
Efeitos nocivos	14,3	1,3
Uso excessivo	18,9	1,7

Legenda: M=média; DP=desvio padrão

Os resultados obtidos na primeira avaliação reforçaram a operacionalização da consulta pós alta hospitalar.

A promoção da adesão ao regime terapêutico assente na filosofia do *recovery* pressupõe que os enfermeiros relem o modelo biomédico paternalista e adotem uma postura centrada nas necessidades e valores da pessoa com doença mental, permitindo-lhe desempenhar um papel ativo no processo adaptativo inerente à trajetória da doença (Vera San Juan et al., 2021). Tendo em conta este pressuposto, as consultas subsequentes programaram-se após o *feedback* por parte do doente relativamente à consulta realizada e ao que é proposto, uma vez que é crucial que o doente se envolva para que se atinjam os objetivos delineados.

Todas as vezes que os doentes foram questionados acerca da utilidade e satisfação com a consulta realizada, obtive *feedback* sempre positivo o que me motivou ainda mais a dar continuidade ao projeto.

As consultas subsequentes foram igualmente agendadas de acordo com a disponibilidade de ambas as partes, mas respeitando sempre o prazo de 1 semana numa fase inicial, tendo este prazo sido alargado à medida que as necessidades de cada doente se iam colmatando. As consultas eram agendadas no final de cada contacto e o doente levava consigo um papel com o agendamento e o contacto da unidade, para evitar esquecimentos e para informar caso faltasse e necessitasse de reagendar. Na impossibilidade de comparecerem a alguma destas consultas e de não ser possível remarcá-las no intervalo de tempo estipulado, apesar do contacto privilegiado ser o presencial, era realizado um contacto telefónico com estes doentes, de modo que não se perdesse o contacto com os mesmos e fosse possível dar continuidade às intervenções.

Sempre que era necessário e solicitado pelo doente, realizava-se também a articulação com os vários profissionais da unidade em questão (médico, assistente social, terapeuta ocupacional e psicomotricista). A articulação com toda a equipa multidisciplinar foi crucial para o processo de recuperação do doente, uma vez que foram colocados à sua disposição todos os recursos disponíveis de modo a facilitar o processo de transição.

Assim, no decorrer destas consultas foi consolidada a relação terapêutica anteriormente iniciada, foram explorados os focos/diagnósticos identificados e promoveu-se a consciencialização e a capacitação do doente para os focos prioritários, nomeadamente, a adesão ao regime terapêutico, cujo incumprimento, na maioria dos casos, foi responsável pelo reinternamento destes doentes no passado.

Resultado da pesquisa realizada, centrada na temática do relatório, criei expectativas face aos diagnósticos de enfermagem que poderiam ser identificados na sequência das consultas realizadas. Essas

expectativas foram ao encontro dos resultados e foram identificados focos de enfermagem comuns a todos os doentes, para os quais foram planeadas e implementadas intervenções de enfermagem.

Diagnosticar significa distinguir ou saber. O diagnóstico de enfermagem é um juízo clínico acerca de reações individuais, familiares ou comunitárias, a problemas de saúde reais e/ou potenciais ou a processos de vida. Este processo dá significado aos dados recolhidos e organizados durante a apreciação inicial. O processo de diagnosticar é o resultado da identificação das reações dos doentes e dos seus problemas e ao formulá-los, identifica-se a natureza exata do problema (Potter & Perry, 2006). É um julgamento clínico que o enfermeiro faz a respeito das respostas atuais e potenciais do doente aos seus problemas de saúde e é muito importante para o enfermeiro e para o doente, pois direciona o cuidado, possibilitando uma assistência individualizada. O Diagnóstico de Enfermagem é o rótulo atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de Enfermagem” (CIPE®, 2015).

Segundo Carvenali e Thomas (1993, cit. por Carpenitto, 2002), o planeamento caracteriza-se por ser a componente do comportamento de enfermagem em que se fixam os objetivos centrados no doente e se programam as intervenções para se atingir esses mesmos objetivos. Durante o planeamento estabelecem-se prioridades, fixam-se objetivos, formulam-se os resultados esperados e elabora-se o plano de cuidados. À medida que se formula o plano individualizado de cuidados está-se a especificar um plano de ação exato para a resolução dos problemas nos cuidados ao doente. Terminado o planeamento passa-se à fase da implementação de cuidados ou prescrição de enfermagem, que se insere na implementação do plano assistencial que determina a ação da equipa de enfermagem na execução dos cuidados adequados, ao atendimento das necessidades básicas e específicas do doente.

A implementação significa o início do comportamento de enfermagem, quando as ações necessárias à consecução dos objetivos e dos resultados esperados dos cuidados de enfermagem são iniciadas e terminadas (Potter & Perry, 2006). Uma preparação adequada e minuciosa antes da implementação, assegura cuidados de enfermagem eficientes e eficazes. É durante esta fase que se põe o plano de cuidados em prática. A implementação dos planos de cuidados é sempre avaliada, fornecendo os dados necessários para se avaliar a resposta do doente à intervenção de enfermagem.

Os diagnósticos de enfermagem comuns aos vários doentes, para os quais foram desenvolvidas e implementadas intervenções de enfermagem, ao longo das consultas realizadas de forma a alcançar os resultados desejados, encontram-se explanados no quadro 1; ou seja, apresenta-se o Processo de Enfermagem dos 11 doentes com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®, versão 2019).

Assim, verifiquei que os doentes apresentavam os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Adesão ao regime dietético, comprometido;
- Falta de Conhecimento sobre regime dietético;
- Adesão ao regime de exercício, comprometido;
- Falta de Conhecimento sobre regime de exercício;
- Aceitação do estado de saúde, comprometida;
- Adesão ao regime medicamentoso, comprometida;
- Falta de Conhecimento sobre regime medicamentoso;
- Autoimagem negativa;
- Falta de apoio familiar;
- Risco de isolamento social.

Um diagnóstico de Enfermagem, como consta na CIPE® “é um rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca do doente ou cliente após a avaliação” (ICN, 2008, p. 14). Como tal, os resultados dos 11 doentes que foram acompanhados equivalem a um estado de diagnóstico de Enfermagem em termos temporais após as nossas intervenções. Por outras palavras, são os resultados presumidos das “intervenções de Enfermagem avaliadas ao longo do tempo, enquanto mudanças efetuadas nos diagnósticos de Enfermagem” (ICN, 2008, p. 14). Deste modo, face aos Diagnósticos de Enfermagem comuns que identifiquei e sobre os quais me debrucei neste projeto de intervenção clínica, delineei Intervenções de Enfermagem que foram desenvolvidas ao longo das consultas, tendo sempre como foco a adesão ao regime terapêutico. Assim, consegui alcançar os resultados desejados, tal como podemos constatar no Quadro 1, onde é possível encontrar evidências dos resultados alcançados. Na sua globalidade, os doentes melhoraram os focos alterados, resultando em respostas de comportamentos adaptativos, alterações positivas no seu comportamento, aumento de conhecimentos sobre o regime dietético e a adesão ao mesmo; adesão à prática de atividade física adaptada; aceitação do seu estado de saúde; adesão à terapêutica medicamentosa; aumento da sua autoestima; maior apoio familiar e menor risco de isolamento social.

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na
Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Doença Mental na Transição de Cuidados

Quadro 1. CIPE aplicada ao Processo de Enfermagem

Diagnósticos de Enfermagem (CIPE® versão 2019)	Intervenções de Enfermagem	Resultados
Adesão ao regime dietético, comprometido	- Promover adesão ao regime dietético com exemplos de receitas saudáveis e exemplificação de distribuição adequada dos alimentos no prato; - Informar sobre alimentação saudável.	Adesão ao regime dietético, demonstrado;
Falta de Conhecimento sobre regime dietético	- Avaliar conhecimentos sobre regime dietético em conversa informal, sobre o número de refeições que deviam ser consumidas por dia bem como a sua composição e os alimentos a evitar; - Ensinar sobre regime dietético, designadamente sobre nº adequado de refeições por dia, alterações na quantidade e conteúdo; - Instruir sobre fracionamento de refeições; - Avaliar a informação percecionada realizando questões ao doente acerca das temáticas abordadas; - Assegurar resolução de dúvidas; - Referenciar para nutricionista.	Conhecimento sobre regime dietético adequado;
Adesão ao regime de exercício, comprometido	- Promover adesão ao regime de exercício incentivando o doente a realizar uma atividade física a seu gosto no mínimo, três vezes por semana; - Monitorização de IMC.	Adesão ao regime de exercício, demonstrado;
Falta de Conhecimento sobre regime de exercício	- Avaliar conhecimentos sobre regime de exercício questionando a importância da prática e o seu impacto no bem-estar; - Ensinar sobre regime de exercício; - Planear exercício físico adaptado às características do doente.	- Conhecimento sobre regime de exercício adequado; - Prática de exercício regular (objetivo: 30-45 min/dia)
Aceitação do estado de saúde, comprometida	- Avaliar o conhecimento do doente face ao seu estado de saúde questionando o mesmo acerca do que motivou o seu internamento; - Oferecer tranquilização sobre a condição de vida do doente - Promover aceitação do estado de saúde desmistificando o estigma associado à doença mental; - Ensinar sobre a doença.	Aceitação do estado de saúde demonstrado;
Adesão ao regime medicamentoso, comprometida	- Avaliar adesão ao regime medicamentoso com a aplicação do instrumento-Medida de Adesão aos Tratamentos; - Instruir sobre adequado horário para toma da terapêutica prescrita; - Promover o cumprimento do adequado horário da toma da terapêutica prescrita; - Avaliar barreiras à adesão ao regime terapêutico; - Encorajar a tomada de decisão relativa ao comportamento de adesão;	- Adesão ao regime medicamentoso, demonstrada; - Autoadministração da medicação no horário correto;

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na
Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Doença Mental na Transição de Cuidados

	• Orientar sobre benefícios do cumprimento do regime terapêutico; • Orientar sobre as complicações para a saúde decorrentes da não adesão ao regime terapêutico; • Promover autorresponsabilização através da reflexão sobre as opções comportamentais que levaram à não adesão ao regime terapêutico; • Promover adesão à medicação utilizando caixa para comprimidos.	
• Falta de Conhecimento sobre regime medicamentoso	• Avaliar conhecimentos sobre o regime medicamentoso solicitando que enumerassem os fármacos prescritos, a sua indicação, forma de atuação e horários de administração; • Ensinar sobre regime medicamentoso.	• Conhecimento sobre regime medicamentoso adequado;
• Autoimagem negativa;	• Avaliar autoimagem através da percepção que o doente tem de si mesmo, as qualidades e os defeitos que enumera; • Apoiar a busca de elementos positivos sobre si mesmo; • Promover a autoestima com verbalizações positivas acerca do doente ou elogiar os progressos do mesmo em direção às suas metas; • Realizar escuta ativa; • Providenciar Apoio emocional e psicológico; • Assegurar resolução de dúvidas.	• Autoimagem, melhorada;
• Falta de apoio familiar	• Avaliar processo familiar através da identificação da estrutura da família, os padrões de comunicação e o seu funcionamento; • Promover apoio familiar;	• Apoio familiar, adequado;
• Risco de isolamento social	• Avaliar risco de isolamento social de acordo com os comportamentos adotados pelo doente na relação com o Outro; • Encorajar relações interpessoais (com vizinhos e amigos); • Identificar os sistemas disponíveis de apoio para o doente; • Estimular a participação em atividades de lazer de acordo com o gosto de cada doente (ler, compor músicas, tocar um instrumento musical); • Encorajar participação em atividades sociais e comunitárias; • Oferecer escuta ativa; • Encorajar a expressão de medos e ideias.	• Isolamento social, não atingido;

2.4 Resultados da consulta

O último contacto/consulta, antes do encaminhamento para a consulta de enfermagem previamente existente na Unidade, permite que se avalie o alcance dos objetivos propostos. Permite o resumo dos focos e diagnósticos levantados e das intervenções e resultados obtidos, sendo possível desta forma a avaliação do sucesso do plano terapêutico. Nesta consulta é possível perceber os sentimentos causados pelo final da relação terapêutica e obter o *feedback* sobre as intervenções realizadas. Neste momento são também aplicados os instrumentos de avaliação já selecionados de forma a perceber o sucesso da intervenção realizada.

A avaliação é uma espécie de estudo analítico e apreciação dos passos anteriores. É o prognóstico de enfermagem, ou seja, a estimativa da capacidade do doente em atender às suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem (Alminhas, 2007).

A fase de avaliação do processo de enfermagem mede a reação do utente às ações de enfermagem e o progresso do mesmo no sentido de serem atingidos os objetivos. Recolhe-se dados numa base de continuidade para medir alterações no funcionamento da vida diária ou na existência de utilização de recursos externos (Carnevali & Thomas, 1993).

De seguida são apresentados os resultados da reaplicação dos instrumentos de avaliação com a finalidade de avaliar a eficácia da consulta na adesão ao regime terapêutico.

Adesão aos Tratamentos

Entre os 11 doentes que foram acompanhados desde a primeira até à última consulta, todos revelaram melhorias significativas no que se refere à adesão aos tratamentos, tendo 7 referido que nunca mais se esqueceram de tomar os medicamentos para a sua doença, tendo apenas 3 referido raramente e 1 por vezes. Nesta segunda avaliação, verificou-se que 7 doentes raramente foram descuidados com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença, com 3 deles a relatar que tal nunca mais aconteceu e apenas 1 mencionou por vezes. Constatou-se também que 9 doentes nunca mais deixaram de tomar os medicamentos para a sua doença por se terem sentido melhor, com 2 a reportarem que só acontecia raramente; 10 doentes admitiram que nunca mais deixaram de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se terem sentido pior (depois das intervenções), com apenas um doente a referir raramente; 9 doentes, após as intervenções, afirmaram que nunca tomaram mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se terem sentido pior, tendo 2 deles afirmado que só acontecia raramente; 9 doentes nunca mais interromperam a terapêutica para a sua doença por

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na
Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Doença Mental na Transição de Cuidados

terem deixado acabar os medicamentos, no entanto, ainda se verificou que dois deles afirmaram que tal situação ainda acontecia, embora raramente. Todos os doentes, na última consulta, confirmaram que nunca mais deixaram de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não fosse a indicação do médico, o que aparentemente revela o sucesso das intervenções (cf. tabela 7).

Tabela 7. Resultados da Adesão aos Tratamentos (MAT) na segunda avaliação (N=11)

MAT	1. Sempre	2. Quase sempre	3. Com frequência	4. Por vezes	5. Raramente	6. Nunca
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?				1	3	7
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?				1	7	3
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?					2	9
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					1	10
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					2	9
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?					2	9
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?						11

À semelhança da primeira avaliação, e como forma de se validar a efetividade das intervenções ao longo das consultas, também se avaliaram os resultados da classificação dicotómica Aderente/Não aderente, como consta na tabela 8, a partir dos quais podemos dizer que todos os doentes, no final, foram classificados como aderentes ao seu regime terapêutico (100%).

Tabela 8. Classificação obtida pelo método de avaliação da Adesão/Escala dicotómica

MAT	n	%
Aderentes	11	100%
Não aderentes	0	0,0%

Tal como se procedeu na primeira avaliação, no final também se calculou o score total da Adesão à Terapêutica entre os 11 doentes. Recordando que quanto maior o valor da MAT, mais perfeita é a adesão, podemos observar uma média de 5.5 valores e um desvio padrão de 0,8, sugerindo comparativamente à primeira avaliação uma melhoria significativa da adesão ao regime terapêutico (cf. tabela 9).

Tabela 9. Resultados descritivos da Adesão à Terapêutica (N=11)

MAT	M	DP
Total	5,5	0,8

Legenda: M=média; DP=desvio padrão

Crenças acerca dos medicamentos

Na última consulta também se verificaram melhorias no que concerne às crenças acerca dos medicamentos, em comparação com a avaliação efetuada na primeira consulta, com registo de mais respostas que contrariam as anteriores crenças acerca dos medicamentos, comparativamente aos dados obtidos na primeira avaliação. Assim, verificou-se que 6 doentes discordaram com o facto de os médicos estarem a usar medicamentos a mais, mas ainda com 3 a manifestarem não terem a certeza e 2 a concordarem. Registou-se que 6 doentes, no final, discordaram que as pessoas que tomam medicamentos deveriam parar o seu tratamento durante um certo tempo de vez em quando, tendo 3 discordado totalmente e 2 não tinham ainda certeza. Concluiu-se também que 4 doentes, após as intervenções, discordavam que muitos medicamentos provocam dependência, com 4 a não terem certeza, apenas 1 a concordar e 2 a revelarem total discordância. Aferiu-se ainda que 6 doentes manifestaram discordância face ao facto de os produtos naturais serem mais seguros do que os medicamentos, tendo 3 deles manifestado total discordância e 2 ainda não tinham a certeza. É ainda de referir que 7 doentes discordaram que os medicamentos fazem mais mal do que bem, 1 discordou totalmente e 3 não tinha ainda a certeza. Outra evidência refere-se ao facto de 8 doentes, após as intervenções, terem discordado com o facto de que todos os medicamentos são tóxicos, com 1 deles a discordar totalmente e 2 ainda sem terem a certeza. No que concerne à crença de que os médicos confiam demais nos medicamentos, 6

doentes concordaram, 1 manifestou total concordância, 2 não tinham a certeza e outros 2 discordaram. Por fim, e em relação à crença de que, se os médicos tivessem mais tempo com os doentes, receitariam menos medicamentos, 3 doentes concordaram, 2 não tinham ainda a certeza, 4 discordaram e 2 manifestaram total discordância (cf. tabela 10).

Tabela 10. Resultados das crenças acerca dos medicamentos (BMQ) na segunda avaliação (N=11)

Questionário de crenças acerca dos medicamentos (BMQ)	5=Concordo totalmente	4=Concordo	3= Não tenho a certeza	2=Discordo	1=Discordo Totalmente
1. Os médicos usam medicamentos a mais		2	3	6	
2. Pessoas que tomam medicamentos deveriam parar o seu tratamento durante um certo tempo de vez em quando			2	6	3
3. Muitos medicamentos provocam dependência		1	4	4	2
4. Os produtos naturais são mais seguros que os medicamentos			2	6	3
5. Os medicamentos fazem mais mal que bem			3	7	1
6. Todos os medicamentos são tóxicos			2	8	1
7. Os médicos confiam demais nos medicamentos	1	6	2	2	
8. Se os médicos tivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos		3	2	4	2

Por fim, verificou-se que os doentes diminuíram as crenças acerca dos *Efeitos Nocivos* dos medicamentos, em comparação com a primeira avaliação, revelando uma média mais baixa ($M=10,5$, $DP=1,0$). Apesar de terem manifestado, na segunda avaliação, também uma diminuição da crença sobre o *Uso Excessivo* dos medicamentos ($M=12,2$, $DP=1,1$), estes ainda acreditam nos *Efeitos Nocivos* dos medicamentos, embora menos evidente do que na primeira avaliação (cf. tabela 11). Por conseguinte, as evidências mostram que alguns dos doentes ainda acreditam que os fármacos são prescritos em excesso pelos médicos, que estes profissionais confiam demais na sua utilização, bem como na potencialidade dos fármacos serem nocivos, ou seja, ainda continuam a ter representações dos mesmos como prejudiciais e aditivos.

Tabela 11. Resultados descritivos das Crenças Gerais Acerca dos Medicamentos: escala e subescalas (N=11)

Crenças Gerais	M	DP
Efeitos nocivos	10.5	1,0
Uso excessivo	12.2	1,1

Legenda: M=média; DP=desvio padrão

Os resultados obtidos demonstraram que com a criação desta consulta de enfermagem pós alta hospitalar, deu-se continuidade aos cuidados para a comunidade, ajudando estas pessoas com doença mental a estarem menos vulneráveis às experiências de perda de continuidade dos cuidados. A vivência de processos de transição, como é no caso do pós alta hospitalar para domicílio, pode expor a pessoa a um potencial risco de desenvolver um processo de adaptação desajustado ou demorado (Meleis, 2010), pelo que se tornou fundamental o planeamento e implementação de intervenções de enfermagem adequadas às particularidades de cada situação. Assim, conseguiu-se que as pessoas com doença mental se envolvessem no seu processo de transição do hospital para o domicílio, o que está em conformidade com Meleis (2010), segundo a qual, o enfermeiro, enquanto fator externo, deve promover este envolvimento, capacitando a pessoa para que se motive e se influencie internamente, para vivenciar o processo de transição da melhor forma possível, tornando-a mais profícua do ponto de vista pessoal. Para tal, foi necessário a consciencialização de cada pessoa de forma individualizada, pois, como defende Meleis (2010), a consciencialização está intimamente relacionada com a percepção e conhecimento de cada pessoa sobre o processo de transição que está a viver. Esta propriedade ganha evidência na medida em que a pessoa reage mais proativamente à sua transição e ganha mais consciência da sua nova situação, podendo considerar-se que, nesse momento, começa realmente a transição (Meleis, 2010).

No que concerne à propriedade mudança e diferença, esta traduziu-se na mudança que cada pessoa acompanhada na consulta vivenciou, no seu processo de transição, bem como a forma como a foi incorporando, transformando-se assim numa pessoa diferente. Meleis (2010) sustenta que este sentimento de diferença leva a pessoa a compreender melhor o meio envolvente e a si própria. Por sua vez, o período de tempo é fundamental, pois este tem um início e um fim. Entre estes dois momentos, e ao longo do acompanhamento de cada pessoa com doença mental, conseguiu-se um processo de adaptação, visando o ajustamento à nova situação e a um maior *insight*, que se traduziu numa maior adesão ao regime terapêutico e ganhos de autonomia na gestão do mesmo.

Para além dos resultados obtidos através da aplicação da MAT e do BMQ, a observação direta do comportamento e das respostas dos doentes neste último contacto, permitiu também avaliar se os objetivos foram alcançados.

No final do projeto de intervenção, os doentes foram capazes de identificar alguns fatores/razões para uma gestão ineficaz do seu próprio regime terapêutico. Foram ainda capazes de identificar alguns hábitos de vida saudáveis relacionados com a alimentação (menor utilização de sal, menor uso de alimentos processados e diminuição da ingestão de bebidas refrigerantes) e exercício físico (realização de caminhadas diárias de pelo menos 30 minutos), que se repercutiram em valores tensionais mais baixos, perda de peso corporal e consequente aumento da sua autoestima.

Afirmaram, e foi verificado através do diálogo, que aumentaram ainda o seu conhecimento em relação à sua doença mental e adquiriram conhecimentos sobre a sua medicação (indicações, horários, efeitos secundários). Mostraram-se ainda aptos para gerir o seu regime medicamentoso, preparando as caixas terapêuticas semanais de forma autónoma.

Quando questionei estes doentes acerca da pertinência deste projeto e se estavam satisfeitos com o mesmo, todos eles responderam afirmativamente dando respostas como:

“Gostei do projeto e do que me ensinou (...) Às vezes temos alta do hospital e estamos tão baralhados e perdidos que faz falta ter este apoio para nos organizarmos.”

“Desde que preparo a caixa com os medicamentos nunca mais me esqueci de tomar. É fácil porque já está preparado nos compartimentos e não tenho como errar.”

“Acho que estas consultas deviam de ser sempre realizadas porque são úteis. Aprendi muitas coisas sobre o meu problema e agora sei que não posso deixar de tomar a minha medicação e de como ela é importante para que não piore a minha situação.”

Assim, com a conclusão deste projeto, tenho a convicção de que todos beneficiaram na sua recuperação e foram obtidos ganhos em saúde. Para além dos dados obtidos é essencial evidenciar o valor das relações terapêuticas que se criaram ao longo do projeto de intervenção clínica e a diferença que este criou na vida destas pessoas.

Todavia, verificou-se que alguns doentes ainda continuaram a ter crenças acerca da medicação que apontam para perceções de que há um uso excessivo de medicamentos e que os mesmos têm potencial de nocividade. Neste sentido, Pereira e Silva (2002) referem que as crenças representam as convicções mais intrínsecas das pessoas, consistindo em opiniões perfilhadas com muita confiança, e, por isso difíceis de alterar. A partir do momento em que uma pessoa constrói uma certa crença sobre um determinado assunto e a assume como autêntica, revela uma maior tendência para interpretar toda a realidade, a fim de validar essa crença, mesmo que para isso tenha que distorcer a interpretação de alguma informação que obtém do meio interno, como por exemplo do seu corpo ou do meio externo.

Entre os 11 doentes, alguns continuaram a mostrar-se inseguros em relação à afirmação “os médicos receitam medicamentos a mais”. Esta crença é significativa, pois esses doentes admitiram que a

prescrição de medicamentos não necessários é uma realidade para eles. A evidência em causa, conjugada com a frequente crença de que “se o médico estivesse mais tempo com o doente receitaria menos medicamentos”, parece ter resultado em dúvidas em alguns doentes, relativamente à necessidade de determinados medicamentos que lhes foram prescritos. Tais dúvidas poderão levar ao comprometimento de uma adesão adequada aos medicamentos necessários para a sua recuperação e tratamento, o que implica a necessidade de continuar a capacitar as pessoas com doença mental para alterar estas convicções, na medida que se assume, como verifiquei ao longo das consultas, como um fator preditor de não adesão ao tratamento farmacológico. Não obstante estes resultados, constatei que a consulta pós alta revelou significativa efetividade, levando os doentes que inicialmente foram classificados como não aderentes, a aderentes ao seu regime terapêutico. Dada a evidência, parece que a consulta pós alta merece continuidade, de forma a evitar/reduzir as taxas de doentes que frequentemente sofrerem do “fenómeno porta giratória”, o que sem dúvida contribui para ganhos em saúde.

Quando qualquer um de nós se predispõe a desenvolver um projeto que emerge da nossa vontade, em parceria com aqueles com quem trabalhamos, tal desafio confere-nos a responsabilidade de nos envolvermos em algo com o qual nos identificamos e cujo resultado final se espelha na satisfação de podermos avaliar o percurso que foi encetado. Assim, a nível pessoal, a operacionalização deste projeto de intervenção, configurou-se como um corolário dos conhecimentos e das competências que adquiri ao longo do meu percurso formativo, em direção à prática profissional futura como EEESMP.

Considero que na prática clínica em contexto comunitário, consegui cruzar a investigação com a componente teórica, resultando isto de uma característica que me é inerente para aprofundar questões relacionadas com os fatores que podem estar na base da não adesão ao regime terapêutico, em pessoas com doença mental. Acredito que, no futuro desempenho profissional enquanto EEESMP, assumirei um papel primordial na promoção da adesão dos doentes ao seu regime terapêutico, para que haja uma continuidade de cuidados que lhes potencie uma transição adequada à sua situação. Estou convicta de que não existem “receitas” standards, ou seja, cada doente é um caso singular, o que requer conhecimento e compreensão da minha parte face às suas necessidades, para que possa intervir de forma adequada e individualizada com cada um.

A consulta, tal como descrita durante este relatório, foi percecionada e reconhecida por parte dos profissionais de saúde da unidade em questão, como uma mais-valia na continuidade de cuidados e na interligação entre o meio hospitalar e a comunidade. Consequência deste reconhecimento, a consulta pós alta foi parametrizada como consulta de enfermagem distinta da já existente e foi criado um horário específico para esta em sistema informático, com a intenção futura de dar continuidade ao projeto.



Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Doença Mental na Transição de Cuidados

Lamentavelmente, de momento o projeto encontra-se suspenso e esta consulta não tem sido realizada, devido à escassez de recursos humanos.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A Ordem dos Enfermeiros (OE), no seu Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, Artigo 2.º, p. 4745), refere que as competências especializadas resultam do “aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais” e concretizam-se, “em competências comuns e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade”. O mesmo organismo define, assim,

a) “Competências comuns”: partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;

b) “Competências específicas”: decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2019, p. 4745).

Ainda de acordo com a OE (2019, p. 4744), o Enfermeiro Especialista, é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”, demonstrando “a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (OE, 2019, p. 4748).

1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A atribuição do título de enfermeiro especialista prevê, para além das competências declaradas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que o enfermeiro partilhe competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde...” (Artigo 9.º do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4744), nomeadamente: “a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro, p. 4745).

A OE, no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), no seu Artigo 8º, preconiza que todos os enfermeiros tenham de adotar uma postura e conduta ética e responsável, atuando no respeito pelos direitos e interesses dos cidadãos (OE, 2015). Na área de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, a ética tem importância crucial, devido à vulnerabilidade inerente a cada pessoa com doença mental, com especial destaque para os casos de tratamento involuntário, nos quais os princípios do respeito pela autonomia da pessoa com doença mental e o da beneficência/não maleficência embatem, com a finalidade de se prevenir situações que possam resultar em dano à própria pessoa e a terceiros. Ainda que estes princípios possam entrar em conflito, prevalecem indiscutivelmente os valores da dignidade humana, seja qual for a situação de vulnerabilidade e de incapacidade que a pessoa com doença mental apresente.

O enfermeiro especialista “A1.1. Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas”, o que implicou que, no decorrer do meu percurso, tivesse sempre promovido um exercício profissional em conformidade com a deontologia profissional, com tomada de decisão baseada em conhecimento e em experiências, tendo sempre como foco a pessoa com doença mental e a sua rede de suporte informal, sob um olhar holístico. Os resultados das tomadas de decisão foram avaliados com base no processo e na ponderação de cada situação (A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão). É de salientar que fiz jus ao preconizado pela OE (2019), quando preconiza que o enfermeiro especialista “A2.1.5 — Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde”. Todavia, tive sempre consciência de que perante uma doença mental grave incapacitante e/ou perante uma descompensação da patologia de base, esta capacidade pode estar comprometida.

Desde o início do projeto todos os doentes foram informados dos objetivos do mesmo, pelo que obtive desta forma o seu consentimento para participarem e desistirem da intervenção se assim o entendessem e em qualquer altura do processo. Foi ainda respeitado o princípio da confidencialidade dos dados, estando salvaguardada a identidade de todos os participantes.

Uma vez que os cuidados de enfermagem visam uma relação de cooperação entre as duas partes (enfermeiro e doente), a autonomia dos doentes foi respeitada permitindo que estes tomassem decisões relativas ao seu tratamento.

O respeito pelo ser humano surge quando se acredita na sua singularidade. Este possui um leque de variados recursos que lhe permitem fazer face às situações de vida e tomar decisões acerca da sua saúde e da sua recuperação, pelo que o papel do enfermeiro passa por disponibilizar estratégias que permitam à pessoa alvo de cuidados, desenvolver as suas potencialidades.

A qualidade em saúde define-se como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e alcança a adesão e satisfação do cidadão, e pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão (Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho). O mesmo Despacho refere ainda que a qualidade está intimamente ligada à segurança dos cuidados. Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem surgiram em 2001 e refletem essa necessidade e preocupação, com o intuito da melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros. De acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, p. 96), “a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde”. Por conseguinte, preconiza que “a promoção da segurança do doente requer um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas e uma abordagem sistémica, contínua e promotora da segurança e cultura de segurança, assente numa lógica não punitiva e de melhoria contínua”. Assim, na prestação direta de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com doença mental, os princípios supracitados ganham valor crucial para a “garantia de um ambiente terapêutico e seguro (B3). Ao longo do meu percurso, guiei a prática profissional para a “gestão do risco (B3.2)”, o que já é meu apanágio. Ao longo deste percurso foi possível perceber a preocupação de todos os Enfermeiros em realizar as metas definidas pela JCI. A OMS (2015), em parceria com a JCI, preconiza seis Metas Internacionais de Segurança do Doente, a saber: 1) Identificação correta dos doentes; 2) Comunicação Efetiva; 3) Melhorar a Segurança dos Medicamentos de Alta Vigilância; 4) Cirurgia Segura; 5) Redução dos Riscos relacionados às Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde; 6) Prevenção de danos decorrentes de quedas (OMS, 2021).

No contexto de estágio hospitalar e no sentido da procura da melhoria dos cuidados de enfermagem, tive necessidade numa fase inicial, de consultar os documentos oficiais existentes relacionados com a orgânica do serviço, nomeadamente normas e procedimentos instituídos. Nos dois contextos de estágio foi também necessária a consulta de dados clínicos e de enfermagem através do sistema informático, no sentido de compreender o estado de saúde dos doentes. Este procedimento permitiu-me delinear estratégias de intervenção a nível individual, nomeadamente no que concerne à relação terapêutica e prestar cuidados de qualidade de forma mais rápida e eficaz.

As competências no domínio da gestão dos cuidados incluem “gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, bem como adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho). Estas competências passam não só

pela gestão de recursos humanos, como também pela gestão de equipamentos, instalações e materiais, assim como pela gestão dos próprios cuidados, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados às pessoas com doença mental. A prestação de cuidados de enfermagem na comunidade traduziu-se na relevância da maximização do trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados, no caso concreto com a criação da consulta pós alta hospitalar para poder ajudar as pessoas com doença mental na sua transição do hospital para o domicílio, sobretudo no que se refere à sua capacitação para a adesão ao regime terapêutico (temática que se encontra desenvolvida no capítulo 4. e seus subcapítulos). Importa referir que a gestão dos cuidados visa uma melhoria contínua da qualidade, num processo em que se pretende alcançar a máxima eficiência, sem colocar em causa a qualidade dos cuidados prestados.

No domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais (D), o “Enfermeiro Especialista tem de desenvolver”, como preconiza a OE (2019), “o autoconhecimento e a assertividade (D1)”, um domínio fulcral na prática de enfermagem, particularmente na área de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, dado que o EEESMP se mobiliza enquanto instrumento terapêutico. Assim, a prática profissional do enfermeiro especialista “deve ser baseada em evidência científica” (D2.2), assumindo-se como “responsável por ser facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho”(D2.1). Como refere a OE (Regulamento n.º 613/2022, 8 de julho, p. 179), “os enfermeiros constituem, na generalidade dos sistemas de saúde, o maior número de profissionais, assumindo a enfermagem uma crescente diferenciação e relevância enquanto profissão e disciplina”. Como “disciplina, a evolução da enfermagem como ciência e o número crescente e diversificado de áreas de investigação a ela associadas têm contribuído para que, globalmente, os enfermeiros possuam um maior grau de diferenciação, a que corresponde um corpo científico próprio e autónomo”, o que contribui igualmente para que “a prestação de cuidados e funcionamento dos serviços de saúde”, possuam um “maior reconhecimento e assumam novas e mais complexas responsabilidades”. Como tal, é indispensável que o enfermeiro especialista desenvolva aprendizagens profissionais, o que foi potenciado ao longo do meu percurso formativo.

Tanto no decorrer do meu exercício profissional como em ambos os contextos do estágio, todas as atividades que desenvolvi foram baseadas em pesquisa bibliográfica de fundamentação adequada, o que permitiu o aprofundamento do conhecimento em várias áreas da prática clínica.

Após a apreciação da aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, apresento seguidamente as competências específicas do EEESMP.

2. Competências Específicas do EEESMP

Ao longo do meu percurso formativo tive a oportunidade de implementar intervenções clínicas especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, para alcançar as seguintes competências, de acordo com o Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, (Artigo 4.º, p. 21427):

1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro especialista, face a vivências e processos de auto- conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.
2. Assiste a pessoa ao longo do seu ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.
3. Ajuda a pessoa ao longo do seu ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas e recursos específicos de cada contexto.
4. Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, sócio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa, família, grupos e comunidade, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Tendo em conta estas competências, procurei sempre prestar “cuidados de âmbito psicoterapêutico, sócio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa (...) de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, Artigo 4.º, p. 21427).

Considero que as competências adquiridas se refletiram na prática, onde ganhou grande destaque a minha relação com cada pessoa com doença mental, o que resultou no desenvolvimento de uma relação terapêutica. Como preconiza a OE (2018), o EEESMP deve demonstrar tomada de consciência de si próprio ao longo da relação terapêutica, identificando no “aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica (F1.1.1)” e supervisionar “as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica (F1.1.4)” (OE, 2018). A Enfermagem é definida como um processo significativo, terapêutico e interpessoal que atua em conjunto com outros processos humanos que tornam possível a saúde dos indivíduos (Peplau, 1997). A relação estabelecida entre o enfermeiro e o doente é terapêutica, independentemente do contexto em que os cuidados são prestados (Stevenson & Taylor, 2020). No entanto, no contexto da unidade de saúde mental e psiquiátrica, a relação terapêutica é especialmente relevante para aumentar a eficácia de qualquer intervenção de enfermagem (McAndrew et al., 2021). A relação terapêutica pode ser definida como uma troca humana (Peplau, 1997) que se baseia numa comunicação eficaz que favorece a

possibilidade de uma pessoa ajudar outra pessoa a melhorar o seu estado de saúde, com o objetivo de que, através dessa comunicação, a pessoa seja capaz de desenvolver competências interpessoais e de resolução de problemas (Forchuk et al., 1998). Para tal, conceitos como a compreensão, o interesse, a disponibilidade, a individualidade, a autenticidade, o calor, o respeito e o autoconhecimento são pilares básicos para o enfermeiro (Moreno-Poyato et al., 2016). A literatura aponta que os EEESMP detenham conhecimentos sobre a importância da relação terapêutica nas unidades de internamento, para que possam criar um vínculo empático com os doentes (Moreno-Poyato et al., 2021). Pude constatar ao longo do meu percurso que, no ponto de vista dos doentes, no ambiente complexo das unidades de internamento, as suas interações com os enfermeiros são componentes centrais para a sua satisfação relativamente à sua experiência de internamento. Quando os enfermeiros dedicam tempo, envolvem-se em atividades diárias e reconhecem os doentes como seres únicos, estes parecem ter mais facilidade em estar física e emocionalmente mais próximos uns dos outros e de si próprios (Eldal et al., 2019; Moreno-Poyato et al., 2021). Assim sendo, o meu compromisso terapêutico foi cumprido na prática e as intervenções para melhorar a participação dos doentes foram eficazes. No entanto, importa ressaltar que, não obstante a existência de uma consonância entre o que o enfermeiro pensa, sente e o que expressa durante a comunicação com o outro, o mesmo deve manter “o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico (F1.1.3)”

Ao ter constatado que havia uma falta de resposta para acompanhar as pessoas com doença mental após a alta hospitalar, o que dispara ainda mais o “fenómeno da porta giratória” por ausência de adesão ao regime terapêutico, e para poder adquirir a competência do EEESMP: “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”, promovi em parceria com a restante equipa de enfermagem a consulta pós alta para promover o empowerment das pessoas com doença mental para a adesão ao regime terapêutico e o insight, evitando assim o seu reinternamento. Os resultados obtidos, como demonstrado no capítulo anterior, demonstraram que esta consulta tem eficácia na adesão das pessoas com doença mental ao seu regime terapêutico, promovendo-lhes maior insight, bem-estar e saúde mental, fatores tão essenciais para a sua transição do hospitalar para o domicílio, dando, assim, continuidade aos cuidados. A continuidade dos cuidados é amplamente considerada benéfica para as pessoas com doenças mentais. É valorizada pelas próprias pessoas e pelos profissionais de saúde, sendo considerada uma boa prática no domínio da saúde mental e psiquiátrica, reduzindo o “fenómeno da porta giratória” e aumento da adesão ao regime terapêutico (Ride et al., 2019). Assim sendo, toda a ação foi dirigida para a promoção da “adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental, com particular preocupação na doença mental grave ou de evolução prolongada (F4.1.2)”, examinado “o impacto dos sinais e sintomas psiquiátricos na habilidade e

disponibilidade para aprender e planeia abordagens de acordo com a situação (F4.1.9)” ou considerada “a disponibilidade para melhorar o auto cuidado e comportamentos de saúde quando se está a ensinar pessoas com problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas (F4.1.10)” (OE, 2018).

Durante o acompanhamento das pessoas com doença mental, tive sempre em consideração as suas condições pessoais e da comunidade que fossem fatores facilitadores ou inibidores de uma transição saudável no seu regresso ao domicílio. Todo este processo requereu coordenação e colaboração com toda a equipa multiprofissional, estando em conformidade com o comprometimento exigido pela OE (2018), em relação ao “trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando -se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal (F3.3.1). Neste âmbito, o trabalho em equipa assume-se como fulcral, pois a natureza do trabalho em equipa multidisciplinar nos cuidados de saúde mental e psiquiátrica é diversa e complexa. O trabalho em equipa eficaz continua a ser um dos principais meios para alcançar os resultados esperados no domínio da saúde mental e psiquiátrica, o que requer relações face a face e a partilha de significados para prestar cuidados eficazes. Na prestação de cuidados de saúde, as necessidades dos doentes são diversas e mudam ao longo do tempo, enquanto os papéis dos enfermeiros são frequentemente flexíveis e a liderança muda consoante as competências necessárias. É por isso que a realização de um trabalho de equipa multidisciplinar eficaz é uma condição sine qua non para a prestação de cuidados, investigação e capacitação de elevada qualidade no domínio dos cuidados de saúde (Stuart, 2014).

Pude constatar que o gestor de caso necessita de cooperar com os outros profissionais e mobilizar recursos indispensáveis para assegurar à pessoa com doença mental as várias intervenções necessárias para que alcance os objetivos delineados, requerendo, deste modo, um trabalho desenvolvido em parceria, ou seja, “em equipa multiprofissional, que incorpora ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal” (F3.3.1).

Com o decorrer do tempo e da interação com os diferentes grupos, tal como já referenciado, pude constatar que a maioria dos reinternamentos está relacionada com a autogestão do regime terapêutico. A adesão é um conceito central, que consiste numa ação auto-iniciada para a promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios e com empenho num conjunto de ações/comportamentos. Assim, a mesma engloba vários focos de enfermagem, nomeadamente a adesão ao regime medicamentoso, ao regime dietético, ao regime de exercício, a bons hábitos de higiene de

sono, à comparência e manutenção nas consultas e à implementação das estratégias que os técnicos especializados prescrevem (Seabra & Sequeira, 2020).

Durante o estágio, foram vários os doentes que referiram deixar de tomar a medicação por iniciativa própria (por se sentirem melhor), de comparecer às consultas, de cessar com estratégias implementadas, admitindo que o abandono da adesão ao regime terapêutico os faz ter uma recaída e, algumas vezes, o seu reinternamento. Assim sendo, durante as consultas no pós alta, os doentes eram elucidados e incentivados para a manutenção do acompanhamento, bem como para o cumprimento da toma de terapêutica, sendo ainda disponibilizado o contato telefónico, para poderem contactar a qualquer hora. Segundo o meu ponto de vista, a adesão ao regime terapêutico é primordial em todos os doentes, mas ainda mais em doentes crónicos, pois tem de se manter sempre a reestruturação cognitiva, através da adaptação e/ou implementação de novas estratégias, bem como o reajuste da medicação. Assim, promover a adesão ao regime terapêutico é, sem dúvida, um desafio central para a equipa de enfermagem, pois constitui uma condição determinante do sucesso ou fracasso terapêutico.

Posso afirmar que prestei cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo vida, mobilizando o contexto e a dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e a recuperar a saúde. Segundo a OE (2018), a implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados, de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais. O tratamento para recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino de saúde mental, tem como finalidade ajudar a pessoa a pôr em prática as suas capacidades, atingindo um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere. Envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar e supervisionar. A psicoeducação encontra-se fundamentada enquanto intervenção específica do EEESMP pelo regulamento nº 140 de 2019 da OE (OE, 2019). Assim sendo, segundo Amaral et al. (2020) é uma intervenção que compreende intervenções sistémicas, didáticas e psicoterapêuticas que permitem informar o doente e seus familiares sobre a doença, tratamento e evolução, facilitando a compreensão e gestão da mesma.

3. Competências de Mestre em Enfermagem

Neste subcapítulo, apresento uma análise crítico-reflexiva da Competências de Mestre em Enfermagem que procuram dar resposta às competências de mestre, contempladas no Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 setembro, no seu artigo 15. Importa salientar que as competências de mestre são transversais às competências comuns do enfermeiro especialista e às competências específicas do EEESMP, como apresentado anteriormente. As competências que desenvolvi permitiram-me assegurar a atribuição de grau de Mestre em Enfermagem, ou seja, é preconizado que o enfermeiro demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem. O grau de Mestre, expresso no artigo 15º do Decreto-Lei nº 65/2018, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2018), esclarece que é conferido aos estudantes que detenham conhecimentos aprofundados e consolidados numa determinada área do saber, habilidades que lhe permitam a resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, competências comunicacionais que lhe possibilitem transmitir clara e explicitamente as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios, bem como demonstrar competências orientadoras da sua aprendizagem ao longo da vida, sempre de forma auto-orientada. As competências de mestre, no que se refere à capacidade de gerir o conhecimento alcançado, dotaram a minha prestação de cuidados de forma segura e com qualidade. Assumi uma postura proativa para poder alcançar o máximo de aprendizagens, o que me permitiu o desenvolvimento de um raciocínio clínico e argumentativo, fundamentados no processo de tomada de decisão, visando sempre a promoção da saúde, a dignidade da pessoa com doença mental, numa perspetiva de *Humanidade*.

Esta reflexão proporcionou-me a aquisição da competência incluída no desenvolvimento de um autoconhecimento e assertividade, no sentido da melhoria da consciência de mim mesma enquanto enfermeira, percebendo a influência do meu Eu na relação com as pessoas com doença mental, contribuindo para uma tomada de consciência de mim mesmo durante a relação terapêutica e ao nível da realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas, enquanto competência específica do EEESMP.

Os seres humanos não nascem com as competências necessárias para realizar a maior parte das atividades técnicas. As pessoas aprendem-nas não só através da formação, mas também através da reflexão sobre as experiências passadas. Assim, durante todos os períodos de aprendizagem, adquirir novas competências e mais conhecimentos sobre a minha prática através das múltiplas oportunidades nos locais de ensino clínico, explorando ao máximo todo o percurso de competências que alcancei como Mestre na prestação de cuidados de qualidade e holísticos à pessoa com doença mental e seus familiares.

Depois de ter atingido a capacidade de priorizar tarefas, fui-me transformando gradualmente numa enfermeira mais competente na minha prática, o que me conduziu ao nível de perita, um patamar que me permite utilizar experiências passadas ao lidar com as situações apresentadas. Para tal, necessitei de flexibilidade e de capacidade de pensamento intuitivo. O enfermeiro Mestre tem a capacidade de refletir sobre as experiências, determinar situações comuns e complexas, bem como redesenhar objetivos para garantir que as metas estabelecidas sejam alcançadas. Tem frequentemente uma compreensão holística das condições com que se depara, pelo que detém competências para tomar decisões corretas e sólidas. Neste sentido, considero que as competências de perito, como defende Benner (2001), proporcionam-me um conhecimento alargado e um historial abrangente da experiência da situação, permitindo-me ter confiança e uma compreensão intuitiva do estado de saúde da pessoa com doença mental. Nesta fase, considero possuir uma base de compreensão mais alargada, sendo o meu desempenho fluido, flexível e altamente proficiente, satisfazendo os requisitos de Mestre.

Operou-se uma mudança na minha perceção sobre as condições da pessoa com doença mental, como um todo e não em partes. Além disso, houve uma integração entre a confiança em princípios abstratos e a utilização de experiências passadas para orientar os meus planos de ação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é uma área de enfermagem concebida para responder à necessidade de cuidados profissionais a pessoas com doença mental numa variedade de contextos, combinando conhecimentos técnicos na administração de cuidados de saúde e competências de gestão para praticar cuidados de enfermagem holísticos. O cerne desta especialidade reside na formação de enfermeiros bem formados, conhecedores e eficientes, profundamente empenhados em cuidar de pessoas com doença mental. Assim, ao fazer uma retrospectiva pela formação teórico-prática adquirida, considero ter alcançado competências que me permitem atuar em várias áreas de cuidados de saúde mental e psiquiátrica, porque a ESMP é o que se pratica, não onde.

Considero que a realização dos ensinamentos clínicos se traduziu em excelentes momentos de oportunidades para adquirir/aprofundar competências especializadas em ESMP. Todas as oportunidades/experiências enriqueceram a minha aprendizagem, permitindo a identificação de situações concretas, para as quais ainda não estava tão desperta. Cada dia foi certamente uma novidade e trouxe-me a oportunidade de crescimento pessoal e profissional, essenciais à minha construção como futura enfermeira com competências acrescidas em ESMP.

Integrei conhecimentos e competências avançadas, com base em evidências científicas recentes e de elevada qualidade, para interpretar diagnósticos e proceder a intervenções clínicas adequadas. Avaliei e geri pessoas em situação de não adesão ao regime terapêutico, utilizando o raciocínio clínico e competências de resolução de problemas na prestação de cuidados holísticos e de elevada qualidade, aplicando sempre os princípios ético-deontológicos da profissão, na defesa dos interesses da pessoa com doença mental e das suas famílias, a fim de prestar cuidados de qualidade, éticos, baseados em evidências e com uma boa relação terapêutica com a pessoa cuidada. Considero também que consegui demonstrar capacidades de comunicação eficazes e empenhar-se em esforços de colaboração intra e interprofissional, a fim de melhorar a prestação e os resultados dos cuidados de saúde à pessoa com doença mental e seus familiares. Demonstrei capacidade de liderança, estratégias de gestão eficazes e utilização excepcional dos recursos das tecnologias da informação para garantir a proficiência dos cuidados. Traduzi a investigação em prática através de atividades que refletiam a apreciação crítica das evidências existentes, o desenvolvimento de práticas baseadas em evidências e a avaliação dos resultados, bem como analisei dados relativos aos cuidados de saúde, utilizando ferramentas e sistemas informáticos para a interpretação dos resultados.

Em todo o meu percurso refleti diariamente nas minhas práticas, não apenas em introspecção, mas também com os outros profissionais, pois só refletindo e partilhando é que se consegue ir mais além. Aliás, este é um caminho que não se percorre sozinho, mas sempre em colaboração com quem já se encontra num patamar de perito, sendo este o que também almejo atingir. Estando na fase final do meu processo de aprendizagem, quero deixar registado que as experiências vivenciadas contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. Os conhecimentos e competências adquiridas foram sempre elencados e complementados com investigação e com os saberes adquiridos na componente teórica desta formação.

Ao olhar para trás, considero ter reforçado as competências comuns do enfermeiro especialista, que assentam em quatro domínios de competência: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro). Adquiri e aperfeiçoei as competências específicas do EEESMP, que assentam em quatro domínios: “1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro especialista, face a vivências e processos de auto- conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. 2. Assiste a pessoa ao longo do seu ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental. 3. Ajuda a pessoa ao longo do seu ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas e recursos específicos de cada contexto. 4. Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, sócio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa, família, grupos e comunidade, 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 7 de agosto, Artigo 4.º, p. 21427).

A realização deste relatório permitiu reunir resumidamente as atividades desenvolvidas ao longo da minha caminhada. Na sua elaboração procurei articular os conteúdos lecionados nas unidades curriculares com a componente prática, adotando para tal uma postura crítica e reflexiva, no sentido de potenciar o desenvolvimento de competências especializadas e de lhes dar consistência. Ao longo deste documento tive oportunidade de enfatizar ferramentas que considero essenciais no auxílio da tomada de decisão e de valorizar a construção de protocolos e normas que permitam uniformizar os cuidados alicerçados na melhor evidência científica.

Para que esta experiência fosse enriquecedora, fui dedicada, humilde e recetiva, rumo a uma prestação de cuidados de saúde de excelência. Não tenho dúvidas de que as minhas características pessoais influenciaram toda esta aprendizagem, a qual seria impossível sem a ajuda preciosa da equipa multidisciplinar e dos meus pares; com todos alcancei condições para que a concretização deste projeto de aprendizagem fosse uma realidade.

Por tudo o que descrevi e refleti, considero que esta caminhada foi deveras enriquecedora para o desenvolvimento de conhecimentos e competências, resultante das inúmeras intervenções que realizei durante a prestação de cuidados à pessoa com doença mental. Este foi um desafio alcançado com sucesso e um preâmbulo do que desejo ser como EEESMP.

Na atualidade, os cidadãos apresentam necessidades de cuidados de saúde cada vez mais complexas e a tecnologia e os tratamentos continuam a progredir. Como tal, os enfermeiros devem possuir as competências e os conhecimentos necessários para responder a esses desafios. Esta premissa levou-me a ingressar nesta formação especializada, para, assim, poder expandir os meus conhecimentos, adquirir e aprimorar competências, de forma a poder acompanhar a trajetória dos cuidados de saúde da pessoa com doença mental.

Especializar-me nesta área para obter uma certificação equivale a uma prática profissional de proficiência. Consegui exercer as minhas funções em conformidade com os padrões de qualidade da enfermagem e com as competências do EEESMP, consolidando os valores, princípios e responsabilidade da profissão, transmitindo confiança nos cuidados prestados, promovendo a parceria de cuidados, visando o empoderamento dos doentes, tendo sempre como base o conhecimento científico e a prática baseada na evidência.

Tudo confluiu para um único objetivo: obter uma prática avançada que me permita realizar atividades autónomas com excelência, o que se refletirá nos cuidados prestados ao doente e sua família. Este percurso formativo abriu-me um novo caminho para saber escutar melhor e estar com o Outro, num ambiente onde Eu e Tu nos conjugamos, com o propósito único de cuidar do outro, sendo esta a verdadeira essência de ser enfermeira. Ser enfermeira, para mim, é sempre uma relação de troca.

Este percurso de aprendizagem teve uma implicação excecional na minha prática profissional. A capacidade de reflexão, a visão crítica, o desenvolvimento de aprendizagens, a melhoria contínua da qualidade, a gestão de cuidados e a responsabilidade profissional, ética e legal, na área da especialidade de ESMP, foram competências que me conduziram a uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados e a um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades da pessoa com doença mental. Fica um sentimento de missão cumprida, um conforto desinquietante, pois esta formação abriu-me os horizontes e a vontade de querer ir mais além. Mas para isso, tenho de continuar a apostar na minha formação contínua. Querer ir mais além equivale a desinquietar-me constantemente, não me acomodar. Se conseguirmos esta proeza, seremos seres humanos com sede de crescimento pessoal e profissional, traduzindo-se em cuidados mais humanizados e de excelência a todos aqueles de quem cuidamos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde (2020). *Relatório anual: acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionais*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde.

Almeida, Teresa; Heitor, Maria João; Santos, Osvaldo; Costa, Alexandra; Virgolino, Ana; Rasga, Célia; Martiniano, Hugo; Vicente, Astrid (2020), *Saúde Mental em Tempos de Pandemia – SM-COVID-19: Relatório Final*.

Amaral, A. C., Almeida, E. & Susa, L. (2020). Intervenção Psicoeducacional. *In Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções* (p. 358). Lisboa - Portugal: Lidel - Edições Técnicas

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 5th ed. Forte da Casa: Climepsi.

Belsiyal, C.X., RENTAL, S., & DAS, A. (2022). Use of Therapeutic Milieu Interventions in a Psychiatric Setting: A Systematic Review. *J Educ Health Promot.*;11:234. doi: 10.4103/jehp.jehp_1501_21.

Ben Avraham, L. (2020). Understanding Medication Adherence Among Individuals with Severe Mental Illness: Relationship to Treatment Approaches. Doctorate in Social Work (DSW) Dissertations. 151. https://repository.upenn.edu/edissertations_sp2/151

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X.

Biringer, E., Hartveit, M., Sundfør, B., Ruud, T., & Borg, M. (2017). Continuity of care as experienced by mental health service users - a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 17(1). doi:10.1186/s12913-017-2719-9

Boardman, J.M., & Dave, S.B. (2020). Person-centred care and psychiatry: Some key perspectives. *BJPsych. Int.* ;17:65–68. doi: 10.1192/bji.2020.21.

Borba, L. de O., Maftum, M. A., Vayego, S. A., Mantovani, M. de F., Felix, J. V. C., & Kalinke, L. P. (2018). Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 52(0). doi:10.1590/s1980-220x2017006603341

Bravo, J., Buta, F.L., Talina, M., & Silva-dos-Santos, A. (2022). Avoiding revolving door and homelessness: The need to improve care transition interventions in psychiatry and mental health. *Front. Psychiatry* ; 13:1021926. doi: 10.3389/fpsy.2022.1021926

Cahaya, N., Kristina, S.A., Widayanti, A.W., & Green, J. (2022). Interventions to Improve Medication Adherence in People with Schizophrenia: A Systematic Review. *Patient Prefer Adherence*; 16, 2431-2449 <https://doi.org/10.2147/PPA.S378951>

Camarneiro, A. P. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20145. <https://doi.org/10.12707/RV20145>

Campos, S.I.C. (2022). Insight e adesão ao regime terapêutico na pessoa com esquizofrenia – intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Portalegre. Acedido em <https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5487/1/Sofia%2BCamposPDFA.pdf>

Chalifour, J. (2008). A Intervenção terapêutica. Estratégias de intervenção. Volume 2. Loures: Lusodidacta.

Chalifour, J. (2008). A Intervenção terapêutica. Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Volume 1. Loures : Lusodidacta.

Chang, J. G., Roh, D., & Kim, C. H. (2019). Association between Therapeutic Alliance and Adherence in Outpatient Schizophrenia Patients. *Clinical psychopharmacology and neuroscience: the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, 17(2), 273–278. <https://doi.org/10.9758/cpn.2019.17.2.273>

Chavertana, M.I.S dos (2020). Intervenções Psicoeducativas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica para Promoção do Insight na Pessoa com Esquizofrenia. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Portalegre. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33542/1/BCTFC112.pdf>

Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. *School of Nursing Departmental Papers*, 9.

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Browser CIPE (2019 release). <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>

Coffey, M., Hannigan, B., Barlow, S., Cartwright, M., Cohen, R., Faulkner, A., ... Simpson, A. (2019). Recovery-focused mental health care planning and co-ordination in acute inpatient mental health settings: a cross national comparative mixed methods study. *BMC Psychiatry*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2094-7>

Conselho Nacional de Saúde (2019). Sem mais tempo a perder. Relatório CNS Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Conselho Nacional de Saúde, 2019 ISSN: 2184-6960. Acedido em <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>

Costa, L.G.F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>

Decreto Lei nº113/2021 de 14 de dezembro. *Diário da República nº240/2021-1ªSérie*. Lisboa. Ministério da Saúde

Delgado, A., & Lima, M. (2001). Contributo para a avaliação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças*; II. 81-100.

Deng, M., Zhai, S., & Ouyang, X. (2022). Factors influencing medication adherence among patients with severe mental disorders from the perspective of mental health professionals. *BMC Psychiatry*; 22, 2-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03681-6>

Descalço, N., & Afonso, P. (2018). Adesão à terapêutica nos doentes com esquizofrenia: uma revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*; 3, 25-33. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2018.v1.i3.83>

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020. *Diário da República II Série*. No 28 (15-02-10), 3882-(2)-3882-(10).

Despacho n.º 5613/2015 de 27: Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República, 2ª série*, N.º 102, 27/05, p. 13550-13553. <https://www.dre.pt>

Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República, 2ª série*. N.º 187. Parte C. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Di Lorenzo, R., Sagona, M., Landi, G., Martire, L., Piemonte, C., & Del Giovane, C. (2016). The Revolving Door Phenomenon in an Italian Acute Psychiatric Ward. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(9), 686–692. doi:10.1097/nmd.0000000000000540

Draper, P. (1990). The development of theory in British nursing: current position and future prospects. *Journal of Advanced Nursing*; 15, 1, 12-15.

Eldal, K., Natvik, E., Veseth, M., Davidson, L., Skjølberg, Å., Gytri, D., & Moltu, C. (2019). Being recognised as a whole person: A qualitative study of inpatient experience in mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(2), 88–96. doi: 10.1080/01612840.2018.1524532

Forchuk, C. (1995). Uniqueness within the nurse-client relationship. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(1), 34–39. doi:10.1016/s0883-9417(95)80015-8

Forchuk, C., Westwell, J., Martin, M.-L., Azzopardi, W. B., KosterewaTolman, D., & Hux, M. (1998). Factors influencing movement of chronic psychiatric patients from the orientation to the working phase of the nurse-client relationship on an inpatient unit. *Perspectives in Psychiatric Care*, 34(1), 36–44. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.1998.tb00998.x>

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(2), 231–233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>

Gardner, C. L. (2014). Adherence: A Concept Analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(2), 96–101. doi:10.1111/2047-3095.12046

Garrido, P., & Saraiva, C. B. (2012). P-601 - Understanding the revolving door syndrome. *European Psychiatry*, 27, 1. doi:10.1016/s0924-9338(12)74768-5

Gault, I., Gallagher, A., & Chambers, M. (2013). Perspectives on medicine adherence in service users and carers with experience of legally sanctioned detention and medication: A qualitative study. *Patient Prefer. Adherence*; 7, 787–799. doi: 10.2147/PPA.S44894.

Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*; 327:1219–21. doi: 10.1136/bmj.327.7425.1219.

Hartley, S., Raphael, J., Lovell, K., & Berry, K. (2019). Effective nurse-patient relationships in mental health care: a systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *International Journal of Nursing Studies*, 103490. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103490

Hegedüs, A., Kozel, B., Fankhauser, N., Needham, I., & Behrens, J. (2017). Outcomes and feasibility of the short transitional intervention in psychiatry in improving the transition from inpatient treatment to the community: A pilot study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 571–580. doi:10.1111/inm.12338

Hyvert, S., Yailian A.-L., Haesebaert J., Vignot E., Chapurlat R., Dussart C., De Fremerville H., & Janoly-Dumenil A. (2022). Association between health literacy and medication adherence in chronic diseases: A recent systematic review. *Int. J. Clin. Pharm.*; 45:38–51. <https://doi.org/10.1007/s11096-022-01470-z>

Im, E. O. (2018). Afaf Ibrahim Meleis: Transitions theory. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work* (9th ed.) (pp. 309-322). St. Louis, MO: Elsevier.

Imperatori, E., & Giraldes, M.R. (1992). Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3.ª Edição. Lisboa: Edições de Saúde.

Institute of Health Metrics and Evaluation (2022). Global Health Data Exchange (GHDx), Acedido em <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

Instituto Nacional de Estatística (2023). Estatísticas da Saúde – 2021. Instituto Nacional de Estatística, I.P. O INE, I. P., na Internet www.ine.pt

Junqueira, M.C., dos Santos, P.H.F., Dias, L.R., Filho, M.F.O., Amaral, Y.G., Alcantara, C.C., Sousa, M.B., & Silva, C.H.N. (2021). Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba; v.7, 4, 37409-37414. DOI: <https://doi.org/10.34117//bjdv7n4-282>

Keyes, C.L.M. (2014). Mental health as a complete state: how the salutogenic perspective completes the picture. In: Bauer GF, Hammig € O (eds). *Bridging occupational, organizational and public health* (pp. 179-192). Dordrecht: Springer.

Koparal, B., Ünler, M., Utku, H.Ç., & Candansayar, S. (2021). Revolving Door Phenomenon and Related Factors in Schizophrenia, Bipolar Affective Disorder and Other Psychotic Disorders. *Psychiatr Danub.*;33(1):18-26. doi: 10.24869/psyd.2021.18.

Laliberté, V., Stergiopoulos, V., Jacob, B., & Kurdyak, P. (2019). Homelessness at discharge and its impact on psychiatric readmission and physician follow-up: a population-based cohort study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 1–8. doi:10.1017/s2045796019000052

Laranjeira, C., Carvalho, D., Valentim, O., Moutinho, L., Morgado, T., Tomás, C., Gomes, J., & Querido, A. (2023). Therapeutic Adherence of People with Mental Disorders: An Evolutionary Concept Analysis. *Int J Environ Res Public Health*;20(5):3869. doi: 10.3390/ijerph20053869.

Lin, Y.-Y., Yen, W.-J., Hou, W.-L., Liao, W.-C., & Lin, M.-L. (2022). Mental Health Nurses' Tacit Knowledge of Strategies for Improving Medication Adherence for Schizophrenia: A Qualitative Study. *Healthcare*, 10(3), 492. MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/healthcare10030492>

Loots, E., Goossens, E., Vanwesemael, T., Morrens, M., Van Rompaey, B., & Dilles, T. (2021). Interventions to Improve Medication Adherence in Patients with Schizophrenia or Bipolar Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(19), 10213. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910213>

Machuco, I.I.M. (2021). Proximidade no Cuidado – Adesão ao Regime Terapêutico no Doente Psiquiátrico. (Dissertação de Mestrado).
https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5559/1/In%C3%AAs%2BMachuco_PDF.pdf

McAllister, S., Simpson, A., Tsianakas, V., & Robert, G. (2021). “What matters to me”: A multi-method qualitative study exploring service users', carers' and clinicians' needs and experiences of therapeutic engagement on acute mental health wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(3), 703–714. <https://doi.org/10.1111/inm.12835>

McAllister, S., Robert, G., Tsianakas, V., & McCrae, N. (2019). Conceptualising nurse-patient therapeutic engagement on acute mental health wards: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.02.013

Meleis, A. I. (1975). Role insufficiency and role supplementation: A conceptual framework. *Nursing Research*, 24(4), 264–271. PMID: 1041610.

Meleis, A. I. (2015). Transitions theory. In M. C. Smith & M. E. Parker (Eds.), *Nursing theories and nursing practice* (4th ed.) (pp. 361-380). Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*; 23(1), 12–28. doi:10.1097/00012272-200009000-00006

Meleis, A.I. (2010) *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, New York.

Miasso, A. I., Cassiani, S. H. D. B., & Pedrão, L. J. (2011). Affective bipolar disorder and ambivalence in relation to the drug treatment: analyzing the causal conditions. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 45(2), 433-441. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200019>

Moreno-Poyato, A. R., Casanova-Garrigos, G., Roldán-Merino, J. F., & Rodríguez-Nogueira, Ó. (2021). Examining the association between evidence-based practice and the nurse-patient therapeutic relationship in mental health units: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 77(4), 1762–1771. doi: 10.1111/jan.14715

Morton, N. K., & Zubek, D. (2013). Adherence Challenges and Long-Acting Injectable Antipsychotic Treatment in Patients with Schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 51(3), 13–18. doi:10.3928/02793695-20130215-01

Náfrádi, L., Nakamoto, K., & Schulz, P. J. (2017). Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. PLOS ONE, 12(10), e0186458. doi: 10.1371/journal.pone.0186458

Napoli, G., Garzitto, M., Magliulo, V., Carnemolla, R., Anzallo, C., Balestrieri, M., & Colizzi, M. (2023). Changes in Revolving-Door Mental Health Hospitalizations during the COVID-19 Pandemic: A 5-Year Chart Review Study. Journal of Clinical Medicine, 12(7), 2681. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm12072681>

Neves, S.C.S. (2014). A implicação da disfunção executiva na falta de insight, na recuperação pessoal e na funcionalidade dos doentes com diagnóstico de esquizofrenia e bipolaridade. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve. <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/8151/1/A%20implica%C3%A7%C3%A3o%20da%20disfun%C3%A7%C3%A3o%20executiva%20na%20falta%20de%20insight%2C%20na%20recupera%C3%A7%C3%A3o%20pessoal%20e%20na%20funcionalidade%20dos%20doentes%20com%20diagn%C3%B3stico%20de%20esquizofrenia%20e%20bipolaridade.pdf>

Nolan, M. (1996). Is nursing becoming a disembodied profession? British Journal of Nursing; 5, 17, 1030. DOI: 10.12968/bjon.1996.5.17.1030

Nyttingnes, O., Šaltytė Benth, J. & Ruud, T. (2021). Patient-controlled admission contracts: a longitudinal study of patient evaluations. BMC Health Serv Res; 36, 2-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06033-4>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento nº356/2015 Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental publicado em Diário da República nº122/2015, 2ª Série. Nº567 de 25 de junho de 2015. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_356_2015_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 515/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica publicado em Diário da República nº151/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de agosto de 2018:21427-21430. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/115932570>.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2008). Linhas de Orientação para a elaboração de catálogos CIPE®- Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, publicado em Diário da República nº 26/2009, 2.ª Série. Nº 26 de 6 de fevereiro de 2019. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei no 156/2015 de 16 de Setembro). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Genebra.

Organization GWH (2018). Mental health atlas 2017. Acedido em <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514019>

Paniagua, D., Ribeiro, M., Correia, A., Ferreira e Cunha, C., Baixinho, C., & Ferreira, O. (2018). Training for hospital community safe transition. Revista Brasileira de Enfermagem, 5(71), pp. 2396-2403. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0190>

Peplau, H. E. (1988). The Art and Science of Nursing: Similarities, Differences, and Relations. Nursing Science Quarterly, 1(1), 8–15. doi:10.1177/089431848800100105

Peplau, H. E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. Nursing Science Quarterly, 10(4), 162–167. Doi:10.1177/089431849701000407.

Pereira, M. G., & Silva, S. (2002). Atribuição de sintomas, comportamentos de saúde e adesão em utentes de Centro de Saúde da Zona Norte. Análise Psicológica, 1(XX), 35–43. <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v20n1/v20n1a04.pdf>

Pereira, M., Pedras, S., & Machado, J. (2013). Validation of the questionnaire on beliefs about medication with type 2 diabetic patients. Psicologia: Teoria e Pesquisa; 29. 229-236. Doi:10.1590/S0102-37722013000200012

Poitras, M.-E., Maltais, M.-E., Bestard-Denommé, L., Stewart, M., & Fortin, M. (2018). What are the effective elements in patient-centered and multimorbidity care? A scoping review. BMC Health Services Research, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3213-8>

Popp, B. S., Manea, M. M., & Moraru, M. O. (2014). Treatment adherence and social functioning in patients diagnosed with schizophrenia and treated with antipsychotic depot medication. Clujul Medical, 87(2), 109. doi:10.15386/cjmed-292

Redding, A., Maguire, N., Johnson, G., & Maguire, T. (2017). What is the Lived Experience of Being Discharged From a Psychiatric Inpatient Stay? *Community Mental Health Journal*, 53(5), 568–577. doi:10.1007/s10597-017-0092-0

Regulamento nº 129/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. D.R.2ªsérie.35(2011.02.18) 8669- 8673

Relatório das Experiências piloto de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (2020). Acedido em <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-CCISM-2020.pdf>

Ride, J., Kasteridis, P., Gutacker, N., Doran, T., Rice, N., Gravelle, H., ... Jacobs, R. (2019). Impact of family practice continuity of care on unplanned hospital use for people with serious mental illness. *Health Services Research*, 54(6), 1316–1325. doi:10.1111/1475-6773.13211

Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2016). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (49), 153–171. Acedido em <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083>

Schumacher, K., & Meleis, A.I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image J Nurs Sch* ;26(2):119-27. doi: 10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x.

Seabra, P. & Sequeira, C. (2020). Comportamentos Aditivos e Abuso de Substâncias (drogas, álcool e tabaco). In *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções* (1ª edição, pp. 358). Lisboa - Portugal: Lidel - Edições Técnicas

Semahegn, A., Torpey, K., Manu, A., Assefa, N., Tesfaye, G., & Ankomah, A. (2018). Psychotropic medication non-adherence and associated factors among adult patients with major psychiatric disorders: a protocol for a systematic review. *Systematic Reviews*, 7(1). doi:10.1186/s13643-018-0676-y

Sequeira (2020). Comunicação em Saúde Mental. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (coord.) *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* (pp. 90-94). Lidel – Edições Técnicas, Lda. ISBN 978-989-752- 413-4

Simão, A. (2009). Adesão às prescrições/recomendações médicas por parte de idosos institucionalizados e em centros de dia: um estudo exploratório. Mestrado integrado em psicologia. Secção de Psicologia Clínica e Saúde/Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença. Universidade de Lisboa. Acedido em: <http://hdl.handle.net/10451/2169>

Slade, M., & Sweeney, A. (2020). Rethinking the concept of insight. *World Psychiatry*, 19(3), 389–390. doi:10.1002/wps.20783

Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., ... Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12–20. doi:10.1002/wps.20084

Smith, T. E., Haselden, M., Corbeil, T., Tang, F., Radigan, M., Essock, S. M., ... Olfson, M. (2019). Relationship Between Continuity of Care and Discharge Planning After Hospital Psychiatric Admission. *Psychiatric Services*, appi.ps.2019002. doi: 10.1176/appi.ps.201900233

Sousa, D., Pinho, L.G., & Pereira, A. (2017). Qualidade de vida e suporte social em doentes com esquizofrenia. *Psicologia, Saúde & Doenças*; 18(1), 91-101. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180108>

Stevenson, C., & Taylor, J. (2020). Nurses' perspectives of factors that influence therapeutic relationships in secure inpatient forensic hospitals. *Journal of Forensic Nursing*, 16(3), 169–178. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000274>

Stuart, G.W. (2013). Integrating care delivery. In Stuart GW, Laraia MT, editors. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (p. 644). 10th ed. St Louis: Elsevier Mosby Inc.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Thirioux B, Harika-Germaneau G, Langbour N and Jaafari N (2020) The Relation Between Empathy and Insight in Psychiatric Disorders: Phenomenological, Etiological, and Neuro-Functional Mechanisms. *Front. Psychiatry* 10:966. doi: 10.3389/fpsy.2019.00966

Tomaselli, G., Buttigieg, S. C., Rosano, A., Cassar, M., & Grima, G. (2020). Person-Centered Care From a Relational Ethics Perspective for the Delivery of High Quality and Safe Healthcare: A Scoping Review. *Frontiers in Public Health*, 8. doi:10.3389/fpubh.2020.00044

Tyler, N., Wright, N., & Waring, J. (2019). Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: systematic review and narrative synthesis. *BMC Health Services Research*, 19(1). doi:10.1186/s12913-019-4658-0

Vaillant, G.E. (2012). Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry*; 11, 93-9. doi: 10.1016/j.wpsyc.2012.05.006

Vera San Juan, N., Gronholm, P.C., Heslin, M., Lawrence, V., Bain, M., Okuma, A., & Evans-Lacko, S. (2021). Recovery from Severe Mental Health Problems: A Systematic Review of Service User and Informal Caregiver Perspectives. *Front. Psychiatry*; 12:712026. doi: 10.3389/fpsy.2021.712026

World Health Organization (2021). Patient safety. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety>

World Health Organization (2010). Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: World Health Organization. Acedido em <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563949>

World Health Organization (2019). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (Summary Report). Geneva. 2019. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42940/1/9241591595.pdf>.

World Health Organization (2021). Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization. Acedido em <https://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>

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

Zhou, Q., Wu, Z. G., Wang, Y., Liu, X. H., Chen, J., Wang, Y., Su, Y. S., Zhang, C., Peng, D. H., Hong, W., & Fang, Y. R. (2019). Clinical characteristics associated with therapeutic nonadherence of the patients with major depressive disorder: A report on the National Survey on Symptomatology of Depression in China. *CNS neuroscience & therapeutics*, 25(2), 215–222. <https://doi.org/10.1111/cns.13030>

Zugai, J. S., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2015). Therapeutic Alliance in Mental Health Nursing: An Evolutionary Concept Analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(4), 249–257. doi:10.3109/01612840.2014.969795

ANEXOS

Anexo I – Escala Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

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

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

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

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

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

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

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

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

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

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

Anexo II - Questionário de crenças acerca dos medicamentos (BMQ)

1. Os médicos usam medicamentos a mais

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

2. Pessoas que tomam medicamentos deveriam parar o seu tratamento durante um certo tempo de vez em quando

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

3. Muitos medicamentos provocam dependência

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

4. Os produtos naturais são mais seguros que os medicamentos

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

5. Os medicamentos fazem mais mal que bem

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

6. Todos os medicamentos são tóxicos

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

7. Os médicos confiam de mais nos medicamentos

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

8. Se os médicos tivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

APÊNDICES

Apêndice I- Plano da sessão “Jogo da Autoestima”

Plano da sessão “Jogo da Autoestima”

Tema: Autoestima

Data: maio de 2022

Duração: 30 minutos

População Alvo: 5 doentes internados com diagnóstico de baixa autoestima sem agitação psicomotora

Local: sala de convívio do internamento

Objetivo geral: aumentar a capacidade de resiliência, fortalecendo a autoestima e autoconfiança

Objetivos específicos:

- Melhorar a valorização pessoal;
- Criar uma dinâmica de apresentação entre todos os doentes;
- Permitir a identificação de pontos em comum entre os doentes;
- Trabalhar características individuais de cada doente como qualidades, valorizando cada doente positivamente;
- Desenvolver um clima de confiança.

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na
Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Doença Mental na Transição de Cuidados

Plano da sessão

	Conteúdos	Tempo de realização	Metodologia	Recursos utilizados	Atividades em grupo
I N T R O D U Ç Ã O	-Apresentação ao grupo; -Apresentação da atividade e explicação da relevância da mesma.	5 minutos	Expositiva	Sala de convívio do internamento	-Reunir os doentes e comunicar algumas das regras a ter em conta durante a realização da atividade -Comunicar que o limite da partilha é o conforto
D E S E N V O L V I M E N T O	-Ajudar na familiarização com o material -Demonstrar disponibilidade no acompanhamento da atividade -Moderar o discurso orientando-o para a atividade evitando a dispersão do mesmo -Encorajar a participação ativa do doente -Observar as reações no desenrolar da atividade	15 minutos	Expositiva Interativa	Cadeiras Mesa Papel Lápis	-Entregar lápis e papel e é pedido aos doentes que contornem a sua mão na folha de papel colocando no centro as suas qualidades e na periferia os defeitos. -Posteriormente é debatido em grupo cada qualidade e defeito de cada um e como é que estes interferem no seu dia a dia e na imagem que têm de si próprios.
C O N C L U S Ã O	-Síntese dos principais assuntos discutidos -Avaliar a satisfação dos doentes com a atividade -Identificar principais dificuldades sentidas -Verificar disponibilidade atividades futuras	5 minutos	Interativa		-Debater a importância de nos valorizarmos individualmente física e psicologicamente, reforçando as capacidades individuais cada um
A V A L I A Ç Ã O	-Feedback dos doentes -Observação direta	5 minutos	Interativa		

Apêndice II – Plano de sessão “Caminhada Terapêutica”

Plano de intervenção “Caminhada Terapêutica”

Tema: “Caminhada Terapêutica”

Data: maio de 2022

Duração: 30 minutos

População Alvo: doentes internados com diagnóstico de ansiedade e interação social comprometida

Local: exterior do hospital

Objetivo geral: diminuir os níveis de ansiedade e promover a interação social
Objetivos específicos:

- Promover bem-estar físico e emocional;
- Reduzir os níveis de ansiedade;
- Promover a expressão de sentimentos e emoções;
- Desenvolver ambiente de confiança.

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na
Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Doença Mental na Transição de Cuidados

Plano da sessão

	Conteúdos	Tempo de realização	Metodologia	Recursos utilizados	Atividades em grupo
I N T R O D U Z I M E N T O	-Apresentação ao grupo -Apresentação da atividade e explicação da relevância da mesma	5 minutos	Expositiva	Calçado confortável, água	-Técnica do quebra-gelo; -Reunir os doentes e comunicar algumas das regras a ter em conta durante a caminhada
D E S E N V O L V I M E N T O	-Interação social e espírito de grupo -Demonstrar disponibilidade no acompanhamento da atividade -Encorajar a participação ativa do doente -Observar as reações no desenrolar da atividade	15 minutos	Expositiva Interativa	Calçado confortável, água	-Orientar os doentes em direção ao exterior com o intuito de realizar uma caminhada -Estimular o recurso aos órgãos dos sentidos durante a caminhada
C O N C L U S Ã O	-Síntese -Avaliar a satisfação dos doentes com a atividade -Identificar principais dificuldades sentidas -Verificar disponibilidade para atividades futuras	5 minutos	Interativa	Calçado confortável, água	-Regressar ao interior e reforçar a hidratação -Incentivar a partilha da experiência e das sensações captadas pelos órgãos dos sentidos
A V A L I A Ç Ã O	-Feedback dos doentes -Observação direta	5 minutos	Interativa		