

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

***Follow-up* telefónico na adesão terapêutica em pessoas
com doença mental**

Vera Alexandra Bártolo Teixeira

Lisboa

2016



Este trabalho é dedicado às pessoas a quem, diariamente, presto cuidados. É com elas e para elas que todo o esforço e dedicação que dedico à minha formação fazem sentido.

A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.

Albert Einstein

Agradecimentos:

Ao professor Domingos Malato pelo seu apoio, incentivo e disponibilidade demonstrada.

À professora Francisca Manso pelo acompanhamento ao longo do percurso.

Às minhas orientadoras Liliana Lago e Fátima Amaral pelo contributo e pela partilha de aprendizagens.

Ao meu Chefe Fernando Trindade pelo apoio e partilha da sua experiência em Psiquiatria que motivou as minhas expectativas e vontade em querer aprender mais.

Aos meus colegas Gustavo Lucas e Catarina Pinheiro pelo seu apoio, amizade.

Ao meu pai pelo seu exemplo de vida, por me transmitir o que é ter força de vontade, concluir os objetivos e ser perseverante mesmo quando o caminho é difícil.

À minha mãe pelo apoio, paciência e cooperação no nosso quotidiano.

À minha irmã e prima pelo amor, carinho e por me apoiarem neste percurso.

Ao meu namorado pelo amor demonstrado e incentivo ao longo deste percurso.

Resumo

A adesão terapêutica em pessoas com doença mental constitui um grande desafio para os enfermeiros. A gestão ineficaz do regime terapêutico e, conseqüente não adesão, é um problema de enfermagem que reflete sofrimento para as pessoas, assim como, um custo elevado para o Sistema Nacional de Saúde.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental participa no tratamento de pessoas com doença mental, sendo que as suas intervenções “*visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental*” (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2010) sendo a adesão terapêutica um deles e tendo como objetivo, entre outros, evitar o agravamento da situação.

O *follow-up* telefónico pós alta é uma estratégia que pretende melhorar a adesão terapêutica e que, além da vantagem da sua rapidez e baixo custo económico permite detetar dúvidas, realizar encaminhamento atempado e avaliar a adesão terapêutica, neste trabalho através da escala de Medida de Adesão Terapêutica. Foi Implementada uma intervenção de *follow-up* telefónico resultando um aumento significativo da adesão terapêutica.

O principal objetivo deste relatório é descrever, de modo crítico e fundamentado, o percurso realizado, elencando as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do mesmo. É realizada uma fundamentação teórica acerca do tema em estudo e apresenta-se o referencial teórico – Hildegard Peplau. Seguidamente é feita uma análise do percurso realizado, indicando objetivos, principais atividades realizadas e dificuldades sentidas. No final são evidenciadas algumas considerações finais que sintetizam o trabalho desenvolvido.

Este trabalho é de extrema importância para o meu processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências especializadas, salientando-se a capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, que fui desenvolvendo ao longo de todo o percurso.

Palavras-chave: Follow-up telefónico, Tele-enfermagem, Adesão terapêutica, Doença Mental

Abstract

The adherence to therapy in people with mental illness is a major challenge for nurses. Ineffective management of therapeutic regimen and consequent non-adherence is a nursing problem reflecting suffering for people, as well as a high cost to the national health system.

The specialist in Mental Health Nursing participate in the treatment of people with mental illness, and its interventions “aim to contribute to the adequacy of the responses of the sick person and family to face specific problems related to mental illness” (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2010) being the adherence to therapy one of them and with the aim, among others, to avoid worsening the situation.

The post-discharge telephone follow-up is a strategy designed to improve the adherence to therapy and in addition to the advantage of its speed and low economic cost, allows detecting doubt, conduct timely referral and evaluate the adherence to therapy, in this assignment through the Measure Treatment Adherence scale. It has been implemented a telephone follow-up intervention after which it was observed that adherence to therapy increased significantly.

The aim of this report is to describe in a critical and reasoned manner, the route taken, listing the skills acquired and developed throughout the same. A theoretical foundation on the subject under study and a presentation of the theoretical framework – Hildegard Peplau – is performed. Then, an analysis of the accomplished route, indicating objectives, main activities and perceived difficulties is done. At the end, final considerations arise summarizing the work developed.

This work is extremely important for my learning process and development of expertise, highlighting the capacity for self-knowledge and personal growth, which was developed throughout the route.

Key-words: Telephone follow-up; Telenursing; Therapeutic adherence; Mental illness

ÍNDICE

1. Introdução	1
2. Fundamentação teórica.....	4
2.1. Adesão terapêutica.....	5
2.2. <i>Follow-up</i> telefónico	9
2.3. Revisão crítica da literatura.....	11
2.4. Aspetos que fundamentaram a filosofia dos cuidados adotados	13
3. Análise reflexiva do processo de aquisição de competências	15
3.1. Objetivo geral	16
3.2. Contributos do contexto em ambulatório.....	16
3.3. Contributos do contexto de internamento	26
3.4. Análise global.....	38
4. Considerações éticas	43
5. Considerações finais	45
Bibliografia	49

Anexos

Anexo I – Avaliação de actividades de grupo

Anexo II – Escala de MAT

Apêndices

Apêndice I – Diário de aprendizagem 1

Apêndice II – Diário de aprendizagem 2

Apêndice III – Diário de aprendizagem 3

Apêndice IV – Diário de aprendizagem 4

Apêndice V – Avaliação da sessão de “O meu projeto de vida” e planos das quatro sessões realizadas no âmbito da intervenção

Apêndice VI – Diapositivos em *power point* utilizados na apresentação da sessão de psicoeducação “Adesão terapêutica”

Apêndice VII – Jogo terapêutico – Adesão terapêutica

Apêndice VIII – Plano da sessão – Adesão terapêutica

Apêndice IX - Consentimento informado

Apêndice X – Questionário *follow-up*

Apêndice XI – Apresentação e discussão dos resultados da intervenção de *follow-up* telefónico na adesão terapêutica

Apêndice XII – Estudo de caso

Índice de figuras

Figura 1 – Principais motivos da não adesão terapêutica	Pg. 6
Figura 2 – Gráfico correspondente ao aumento da adesão terapêutica	36
Figura 3 – Fases do relacionamento enfermeira-paciente	40

LISTA DE SIGLAS

AEESMP	Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
CDE	Código Deontológico dos Enfermeiros
CIPE/ICNP	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
EESM	Especialista em Enfermagem de Saúde Mental
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
HD	Hospital de Dia
MAT	Medida de Adesão aos Tratamentos
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (AEESMP) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) foi proposta a realização de um relatório onde estivesse refletido o meu percurso formativo de aquisição e desenvolvimento de competências.

Embora o presente relatório descreva as atividades desenvolvidas em contexto de estágio, decorrido no ano lectivo de 2014/2015, é de salientar que o meu projeto de aprendizagem não se finda com o mesmo. É, antes, um processo contínuo que pretendo continuar a desenvolver no futuro, usufruindo da análise e reflexão realizada neste contexto.

O estágio decorreu num Hospital em Lisboa em dois períodos distintos e em contextos diferentes. O primeiro estágio decorreu num Hospital de Dia em contexto de ambulatório, entre 29 de Setembro e 12 de Dezembro de 2014. Posteriormente, o estágio decorreu num Serviço de Psiquiatria de Agudos, em contexto de internamento hospitalar, entre 15 de Dezembro de 2014 e 13 de Fevereiro de 2015. Neste último estágio tive oportunidade de implementar intervenções relativas à temática que escolhi desenvolver – **Follow-up telefónico na adesão terapêutica na pessoa com doença mental**.

Em ambos os contextos de estágio tive a oportunidade de ser orientada por enfermeiros especialistas na AEESMP. Ao longo de todo este processo e na realização deste relatório fui orientada pelos docentes da ESEL.

A adesão terapêutica em pessoas com doença mental constitui um grande desafio para os profissionais de saúde. A gestão ineficaz do regime terapêutico e consequente não adesão, constitui uma problemática a nível de saúde pública, refletindo-se no aumento da incidência e prevalência de doenças mentais, aumento da taxa de reinternamentos, recaída, alargamento do

período de tratamento e abandono das consultas de seguimento pós-alta. Este problema de enfermagem reflete um sofrimento para as pessoas, assim como um custo elevado para o Sistema Nacional de Saúde.

Demonstra-se, assim, a relevância da temática que escolhi para desenvolver no meu projeto e que dá nome a este relatório. Com este trabalho tenho como Finalidade desenvolver e adquirir competências de Enfermeiro EESM através de intervenções direcionadas ao aumento da adesão terapêutica, utilizando o *follow-up* telefónico em pessoas com doença mental. Esta problemática fez-me refletir em estratégias que promovessem a adesão terapêutica, assim como realizar um planeamento de alta mais eficaz e criar um procedimento de *follow-up* de modo a realizar o acompanhamento das pessoas com alta hospitalar.

De modo a delinear estratégias para motivar a adesão terapêutica e promover o papel ativo da pessoa, as minhas intervenções são direcionadas na promoção da adesão terapêutica através de sessões psicoeducativas, grupos de âmbito psicoterapêutico e individuais, ensinamentos individualizados e o *follow-up* telefónico pós-alta.

O *Follow-up* telefónico pode ser uma estratégia para a adesão terapêutica, uma vez que é uma consulta telefónica que visa um acompanhamento por telefone e permite a monitorização de pessoas, assim como a realização de alguns esclarecimentos e ensinamentos. Esta intervenção tem vindo a propagar-se nos serviços de saúde e é uma aliada para a continuidade de cuidados devido às suas vantagens de fácil acesso, baixo custo em deslocações e diminuição de tempo de espera em consultas.

Dudas, Bookwalter, Kerr, & Pantilat, (2001) definem o *Follow-up* telefónico como uma intervenção que pode melhorar a satisfação da pessoa e evitar incumprimento do esquema terapêutico por enganos, lapsos ou incompreensão dos mesmos.

Nos cuidados de enfermagem, as telecomunicações também apresentam um impacto positivo, na medida em que a intervenção de consulta telefónica de

enfermagem tem vindo a crescer significativamente e apresenta maior visibilidade (Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Para a análise da temática em estudo optei pelo Modelo Teórico de Enfermagem de Hildegard Peplau uma vez que o foco principal está centrado no enfermeiro e na pessoa, identificando conceitos e princípios que oferecem significado às relações interpessoais que se estabelecem na prática de cuidados, estando dotadas de situações de aprendizagem e crescimento pessoal para ambos. Este modelo evidencia a necessidade de autoconhecimento do enfermeiro e da sua reflexão na sua prática, assim como a necessidade de crescimento pessoal e profissional.

O presente relatório inicia-se com uma Fundamentação Teórica do tema em estudo, onde são desenvolvidos alguns conceitos, é apresentada evidência científica recente acerca do tema e se justifica a escolha da teoria de enfermagem de Hildegard Peplau como referência para este trabalho. No capítulo seguinte irei descrever, para cada contexto de estágio, quais os objetivos que tinha quando dei início a este percurso, as atividades que realizei para os atingir e será feita uma análise crítica e fundamentada do meu desenvolvimento pessoal e profissional. É neste capítulo que surge a descrição e análise das atividades realizadas no âmbito do *follow-up* telefónico na adesão terapêutica. Serão, ainda, tecidas algumas considerações éticas. Por fim, apresento as considerações finais, onde irei descrever as limitações/constrangimentos que surgiram e quais as estratégias utilizadas para as ultrapassar. Irei refletir sobre onde me encontrava quando iniciei este percurso e o que alterou em mim, enquanto pessoa e profissional e projetar alguns objetivos para trabalho futuro. Termina com a Bibliografia utilizada na realização deste Relatório.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A problemática em questão assenta na melhoria do planeamento de alta e na necessidade de realizar um acompanhamento pós-alta de modo a promover a adesão terapêutica. O abandono do tratamento acarreta inúmeras consequências definidas por (Teixeira et al, 2012), como:

- Taxas de reinternamento mais elevadas;
- Maior número de suicídios consumados;
- Má adesão à terapêutica proposta;
- Aumento da frustração dos cuidadores e médico responsáveis pelos cuidados;
- Diminuição da empatia e da qualidade da comunicação;
- Aumento dos custos de saúde.

É fundamental que as pessoas se sintam verdadeiramente confiantes para colocarem as suas dúvidas acerca da medicação e estarem devidamente informados dos efeitos secundários possíveis, de modo a evitar um abandono de medicação precoce.

Neste capítulo serão definidos alguns conceitos relevantes e será feita referência à evidência científica mais recente resultante de uma revisão crítica da literatura. Será ainda justificada a escolha do referencial teórico escolhido – Hildegard Peplau. A autora encara a enfermagem como um processo interpessoal envolvendo a interação entre um ou mais indivíduos com uma meta comum. É esta meta comum que funciona como incentivo ao processo terapêutico sendo que a pessoa aprende quando seleciona estímulos no ambiente e reage a esses estímulos. Assim, o contributo desta teoria de enfermagem é primordial quando se trabalha a temática da adesão terapêutica. O processo terapêutico inicia-se com o intuito de resolver o problema do utente tendo em conta a sua individualidade e estando este envolvido em todo o processo e aprendendo com ele. Simultaneamente, o enfermeiro desenvolve as suas competências tornando-se consideravelmente mais eficaz.

2.1. ADESÃO TERAPÊUTICA

A problemática da adesão terapêutica por parte das pessoas com doença mental tem sido um autêntico desafio por parte dos profissionais de saúde. Para tal contribuem fatores como as representações individuais da doença, a aceitação do diagnóstico, as crenças, as estratégias de *coping*, a personalidade e a relação estabelecida com o profissional de saúde (Joice-Moniz & Barros, 2005).

A adesão terapêutica define-se como o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa em relação à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida, corresponde às recomendações veiculadas pelo profissional de saúde (WHO, 2003). Também o Conselho Internacional de Enfermeiras (2002, p. 58) na sua versão β 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP) define adesão ao regime terapêutico como “(...) *tipo de Gestão do Regime Terapêutico com as características específicas: desempenhar actividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso do tratamento prescrito (...)*”.

O termo Cumprimento (*compliance*) foi definido por Haynes (1981) como “ *medida em que o comportamento de uma pessoa coincide com o aconselhamento médico ou profissional de saúde*”. No entanto esse cumprimento não deve ser entendido apenas como uma obediência do cliente à prescrição médica (Cabral & Silva, 2010). O termo foi progressivamente substituído por adesão (*adherence*) pelo reconhecimento que o cliente deve ter um papel ativo, devendo a adesão ser “*sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e a intervenção ativa e voluntária do doente que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue*” (Bugalho & Carneiro, 2004).

Segundo WHO (2003) foram identificados cinco grupos de fatores relacionados com a adesão terapêutica: fatores sociais, económicos e culturais; os fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde, fatores relacionados com a

doença de base e co morbilidades; os fatores relacionados com a terapêutica prescrita e os fatores individuais relativos ao doente. Com base nestes fatores, a adesão terapêutica torna-se muito complexa e um desafio para os profissionais de saúde.

Embora não existam muitos estudos acerca dos fatores que levam à não adesão terapêutica em Portugal, Cabral & Silva (2010) realizaram um estudo numa amostra de 1400 indivíduos concluindo que a não adesão terapêutica se deve essencialmente a três motivos: motivos práticos extrínsecos; características intrínsecas dos medicamentos e da própria terapêutica e o papel das relações entre médicos e doentes. A Figura 1 – Principais Motivos da Não Adesão Terapêutica, explora cada um destes motivos de acordo com o resultado deste estudo.

Figura 1 – Principais Motivos da Não Adesão Terapêutica

Motivos Práticos Extrínsecos	Esquecimento (46,7%)
	Falta de recursos económicos (18,6%)
	“Preguiça” (7,5%)
	Falta de instrução/conhecimentos (6,9%)
	Não querer ou não gostar de tomar medicamentos (6,6%)
	Adormecer antes da hora a que devia tomar a medicação (4,3%)
	Outros (sem expressão percentual)
Características dos Medicamentos	Os doentes sentirem-se melhor (26,6%)
	Queixas dos efeitos secundários (22,2%)
	Não querer misturar medicamentos com álcool ou outras substâncias (12,4%)
	Sentirem-se pior quando tomam os medicamentos (8%)
	Não sentirem melhoras (7,3%)
	Duvidarem da eficácia do tratamento (6,5%)
	Duração demasiado longa do tratamento (6,1%)
	Terem de tomar demasiados medicamentos (5,2%)
	Dificuldade em tomar os medicamentos de acordo com a prescrição (3,5%)
Papel da relação de confiança entre o médico e o doente	Receio de fazerem perguntas e pedir esclarecimentos ao médico (31,7%)
	Não prestarem atenção quando lhes estão a explicar o tratamento (28,1%)
	Falta de compreensão das vantagens do tratamento (20,5%)
	Falta de confiança no médico (12,5%)

Fonte: Cabral & Silva (2010)

Para Klein & Gonçalves (2005), as pessoas têm uma baixa adesão a tratamentos de longa duração e que impliquem alterações do seu quotidiano. Estes autores referem que as características pessoais e psicopatológicas, o *insight* e os dados demográficos (idade, género, meio sociocultural e económico) influenciam as crenças que a pessoa tem acerca da sua doença e da eficácia do tratamento.

Os doentes portadores de doenças crónicas, como a doença mental, têm um maior risco de não-adesão à terapêutica em cerca de 50%, tendo como fatores preditivos a sintomatologia psicótica, ausência de *insight* e a ocorrência de efeitos secundários (Garica, et al., 2005). Este é um aspecto de extrema relevância para os profissionais de saúde uma vez que a não adesão pode alterar de forma negativa a qualidade de vida dos utentes. Dando como exemplo a perturbação afetiva bipolar, a não adesão *“pode aumentar a recorrência da mania, a frequência de episódios depressivos, hospitalizações e suicídios, comprometendo a qualidade de vida dos pacientes e familiares e aumentando os custos para o sistema de saúde”* (Miasso, Monteschi, & Giaccherio, 2009).

De acordo com Klein & Gonçalves (2005), os indivíduos com doença mental avaliam quais as vantagens e desvantagens da toma da medicação, pesando os efeitos secundários e os benefícios no controlo ou alívio de sintomas. Muitos destes doentes não consideram os seus sintomas como sintomas, mas como parte de quem são. Os efeitos secundários e a gravidade da doença são fatores que influenciam diretamente o tratamento e são aspetos nos quais o enfermeiro deve incidir, explicando-os ao utente e demonstrando disponibilidade para o ouvir.

É fundamental o estabelecimento da aliança terapêutica com o cliente para ter sucesso na adesão terapêutica. A qualidade da relação da comunicação entre os profissionais de saúde e o cliente é fundamental para a melhoria das estratégias de adesão (Joice-Moniz & Barros, 2005).

De acordo com Santin, Ceresér, & Rosa (2005) a Psicoeducação é sugerida como uma intervenção com vista à melhoria da adesão dos clientes ao regime terapêutico pela promoção do conhecimento da doença e tratamento. É fulcral que os profissionais de saúde realizem Psicoeducação face aos benefícios da adesão terapêutica e que esta seja adequada a cada utente. É, ainda, fundamental que expliquem os efeitos secundários possíveis e após a alta não cortem a ligação com a pessoa, pois esta deve ter um meio de comunicar as suas dúvidas e saber como pedir ajuda.

Um fator importante para a adesão terapêutica é a perceção que a pessoa tem da sua doença, assim como a correta informação das consequências, a curto e a longo prazo, do não cumprimento da medicação. Segundo Jara (2015) um ponto importante da Psicoeducação é a aprendizagem e deteção precoce de sinais que antecedem uma nova crise.

Nesta medida, consideram-se fundamentais os programas de Psicoeducação. Através destes é possível proporcionar aos utentes um maior conhecimento sobre a doença, motivando-os para o não abandono do programa medicamentoso e ajudando-os na resolução dos problemas que vão surgindo. As consequências das recaídas são difíceis de gerir, e levam a uma diminuição da esperança de uma vida estável para estas pessoas e para quem as rodeia.

No quotidiano da prática clínica é essencial que a adesão ao regime terapêutico seja uma preocupação para todos os profissionais de saúde e, mais especificamente para os enfermeiros, uma vez que *“a adesão ao regime terapêutico medicamentoso assume-se como uma preocupação acrescida na definição das políticas de saúde. Desta forma é importante integrar este fenómeno na prática diária (...) pois só desta forma será possível produzir os resultados desejados”* (Rodrigues & Prates, 2011, p. 36).

2.2. FOLLOW-UP TELEFÓNICO

A intervenção de *follow-up* telefónico, isto é, acompanhamento através de uma consulta por telefone, permite a monitorização a utentes assim como a realização de alguns esclarecimentos e ensinamentos.

As tecnologias de comunicação permitem que as pessoas tenham acesso a serviços e especialistas em saúde, que de outra forma não estariam disponíveis, com a frequência adequada para o atendimento das suas necessidades. Facilitam, especialmente, nos países com distribuição irregular de médicos e enfermeiros ou quando o acesso a esses profissionais requer percorrer longas distâncias (Organização Mundial de Saúde, 2008).

Segundo o Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2009) a consulta telefónica poderá ser encarada como uma extensão da relação previamente estabelecida entre enfermeiros e utente, como o caso do seguimento pós-alta. É vista como uma intervenção de enfermagem, uma vez que o contacto telefónico é realizado com o intuito da prestação de cuidados de enfermagem enquanto seguimento pós-alta, garantindo a continuidade de cuidados ao utente/família. (Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Benner (2001) ajuda-nos na compreensão da função de ajuda do profissional de saúde ao doente e familiar, explicitando as competências que se consideram necessárias numa intervenção terapêutica via telefone. Numa interação telefónica, o profissional de saúde necessita de um ambiente terapêutico que favoreça o estabelecimento de uma relação que permita a cura. A relação assenta na confiança, que se estabelece logo desde o início da interação, onde o acolhimento inicial é essencial para criar um espaço virtual e um tempo, onde a relação se constrói na proximidade, apesar da distância física dos intervenientes.

É fulcral que na interação telefónica com o utente, tenha havido mais que um contato prévio, um estabelecimento da relação para que o mesmo sinta confiança e se minimizem as barreiras causadas pela distância física.

A pertinência do *follow-up* prende-se com a necessidade de investir em intervenções e estratégias que permitam realizar um seguimento após a alta evitando os reinternamentos. Segundo o Relatório final do grupo técnico para a reforma hospitalar (2011) *“apostar na criação de novos modelos de cuidados e na difusão das melhores práticas, simplificação do processo de referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e expansão desta, fazendo coincidir a alta clínica com a alta hospitalar, através da criação de um modelo eficaz de planeamento de altas, com um procedimento de follow-up, como contributo para a redução de internamentos”*.

Segundo Phaneuf (2005), as principais atitudes ou habilidades próprias da relação de ajuda encontram-se numa certa conceção do ser humano em que o respeito pela dignidade da pessoa, pela sua liberdade e pela sua autonomia é primordial sendo elas: a aceitação; o respeito e a empatia.

No atendimento por telefone não devem ser descuradas as características da relação de ajuda, tais como: empatia, capacidade de escuta, transmissão de informações claras, capacidade de adequar informações e orientar a intervenção de ajuda, uma vez que estas características são fulcrais para o sucesso da intervenção.

Como refere Phaneuf (2005) a comunicação e a relação de ajuda são considerados fatores importantes na humanização e qualidade dos cuidados, sendo a comunicação uma ferramenta de base para a instauração da relação de ajuda.

Creio que o *follow-up* telefónico como procedimento pode ser benéfico, uma vez que, após o momento da alta clínica, o utente tem que se adaptar a uma nova rotina e muitas vezes surgem dúvidas face à medicação e sintomas. Neste caso, o enfermeiro mesmo à distância, pode esclarecer dúvidas, realizar alguns ensinamentos e caso necessário fazer o encaminhamento adequado. Deste modo cumpre o

preconizado pela Ordem dos Enfermeiros ajudando “a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2010).

2.3. REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

O *follow-up* telefónico enquanto consulta telefónica, é uma técnica que tem ganho território nos últimos tempos. Ainda assim, é uma intervenção que está pouco documentada no nosso País.

Para a sustentação da técnica que pretendo desenvolver, assim como das intervenções que melhor se adequam, direcionei a minha pesquisa em bases de dados científicas, tais como, a CINAHL, MEDLINE e PUBMED utilizando os descritores “*follow-up*”, “*telephone*”, “*mental health*”, “*telenursing*”, “*adherence*”. De seguida serão descritos os artigos que encontrei que permitiram sustentar o meu projeto.

Dudas, Bookwalter, Kerr, & Pantilat (2001) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o impacto do *Follow-up* telefónico realizado por farmacêuticos em doentes após a alta hospitalar. Neste estudo, os farmacêuticos contactaram os doentes no 2º dia após a alta e realizaram um questionário a 79 pessoas. Desse estudo resultou que 24% dos inquiridos tiveram dúvidas acerca da medicação prescrita; 3% revelaram não ter compreendido o esquema terapêutico e 19 % referiram não conseguir tomar toda a medicação prescrita.

Através deste *follow-up* telefónico foram identificadas pessoas com necessidade de apoio ou assistência na obtenção de medicação, assim como esclarecimento acerca do esquema terapêutico, o que permitiu diminuir o número de recorrências a serviços de atendimento - urgências e consultas – no pós-alta. Do grupo seguido em *follow-up* telefónico apenas 10% apresentaram necessidade de recorrer a estes serviços, comparando com o grupo de controlo com 24%. Houve ainda necessidade

de encaminhamento a 15% dos casos para o médico assistente. Com este estudo, os autores concluem que o *follow-up* telefónico permite uma rápida identificação de problemas, necessidades de intervenção especializada, assim como identificação de efeitos secundários da medicação.

Num estudo realizado por Beebe et al (2008) analisou-se a intervenção telefónica em 29 utentes de uma comunidade de pessoas com Esquizofrenia. O *follow-up* foi realizado mensalmente durante três meses e concluíram que os utentes sujeitos ao estudo, apresentaram maior adesão à medicação psiquiátrica.

Em 2014, Beebe and Schwartz realizaram um estudo utilizando a intervenção telefónica em 128 participantes com doença mental durante 6 meses. Deste estudo concluíram que os utentes com diagnóstico de Depressão obtiveram mais ganhos em saúde face aos utentes com diagnóstico de Doença Bipolar e Esquizofrenia por apresentarem uma maior adesão ao programa (Beebe & Schwartz, 2014).

Segundo Kamei T. (2013) a consulta telefónica é eficaz na diminuição dos custos suportados pelos pacientes, diminuindo o número de ambulatórios e atendimentos, encurtando estadias hospitalares, melhorando a qualidade de vida, e diminuindo o custo dos cuidados de saúde. O mesmo autor revela que este aconselhamento melhora a qualidade de vida dos utentes e que tem apresentado um impacto positivo nos utentes com doença mental.

Todos estes estudos recentes vêm confirmar a importância deste tema para a prática de cuidados especializados na AEESMP. Assim sendo o follow-up telefónico assume um impacto positivo na adesão terapêutica, na melhoria do conhecimento face à doença, permite o esclarecimento de dúvidas e diminui a necessidade de recorrer ao serviço de urgência e consulta no pós-alta.

2.4. ASPETOS QUE FUNDAMENTARAM A FILOSOFIA DOS CUIDADOS ADOTADOS

De modo a sustentar e fundamentar as intervenções realizadas em ambos os contextos de estágio, senti a necessidade de complementar este capítulo com o modelo teórico de enfermagem que escolhi, proposto por Hildegard Peplau.

Este modelo, enquanto suporte teórico, contribuiu bastante no desenvolvimento do meu percurso formativo pois, de acordo com o mesmo, a relação interpessoal é um foco central, que espelha a necessidade da relação de ajuda como meio fundamental nos cuidados. O processo interpessoal passou a fazer parte de forma consciente e efetiva da prática de enfermagem. Os elementos fundamentais da prática da enfermagem são o paciente, a enfermeira e os acontecimentos que os envolvem durante uma situação de cuidado.

Através da experiência em contexto clínico, interiorizei a necessidade e a importância da relação interpessoal, da necessidade do meu crescimento pessoal, maturidade e capacidade de reflexão tendo em vista o ajudar o utente a alcançar o seu bem-estar,

Este modelo de Enfermagem visa compreender o outro na sua plenitude, auxiliando-o na procura de respostas em si, que promovam a satisfação das suas necessidades. Em muitas das sessões realizadas senti que o sucesso das minhas intervenções se deveu à motivação e ao desenvolvimento de uma relação de empatia com os utentes que me permitiu ir ao encontro das suas necessidades.

Este modelo conceptual, mostra na sua teoria a noção de "crescimento pessoal" que é compartilhado pela enfermeira e pela pessoa a partir do relacionamento interpessoal desenvolvido no processo de cuidar. A autora usou o termo "enfermagem psicodinâmica" para descrever o relacionamento dinâmico entre a enfermeira e o paciente. Refere, também, que o foco principal está concentrado no enfermeiro e na pessoa, identificando conceitos e princípios que oferecem

significado às relações interpessoais que se estabelecem na prática de cuidados, estando dotadas de situações de aprendizagem e crescimento pessoal para ambos (Peplau, 1992).

A autora refere que Enfermagem Psicodinâmica envolve reconhecer, esclarecer e construir uma compreensão acerca do que acontece quando a enfermeira se relaciona de forma útil com o paciente (Peplau, 1993).

De acordo com (Peplau, 1993), cada enfermeiro compreenderá tanto melhor o paciente quanto melhor compreender a sua própria função. Na perceção da teórica, enfermagem é uma relação humana entre uma pessoa que necessita de cuidados de saúde e uma pessoa com formação especializada que reconhece as necessidades da mesma, sendo capaz de responder.

Na relação enfermeiro/paciente, a enfermeira deve ser dinâmica e flexível, pois esta relação está em permanente mudança. O bom relacionamento começa pelo facto de a enfermeira, com atitudes de maturidade e reflexão e tendo confiança em si mesma, aplicar as suas aptidões interpessoais de forma a poder desenvolver a sua atividade junto dos pacientes.

A teoria desenvolvida por Peplau, tem como foco central a relação interpessoal enfermeiro – paciente, que é um fenómeno que faz parte integrante da prática de enfermagem.

Desta forma, revejo a minha prática clínica na Teoria de Peplau, numa visão holística em que o foco central também é a Relação interpessoal enfermeiro – pessoa. Verifico, ainda, que a escolha desta teoria no desenvolvimento deste trabalho, me possibilita o desenvolvimento de competências de enfermeiro EESM, nomeadamente no que concerne a demonstrar *“tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas”* (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2010).

3. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Ao longo deste capítulo irei descrever todo o processo de aprendizagem levado a cabo durante os meses em que decorreu o estágio. Começo por identificar qual o meu objetivo geral e, posteriormente, faço uma análise detalhada para cada um dos locais de estágio: objetivos específicos definidos para cada contexto, breve caracterização dos serviços, atividades desenvolvidas e de que modo me permitiram crescer enquanto enfermeira EESM.

Para Benner (2001, p. 40) *“uma grande quantidade de conhecimento não referenciado está integrado na prática e no “saber fazer” das enfermeiras peritas, mas esse conhecimento não poderá alargar-se ou desenvolver-se completamente se as enfermeiras não anotarem sistematicamente aquilo que aprendem a partir da sua experiência”*. Nesta linha de pensamento, considero este capítulo do meu relatório um instrumento essencial na minha aprendizagem, uma vez que me é permitido nesta fase refletir, descrever e analisar experiências, sentimentos, reações e emoções que pude viver ao longo do estágio e que contribuíram para a sua riqueza em conhecimento e para o meu crescimento.

Carece, ainda, explicar a seleção dos locais de estágio. A escolha deveu-se fundamentalmente ao tema escolhido e à possibilidade de ser orientada por enfermeiros especialistas que desenvolvem intervenções na problemática escolhida e, ainda, a possibilidade de realizar estágio numa vertente de ambulatório/comunitária e num serviço de internamento. Optei por um Hospital em Lisboa que, após visita a três possíveis locais, revelou ser o que mais se assemelhava às minhas necessidades e expectativas.

3.1. OBJETIVO GERAL

Para este trabalho defini como Objetivo Geral: **Adquirir e desenvolver competências específicas de enfermeiro EESM.**

Ao longo dos subcapítulos seguintes irei descrever de que forma o consegui atingir.

3.2. CONTRIBUTOS DO CONTEXTO EM AMBULATÓRIO

O estágio em contexto de ambulatório foi o primeiro que realizei. Decorreu num Hospital de Dia (HD) em Lisboa entre 29/9 e 12/12 de 2014. Uma vez que sou enfermeira num serviço de internamento para doentes em fase aguda, este estágio revelou ser um verdadeiro desafio para mim. No início estava algo apreensiva acerca do que iria encontrar e de que modo poderia desenvolver atividades relacionadas com o *follow-up* telefónico na adesão terapêutica, uma vez que nem todos os doentes seguidos neste HD tomavam medicação. Optei por aproveitar esta experiência de modo que considero positivo, desenvolvendo, também, outro tipo de atividades que se revelaram bastante gratificantes e que me permitiram desenvolver outras competências.

Os objetivos específicos que estabeleci para este local de estágio, foram:

- Realizar intervenções Psicoeducativas promotoras da adesão terapêutica;
- Desenvolver competências comunicacionais no âmbito da relação de ajuda e ensinios;
- Desenvolver intervenções de âmbito psicoterapêutico em grupo;
- Promover o envolvimento das famílias no processo terapêutico da pessoa com doença mental.

Para uma melhor compreensão das atividades realizadas para atingir estes objetivos, irei realizar uma breve caracterização do HD.

O HD consiste numa unidade funcional de internamento a tempo parcial, funcionando de segunda a sexta-feira, das 09 às 16 horas. Apresenta capacidade para 20 pessoas e tem como principal objetivo o desenvolvimento psíquico de modo a alcançar melhoria sintomática e reintegração socioprofissional.

A área física é constituída por dois gabinetes onde se realizam as psicoterapias individuais, reuniões de equipa e entrevistas de admissão; uma sala de trabalho de enfermagem; uma sala polivalente; uma sala onde se realizam as psicoterapias de grupo e grupos multidisciplinares e uma sala de convívio onde decorrem a maioria das atividades terapêuticas, sendo uma para funcionários e outra para os utentes.

A equipa do HD funciona segundo o modelo de intervenção multidisciplinar. O modelo teórico utilizado pelos profissionais é o psicanalítico.

A equipa multidisciplinar é constituída por três psiquiatras, duas psicólogas, dois enfermeiros e uma terapeuta ocupacional, bem como, um número variável de técnicos em estágio académico e com um voluntário musicoterapeuta.

O programa do HD contempla psicoterapia de grupo, psicoterapia individual, grupo multifamiliar e atividades terapêuticas. A equipa multidisciplinar realiza reuniões frequentemente após a realização das terapias de grupo para discussão, de modo a promover um trabalho em equipa com objetivos terapêuticos comuns e uma atuação coesa.

Este regime de internamento visa a estimulação mental, treino de competências, promoção da relação intra e interpessoal, preservação da inserção sociofamiliar de cada individuo e a autonomização das pessoas.

A população de utentes em regime de internamento no HD é constituída por uma população adulta, cuja faixa etária ronda entre os 19 e os 78 anos. Estes utentes frequentemente pertencem a um estatuto socioeconómico médio e/ou médio baixo. A maioria dos utentes é dependente dos pais, desempregados com perturbações

psiquiátricas graves e por vezes incapacitantes. Os diagnósticos variam entre psicoses esquizofrénicas, quadros neuróticos e depressivos e perturbações da personalidade com ideação suicida marcada.

A primeira semana de estágio neste contexto foi essencial para a minha integração no serviço e na equipa multidisciplinar. Permitiu-me conhecer as dinâmicas do serviço e ter contacto com os diagnósticos e com os métodos e modelos de intervenção. Foi muito rica em aprendizagens, uma vez que, existe um plano semanal de terapias em grupo, sendo uma atividade psicoterapêutica na qual eu não estava integrada.

Foi após presenciar as terapias de grupo e as intervenções na crise que iniciei o meu trabalho de autoconhecimento e gestão dos fenómenos de transferência e contratransferência, sendo estas ferramentas indispensáveis na prática clínica, bem como, a nível pessoal e interpessoal. Cabe ao Enfermeiro EESM gerir “os fenómenos de transferência e contratransferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica” (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2010) sendo que o não desenvolvimento destas competências pode condicionar os resultados esperados.

Neste percurso formativo esta era uma das principais competências que pretendia desenvolver. A capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional são de importância fundamental para a formação especializada nesta área.

No início do estágio sentia grande dificuldade em realizar entrevistas e em dinamizar sessões em grupo devido à minha insegurança e ansiedade. Foi um processo longo em que tive oportunidade de discutir e refletir com os meus orientadores sobre algumas situações que vivenciei, integrando o processo reflexivo das minhas intervenções e ações enquanto pessoa/profissional de saúde. A realização dos diários de aprendizagem, promoveu a minha introspeção e reflexão das minhas dificuldades e encontram-se em Apêndice (Apêndice I – Diário de Aprendizagem 1; Apêndice II – Diário de Aprendizagem 2; Apêndice III – Diário de Aprendizagem 3; Apêndice IV – Diário de Aprendizagem 4).

Recordo-me de uma situação em que interagi com uma utente que referia sentir-se incomodada quando encontrava amigas e estas estavam felizes com a sua vida, sentindo-se diminuída por esse motivo. Para além desta situação, a utente contava, ainda, que por vezes proibia a mãe de sair de casa ainda que esta necessitasse de o fazer, por algum motivo. Esta situação despertou em mim um sentimento de revolta e considerei de uma grande infantilidade e injustiça os comportamentos da utente perante a sua mãe.

Embora tenha sentido dificuldade em abster-me dos meus sentimentos, evitei fazer julgamentos e consultei o processo da doente para tentar compreender melhor o que se estava a passar. Conhecer a história de vida e a origem dos problemas é essencial. Senti, ainda, necessidade de me aproximar desta pessoa, promovendo interação terapêutica e valorizando a escuta ativa. Após conhecer melhor a sua história foi mais fácil compreender o porquê de certos comportamentos e atitudes e de que modo eu poderia ajudá-la enquanto enfermeira. Apesar de todo o esforço que realizei ainda sinto que deveria ter tido mais atenção nomeadamente no que concerne à minha linguagem não-verbal. Refletir sobre este tipo de situações é essencial para a tomada de consciência dos aspetos menos positivos da minha prática clínica e das minhas respostas emocionais e fundamental para que, no futuro, eu possa fazer melhor.

Na segunda semana de estágio já me sentia mais segura para iniciar a prestação de cuidados de forma mais autónoma. À medida que fui conhecendo melhor os utentes seguidos no HD, apercebi-me que a adesão terapêutica não era um problema e optei por dirigir as minhas intervenções para os restantes objetivos definidos para este contexto.

Identifiquei como uma necessidade sentida por parte destes utentes a dificuldade em definir objetivos e delinear estratégias para o futuro. Foram identificados como diagnósticos de enfermagem CIPE: Autoestima baixa; Autoconhecimento dificultador; Falta de iniciativa. Assim, elaborei quatro atividades as quais designei

por “o meu projeto de vida”, cujo objetivo foi ajudar as pessoas a identificarem objetivos para o futuro e de que forma os poderiam realizar, definindo estratégias para tal. Antes de cada atividade realizei jogos terapêuticos como aquecimento prévio, de modo a facilitar a relação interpessoal e promover a colaboração e a participação entre o grupo. As quatro sessões decorreram no HD, piso 3.

De seguida irei explicitar a metodologia do processo de intervenção e irei realizar uma reflexão pessoal acerca da mesma.

Objetivos

Definiu-se como objetivo geral:

- Desenvolver uma intervenção psicoterapêutica em grupo.

O objetivo geral desta intervenção para o grupo é:

- Estimular os utentes do HD a planear um projeto de vida futuro.

Os objetivos específicos definidos foram:

- Permitir a expressão de sentimentos e emoções;
- Motivar os utentes do HD a pensarem nos seus objetivos de vida;
- Promover o envolvimento dos utentes na atividade.

Caraterização do grupo alvo

O grupo alvo foram os utentes do HD, de ambos os sexos, em que a maioria apresenta como diagnóstico de base Perturbação da Personalidade. O grupo foi um grupo aberto, verificando-se a participação de 17 utentes.

Planificação da intervenção

Esta intervenção foi realizada em quatro sessões com duração de cerca de 1h30. As sessões foram designadas por:

- Os meus objetivos de vida;
- As minhas estratégias;
- As minhas novas estratégias;
- O meu projeto de vida.

A estrutura das sessões é a seguinte:

- Aquecimento – Quebra-gelo;
- Desenvolvimento
- Partilha
- Avaliação da sessão.

As intervenções ocorreram na sala de dinâmicas do HD. O material necessário para o decorrer da atividade foi: canetas, lápis e folhas. Surgiram como obstáculos a dificuldade dos utentes partilharem os seus objetivos de vida e no decorrer da atividade surgirem sentimentos bloqueadores ou promotores do desencadeamento de uma crise.

O planeamento de cada sessão surge em Apêndice (Apêndice V – Avaliação da sessão de “o meu projeto de vida” e Planos das quatro sessões realizadas no âmbito da intervenção).

No decorrer das quatro sessões foram realizadas dinâmicas de grupo, uma vez que, as experiências de grupo são as mais significativas por se tratar de um conjunto de indivíduos cuja associação se baseia em interesse partilhados, valores, normas ou propósitos comuns, com funções de socialização, apoio, realização de tarefas, camaradagem, informativo, normativo, *empowerment* e *governance* (Townsend, 2011).

O objetivo fundamental dos jogos psicológicos em grupo é o de proporcionar aos participantes uma experiência particular de aprendizagem. Os jogos proporcionam o nível base de estimulação capaz de ativar processos que permitem a tomada de consciência das dimensões intrapsíquicas e relacionais e facilitam a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros (Manes, 2001).

Avaliação do processo de intervenção

No final da sessão os utentes foram convidados a preencher uma escala do tipo Likert com 5 itens com a finalidade de avaliar a importância que a sessão teve para si (Apêndice V – Avaliação da sessão de “o meu projeto de vida” e Planos das quatro sessões realizadas no âmbito da intervenção). Seguidamente foi solicitado a cada utente que descrevesse o que sentiu e que partilhasse com o grupo.

O grupo foi ainda avaliado através da grelha de observação existente no serviço e que é utilizada em todas as sessões de grupo que aí decorrem (Anexo I – Avaliação de Atividades de Grupo).

Reflexão acerca da intervenção

Na primeira sessão “Os meus objetivos de vida”, foi solicitado aos utentes que escrevessem pelo menos três objetivos que já tinham concretizado e alguns que gostariam de realizar. Durante a atividade apercebi-me que os utentes sentiram mais dificuldade em escrever os objetivos que queriam concretizar, do que os que já tinham conseguido atingir. Apercebi-me ainda que tive alguma dificuldade na gestão do tempo uma vez que senti que era necessário mais tempo para o grupo discutir a suas experiências.

Quando foi pedido no final da sessão para referirem um sentimento ou emoção que sentiam no momento: Revolta, Medo, Angústia, Raiva, Saudade, Ódio, Solidão e Esperança foram as palavras proferidas pelos utentes.

Durante a atividade eu própria sentia-me ansiosa, com receio de falhar e não conseguir cumprir os objetivos a que me propunha. Tive alguma dificuldade em lidar com a frustração que alguns utentes demonstravam sobre o seu futuro e a minha própria frustração ao perceber que só um dos utentes relatou a palavra esperança. Senti-me de alguma maneira culpabilizada pelos sentimentos negativos que descreveram.

Fez-me refletir no porquê de estar a dirigir os sentimentos para mim, fez ainda tentar colocar-me no lugar do utente para tentar perceber de onde vinha toda aquela revolta e perceber que enquanto profissional de saúde tenho para além de compreender o utente, de me compreender a mim própria e lidar com os meus sentimentos.

Na segunda sessão “As minhas estratégias” os utentes tiveram a oportunidade de ler os seus objetivos concretizados e as estratégias que utilizaram no passado para os alcançar. Foi ainda possível refletirem acerca das estratégias para cumprirem os objetivos que se propunham.

Nesta atividade senti-me mais segura e menos centrada em mim. Procurei aperceber-me do comportamento e da linguagem não verbal dos utentes.

Na terceira sessão “As minhas novas estratégias”, foi proposto ao grupo formar uma roda com as cadeiras e partilharem os objetivos e estratégias.

Nesta atividade senti alguma dificuldade em gerir os meus sentimentos quando um dos utentes referiu sentir solidão e dificuldade em reatar amizades passadas. Nesse momento ao observar o utente e observar o seu sofrimento eu própria senti-me angustiada com aquele silêncio, como se tivesse ficado paralisada. Passados alguns segundos senti-me em modo de fuga, como se quisesse sair rapidamente daquele silêncio e erradamente dei algumas sugestões. Entretanto devolvi a questão ao grupo e nesse momento tive algum tempo para recompor-me.

Voltei a refletir sobre as minhas intervenções e apercebo-me que tenho dificuldade em lidar com a minha impotência de não ter respostas certas.

Na quarta sessão “ O meu projeto de vida”, os objetivos propostos pelos utentes foram agrupados em independência financeira, socialização e trabalho pessoal. Foram feitas cartolinas com estes títulos e foi proposto ao grupo que se colocasse junto do objetivo que fosse mais prioritário para si e que, em grupo, redefinissem estratégias para os alcançar.

Nesta atividade achei interessante que quando os utentes se colocavam no papel de exporem as estratégias ao restante grupo se sentiam mais seguros nas estratégias que apresentavam, dando exemplos concretos.

Nesta atividade senti-me mais à vontade, com maior controlo das minhas emoções, com mais facilidade em chegar aos utentes e gerir o grupo e o tempo.

Um dos aspetos que me apercebi que influenciou positivamente a minha segurança e o sucesso da atividade foi a relação que fui estabelecendo com os utentes nas restantes atividades semanais ou mesmo em pequenos momentos como a avaliação de sinais vitais. A relação que estabeleci com os utentes tornou-me mais próxima dos mesmos e eles próprios aceitaram-me e estabeleceram uma relação de confiança comigo.

Senti uma evolução na minha aprendizagem, ultrapassei algumas barreiras e adquiri algumas estratégias para minimizar outras, tais como, a minha ansiedade, que algumas vezes condicionavam o meu comportamento desde o tom de voz à minha postura.

No desenvolvimento desta atividade terapêutica senti que trabalhei o meu auto conhecimento e procurei integra-lo na relação terapêutica, permitindo-me

desenvolver a minha capacidade de gestão dos fenómenos de transferência-contratransferência.

Esta intervenção terapêutica foi algo muito gratificante para mim porque senti que os utentes refletiram acerca do seu projeto de vida e demonstraram agrado durante as atividade tendo avaliado a intervenção como Importante/Muito Importante.

Sinto que, neste percurso, desenvolvi as competências psicoterapêuticas e socio terapêuticas que me permitem uma maior aptidão para intervir junto de um grupo. Experimentei uma evolução crescente da primeira até à última atividade e adquiri uma maior capacidade de reflexão. Deste modo elenquei um conjunto de competências definidas para o enfermeiro EESM, que, de acordo com o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2010), *“presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, 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”*. O trabalho que desenvolvi foca-se bastante na reabilitação psicossocial, ajudando a pessoa a *“atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais”* através da definição de um projeto de vida.

Uma outra competência que me propus desenvolver neste estágio foi o desenvolvimento da relação de ajuda. Para tal, o momento do acolhimento da pessoa e o estabelecimento de uma relação empática e de confiança, foram fulcrais. A entrevista inicial é um momento privilegiado na promoção da relação de ajuda, englobando as técnicas de comunicação.

Apercebi-me que os enfermeiros neste serviço assumem uma relação privilegiada, por estarem presentes em todas as actividades semanais e conseguirem realizar avaliações constantes das actividades diárias. No HD os utentes estão distribuídos

por enfermeiros de referência, o que facilita o estabelecimento de uma relação de confiança e de ajuda.

3.3. CONTRIBUTOS DO CONTEXTO EM INTERNAMENTO

O segundo estágio decorreu num serviço de psiquiatria de agudos entre o período de 15/12/2014 a 13/02/2015. Foi bastante entusiasmante, para mim, nesta fase de desenvolvimento do meu trabalho, abraçar esta jornada, uma vez que foi durante o período em que decorreu este estágio que desenvolvi intervenções relacionadas com a temática que escolhi trabalhar – o *follow-up* telefónico na adesão terapêutica.

Os objetivos específicos que defini para este local de estágio foram:

- Realizar o levantamento dos fatores que conduzem ao abandono terapêutico;
- Desenvolver competências comunicacionais no âmbito da relação de ajuda;
- Identificar necessidades de informação para a gestão dos cuidados/encaminhamento atempado;
- Desenvolver a intervenção de Follow-up telefónico na pessoa com doença mental promovendo a continuidade de cuidados;
- Realizar intervenções no âmbito psicoterapêutico que promovam a adesão terapêutica.

De seguida e, de forma a contextualizar as atividades realizadas para atingir os objetivos definidos, realizarei uma breve caracterização deste serviço. O mesmo consiste numa unidade funcional de internamento, a tempo completo, funcionando diariamente com capacidade para 14 utentes.

O espaço de internamento é composto por sete gabinetes, sala de trabalho de enfermagem, gabinete da enfermeira chefe e quatro gabinetes médicos, um gabinete da assistente social, 3 enfermarias (8 camas para mulheres e 4 para homens), um quarto individual e outro duplo, uma sala polivalente onde se realizam actividades terapêuticas com os utentes e que também é refeitório, sala de fumadores, quatro casas de banho e uma copa.

A equipa multidisciplinar é composta por equipa de enfermagem, equipa médica, uma assistente social, uma Terapeuta Ocupacional, uma Dietista, Assistentes Operacionais e Administrativas.

A idade da população varia dos 15 aos 93 anos. Os principais diagnósticos assentam nas psicoses afetivas, esquizofrenia e psicoses tóxicas.

O serviço apresenta um plano de atividades semanais com sessões de educação para a saúde, treino de competências sociais, movimento, relaxamento e reuniões comunitárias dinamizado por uma Enfermeira Especialista e por uma Terapeuta Ocupacional. Existe no serviço um documento utilizado para realizar a Avaliação de Atividades de Grupo e que se encontra em Anexo (Anexo I – Avaliação de Atividades de Grupo). Este documento permite aos profissionais avaliar alguns parâmetros face aos participantes durante as atividades de grupo, nomeadamente, motivação; atenção/concentração; participação; satisfação; interação; comportamento e eficácia da ação. Assim, é possível ir introduzindo algumas estratégias, quer a nível individual quer do grupo, para melhorar a eficácia das sessões.

Ao longo de todo o estágio foram surgindo algumas dúvidas acerca da melhor abordagem ao tema da adesão terapêutica e fui tendo algumas inseguranças sobre se iria conseguir atingir os objetivos a que me propus. Foram essenciais as conversas informais que fui tendo com os enfermeiros que trabalham no serviço, peritos na sua área de intervenção, e com a minha orientadora, enfermeira EESM, que me mantiveram sempre motivada a seguir em frente com este projeto. Foi, também, para mim, uma preocupação constante tentar trazer este tema da adesão terapêutica para discussão, bem como, que intervenções de enfermagem poderão ser feitas para a aumentar. Sempre que me foi possível, junto da equipa de enfermagem, procurei falar sobre o tema, discutir opiniões com os pares, ouvir as suas experiências e dar a conhecer alguma da evidência científica com a qual tomei contacto durante a realização deste trabalho. Assim, fui desenvolvendo algumas

competências comuns do enfermeiro especialista que *“responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade”, bem como, “suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade”* atuando *“como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Todas as atividades que desenvolvi ao longo deste percurso formativo foram, também, no sentido de melhorar de forma contínua a qualidade dos cuidados prestados, indo de encontro ao preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2010) para o Enfermeiro Especialista em que o mesmo *“(...) concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”*. Também nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2002) se assume como objetivos a *“(...) melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”* e *“promover o exercício profissional da enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade”*.

Tinha como objetivo encontrar um problema passível de resolução e/ou melhoramento e ao escolher o tema da adesão terapêutica procurei definir intervenções autónomas de enfermagem, como sendo o caso do *follow-up* telefónico, que me possibilitassem fazê-lo. A problemática da não adesão terapêutica pode enquadrar-se no enunciado descritivo da Prevenção de Complicações (Ordem dos Enfermeiros, 2002) devendo o enfermeiro proceder à *“identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente (...)”* e *“a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados”*. Ao definir intervenções para a resolução/melhoramento do problema, estas enquadram-se no enunciado descritivo da Promoção da Saúde favorecendo *“a criação e o aproveitamento de oportunidade para promover estilos de vida saudáveis”, “a promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento”* e *“o*

fornecimento de informação gerador de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente” (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Ao longo do estágio tive a oportunidade de realizar acolhimentos e entrevistas a pessoas sem adesão terapêutica e que já tinham tido internamentos anteriores por este motivo. A entrevista é o principal recurso para a obtenção de dados e, conseqüentemente, para a formulação dos diagnósticos de enfermagem em psiquiatria. O acolhimento e a entrevista permitiram-me iniciar uma proximidade de construir a relação terapêutica e conseqüente relação de ajuda e de confiança. De acordo com o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2010) *“(...) o processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes”.*

Posteriormente, nos turnos seguintes, demonstrei disponibilidade para as suas dúvidas face ao internamento e prestei apoio emocional a esta fase de transição. Tendo em conta o nível de competências de enfermeira perita que pretendo desenvolver e atingir, estes momentos foram essenciais para mim, permitindo-me tomar consciência de mim mesma e das minhas necessidades enquanto pessoa e enfermeira e as necessidades do outro, procurando ajudá-lo a encontrar os seus próprios recursos na resolução dos seus problemas. Como refere Benner (2001, p. 81) a enfermeira perita reconhece *“(...) as suas necessidades e as dos seus doentes; ela encontra uma interpretação ou uma compreensão da situação que seja aceitável para eles; e ela ajuda-os a utilizar os seus próprios recursos (...)”.*

Tive a oportunidade de prestar cuidados diretos aos utentes internados de modo a compreender as rotinas do serviço, comunicar com a equipa multidisciplinar e prestar cuidados básicos aos utentes que também fomentam o desenvolvimento da relação terapêutica. A comunicação foi uma competência que desenvolvi e que se revelou essencial para poder estabelecer a relação terapêutica. Comunicar *“consiste evidentemente em exprimir-se e em permitir ao outro fazê-lo. É preciso não somente*

perceber, escutar e ouvir o outro, mas também apreender o que se passa no interior de nós próprios, identificar as emoções, os pensamentos ou as reações que as suas palavras suscitam em nós” (Phaneuf, 2005, p. 22).

Nos momentos em que me disponibilizei a procurar os utentes para falarem das dificuldades e como estavam a lidar com o internamento, senti que se sentiam gratos e muitos verbalizavam que apreciavam estes momentos de apoio.

A relação empática que fui construindo com os utentes ao longo do internamento foi a chave para o sucesso das minhas intervenções.

Com o intuito de realizar uma intervenção de *follow-up* telefónico na adesão terapêutica expliquei o mesmo a cada participante, forneci-lhes o consentimento informado e esclareci as suas dúvidas. Dos utentes inquiridos todos demonstraram vontade em participar. O documento relativo ao consentimento informado encontra-se em Apêndice (Apêndice IX – Consentimento Informado).

Iniciei a aplicação da escala MAT (Medida de Adesão aos Tratamentos) em forma de questionário e posteriormente ao seu preenchimento, de acordo com os itens sugestivos de não adesão, realizei esclarecimentos individualizados acerca dos benefícios da adesão terapêutica e das consequências do abandono terapêutico. A escala de MAT encontra-se em Anexo (Anexo II – Escala de MAT).

Posteriormente, desenvolvi algumas atividades que tinham como objetivo aumentar a adesão terapêutica. Uma das atividades que realizei neste contexto foi uma sessão de Psicoeducação com o tema “Adesão Terapêutica”. Foi uma atividade na qual me deu muito prazer trabalhar e na qual me senti muito envolvida. Tinha pouca experiência em planear e executar atividades deste género e, como tal, exigiu bastante dedicação. Todavia, toda a experiência de proximidade com os utentes, de partilha de experiências e a hipótese de falar acerca deste tema foram muito importantes para mim. O enfermeiro EESM “*coordena, desenvolve e implementa programas de Psicoeducação e treino em saúde mental*” (Colégio da Especialidade

de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2010) e ao desenvolver esta atividade pude trabalhar variadíssimos aspetos desta competência, nomeadamente, fornecendo orientações aos utentes que permitam promover a saúde mental e prevenir o risco de perturbação mental; promover a adesão ao tratamento; promover o conhecimento e a compreensão acerca dos problemas relacionados com a saúde mental ensinando acerca dos efeitos desejados e possíveis efeitos adversos das opções terapêuticas (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2010). Os diapositivos em *Power Point* utilizados na apresentação da mesma encontram-se em Apêndice (Apêndice VI – Diapositivos em *Power Point* utilizados na apresentação da sessão de Psicoeducação “Adesão Terapêutica”). Nesta sessão participaram todos os utentes internados.

Posteriormente a realizar esta sessão de Psicoeducação planeei e desenvolvi com os utentes um jogo terapêutico onde foram abordadas estratégias e conselhos/orientações para melhorar o cumprimento terapêutico. Em Apêndice (Apêndice VII – Jogo Terapêutico – Adesão Terapêutica) pode ver-se o documento criado para a realização do mesmo. Por fim, através de uma intervenção de grupo psicoterapêutico foi possível fazer um levantamento dos fatores que conduzem ao abandono terapêutico. O planeamento desta intervenção encontra-se em Apêndice (Apêndice VIII – Plano da Sessão).

Seguidamente irei fazer uma análise mais aprofundada da intervenção realizada no âmbito do *follow-up* telefónico na adesão terapêutica em pessoas com doença mental levada a cabo neste contexto de estágio.

***Follow-up* telefónico como intervenção**

No contexto de internamento e após a seleção dos utentes, realizaram-se as entrevistas iniciais, colheita de dados, aplicação da escala MAT, intervenções Psicoeducativas e os grupos terapêuticos com a finalidade de esclarecer dúvidas face à medicação, sinais e sintomas e estratégias para a adesão terapêutica. Como já foi anteriormente referido, após explicar o programa de *follow-up* telefónico a cada participante forneci-lhes o consentimento informado e esclareci as suas dúvidas.

Antes do momento da alta realizei aconselhamento, reavivando as estratégias de adesão terapêutica e disponibilizei-me para esclarecer dúvidas dos utentes e dos familiares.

A intervenção de *follow-up* telefónico foi efetuada em dois momentos. Houve um primeiro contacto realizado uma semana após a alta e um segundo contacto efetuado duas semanas após a alta.

Nos *follow-up* telefónicos realizados, foi preenchido um questionário, que se encontra em Apêndice (Apêndice X – Questionário *Follow-up*), que permitiu registar a informação principal e a avaliação do utente, os ensinamentos realizados, a terapêutica que o utente está a fazer e a necessidade realizar encaminhamento.

Nesse *follow-up* telefónico é convenientemente agendado o próximo de acordo com a disponibilidade do utente.

Objetivos da intervenção do *Follow-up* telefónico

Para a intervenção de *follow-up* telefónico foram definidos os seguintes objetivos:

- Promover a adesão terapêutica;
- Realizar um acompanhamento após a alta;
- Esclarecer dúvidas;
- Aplicar a escala MAT;
- Relembrar estratégias promotoras de adesão ao tratamento;
- Realizar encaminhamento caso necessário.

Caracterização da amostra

O grupo alvo são pessoas com doença mental, de ambos os sexos, internados no serviço de Psiquiatria Agudos, de um Hospital em Lisboa, que tiveram alta clínica e

posteriormente ficaram a ser seguidas na Consulta Externa de Psiquiatria do mesmo Hospital.

Da amostra obtida todos os utentes tinham nacionalidade Portuguesa, pertencendo à área da grande Lisboa.

No estudo participaram 10 utentes, 3 do sexo masculino e 7 do sexo feminino com idades compreendidas entre os 22 e os 58 anos.

Dos utentes da amostra todos já tinham tido internamentos anteriores.

Em relação ao contexto profissional três das utentes encontravam-se a trabalhar, uma a estudar, duas são reformadas por invalidez e uma desempregada. Nos participantes do sexo masculino um estava a trabalhar, outro reformado pela psiquiatria e o outro desempregado.

Instrumentos e técnicas de recolha de dados

Numa entrevista inicial foi utilizado um Questionário de Avaliação Inicial, sendo o mesmo preenchido por mim após a entrevista com o cliente.

Elaborei um Questionário de *Follow-up* telefónico que utilizei nos contactos telefónicos elaborados após a alta.

Avaliação

Avaliar os níveis de adesão terapêutica é uma das dificuldades com que os profissionais de saúde se deparam na sua prática. O desenvolvimento de alguns instrumentos de medida permite avaliar comportamentos de adesão, procurando colmatar essas dificuldades.

Um dos instrumentos que tem sido utilizado há décadas é a escala de *Morisky*. Esta escala tem quatro itens de resposta dicotómica (sim/não), para avaliar a adesão aos tratamentos.

Segundo Delgado & Lima (2001), a originalidade desta escala reside na construção das questões pela negativa, em que a resposta “não” significa adesão, permitindo evitar o enviesamento das respostas.

Os mesmos autores realizaram um estudo com a finalidade de criar uma escala para avaliar a adesão aos tratamentos a partir da Escala de *Morisky* (Delgado & Lima, 2001). A escala criada – a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) - encontra-se validada e constitui a versão Portuguesa da escala de *Morisky*, com sete itens para a medida de adesão aos tratamentos.

Os autores verificaram, ainda, que esta escala comparativamente com a escala de *Morisky*, permitia melhorar a qualidade psicométrica do instrumento, a sensibilidade, a especificidade e a consistência interna.

Para considerar a identificação das pessoas com adesão ao regime medicamentoso, são considerados os valores de resposta com score total igual ou superior a 5 (Delgado & Lima, 2001).

Esta escala tem a vantagem de aceder a diversas dimensões dos problemas de adesão em análise, podendo, também, ser aplicada por questionário, indiretamente pelo técnico de saúde, na forma de entrevista estruturada.

Apresentação e Discussão dos Resultados

No decorrer deste estudo participaram 10 pessoas que estiveram em regime de internamento no serviço de Psiquiatria. Todos foram esclarecidos e foi obtido o consentimento informado. Entre o período de Dezembro de 2014 a Fevereiro de

2015, foram realizadas entrevistas e aplicada a escala de MAT em forma de questionário.

Uma análise mais detalhada e pormenorizada da apresentação e discussão dos resultados encontra-se em Apêndice (Apêndice XI – Apresentação e Discussão dos Resultados da Intervenção de *follow-up* telefónico na adesão terapêutica).

A aplicação da escala realizada às pessoas durante o internamento será representada por (m 0).

Através dos resultados obtidos na fase de internamento foi notório que este grupo de pessoas não apresenta adesão terapêutica, uma vez que, a média varia entre os **3** e os **4,1**. Segundo Delgado & Lima (2001) para que se considere haver adesão terapêutica através da escala MAT o *score* deve ser igual ou superior a **5**.

Após verificar a não adesão terapêutica através da escala, dei continuidade às restantes intervenções programadas anteriormente com as intervenções psicoeducativas e os grupos terapêuticos.

Na preparação para a alta, disponibilizei tempo ao utente e a família para esclarecerem as suas dúvidas. Aproveitei esse momento para reavivar as estratégias de adesão terapêutica. Muitas das dúvidas dos utentes prendiam com a continuidade da terapêutica, como efeitos secundários da medicação e como adequar a medicação às suas rotinas. É difícil para os utentes perceberem a importância de tomarem a medicação mesmo sem sintomas da doença e apresentarem crítica para a doença mental como doença crónica. Deste modo procurei aumentar o *insight* dos utentes face à sua situação.

A intervenção de *follow-up* telefónico foi efetuada em dois momentos. Houve um primeiro contacto que decorreu uma semana após a alta, e que será representado por (m 1) e um segundo contacto que decorreu duas semanas após a alta e que será representado por (m 2).

Os contactos foram previamente programados de acordo com a disponibilidade horária das pessoas envolvidas.

Primeiro Follow-up telefónico

Este primeiro *follow-up* telefónico realizado uma semana após a alta é representado por (m 1).

Após este primeiro follow-up telefónico verifiquei que as pessoas se mostravam agradadas pelo seguimento. As dúvidas que surgiram por parte dos utentes prenderam-se essencialmente com efeitos secundários de medicação, acerca de alimentação saudável, consumo de cafeína, ocupação diária, higiene do sono e atividade física.

Foram realizados dois encaminhamentos ao médico de referência devido aos efeitos secundários da medicação estar a limitar as atividades de vida de duas pessoas. Um dos utentes referiu sonolência após a medicação do pequeno-almoço e do almoço o que estava a limitar o seu trabalho. Uma utente referiu estar com insónia inicial uma vez que no internamento recorria a SOS para a insónia e não tinha sido prescrita medicação para resolver este problema no domicílio. Assim sendo o médico assistente dos utentes antecipou a consulta dos mesmos. No seguimento deste trabalho parece-me pertinente mencionar o Estudo de Caso que realizei onde abordei a situação clínica de um destes utentes que faziam parte deste grupo e que foram encaminhados ao médico. A realização deste trabalho facilitou a orientação do meu pensamento e o planeamento de intervenções tendo sido possível desenvolver conhecimentos e competências e consolidar outros. Analisando todo o trabalho que desenvolvi neste contexto, considero a realização deste estudo de caso como uma mais-valia no processo de aprendizagem. O mesmo encontra-se em Apêndice (Apêndice XII – Estudo de Caso).

Após a aplicação da escala MAT através da entrevista telefónica a amostra apresentou uma adesão que variou entre os **3,7** e os **5**, verificando-se que aumentou consideravelmente.

Verificou-se uma média de adesão terapêutica final **4.6** num total de 6.

Segundo *Follow-up* telefónico

Este segundo *follow-up* telefónico foi realizado duas semanas após a alta é representado por (m 2).

Dos contactos realizados, obteve-se a informação que duas das pessoas que tinham sido encaminhadas para o médico, consequente alteração da terapêutica e referiram estar com o padrão de sono mantido e voltaram às suas rotinas.

Foram realizados ensinamentos acerca da importância da adesão terapêutica mesmo que se sintam bem, da importância da ocupação diária, identificação de sinais de alerta para uma recaída e da importância do sono.

Foi novamente aplicada a escala MAT através da entrevista telefónica e a amostra apresentou uma adesão à terapêutica que variou entre **4,9** e os **5,6**.

Observou-se uma média de adesão final de **5,2** num total de 6.

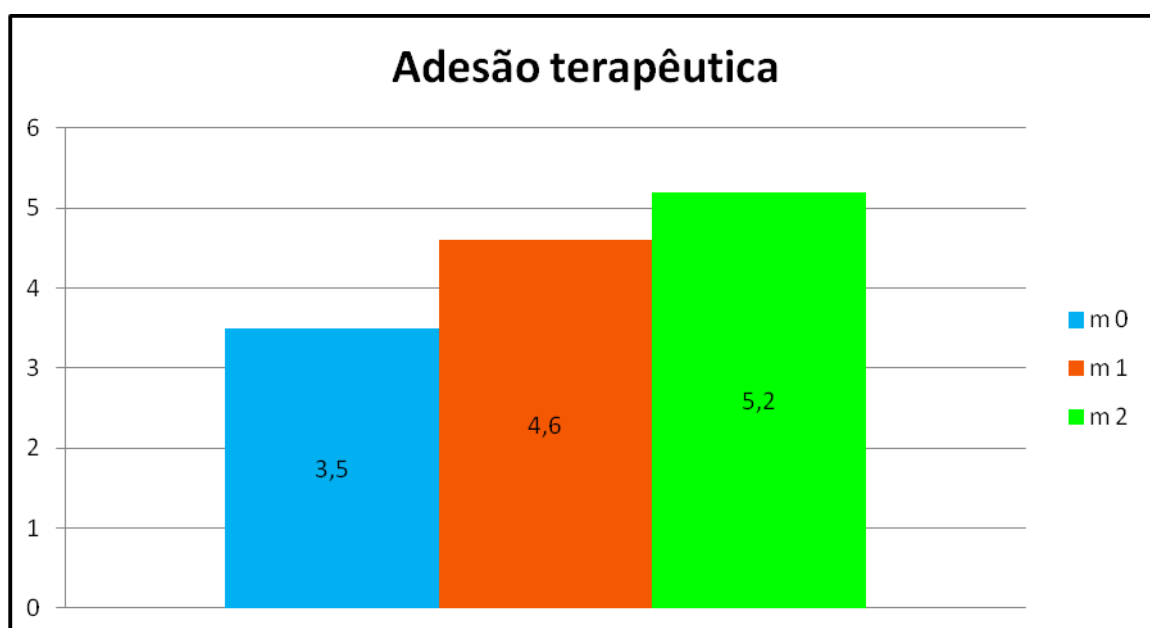
Neste segundo *follow-up* telefónico, houve uma pessoa que não constou deste seguimento, uma vez que foram realizadas várias tentativas de contacto não se obtendo sucesso. Assim, nos próximos resultados o valor máximo será de 90%.

Tendo em conta a aplicação da escala MAT nos diferentes momentos conclui-se, com base nos resultados anteriores, que houve um aumento da adesão terapêutica por parte das pessoas envolvidas no estudo.

O valor de adesão terapêutica inicial (m 0) foi de **3,5** num total de 6. O valor de adesão terapêutica intermédia (m 1) foi de **4,6** e o valor final de adesão terapêutica foi de **5,2** num máximo de 6.

A Figura 2 – Gráfico correspondente ao aumento da adesão terapêutica, ilustra o aumento da adesão terapêutica traduzida pela aplicação da escala MAT, nas diferentes etapas a que foi aplicada.

Figura 2 – Gráfico correspondente ao aumento da adesão terapêutica



Fonte: Análise dos dados obtidos através da aplicação da escala MAT em contexto de estágio

3.4. ANÁLISE GLOBAL

Neste ponto será feita uma análise global da aquisição e desenvolvimentos de competências relativas aos dois locais de estágio.

Durante o percurso de desenvolvimento de competências realizado, foi fundamental proceder a uma fundamentação teórica baseada na evidência científica acerca da problemática selecionada, assim como, analisar e refletir acerca das competências

de enfermeiro EESM. Deste modo foi possível planear a minha ação no contexto clínico e desenvolver este relatório.

Na aquisição e desenvolvimento de uma competência o enfermeiro passa por cinco níveis sucessivos de proficiência, os quais dizem respeito aos estádios de iniciado, de iniciado a avançado, de competente, de proficiente e, por último, de perito. Estes níveis são o reflexo de mudanças que ocorrem na aquisição de uma competência. Neste âmbito o objetivo não é encontrar o enfermeiro competente em todos os campos, apesar das circunstâncias ou do nível de formação (Benner, 2001).

O desenvolvimento de competências pressupõe a capacidade de agir em situação (Le Boterf, 2003). Também Perrenoud (1999) destaca que a abordagem por competência não deixa de lado o conhecimento, pressupondo-se a capacidade de mobilizar e transferir o conhecimento e o “saber agir” nos diferentes contextos.

Collière (1999, p. 290) destaca que o campo de competência da enfermagem *“tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa e dos que a cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las, se essas capacidades forem insuficientes”*.

À noção de competências não se pode atribuir a noção de quantificação. Por outro lado, qualquer conhecimento ou capacidade também não implicam competência, uma vez que esta significa possuir determinada disposição para agir de forma pertinente com vista a dar resposta a uma determinada situação.

O regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE) no nº 3 do artigo 4 define que o papel do Enfermeiro Especialista na prática de cuidados *“corresponde aquele que na sua área de atuação, não se limita a apenas a prestação de cuidados especializados, tendo também uma vertente importante na investigação, na gestão e na formação, visando aumentar o seu conhecimento e a promoção do desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização”* (Ordem dos Enfermeiros, 1998).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2010), as competências do enfermeiro EESM são: *“detém um elevado conhecimento de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização de saúde mental; ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto; presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, 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”*.

Ao longo deste estágio, prestei cuidados de enfermagem de forma direta, tendo em conta as necessidades específicas de cada utente, os diversos contextos em cada atuação, os métodos de trabalho e estratégias de intervenção psicoterapêuticas, permitindo-me desenvolver as competências específicas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Na realização das intervenções planeadas, desenvolvi a minha capacidade crítica acerca do meu desempenho. Fiz uso do Ciclo de *Gibbs*, que me permitiu desenvolver a minha capacidade crítico-reflexiva em vários momentos de aprendizagem que fui vivenciando. A realização dos diários de aprendizagem e consequente discussão dos mesmos com os meus orientadores favoreceram a minha análise acerca de inúmeros aspetos relativamente às minhas características pessoais que influenciam a relação terapêutica.

Foi através do desenvolvimento do autoconhecimento, que consegui ultrapassar algumas das barreiras por mim impostas de forma inconsciente na relação com o outro. Foi fulcral ter consciência das minhas forças, limitações, emoções e o impacto gerado pelo meu comportamento nas mais diversas situações, para me permitir uma melhoria e evolução enquanto pessoa e profissional.

Refletir sobre a prática e produzir saber constituem um modo de estar na profissão, a fim de se desenvolverem competências que permitam a prestação de cuidados de excelência, em contextos de crescente mudança (Garrido et al, 2008).

O contexto clínico foi muito rico em experiências para a aquisição de conhecimentos e de competências de enfermeiros EESM. Apesar dos dois contextos apresentarem abordagens diferentes, complementaram o meu percurso.

No segundo contexto de estágio, em Psiquiatria Agudos, tive a oportunidade de desenvolver intervenções direcionadas à adesão terapêutica, desenvolver um programa de *follow-up* telefónico, realizar sessões Psicoeducativas e desenvolver atividades psicoterapêuticas em grupo.

A utilização do modelo de enfermagem de Peplau como orientador da prestação de cuidados de enfermagem foi essencial para o meu processo de desenvolvimento de competências, ao longo de todo o estágio. A enfermeira, ao interagir com o utente desenvolve-se como profissional, logo a pessoa que ela é e que vem a ser tem influência direta sobre a sua habilidade no relacionamento terapêutico interpessoal (Belcher & Fish, 2000). Sei que hoje não sou a pessoa que era quando iniciei este processo de aprendizagem. Sinto-me hoje mais competente na minha capacidade de estabelecer uma relação terapêutica com os utentes e consequentemente de os orientar no sentido de aumentar a adesão terapêutica.

No que se refere ao planeamento e prestação de cuidados de enfermagem esta teoria também foi bastante facilitadora para mim. A autora identifica quatro fases sequenciais nos relacionamentos interpessoais: orientação, identificação, exploração e resolução. Seguindo esta linha de pensamento, que pode ser vista resumidamente na Figura 3 – Fases do relacionamento enfermeira-paciente, consegui desenvolver competências inerentes aos enfermeiros que, de acordo com Peplau, incluem o esclarecimento de dúvidas sobre informações fornecidas pelo médico ao utente,

bem como, a colheita de dados sobre o utente, que deverá ser contínua e poderá apontar para outras áreas de problemas (Belcher & Fish, 2000).

Figura 3 – Fases do Relacionamento Enfermeira-Paciente

FASE	ENFOQUE
Orientação	Fase de definição do problema
Identificação	Seleção da assistência profissional apropriada
Exploração	Uso da assistência profissional para as alternativas de solução de problemas
Resolução	Término do relacionamento profissional

Fonte: Belcher & Fish, 2000

Nos dois campos de estágio tive a oportunidade de desenvolver intervenções especializadas tendo por base o desenvolvimento de competências comunicacionais e emocionais como a compreensão empática, o respeito, a autenticidade, a compaixão e a esperança.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Durante o processo de desenvolvimento deste trabalho tive em conta os princípios éticos inerentes à natureza e especificidades do mesmo.

O exercício da profissão de enfermagem requer e inclui princípios éticos que asseguram a proteção dos utentes como o respeito pela pessoa, salvaguarda da sua integridade física e psíquica, vulnerabilidade, entre outros, com a finalidade de adequar os cuidados ao utente.

O Enfermeiro Especialista tem como competências comuns as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, que são as seguintes: *“desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Ao longo de todo o meu percurso formativo em campo de estágio procurei ter uma atuação eticamente correta e seguir os princípios definidos no código deontológico dos enfermeiros (Código Deontológico dos Enfermeiros, 1998). Em relação ao trabalho desenvolvido no âmbito da intervenção de *follow-up* telefónico na adesão terapêutica todas as pessoas que aceitaram participar neste projeto, foram esclarecidas sobre o contexto, objetivos e procedimentos do programa a implementar e deram o seu consentimento livre e escrito.

Foram esclarecidas que tinham a liberdade de recusar participar ou desistir, sem qualquer tipo de consequência. Foi ainda assegurado a confidencialidade, sigilo e proteção dos dados obtidos em qualquer fase da intervenção, preservando a sua privacidade, tendo em consideração o artigo 35º e 36º da carta dos direitos dos utentes internados (Ministério da Saúde/Direcção-Geral da Saúde, 2005) e segundo o dever de sigilo do enfermeiro (Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Uma vez que o *follow-up* telefónico foi realizado uma semana após a alta dos utentes, foi programado com cada utente o horário mais adequado para este contacto, de forma a não intervir com as suas atividades de vida.

Do ponto de vista deontológico, o enfermeiro no cumprimento do exercício da sua profissão, deverá reger-se por princípios éticos e deontológicos, os quais incluem a temática da investigação. Assim a investigação pode emergir como: - área de intervenção (no REPE); - dever genérico (artigos 78º e 88º do CDE e art.9º, pontos 5 e 6 do REPE); - dever de salvaguarda de populações mais fragilizadas (art.81º do CDE); - dever de informação - consentimento informado (art.84º, alínea b do CDE); - dever de sigilo (art.85º do CDE); - dever de respeito pela intimidade (art.86º do CDE); - direito do enfermeiro (artigo 75º do CDE).

Destaco ainda uma última norma do REPE: o ponto 1, do seu art.8º, o qual refere que *“no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”*. Importa refletir, sobre as várias vertentes em que o enfermeiro, na sua prática, tem de focar a sua atenção.

Este deve assumir uma conduta ética e respeitosa da pessoa humana, a qual passa pelo respeito de princípios éticos como os da beneficência, não-maleficência, justiça, autonomia, confidencialidade e veracidade - destaco estes pois considero que são os que melhor se aplicam neste trabalho.

O enfermeiro deve reger-se pelos códigos normativos vigentes, com vista a assegurar que os direitos e interesses da pessoa que cuida são respeitados e defendidos.

Nem sempre é fácil conseguir o equilíbrio desejável entre as exigências técnico-científicas e ético-morais inerentes à profissão de enfermagem e a sensibilidade humana necessária ao cuidado do outro.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo irei tecer algumas considerações acerca da realização deste relatório e de todo o percurso desenvolvido, bem como analisar brevemente as limitações que surgiram e quais as estratégias que defini para as ultrapassar, bem como, irei referir-me ao trabalho que pretendo desenvolver no futuro.

A elaboração deste trabalho contribuiu para o desenvolvimento dos cuidados especializados na pessoa com doença mental. Foi também possível desenvolver a temática de adesão terapêutica, assim como, refletir acerca de estratégias e intervenções para melhorar a minha prática clínica.

Os estágios realizados possibilitaram-me compreender o alcance do papel do enfermeiro EESM.

A temática da adesão terapêutica comporta uma grande influência na melhoria da pessoa com doença mental e sem dúvida que um adequado planeamento da alta, assim como um programa de acompanhamento pós alta se torna indispensável para a melhoria dos cuidados.

Com a implementação deste projeto delineei um caminho que me permite estar perto de alcançar os meus objetivos enquanto futura enfermeira especialista, assim como objetivos pessoais, dado que o trabalho desenvolvido parte também da minha ambição em implementá-lo posteriormente no meu local de trabalho.

Algumas das limitações com que me deparei durante o estágio, nomeadamente, na implementação da intervenção de *follow-up* telefónico na adesão terapêutica surgem pelo número reduzido da amostra e do curto tempo de estágio que não permitiu a realização de mais intervenções. Em relação ao número reduzido da amostra deve-se às características da população que escolhi, tendo sido apenas utentes sem adesão terapêutica durante o período de estágio, sem limitação auditivas e que

aceitassem participar no estudo. Um outro aspeto que contribuiu para a amostra ser mais pequena, deveu-se à incorreta referenciação, havendo consequentemente vagas ocupadas por utentes que não pertenciam à área e serem então transferidos para o Hospital de Residência. O tempo de estágio do internamento também limitou a continuação do programa, pela necessidade de ser continuado no tempo.

Este programa carecia de mais intervenções de *follow-up*, sendo as seguintes um mês após a alta, 2 meses após a alta e seguidamente agendar consoante a necessidade da pessoa.

Os recursos físicos tais como uma sala ou gabinete que tenha um ambiente calmo e em que o enfermeiro não seja constantemente interrompido, é uma outra necessidade para este programa, uma vez que é fulcral a total atenção do enfermeiro durante a consulta telefónica.

Embora tenha sido um programa curto com algumas limitações, considero que teve um efeito positivo nos utentes que participaram. Penso que as intervenções interligadas com o *follow-up* telefónico foram eficazes e que os utentes demonstraram-se agradados com o acompanhamento pós-alta.

Tal como previa, o tempo e o esforço necessários para a concretização das intervenções planeadas foram compensados pela aquisição de novas competências, que me permitirão dar um melhor contributo para a adesão terapêutica às pessoas com doença mental.

Ao longo de todo o percurso a teoria de enfermagem de Hildegard Peplau serviu como orientadora ao meu pensamento e elaboração de estratégias e intervenções de enfermagem.

Com este trabalho penso ter atingido o meu objectivo inicial de desenvolver competências de enfermeiro EESM. É meu objectivo vir a desenvolver um trabalho no âmbito do *follow-up* telefónico na adesão terapêutica no meu local de trabalho.

Nesse contexto a realização deste trabalho e a experiência adquirida junto dos pares que trabalham noutros contextos e realidades foi fulcral. Sinto que cresci imenso enquanto pessoa e enquanto enfermeira e é com bastante motivação e expectativa que me preparo para abraçar novos desafios sempre com vista a atingir a excelência dos cuidados de enfermagem garantindo uma melhoria da qualidade na prestação dos mesmos.

Como resultado dos contributos das experiências formativas, associadas a este percurso conducente ao grau de mestre parece pertinente formular algumas recomendações a prestadores, gestores e investigadores

Apesar de ser crescente a adesão deste programa de *follow-up* telefónico nas instituições, verifiquei que a nível teórico existem poucos estudos em Portugal e penso que seria um tema pertinente para investigadores obterem resultados.

É expectável que dentro de poucos anos surjam resultados positivos dos estudos a decorrer neste momento em Portugal no âmbito do *follow-up* telefónico realizado por enfermeiros. Os Enfermeiros devem continuar a acrescentar mais valor ao trabalho e fundamentar mais as intervenções e dar a conhecer os resultados através de artigos, revistas científicas, congressos. Sugeriria ainda que os temas acerca da adesão terapêutica fossem trabalhados em atividades de forma mais atrativa como complemento a sessões Psicoeducativas.

Para os Gestores fica o reforço da importância da continuação deste projeto. Julgo que seria vantajoso para o utente um *follow-up* presencial uma semana após a alta, de modo a colmatar as dúvidas do utente face a esta fase de adaptação às rotinas e posteriormente realizar então o *follow-up* telefónico periodicamente pelo seu impacto positivo observado nos utentes e por ser uma intervenção com baixo custo que permite um seguimento dos utentes.

Outra sugestão que me parece benéfica seria instituir um *follow-up* telefónico mais personalizado ao utente/família, efetuado por enfermeiro de referência que tenha acompanhado no internamento, facilitando assim a relação terapêutica.

Por último, penso que seria benéfico formar uma equipa de intervenção junto da comunidade, de modo a garantir o tratamento junto das pessoas que por diversos fatores o abandonam. Esses fatores incluem dificuldades monetárias para aquisição de medicação, para os transportes até às consultas, dificuldade na mobilidade em utentes mais dependentes e ainda os utentes sem crítica para o seu estado de saúde.”

BIBLIOGRAFIA

Beebe, & Schwartz. (Fevereiro de 2014). Telephone-based disease management for severe enduring mental illnesses (SEMI). *Home Health Care Management Practice*, 26, pp. 49-54.

Beebe, e. a. (Junho/Julho de 2008). Telenursing intervention increases psychiatric medication adherence in schizophrenia outpatients. *Journal of the American Pshychiatric Nurses Association*, pp. 217-224.

Belcher, J. R., & Fish, L. J. (2000). Hildegard E. Peplau. In J. B. George, & Colaboradores, *Teorias de Enfermagem - Os fundamentos à prática profissional* (pp. 45-57). Porto Alegre: ARTMED Editora.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e Poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004). Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. *Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência - Faculdade de Medicina de Lisboa*.

Cabral, M., & Silva, P. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante prescrições médicas*. Obtido em 5 de Maio de 2014, de Web site de Apifarma: <http://www.apifarma.pt/publicacoes/siteestudos/Documents/Condu%C3%B5es%20Ades%C3%A3o%20%C3%A0%20terap%C3%AAutica%20PT.pdf>

Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (20 de Outubro de 2010). Obtido de Ordem dos Enfermeiros: www.ordemdosenfermeiros.pt

Collière, M. F. (1999). *Promover a Vida*. Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Conselho Internacional de Enfermeiras. (2002). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão B2* (1ª ed.). Genebra: ICN.

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Sobre: Consulta de Enfermagem por Via Telefónica*. Obtido de Parecer CJ - 102/2009: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwj86tnUtoLLAhWDSHQKHQUmC4MQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ordenenfermeiros.pt%2Fdocumentos%2FCJ_Documentos%2FParecer102_2009_consulta_enfermagem_telefone.pdf&usq=AFQjCNG-ih-RKOV3B

Delgado, A., & Lima, M. (2001). *Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos*. Psicologia, Saúde & Doenças.

Dudas, V., Bookwalter, T., Kerr, K. M., & Pantilat, S. Z. (2001). *The impact of follow-up telephone calls to patients after hospitalization*. (A. J. Med, Ed.) Obtido em 5 de Maio de 2014, de Pubmed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11790365>

Garica, R., Mazza, R., Netto, E., Ramos, A., Silva, M., Amorim, F., & Lima, M. (2005). Importância dada pelo psiquiatra à adesão ao tratamento nos pacientes psicóticos. *Revista de Neurologia y Psiquiatria*.

Garrido, A., Pires, R., Simões, J. (2008). *Supervisão Clínica em Enfermagem - Perspectivas Práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Haynes, R. (1981). Introduction. In R. Haynes, D. Taylor, & D. Sackett, *Compliance in Health Care*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Jara, J. (2015). *Psiquiatria Refletida*. Lisboa: Book Link.

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

Kamei, T. (2013). Information and communication technology for home care in the future. *Japan Journal of nursing science*, 10(2), pp. 154-161.

Klein, J., & Gonçalves, A. (Julho/Dezembro de 2005). A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF*, 10, pp. 113-120.

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed.

Manes, S. (2001). *83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupo*. Portugal: ARTIPOL.

Miasso, A. I., Monteschi, M., & Giacchero, K. G. (Julho-Agosto de 2009). Transtorno Afectivo Bipolar: adesão ao medicamento e satisfação com o tratamento e orientações da equipa de saúde de um núcleo de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.

Ministério da Saúde/Direcção-Geral da Saúde. (2005). *Carta dos Direitos do Doente Internado*. Obtido de Web site da Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/.../legislacao/saude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (21 de 4 de 1998). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Obtido de Diário da República I Série A, nº93: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0ahUKEwjy972kt4LLAhWBBBoKHUUYCfMQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ordemenfermeiros.pt%2Fpublicacoes%2FDocuments%2FCodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf&usq=AFQjCNELLFmijgDsoynV

Ordem dos Enfermeiros. (1998). *Decreto-Lei nº161/96, 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril*. Obtido de REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/.../REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. (OE, Ed.) Obtido em 2015, de Web site da Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (29 de Maio de 2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido em 2015, de Web site da Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>

Organização Mundial de Saúde. (2008). *Relatório Mundial de Saúde 2008 Cuidados Primários - Agora mais que nunca*. Obtido em 3 de Julho de 2013, de Web site de World Health Organization: http://www.who.int/whr/2008/whr2008_pr.pdf

Peplau, H. (1992). *Interpersonal relations: a theoretical framework for application in nursing practice*. Nursing Science Quarterly 5.

Peplau, H. (1993). *Nursing pioneers: the Peplau legacy (interview by Phil Barker)*. Nursing Times.

Peplau, H. (1993). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona: Masson Salvat.

Perrenoud, P. (1999). *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artes Médicas.

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

Relatório final do grupo técnico para a reforma hospitalar. (2011). *Os cidadãos no centro do sistema. Os profissionais no centro da mudança; criado pelo Despacho N.10.601/2011 do Ministério da Saúde, publicado em Diário da República N.º162, 2ª série de 24 de Agosto de 2011.* Obtido em Julho de 2014, de Ministério da Saúde: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/relatorioGTRH Nov2011.pdf>

Rodrigues, M. B., & Prates, B. J. (2011). *Programa de intervenção para a adesão ao regime medicamentoso.* (I. H. Idanha, & S. R. Enfermeiros, Edits.) Obtido em 10 de Dezembro de 2015, de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Unidade de São Rafael: <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjugOzSndLJAhVGchQKHVizCCkQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.orde-menfermeiros.pt%2Fprojectos%2FDocuments%2FProjetos%2520de%2520Melhoria%2520da%2520Qualidade%2520de%2520Cuidados%2520d>

Santin, A., Ceresér, K., & Rosa, A. (2005). Adesão ao tratamento no tratamento bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica.*

Teixeira. (25 de Novembro-Dezembro de 2012). Avaliação dos Motivos Subjacentes e identificação de factores preditivos de drop out de doentes psiquiátricos. *Acta Med Port*, pp. 408-413.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.

WHO. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action.* Obtido em 3 de Maio de 2014, de Web site de World Health Organization: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>

ANEXOS

ANEXO I – AVALIAÇÃO DE ACTIVIDADES DE GRUPO

ANEXO II – ESCALA DE MAT

APÊNDICES

APÊNDICE I – DIÁRIO DE APRENDIZAGEM 1

APÊNDICE II – DIÁRIO DE APRENDIZAGEM 2

APÊNDICE III – DIÁRIO DE APRENDIZAGEM 3

APÊNDICE IV – DIÁRIO DE APRENDIZAGEM 4

**APÊNDICE V – AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE “O MEU PROJETO DE VIDA” E
PLANOS DAS QUATRO SESSÕES REALIZADAS NO ÂMBITO DA INTERVENÇÃO**

**APÊNDICE VI – DIAPOSITIVOS EM *POWER POINT* UTILIZADOS NA
APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO “ADESÃO TERAPÊUTICA”**

APÊNDICE VII – JOGO TERAPÊUTICO – ADESÃO TERAPÊUTICA

APÊNDICE VIII – PLANO DA SESSÃO – ADESÃO TERAPÊUTICA

APÊNDICE IX - CONSENTIMENTO INFORMADO

APÊNDICE X – QUESTIONÁRIO *FOLLOW-UP*

**APÊNDICE XI – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA
INTERVENÇÃO DE *FOLLOW-UP* TELEFÔNICO NA ADESÃO TERAPÊUTICA**

APÊNDICE XII – ESTUDO DE CASO