

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA COM RELATÓRIO

ADESÃO TERAPÊUTICA NA PESSOA COM DOENÇA MENTAL GRAVE:

A IMPORTÂNCIA DA PSICOEDUCAÇÃO

Miguel de Jesus Carrajola Bezerra

ORIENTAÇÃO

Professor Pedro Miguel Morgado Amaro

Beja, setembro de 2025



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

MESTRADO ENFERMAGEM

ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA COM RELATÓRIO

ADESÃO TERAPÊUTICA NA PESSOA COM DOENÇA MENTAL GRAVE:

A IMPORTÂNCIA DA PSICOEDUCAÇÃO

Miguel de Jesus Carrajola Bezerra

RELATÓRIO DE ESTÁGIO APRESENTADO AO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM, ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

ORIENTAÇÃO

Professor Pedro Miguel Morgado Amaro

Beja, setembro de 2025

ADESÃO TERAPÊUTICA NA PESSOA COM DOENÇA MENTAL GRAVE:
A IMPORTÂNCIA DA PSICOEDUCAÇÃO

Miguel de Jesus Carrajola Bezerra

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

Júri:

Presidente: Professor Doutor Raúl Cordeiro

Arguente: Professora Maria João Silva

Orientador: Professor Pedro Amaro

Data: 11 setembro 2025

"Não há cura que dispense o cuidado, nem cuidado que prescinda da escuta."

Pedro Gabriel Delgado

RESUMO

Através do presente relatório, pretendemos dar a conhecer o trabalho realizado durante este percurso de estágios de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, bem como demonstrar o processo de aquisição de competências comuns, especificas e de Mestre em ESMP.

Este relatório de mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tem como foco central a importância da psicoeducação na adesão terapêutica em pessoas com DMG.

Através da experiência vivenciada durante o estágio em contexto comunitário, internamento em agudos e no hospital de dia de oncologia, foi possível observar que a compreensão e aceitação da doença, as intervenções disponíveis e a importância no cumprir da adesão terapêutica, é um fator determinante para o envolvimento ativo dos utentes no seu processo de recuperação.

A psicoeducação surge, assim, como uma ferramenta essencial na prática diária do EEESMP, não só pela sua capacidade de esclarecer, informar e reduzir o estigma, mas também por fomentar o empoderamento, a autonomia e a responsabilização dos utentes, famílias e/ou CI. As intervenções psicoeducativas revelaram-se eficazes na prevenção de recaídas, na melhoria da relação terapêutica e na construção de um projeto de vida com maior estabilidade e qualidade.

Este trabalho reflete, portanto, não somente um percurso académico, mas também uma reflexão crítica e prática sobre o papel do enfermeiro na promoção e no reforço da adesão aos planos terapêuticos, contribuindo para uma intervenção mais humanizada, eficaz e centrada na pessoa.

Palavras-chave: Adesão Terapêutica, Psicoeducação, Promoção Saúde Mental

ABSTRACT

With this report, I intend to publicise the work carried out during this Mental Health and Psychiatric Nursing internship, as well as demonstrate the process of acquiring common, specific and Master's competences in ESMP.

This master's report in Mental Health and Psychiatric Nursing focuses on the importance of psychoeducation in therapeutic adherence in people with severe mental illness.

Through the experience gained during the internship in a community setting, acute hospitalisation and the oncology day hospital, it was possible to observe that understanding and accepting the illness, the interventions available and the importance of fulfilling therapeutic adherence is a determining factor in the active involvement of users in their recovery process.

Psychoeducation is therefore an essential tool in the EHCP's daily practice, not only because of its ability to clarify, inform and reduce stigma, but also because it fosters the empowerment, autonomy and responsibility of users, families and/or ICs. The psychoeducational interventions proved to be effective in preventing relapses, improving the therapeutic relationship and building a life project with greater stability and quality.

This work therefore reflects not only an academic journey, but also a critical and practical reflection on the role of nurses in promoting and reinforcing adherence to therapeutic plans, contributing to a more effective

Keywords: Therapeutic Adherence, Psychoeducation, Mental Health Promotion

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer às minhas filhas por todo o apoio e compreensão pelas minhas "ausências" durante este percurso académico, prometo recuperar o tempo "perdido".

Em segundo lugar, mas não menos importante, agradecer à minha esposa a paciência e o apoio que me destes neste percurso académico, és um exemplo para mim enquanto Enfermeira e para todos os Enfermeiros que estão na área da Saúde Mental e Psiquiatria pelo carinho, respeito e empatia que tens pelas pessoas com Doença Mental.

Agradecimento especial ao Professor Pedro Amaro, por toda a paciência e tempo despendido comigo, bem como aos EEESMP que me acompanharam nos estágios, obrigado por todos os ensinamentos. O meu obrigado também a todos os professores com quem me cruzei neste percurso académico.

Às pessoas com quem me cruzei, um enorme obrigado pela partilha dos seus medos, sofrimentos e experiências que me ajudaram a enriquecer como profissional e como pessoa.

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO 13
1. PROBLEMÁTICA 16
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 19
2.1. A PESSOA COM DOENÇA MENTAL GRAVE 19
2.2. ADESÃO TERAPÊUTICA 21
2.3. PSICOEDUCAÇÃO NA ADESÃO TERAPÊUTICA NA PESSOA COM DOENÇA MENTAL GRAVE 25
2.4. MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN 28
3. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO 33
3.1. EQUIPA COMUNITÁRIA SAÚDE MENTAL 33
3.1.1. INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS 34
3.2. SERVIÇO DE INTERNAMENTO AGUDOS 35
3.2.1. INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS 35
3.3. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGIA 72
3.3.1. INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS 73
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS 81
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 82
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA 86
4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE 89
4.4. DESAFIOS E PERSPETIVAS FUTURAS 90
5. CONCLUSÃO 92
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 94

ANEXOS

Anexo I - Modelo de Entrevista do Serviço de Internamento

Anexo II - Escala de MARS

Anexo III - Escala de *INSIGHT* de Markovà e Berrios

Anexo IV - Sessão de Psicoeducação I

Anexo V - Sessão de Psicoeducação II

Anexo VI - Sessão de Psicoeducação III

Anexo VII - Escala de HADS

Anexo VIII - Certificado de Participação no 2.º Encontro de Saúde Mental do Alto Alentejo

Anexo IX - Certificado de Participação no Webinar "Políticas de Saúde Mental: O papel do EEESMP"

Anexo X - Certificado de Presença no Webinar "A Gestão em Enfermagem Saúde Mental: Oportunidades e desafios"

Anexo XI - Certificado de Presença em formação enquanto formador sobre: Perturbações da Somatização, conversão, Hipocondria e Perturbações Factícias

ÍNDICE FIGURAS

FIGURA 1 - O Modelo de Sistemas Neuman (Diagrama original copyright 1970 por Betty Neuman).

FIGURA 2 - Diagrama da Teoria dos Sistemas de Neuman na perspetiva do paciente oncológico.

Fonte: Adaptado de McEwen

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Resultados Iniciais após aplicação da escala de MARS e INSIGHT

Gráfico 2 – Resultados da aplicação das Escalas de MARS e INSIGHT após intervenções psicoeducativas

Gráfico 3 – Resultados da aplicação da escala de HADS para a Ansiedade

Gráfico 4 – Resultados da aplicação da escala de HADS para a Depressão

SIGLAS E ABREVIATURAS

APA - American Psychological Association

CNS - Conselho Nacional Saúde

CI - Cuidador Informal

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNPSM - Coordenação Nacional das Políticas Saúde Mental

DMG - Doença Mental Grave

EEESMP - Enfermeiro Especialista Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ECSM - Equipa Comunitária Saúde Mental

GOBP - Guia orientador das Boas Prática

HADS - Escala de Ansiedade e Depressão

PNSM – Plano Nacional Saúde Mental

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial Saúde PNSM - Plano Nacional Saúde Mental

ONU - Organização das Nações Unidas

SLSM – Serviços Locais de Saúde Mental

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no contexto do Curso de Mestrado em Associação na área da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, em regime de associação. Pretende-se com a sua elaboração explanar o percurso que realizámos na procura e aquisição do conhecimento, crescimento e aperfeiçoamento pessoal e profissional. Este processo decorre durante a aquisição e desenvolvimento das competências do grau de mestre e das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Para adquirir estas competências devemos estar constantemente ancorados ao regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, que define o conjunto de competências que são comuns a todos os profissionais especialistas em enfermagem em qualquer dos contextos da prestação dos cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros [OE] 2019, p. 4744), o regulamento das competências específicas do EEESMP, onde é definido o perfil destas competências (OE, 2018b, p. 21427) e ainda o Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto.

Neste contexto, e em função de exercer funções numa urgência medico cirúrgica, determinei como foco, a importância da psicoeducação no cumprimento da adesão terapêutica pelas pessoas com DMG, pois no meu dia a dia deparo-me com frequência, com pessoas com doença mental nas quais a principal causa da sua descompensação surge da não adesão ao regime terapêutico, provocando grande impacto na vida e funcionalidade da pessoa, motivando a procura de ajuda com profissionais de saúde.

As perturbações do foro mental constituem um dos principais desafios das políticas de saúde a nível mundial. A Saúde Mental é um elemento fundamental para a saúde de cada indivíduo, tendo repercussões a nível do bem-estar da população, bem como do desenvolvimento económico e social dos vários países.

Segundo a OMS (2013, p.5), a "Saúde Mental não é somente a simples ausência de perturbação mental ou deficiência, mas sim um estado de bem-estar físico, mental e social que possibilite a cada indivíduo lidar com os desafios normais da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a sua comunidade, realizando assim o seu próprio potencial".

A Saúde Mental traduz-se não só pelo bem-estar psicológico, mas também pela capacidade do indivíduo em manter o equilíbrio das suas funções mentais, desenvolver comportamentos adequados e manter a sua funcionalidade.

Por outro lado, a OMS (2013, p.6) "define doença mental, como sofrimento, incapacidade ou morbilidade causados por transtornos mentais, neurológicos ou pelo uso de substâncias que podem surgir devido a fatores genéticos, biológicos, psicológicos, bem como condições sociais e ambientais diversas. A saúde, e a saúde mental mais concretamente, são por isso o resultado de diversas interações biológicas, psicológicas e sociais".

É vital não dar resposta somente às pessoas com perturbações mentais diagnosticadas, mas também proteger e promover a saúde mental de todas as pessoas e reconhecer o valor intrínseco da saúde mental positiva.

À semelhança de outros países, também em Portugal é difícil determinar a percentagem exata de população afetada por perturbações da saúde mental, devido a limitações metodológicas específicas que conduzem frequentemente a uma subavaliação do peso real das perturbações mentais, no entanto, segundo o Diário da República (2021, p.3), "as perturbações psiquiátricas têm uma prevalência de 22,9%, colocando Portugal num preocupante segundo lugar entre os países europeus, com 60% destes doentes sem terem acesso a cuidados de saúde mental".

Em Portugal, segundo o estudo de carga global de doenças, as perturbações do foro mental constituíram em 2019 o quarto principal tipo de patologia em termos de CGD. Segundo o Observatório Nacional contra a Pobreza (2019, p.4), "estima-se que 23% da população portuguesa sofra de alguma perturbação mental e as doenças mentais contribuam para 17,8% dos anos vividos com incapacidade. As perturbações de ansiedade foram as mais frequentes, afetando cerca de 9% da população, seguidas das perturbações depressivas (6%)".

Rápidas mudanças tecnológicas, ambientais e sociais têm afetado a capacidade de adaptação das pessoas. Como tal, a União Europeia (2023, p. 3) adotou uma abordagem holística da saúde mental, com base nos princípios orientadores:

- prevenção adequada e eficaz;
- acesso a cuidados de saúde e tratamento mental de alta qualidade e acessíveis;
- reintegração na sociedade após a recuperação;

A OMS (2005, p.3), definiu cinco prioridades para a saúde mental das populações:

1) O bem-estar da população, apoiando atividades que promovam o bem-estar mental e previnam transtornos mentais;
2) Capacitação dos usuários e cuidadores para que os serviços possam responder às suas necessidades, aspirações e experiências;

3) Desenvolvimento de serviços, particularmente a prática baseada na comunidade em países de renda média e baixa, onde os serviços têm sido tradicionalmente prestados em grandes instituições mentais;
4) O estado dos cuidados às pessoas com deficiência mental na Europa, centrando-se nas condições das pessoas com deficiência intelectual e problemas de saúde mental de longa duração, que muitas vezes vivem em circunstâncias inaceitáveis, e o desenvolvimento do apoio familiar e dos serviços comunitários;
5) Informação de alta qualidade, uma vez que muitas vezes falta.

Muito se sabe sobre o que funciona na promoção, prevenção, cuidado e tratamento da saúde mental. Contudo, o principal desafio está relacionado com a implementação desse conhecimento.

Os serviços e a prática nem sempre refletem o conhecimento do que funciona nos cuidados e tratamentos em saúde mental. Muitos países têm serviços limitados de saúde mental baseados na comunidade e pouca ajuda especializada para jovens ou idosos.

Relativamente aos objetivos pretendidos com a realização deste estágio, consideremos os seguintes:

OBJETIVO GERAL:

- Prestar cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, na pessoa com DMG, em qualquer dos contextos em que estão inseridos, promovendo a sua reabilitação psicossocial e a sua funcionalidade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver competências de autorreflexão, ética profissional e aprendizagem contínua;
- Adquirir e aplicar competências de avaliação diagnóstica à pessoa com DMG;
- Planear cuidados e intervenções especializadas, devidamente fundamentadas, tendo em vista uma melhoria da saúde mental, qualidade e funcionalidade de vida da pessoa com DMG;
- Avaliação das intervenções implementadas.

1. PROBLEMÁTICA

A OMS (2013, pág.1) define saúde mental como, "um estado de bem-estar no qual cada pessoa concretiza o seu próprio potencial, consegue lidar com os usuais eventos de vida stressantes, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera, e está apta para dar contributos à sua comunidade". Dessa forma, a saúde mental é um pilar central na manutenção do equilíbrio da pessoa, mantendo a sua funcionalidade e produtividade com grandes ganhos para a população onde está inserido.

Há evidência de que as doenças mentais têm uma elevada manifestação na Europa e no mundo, sendo que, de acordo com Xavier, et al. (2013, p.1), "a nível mundial constata-se que 12% das doenças são do foro mental, valor que sobe para os 23% nos países desenvolvidos. Nos últimos anos as perturbações mentais tornaram-se na principal causa de incapacidade e numa das principais causas de morbilidade nas sociedades". Segundo a Direção Geral de Saúde (2012) a depressão, esquizofrenia, demência, perturbação bipolar e problemas ligados ao álcool estão incluídas nas dez principais causas de incapacidade e de dependência psicossocial.

A OMS (2003, p.7) identificou a não adesão ao tratamento como um "problema mundial de magnitude impressionante", em que a taxa de adesão ao tratamento nos países desenvolvidos, em média, é 50% em doentes crónicos. Em Portugal "estima-se que cerca de 39% dos doentes mentais interrompe a medicação sem previamente consultar o médico e estudos cujo objetivo é quantificar questões complexas da não-adesão observam taxas de abandono com valores próximos de 50%" (Machado, M. et al. 2021, p.44).

A não adesão terapêutica está associada a consequências como aumento da morbilidade e incapacidade, mortalidade e resistência a medicamentos e tratamentos. Dadas as estatísticas, que indicam uma tendência de crescimento da taxa de não adesão, bem como os fatores identificados que a promovem, torna-se essencial implementar e desenvolver estratégias de intervenção nesta área.

O EEESMP através dos conhecimentos adquiridos e especializados nesta área, em conjunto com a equipa multidisciplinar, pode contribuir para a conquista de ganhos em saúde mental com a realização de intervenções especializadas para a promoção da adesão terapêutica, diminuição assim, as consequências da não-adesão.

Para Machado, M. et al (2021, p.44) "as orientações atuais direcionam a prática no sentido da prestação de cuidados de saúde mental na comunidade, facilitando a reabilitação e a inserção social da pessoa, evitando o afastamento das pessoas das suas casas, família e comunidade".

Segundo Machado, M. et al. (2021, p.44), quer os cuidados hospitalares, quer as intervenções na comunidade devem-se complementar, no entanto, os cuidados prestados devem ser sempre orientados para a comunidade e meio onde a pessoa está inserida, recorrendo somente aos cuidados hospitalares quando estritamente necessário e sempre com a menor duração possível. Os cuidados prestados à pessoa com doença mental devem promover a sua integração na comunidade, visando facilitar os processos de *empowerment* (empoderamento) e *recovery* (recuperação).

A DMG sendo uma condição crónica não é possível "curar", no entanto, o EEESMP desempenha um papel fulcral, através do seu conhecimento como instrumento para a ajuda aos utentes. A sua atuação inclui três níveis de prevenção: a identificação precoce, tratamento, reabilitação e apoio social, evitando o agravamento dos sintomas e progressão da DMG. As intervenções do EEESMP são desenvolvidas tendo em conta as necessidades e problemas da pessoa, família e/ou cuidadores, devendo contribuir para a sua capacitação e para o cumprimento da adesão terapêutica. Estas intervenções, facilitam uma evolução positiva da recuperação da pessoa, ganhos da qualidade de vida, diminuição dos riscos de recaída e reinternamento.

A adesão ao regime terapêutico medicamentoso é um pilar fundamental para a eficácia do tratamento em saúde mental. Trata-se de um processo contínuo e multifacetado, que envolve a aceitação e a prática do tratamento prescrito, especialmente no que concerne à toma regular e correta da medicação, ou seja, de forma consentida e informada. Em pessoas com DMG, como a esquizofrenia, o transtorno bipolar e a depressão major, a adesão medicamentosa está diretamente relacionada à estabilização do quadro clínico, à prevenção de recaídas e promoção da autonomia (Borba et al., 2018).

O regime terapêutico na área de saúde mental compreende um conjunto de intervenções que devem estar articuladas entre si, são elas intervenções farmacológicas, psicoterapêuticas, psicoeducativas e psicossociais, cujo principal objetivo é a estabilização clínica, a prevenção de recaídas e a promoção da funcionalidade e qualidade de vida da pessoa com doença mental.

O regime terapêutico deve ser estabelecido de uma forma individual, sempre construído em conjunto com a pessoa assistida, respeitando as suas necessidades, crenças e contextos de vida individuais.

Quando o regime medicamentoso não é cumprido, a relação terapêutica pode ficar comprometida, o insight está menos presente, o isolamento social aumenta com quebra da relação de confiança entre a pessoa assistida e o profissional de saúde.

Assim, a toma regular da medicação, aliada à supervisão profissional e à educação em saúde, é um elemento-chave para a promoção da saúde mental de um modo sustentado.

O enfermeiro especialista em saúde mental assume um papel importante na execução do regime terapêutico, sendo responsável pela monitorização da adesão, pelo apoio emocional, pela gestão de sintomas e pela promoção do autocuidado. A adesão ao regime terapêutico é um preditor importante de sucesso terapêutico, e a sua efetividade depende da corresponsabilização entre utente, família e profissionais de saúde.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. A PESSOA COM DOENÇA MENTAL GRAVE

As perturbações mentais podem ser classificadas leves a graves, caraterizando-se todas por sinais e sintomas muito específicos, gerando todas sofrimento na pessoa (CAMIMH,2007).

A DMG é definida como a "doença psiquiátrica que, pelas suas características e evolução do quadro clínico, afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa" (Decreto-Lei n. º8/2010, p. 258). Para Ghune, et al. (2015) a DMG leva a um comprometimento severo da autonomia na realização de tarefas diárias, na sua relação com o meio ambiente e comunidade onde está inserida, com repercurssão na sua qualidade de vida pessoal e profissional.

Xavier et al. (2013, p.3) referem que "cinco das 10 principais doenças que causam deficiência e dependência a longo prazo são do foro da neuropsiquiatria: destas, três fazem parte das DMG, depressão (11,8%), esquizofrenia, (2,8%), perturbações bipolares (2,4%), perturbações relacionadas com o uso de álcool (3,3%) e demência (1,6%)".

A prevalência da DMG varia conforme a região e os critérios diagnósticos utilizados. Estudos indicam que aproximadamente 4% da população global sofre de alguma forma de DMG, em que a esquizofrenia afeta cerca de 1% da população mundial (American Psychiatric Association, 2022). Relativamente à DMG, cerca de 3,7% da população portuguesa é afetada por uma dessas patologias com impacto na qualidade de vida e na economia do país (DGS, 2023).

Estima-se que 1% da população tenha este tipo de perturbação e ela é uma das causas de um índice maior de anos vividos com incapacidade e sofrimento (OMS, 2008).

A DMG engloba perturbações psiquiátricas severas e persistentes, como a perturbação bipolar, a esquizofrenia e a depressão *major* com sintomas psicóticos. Essas condições impactam significativamente a funcionalidade do indivíduo, comprometendo a sua capacidade de desempenhar atividades diárias, manter relações interpessoais e participar ativamente na sociedade (World Health Organization [WHO], 2023).

Segundo a OMS (2008), durante décadas, a DMG levou a internamentos longos com níveis de incapacidade elevados e com um impacto elevado sobre a pessoa e o sistema em que se move. A esquizofrenia destaca-se, pelo seu impacto ao nível da funcionalidade do indivíduo.

A DMG provoca alterações no funcionamento da pessoa, com impacto negativo em todas as áreas da sua vida, havendo necessidade de múltiplas e variadas intervenções por parte do EEESMP, bem como da equipa multidisciplinar. Esta doença é caracterizada "por provocar um forte impacto no sofrimento individual, conduzindo à perda da qualidade de vida e a sua funcionalidade, refletindo-se de forma inevitável nos seus grupos de pertença, e dentro destes grupos, sem dúvida que a família será uma das partes mais afetadas" (Machado, M. et al. 2021 p.10).

Tem havido ao longo dos anos diversas formas de definir a DMG e abordagens terapêuticas, algumas priorizam o impacto funcional e a necessidade de suporte, enquanto outras se concentram no diagnóstico e severidade dos sintomas. O consenso é que as DMG's envolvem perturbações persistentes e debilitantes que afetam significativamente a vida do indivíduo.

Para Anthony (1990), "DMG refere-se a perturbações que causam uma incapacidade significativa e persistente nas áreas ocupacional, social e de autocuidado, exigindo suporte contínuo para que o indivíduo mantenha uma vida na comunidade", este autor dá uma maior ênfase à incapacidade funcional gerada pela DMG, já para Ruggeri et al. (2000) o critério de diagnóstico de DMG implica duração da sintomatologia e funcionalidade.

A duração da doença, pressupõe-se como o tempo de procura de ajuda nos serviços de saúde de pelo menos dois anos e, a dimensão da funcionalidade, implica o comprometimento da sua produtividade, as interações sociais alteradas e afetadas, a falta de autonomia nas atividades de vida e a deficiente gestão da sua doença. Na fase de avaliação, o EEESMP pode haver o recurso a escalas de avaliação funcional).

As pessoas com DMG enfrentam desafios consideráveis no acesso ao tratamento e na adesão terapêutica. O estigma social e a discriminação mantêm-se como barreiras significativas, limitando as oportunidades de inclusão social e empregabilidade (Corrigan et al., 2021). Além disso, a escassez de recursos de saúde mental adequados e a insuficiência de profissionais qualificados dificultam a prestação de cuidados apropriados e iguais para estas pessoas (Thornicroft et al., 2022).

Para Guedes de Pinho (2020b) a DMG pode ter forte impacto no meio familiar, provocando um enorme desgaste psíquico, com sentimentos de vergonha, culpa, ansiedade, angústia, revolta, *stress* e medo.

A abordagem à DMG inclui intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Os antipsicóticos e estabilizadores de humor são frequentemente utilizados para controlar os sintomas, enquanto abordagens como a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e programas de reabilitação psicossocial

são essenciais para a reintegração do indivíduo na comunidade (Kane et al., 2021). A psicoeducação também desempenha um papel fundamental na melhoria da adesão ao tratamento e na redução de recaídas (Dixon et al., 2020).

A implementação de políticas públicas eficazes é essencial para garantir o acesso adequado aos cuidados de saúde mental. Programas de intervenção precoce, redes de apoio comunitário e iniciativas para reduzir o estigma são fundamentais para uma melhoria da qualidade de vida das pessoas com DMG (United Nations, 2022). Investimentos na formação de profissionais de saúde mental e na expansão dos serviços de apoio também são medidas prioritárias (Murray & Lopez, 2023).

É imprescindível que a sociedade e os decisores políticos atuem em conjunto para a promoção, inclusão e bem-estar das pessoas com DMG. A adoção de uma abordagem sistémica baseada em evidências contribui para um acesso, das pessoas com DMG, a um tratamento digno e eficaz, possibilitando uma vida mais plena e participativa na sociedade.

A DMG não tem cura, "pelo que a estratégia de atuação na recuperação passa por uma prática baseada na prestação de cuidados que promovam os processos de *empowerment* (empoderamento) e *recovery* (recuperação), com o objetivo da reabilitação e a inserção social da pessoa com DMG" (Machado, M. et, al. 2021, p.44).

O objetivo do *empowerment* (empoderamento) é fortalecer as pessoas assistidas para que assumam o controlo da gestão da sua saúde/doença, aumentando a sua autonomia e responsabilidade no processo de saúde. Almeida e Amendoeira (2015) referem que, na pessoa com DMG, o propósito de cuidados centrada no *empowerment* evidência a existência de um aumento da capacitação da pessoa, inserida na sua comunidade.

O *recovery* (recuperação) está relacionado com os processos de *empowerment* (empoderamento) da pessoa. A OE define o *recovery* (recuperação) como "um processo profundamente pessoal, exclusivo de uma mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, habilidades e/ou funções. Envolvendo este processo o desenvolvimento de um novo significado e propósito na vida, assente no conhecimento e aceitação da doença mental" (Ordem dos Enfermeiros, p. 17, 2011).

2.2. ADESÃO TERAPÊUTICA

A adesão ao tratamento, para Sousa (2003), pode ser considerada sob duas perspetivas, a adesão comportamental, incluindo comportamentos relacionados com a saúde, como, por exemplo, a prática de exercício físico, a frequência das consultas médica, cumprir hábitos de sono e a adesão terapêutica.

A adesão terapêutica em saúde mental é um fator essencial para a eficácia do regime terapêutico instituído. A não adesão ao tratamento pode resultar em recorrência dos sintomas, hospitalizações frequentes e piora da qualidade de vida das pessoas (WHO, 2003).

O cumprimento adequado do regime medicamentoso constitui um dos pilares fundamentais para o êxito do regime terapêutico global no tratamento da doença mental, sendo igualmente um elemento facilitador da relação terapêutica pessoa assistida/profissionais de saúde. A adesão ao tratamento psicofarmacológico permite a estabilização clínica da pessoa assistida, a diminuição dos sintomas psicopatológicos e a melhoria do funcionamento global no dia a dia (WHO, 2003).

De acordo com Velligan et al. (2009), a não adesão à medicação é responsável por cerca de 40% das recaídas em pessoas com esquizofrenia, o que evidencia a importância de garantir a continuidade e regularidade da terapêutica prescrita. A adesão ao regime medicamentoso permite prevenir descompensações agudas, reduzir a frequência de hospitalizações e minimizar o risco de comportamentos de risco associados a fases de agudização da doença mental.

Segundo o ICN (2018, p.3) a adesão consiste numa "ação autoiniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos".

A adesão terapêutica é considerada um tema de extrema relevância na área da saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da pessoa assistida. Segundo a CIPE a adesão à terapêutica é definida como a execução de "atividades cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção de doença na vida diária" (2011, p.62).

A adesão, segundo o CIPE (tradução pela OE da ICN, 2017), inclui os focos de Enfermagem: adesão ao regime dietético, adesão aos exames de diagnóstico, adesão ao regime de exercício, adesão a precauções de segurança, adesão ao regime de medicação, adesão ao regime de ingestão de líquidos e adesão ao regime terapêutico. A não-adesão é um "problema mundial de magnitude impressionante" (OMS, 2003). Vários são os estudos, "internacionais e nacionais, que o demonstram com taxas de adesão ao tratamento somente de 50% e de não-adesão ao tratamento de 37% a 50%" (Machado, Maria, et al 2019, p.44).

Segundo o ICN (2017) há diversos fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico: o baixo estatuto socioeconómico, o desemprego, a falta de literacia, as crenças culturais acerca da doença e do tratamento, o estigma da doença mental, a distância dos centros de tratamento, as características da doença que conduzem ao reduzido *insight*, o custo elevado do transporte e/ou da medicação, a duração

do tratamento e os efeitos secundários dos antipsicóticos. A OMS (2003) identificou como fatores preditores para a não-adesão a dificuldade na comunicação e na relação terapêutica.

"A não-adesão por sua vez, diminui a probabilidade de recuperação da pessoa com DMG, reduzindo a qualidade de vida, aumentando o risco de recaída e o número de internamentos, com consequente aumento dos custos em saúde e na economia". (OE, 2009, p.9)

Ainda segundo a OE, (2009, p.9) a não adesão "aumenta a morbilidade e a mortalidade, para além de conduzir a maior frustração na pessoa, na família e nos profissionais de saúde".

No âmbito da DMG, o regime terapêutico é exigente e inclui situações limite em que a pessoa poderá ser envolvida nos seus cuidados de forma voluntária ou involuntária, pela aplicação do enquadramento legal à sua situação (OE, 2015). O regime terapêutico inclui o cumprimento da higiene de sono, a inibição do consumo de substâncias aditivas, compreender e cumprir o esquema medicamentoso e ainda a adaptação às alterações psicofisiológicas decorrentes dos efeitos da medicação. As alterações a nível da sexualidade (diminuição da libido) são um dos principais fatores de não-adesão em pessoas jovens, tal com as alterações do pensamento (sonolência/bloqueio), pois condicionam fortemente o desempenho da pessoa nos seus papéis sociais e comprometendo o seu bem-estar físico e mental.

A promoção da adesão ao tratamento em pessoas com DMG exige uma abordagem contínua que envolva tanto a dimensão racional quanto emocional, tornando o paciente um agente ativo no seu tratamento, sendo primordial a sua aceitação do regime terapêutico.

Para McCormarck e McCance (2006), as intervenções a desenvolver pelo EEESMP na relação terapêutica com a pessoa doente, deverão ser baseadas na confiança mútua, na compreensão e partilha de saberes. Essa relação tem de ser centrada na pessoa, respeitando e valorizando a sua individualidade que inclui as suas crenças, experiências, perspetivas, dificuldades e expetativas, pois só assim se constrói um plano terapêutico adequado à sua realidade num clima de coprodução.

Resumindo, para além dos benefícios clínicos diretos, o cumprimento da medicação tem um papel relevante na construção e manutenção de uma relação terapêutica eficaz. Para Moritz, et al, (2013) quando a pessoa com doença mental confia nos profissionais e adere à terapêutica proposta, o vínculo terapêutico fica reforçado, o que facilita a implementação de outras intervenções essenciais para o seu regime terapêutico, como a psicoeducação, a psicoterapia ou a reabilitação psicossocial.

Esta aliança terapêutica é particularmente importante em contextos comunitários, onde o seguimento longitudinal exige cooperação mútua e compromisso com o processo terapêutico (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

A adesão medicamentosa também está diretamente associada à promoção da autonomia do utente e à melhoria da sua qualidade de vida. Com a estabilização dos sintomas, a pessoa com DMG pode retomar atividades de vida diária, manter relações interpessoais mais estáveis e participar de uma forma ativa no seu processo de reabilitação.

Neste contexto, o EEESMP desempenha um papel fundamental na promoção da adesão terapêutica, através de intervenções de proximidade, da escuta ativa, da educação para a saúde e do acompanhamento individualizado. Cabe-lhe identificar precocemente fatores de risco para a não adesão, como o desconhecimento sobre a doença, os efeitos adversos da medicação, o estigma ou o isolamento social, atuando de forma preventiva e terapêutica.

Assim, promover o cumprimento do regime medicamentoso não se limita a garantir a toma de fármacos, mas representa uma estratégia integrada e relacional, que visa a efetivação de um projeto terapêutico global, centrado na pessoa, na sua dignidade e nos seus direitos de cidadania.

2.3. PSICOEDUCAÇÃO NA ADESÃO TERAPÊUTICA NA PESSOA COM DOENÇA MENTAL GRAVE

A psicoeducação desempenha um papel essencial na enfermagem de saúde mental, podendo ser utilizada em qualquer pessoa individual ou em grupo, qualquer que seja a sua patologia, uma vez que está definida como uma estratégia que visa a promoção da saúde.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011), a psicoeducação promove a literacia com melhoria do conhecimento sobre a doença e permite o ensino de estratégias para lidar com a mesma.

A área da saúde mental foi pioneira na utilização da psicoeducação, não como forma de tratamento, mas como parte integrante do plano de regime terapêutico da pessoa doente, tendo a sua aplicação o objetivo de fornecer informações sobre a sua condição clínica, de forma que esta seja capaz de entender e identificar a diferença entre aquelas que são as suas caraterísticas pessoais e as que apresenta com a doença, munindo-a de conhecimento e ferramentas para lidar com a sua doença.

A psicoeducação desempenha um papel valioso na adoção de atitudes ajustadas à prevenção e ao equilíbrio da saúde mental, mas deve ser sempre entendida como uma abordagem complementar, associada a outros tratamentos terapêuticos e farmacológicos (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Para Favroid e Maire (2018), a psicoeducação para ser realmente eficaz é indispensável que o enfermeiro EESMP mantenha uma relação terapêutica de confiança mútua, o que exige uma aliança aberta, participativa e igualitária onde a identificação dos objetivos a atingir é fundamental.

O papel da psicoeducação na enfermagem e a sua utilização pelo EEESMP tem um papel central e fundamental na transmissão do conhecimento e na promoção de comportamentos que favoreçam a adesão terapêutica, segundo Méndez e Castro (2019) "a psicoeducação desempenha um papel essencial na enfermagem psiquiátrica e na assistência às pessoas com doença mental."

A implementação de estratégias psicoeducativas permite aos pacientes e seus familiares compreenderem melhor as condições de saúde mental, o curso da doença e a importância do tratamento adequado".

Para Machado et al, (2021, p.37) a psicoeducação é definida como "uma intervenção que visa fornecer (in)formação à pessoa com doença mental e/ou família/CI ou ainda a grupos-alvo sobre a doença – o tratamento, o diagnóstico e o prognóstico – sobre os direitos enquanto pessoa com doença mental, e sobre as estratégias de adaptação à sua situação de saúde"

Segundo Pekkala e Merinder (2002), são vários os estudos que demonstraram que as intervenções a nível da psicoeducação são as mais eficazes na promoção da adesão á terapêutica pela melhoria no

insight, redução de estigma, aumento na literacia que conduz a uma melhor adesão ao tratamento e redução de recaídas.

De acordo com Santos (2011), a psicoeducação inclui uma dimensão educativa, orientada para a transmissão de conhecimentos sobre a problemática/doença, e uma vertente de apoio emocional, que aborda a gestão das emoções e das expectativas associadas à condição clínica.

Esta intervenção segundo Colom & Vieta (2004 citados por Bravo, 2016) permite à pessoa com doença mental conhecer a origem da sua doença, o seu prognóstico, sinais de recaída, necessidade de tratamento e a necessidade de manter de hábitos de vida saudáveis.

Para Sequeira e Sampaio (2020, p.174), "a psicoeducação tem como foco principal a modificação das atitudes e dos comportamentos desajustados da pessoa doente e permite que a família seja incluída neste role de conhecimentos que são essenciais para o seu dia a dia".

O número de sessões e os conteúdos abordadas irão variar consoante os diagnósticos e as necessidades dos seus participantes.

Resumindo, a psicoeducação em saúde mental não tem como objetivo principal substituir o tratamento, mas integrar-se no plano terapêutico da pessoa doente, promovendo a capacitação da pessoa em literacia em saúde mental, melhorando o seu insight (compreensão dos sinais e sintomas da sua doença), a importância do seguimento do tratamento e o impacto na sua funcionalidade e na construção de um projeto de vida. Também favorece a sua reintegração social e envolvimento familiar, promovendo autonomia e independência. Para o EEESMP, essas sessões permitem acompanhar o cumprimento do regime terapêutico da pessoa com DMG.

No contexto de literacia em saúde mental, a psicoeducação é uma ferramenta de intervenção que poderá ser aplicada de forma individual - permitindo uma avaliação rigorosa das necessidades sentidas pela pessoa - e em grupo, havendo neste caso uma partilha de experiências entre pessoas que podem ou não ter a mesma doença e os mesmos sintomas, ou ainda ser extensível à família e desta forma promover um ambiente de apoio, conhecimento e compreensão.

A psicoeducação desempenha um papel fundamental na promoção da adesão terapêutica em indivíduos com perturbações mentais, e contribui significativamente para a redução de recaídas e consequentes reinternamentos. Ao fornecer informações claras e compreensíveis sobre a doença, tratamentos disponíveis e estratégias para enfrentar e controlar a doença, o EEESMP e a psicoeducação capacitam as pessoas com doença mental a participarem ativamente no seu processo de recuperação.

Estudos demonstram que intervenções psicoeducacionais aumentam o conhecimento dos pacientes sobre a sua condição e promovem mudanças positivas nas atitudes em relação à adesão ao tratamento medicamentoso. Por exemplo, uma revisão realizada por Vilar et al. (2020) evidenciou que programas de psicoeducação melhoraram a compreensão dos pacientes sobre a esquizofrenia e a importância da medicação, resultando em maior adesão terapêutica.

A psicoeducação percebe-se que tem forte impacto no cumprimento do regime terapêutico, no entanto, essas intervenções só são possíveis fora de um contexto de fase aguda de doença, como por exemplo, pessoa em fase maníaca, psicótica, uma vez que o seu estado mental nessa fase não lhes permite assimilar conhecimentos.

Segundo Pinho e Pereira (2015 citado por Sampaio e Sequeira, 2022), "as intervenções em psicoeducação familiar têm-se revelado eficazes na prevenção de recaídas e de reinternamentos, contribuindo para melhorar a recuperação das pessoas e preservar a saúde física e mental dos membros da família, bem como a qualidade de vida".

Campos (2018), refere que se torna mais eficaz trabalhar comportamentos em grupo de pessoas com doença mental ao invés de intervenções individualizadas

Quanto mais facilitada e compreendida for a doença melhor será a sua aceitação.

De acordo com Cuevas et al. (2011 citado por Godoy, 2020) "quanto mais críticos, rígidos e intolerantes forem os familiares maior será o risco de recaídas do seu familiar doente. Já os doentes e os membros da família que se encontrem mais informados sobre a doença, sentem-se menos frágeis e mais capacitados para enfrentar os problemas relacionados com a patologia."

Para a realização de intervenções psicoeducativas, a nível individual ou em grupo, usamos como guião o programa psicoeducativo de Sousa et al, (2016) citado por (Sampaio & Sequeira, 2020, p.175).

Este programa é constituído por 4 etapas, em que a primeira é denominada de fase preparatória, onde se procura identificar quais os stressores internos e externos que contribuem para melhorar o conhecimento e a motivação para a capacitação; apresentar a intervenção explicando o seu objetivo e conceito; envolver a pessoa doente iniciando desde logo uma relação terapêutica e informar quando e onde se realizam as sessões de psicoeducação. Na segunda fase, clarifica-se o motivo e objetivos da(s) intervenções, estabelecem-se diagnósticos e criam-se objetivos de intervenção, esclarecem-se crenças e valores de saúde. Na terceira fase, educacional, identifica-se a temática a ser abordada, bem como os objetivos a atingir com a sessão; apresentam-se os conteúdos relativos ao assunto; e cria-se espaço para o esclarecimento de dúvidas; avalia-se o trabalho desenvolvido e é dado *feedback*; deve-se informar sempre a data, hora e conteúdo da próxima sessão.

Na última fase, aplicam-se os instrumentos de avaliação para avaliação da intervenção e obtêm-se *feedback* sobre essa intervenção;

Resumindo, fatores como o desconhecimento da doença, o medo dos efeitos adversos dos medicamentos e o estigma social frequentemente levam ao abandono terapêutico, a psicoeducação, ao fornecer conhecimento, autonomia e estratégias práticas para pacientes e familiares, contribui diretamente para o aumento da adesão terapêutica e para a redução dos índices de reinternamento, sendo um pilar indispensável no tratamento em saúde mental.

O EEESMP "depara-se frequentemente com pessoas, famílias e cuidadores informais que lidam com situações complexas, para as quais não têm conhecimentos, treino e muitas vezes sem pausas" (Machado et al, 2021, p.37). A psicoeducação é uma ferramenta que capacita a pessoa com DMG e família para uma melhor compreensão da doença, promovendo uma participação ativa de todas as partes.

Segundo o Machado, M. et al (2021, p.42) "a abordagem da psicoeducação não se resume á transmissão de informação e conhecimento da doença", por isso o EEESMP utiliza a psicoeducação na sua prática com o objetivo de: Promover relações orientadas pelo respeito e confiança, fomentar a autoestima, elevar a autodeterminação, promover o autocontrolo e apoiar o crescimento pessoal.

2.4. MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN

A aplicação de uma teoria no quotidiano profissional orienta a atuação do enfermeiro, conferindo-lhe fundamentos que legitimam e dão consistência à sua prática — ainda que seja imprescindível reconhecer o valor da prática assente na evidência científica. Esta perspetiva deve contemplar todo o percurso de intervenção do enfermeiro, considerando que este é um dos protagonistas centrais no processo de cuidar. Se o enfermeiro estrutura a sua forma de compreender e intervir com base nas teorias e modelos que o definem como agente de uma disciplina científica, então a prática alicerçada na evidência atual deve ser entendida como fruto do desenvolvimento da disciplina, derivado da investigação realizada.

Assim, uma prática de enfermagem de qualidade encontra o seu pilar nas teorias que a fundamentam e numa atuação sustentada pelo conhecimento científico.

Para Barros e Bispo (2017), as teorias de enfermagem permitem dar sentido á complexa pratica da enfermagem e que a investigação seja o alicerce do processo de enfermagem, ao procurar estruturar e organizar os conhecimentos de modo a termos uma prática sistematizada.

A adesão terapêutica em saúde mental é um desafio complexo que envolve múltiplos fatores individuais, sociais e ambientais. Nesse contexto, a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman destaca-se como um modelo de enfermagem que proporciona uma abordagem holística ao cuidado do paciente, favorecendo estratégias para melhorar a adesão ao tratamento (Neuman & Fawcett, 2011).

Uma vez que a problemática sobre a adesão terapêutica implica uma abordagem multidimensional e sistémica adotamos para este trabalho o modelo de Enfermagem de Betty Neuman. Na sua abordagem à saúde mental, a teoria de Neumann propõe uma análise ampla dos fatores que podem influenciar o bem-estar psicológico, reconhecendo que os cuidados à pessoa devem ir além de uma intervenção imediata que possa fortalecer a capacidade da pessoa em lidar com fontes geradoras de stress. De acordo com Neuman e Fawcett (1995) a compreensão dos fatores que afetam o individuo permite efetuar intervenções mais eficazes e personalizadas.

A psicoeducação, segundo Lukens e McFarlane (2004), é um recurso essencial para promover a adesão terapêutica, especialmente em pessoas com doenças mentais. Esta prática fornece informações claras e acessíveis sobre a perturbação, estratégias de adaptação e a relevância da continuidade do tratamento. Quando o paciente compreende a sua condição de vida e os benefícios da terapia, ele tende a aderir melhor ao tratamento, reduzindo o risco de recaídas e promovendo maior autonomia.

Relacionar a teoria de Neuman com a psicoeducação permite observar que ambas valorizam a capacitação do indivíduo para lidar com os agentes *stressores* e manutenção do equilíbrio mental e emocional. Neuman (1995), enfatiza que o fortalecimento das linhas de defesa internas é fundamental, e a psicoeducação atua diretamente nesse fortalecimento ao informar, orientar e motivar o paciente e seus familiares.

Para Freese, (2004) o modelo de Neuman baseia-se na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos. Neuman (1995) foi uma das pioneiras ao integrar a enfermagem na área da saúde mental, desenvolvendo um modelo teórico que adota uma abordagem holística do ser humano.

Segundo Neuman e Fawcett (2011) o domínio da enfermagem é definido pela interação constante entre o sistema cliente e o ambiente. Esse ambiente é composto pelas dimensões fisiológica, psicológica, desenvolvimento, sociocultural e espiritual.

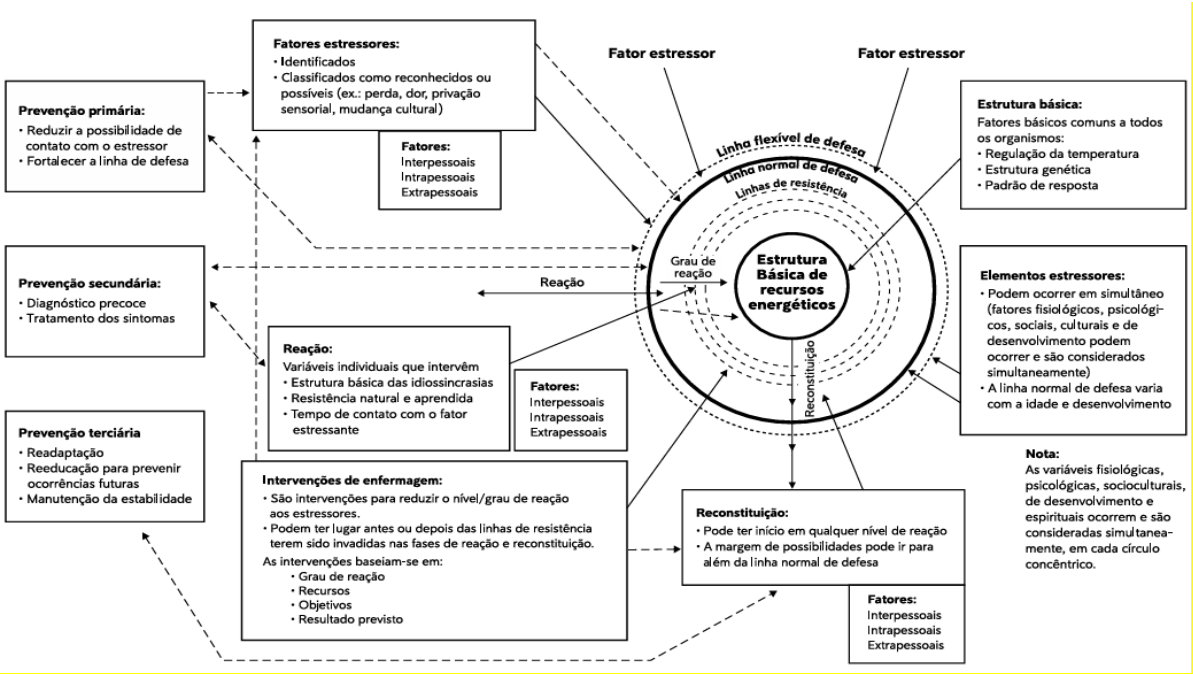


Figura 1 – O Modelo de Sistemas Neuman (Diagrama original copyright 1970 por Betty Neuman).

A pessoa e o ambiente são a base desta teoria e para Neuman (1995), o conceito de Pessoa enquanto sistema, não se resume somente ao indivíduo, podendo também envolver a família e a comunidade.

A Pessoa é conceptualizada, como um sistema aberto, em constante interação com o Ambiente.

O conceito de ambiente compreende tantos os contextos internos como externos, refletindo as múltiplas dimensões que influenciam o individuo e o processo de cuidar. Para Neuman e Fawcett (2011), o "ambiente corresponde a todos os fatores internos e externos que envolvem o sistema-cliente e que podem atuar como agentes stressores, influenciando a sua estabilidade e capacidade de adaptação".

Para Freese (2004) o sistema é dinâmico, funcionando de forma contínua na interação com fatores de stress ambientais, que são multidimensionais, possuindo o potencial de provocar diferentes respostas, incluindo o surgimento de doenças ou desequilíbrios. A compreensão do ambiente está estreitamente relacionada com os agentes geradores de *stress* que podem ser identificados a nível intrapessoal, interpessoal e extra pessoal. Sendo assim, para Neuman e Fawcett (2002), o ambiente interno refere-se ao intrapessoal, onde as interações ocorrem dentro do próprio cliente; o ambiente externo pode ser interpessoal ou extrapessoal, englobando as interações que acontecem fora do cliente; por fim, o ambiente criado consiste na resposta do cliente às ameaças dos fatores de stress, visando estabelecer mecanismos de coping protetores.

Na sua teoria, Neuman (1995) elaborou um processo de enfermagem próprio, organizado em três fases: fases de diagnóstico, finalidades de enfermagem e resultados de enfermagem.

Para Neuman (1995) "nesta fase de diagnóstico, o principal objetivo era a recolha de informações que permitissem identificar, avaliar e classificar as interações dinâmicas entre as variáveis que compõem o seu cliente-sistema, e a presença real ou potencial, de agentes geradores de stress".

Os fatores de stress percecionados pelo cliente-sistema, devem ser articulados com as perceções do enfermeiro, com o objetivo de estruturar um diagnóstico de enfermagem compreensivo. Neuman (1995) definiu três níveis de intervenção de enfermagem: i) a intervenção primária centra-se na identificação precoce do risco e na previsão das consequências da possível exposição a certos fatores de stress, ii) a intervenção secundária, que surge da resposta dos recursos internos e externos do cliente, de modo a identificar as estratégias de intervenção que promovam a restituição do equilíbrio do sistema, iii) a intervenção terciária que é resposta da mobilização dos recursos internos do cliente para prevenir novas reações aos agentes de stress por fim, a fase dos resultados de enfermagem que visam constituir o momento de avaliação e validação das mudança que foram pensadas e implementadas, em parceria com o cliente ou mesmo, a própria redefinição de novas estratégias de intervenção.

Portanto, o modelo sistémico de Neuman, aliado à prática da psicoeducação, representa uma abordagem completa e eficaz no cuidado em saúde mental. Este conjunto favorece não apenas a compreensão do processo terapêutico, mas também o aprimoramento de competências que contribuem para a manutenção da saúde e a qualidade de vida.

Fazendo um paralelismo entre o modelo de Betty Neuman e a psicoeducação utilizado neste trabalho, podemos concluir que estão relacionados. A prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria requer uma base teórica consistente que sustente intervenções clínicas eficazes e adequadas às necessidades complexas da pessoa que se encontra em sofrimento psíquico. Neste contexto, a integração de modelos teóricos e operacionais é fundamental para uma prestação de cuidados centrada na pessoa e baseada na evidência (Meleis, 2018). Identificamos uma articulação/relação entre o Modelo de Sistemas de Betty Neuman e o Modelo Padrão de Psicoeducação de Sousa, Sequeira e Ferré-Grau (2016), evidenciando os pontos de convergência entre ambas as abordagens.

O Modelo de Sistemas de Neuman conceptualiza o ser humano como um sistema aberto, dinâmico e em constante interação com fatores de stress internos, externos e externos (Neuman & Fawcett, 2011). Este modelo propõe uma abordagem centrada na prevenção e estabilização do sistema humano, através de intervenções nos níveis primário, secundário e terciário. A sua aplicação em enfermagem permite ao profissional compreender a pessoa de forma holística, identificar fatores de

desestabilização e atuar no sentido da preservação e restauração da integridade do sistema (Alligood, 2022).

O Modelo Padrão de Psicoeducação, desenvolvido por Sousa, Sequeira e Ferré-Grau (2016), estrutura intervenções educativas dirigidas a pessoas com doença mental e às suas famílias, organizadas em quatro fases: avaliação, planeamento, intervenção e avaliação de resultados. Este modelo visa promover o insight, a adesão ao regime terapêutico, o desenvolvimento de estratégias de *coping* e a prevenção de recaídas. É uma abordagem centrada no *empowerment* e na capacitação dos utentes e cuidadores, com eficácia comprovada na promoção da saúde mental (Sousa et al., 2016).

A articulação entre os dois modelos revela-se pertinente, sobretudo na medida em que a psicoeducação pode ser entendida como uma estratégia preventiva integrada na estrutura conceptual de Neuman.

No âmbito da prevenção primária, as intervenções psicoeducacionais fortalecem as linhas de defesa flexíveis, reduzindo a vulnerabilidade da pessoa aos fatores de estresse. Quando aplicadas após uma crise, estas intervenções correspondem à prevenção secundária, favorecendo a recuperação e reorganização do sistema. Por fim, na prevenção terciária, a psicoeducação promove a manutenção da estabilidade e a prevenção de recaídas, em articulação com os recursos comunitários (Neuman & Fawcett, 2011; Sousa et al., 2016).

Ambos os modelos destacam o papel central do enfermeiro como agente terapêutico. No modelo de Neuman, o enfermeiro atua na modulação dos *stressores* e na proteção das linhas de defesa do sistema humano. No modelo de psicoeducação, o enfermeiro assume o papel de facilitador do processo educativo, promovendo o desenvolvimento de competências que sustentam a autogestão da doença e o envolvimento da família (Alligood, 2022; Sousa et al., 2016).

A integração do Modelo de Betty Neuman com o Modelo Padrão de Psicoeducação representa uma mais-valia para a enfermagem de saúde mental, ao combinar uma estrutura teórica abrangente com uma metodologia de intervenção prática. Esta integração favorece cuidados mais eficazes, centrados na prevenção, na recuperação e na promoção da saúde mental, alinhando-se com os princípios da enfermagem centrada na pessoa, na família e na comunidade (Meleis, 2018).

3. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Consideramos ser importante dar a conhecer os locais de estágio, uma vez que foi aqui que nos foi permitido aplicar as intervenções delineadas, contribuindo para a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em ESMP.

3.1. EQUIPA COMUNITÁRIA SAÚDE MENTAL

Este estágio decorreu durante 6 semanas, no período entre 22 de maio a 30 junho de 2023, num total de 144 horas, numa equipa comunitária de saúde mental de uma unidade hospitalar do Alto Alentejo.

A crescente complexidade das necessidades em saúde mental e o impacto do sofrimento psíquico nas comunidades têm levado à reorganização dos serviços de saúde mental, destacando-se a criação das equipas comunitárias de saúde mental. Estas equipas representam um modelo de cuidado centrado na proximidade, continuidade assistencial, intervenção precoce e reabilitação psicossocial, contribuindo para a redução das hospitalizações e promovendo a integração social dos utentes (Thornicroft et al., 2016).

As ECSM constituem o elemento nuclear dos serviços locais de saúde mental, sendo responsáveis pela prestação dos cuidados globais de saúde mental, a nível ambulatório e na comunidade, numa área geográfica e populacional específica (CNPSM p.48).

Neste contexto integrei a equipa comunitária de saúde mental (ECSM), sendo esta uma equipa multidisciplinar, composta por psiquiatra, psicóloga clínico, EEESMP, assistente social, terapeuta ocupacional e assistente técnico, assegurando a prestação de cuidados diferenciados nesta área a pessoas com DMG. Esta equipa é responsável pelo acompanhamento na comunidade da pessoa com DMG e da sua família, tendo em conta a unicidade, individualidade e as necessidades específicas de cada pessoa, sendo o foco principal a reabilitação e integração da pessoa com doença mental grave na comunidade.

Uma vez que a área de abrangência desta unidade hospitalar é grande, esta equipa abrange pessoas com DMG pertencentes a uma zona do Concelho bem definida em termos geodemográficos, assumindo a responsabilidade clínica, em ligação estreita com as pessoas, famílias e comunidade onde estão inseridos. A ECSM assume então, a responsabilidade pela articulação com os cuidados saúde primários (CSP), com

a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Unidades Saúde Pública, Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia, bem como instituições de saúde que recebam pessoas com estas patologias.

De acordo com o PNSM e com o Decreto-Lei n.º 113/2021 de 14 de dezembro, que estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental, as ECSM são pilares fundamentais e estruturantes dos SLSM.

Os princípios fundamentais destas equipas são:

- Resposta às necessidades da população de um determinado local na área da saúde mental;
- Garantia da acessibilidade e da continuidade de cuidados prestados na comunidade;
- Desenvolvimento de objetivos e desenvolvimento de potencialidades nas pessoas com doença mental, com o foco na recuperação, funcionamento e capacitação;
- Promoção de uma rede de suporte, serviços e recursos adequados às capacidades das pessoas envolvidas;

Para atingir estes objetivos, as ECSM são responsáveis por consultas das várias áreas de intervenção profissional, individuais ou de grupo, intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais, promoção de adesão à medicação, visitas domiciliárias, reabilitação cognitiva e treino de competências sociais, entre outras atividades.

3.1.1. INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS

Foram várias as intervenções realizadas neste campo de estágio, que enriqueceram a nossa aprendizagem:

1 – Participação ativa na reunião semanal da equipa multidisciplinar, onde era avaliada a evolução clínica e as necessidades das intervenções de âmbito multidisciplinar das pessoas com DMG que estavam à responsabilidade da equipa. Esta reunião promove a articulação entre equipas (comunitária e internamento) e promove um plano de intervenção adequado e individual para o utente.;

2 -- Elaboração e revisão do Plano Individual de Cuidados (PIC) e de um Plano de Prevenção de Recaídas;

3 – Sessões de Psicoeducação, neste âmbito foram realizadas várias intervenções a nível individual. Estas intervenções foram realizadas principalmente aquando das visitas domiciliárias, onde era feita a administração de terapêutica antipsicótica, promovendo sempre através da psicoeducação, a importância da adesão terapêutica, melhorar o seu insight de forma e saber interpretar os seus sintomas para evitar as

recaídas e consequente reinternamento, todas estas intervenções sempre com o objetivo do melhor resultado para o sucesso do regime terapêutico

4 -- Intervenções com familiares e/ou cuidadores informais, estas foram sempre a nível individual, por não haver condições físicas para que fossem realizadas sessões de grupo.

5 -- Intervenção social, nas visitas domiciliárias eram sempre avaliadas essas necessidades, pela assistente social, ou na sua ausência, pelos restantes elementos da equipa;

6 -- Treino e desenvolvimento de competências de acordo com a funcionalidade, promovendo a autonomia e empoderamento de cada uma dessas pessoas com DMG, incluindo a articulação complementar com outras estruturas de reabilitação psicossocial, promovendo desta forma a inclusão social.

3.2. SERVIÇO DE INTERNAMENTO AGUDOS

Este estágio decorreu durante 9 semanas, no período entre 16/09 e 15/11 de 2025 no Serviço de Internamento Agudos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de uma Unidade Hospitalar do Alentejo.

Este departamento surge como resposta diferenciada do SNS na área da Saúde Mental, tendo como principal objetivo ir ao encontro das necessidades dos utentes desse distrito, assegurando o acesso e a prestação de cuidados ao nível da psiquiatria e saúde mental.

O Departamento é constituído por várias valências: Internamento agudos (+ 18 anos), Equipa Comunitária de Saúde Mental, Consulta Externa, Urgência de Psiquiatria, Unidade Funcional de Psicologia, Unidade Funcional Infantojuvenil, Serviço Social, Terapia Ocupacional e mais recentemente Hospital de dia.

3.2.1. INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS

Durante o estágio pretendemos trabalhar com a pessoa com doença mental grave, fundamentalmente através da psicoeducação, promovendo o conhecimento sobre a doença(insight), sinais e sintomas, tratamento, a importância da adesão terapêutica e seu cumprimento e, finalmente a conservação de hábitos de vida saudável.

Foi percebido que o aumento da literacia em saúde mental contribui para o planeamento de intervenções e modificação de comportamentos, levando a uma melhoria no estado de saúde, autoestima e do seu autocuidado.

Neste capítulo descrevemos o caminho percorrido durante o estágio, tendo à semelhança do primeiro, dado enfase às sessões de psicoeducação e a sua influência na adesão terapêutica na pessoa com DMG, embora nem todos os internados tivessem as patologias enquadradas na DMG.

Estas sessões foram dirigidas a pessoas que sofrem de DMG e que se encontravam internados num serviço de psiquiatria agudos, tendo sido eliminadas as pessoas com outras patologias. Pretende-se com estas sessões, capacitar as pessoas com DMG melhorando o seu *insight*, e contribuir para a sua recuperação (*recovery*) e o empoderamento (*empowerment*).

Fase de Avaliação inicial

Segundo a OE (2010, p.1), "a Enfermagem de Saúde Mental tem em vista o diagnóstico e a intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desatadas aos processos de transição". Os diagnósticos e as intervenções são a base do processo de enfermagem.

O EEESMP deve identificar através da entrevista a informação necessária para a compreensão do estado de saúde mental da pessoa, o que abrange também a promoção e proteção da saúde, bem como a prevenção da perturbação mental (Regulamento nº515/2018)". Nessa recolha de informação, o EEESMP deve utilizar as competências de comunicação adquiridas, bem como a utilização da entrevista para um correto diagnóstico de enfermagem.

Sendo assim, no início do estágio demos a conhecer qual o objetivo e finalidade do mesmo, junto das pessoas internadas que acederam participar. Desta forma, após ter sido apresentado e assinado o consentimento informado, iniciámos a intervenção pela entrevista inicial, utilizando o modelo de entrevista utilizado no serviço (anexo I)**,** na qual conseguimos obter os dados sociodemográficos, idade, estado civil, escolaridade, sexo, diagnostico e agregado familiar, bem como a avaliação do exame mental da pessoa.

Para Sampaio e Sequeira (2020, p.82), "o processo de enfermagem é composto por cinco passos essenciais: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação final". Estes passos permitem que o enfermeiro tenha uma abordagem estruturada e rigorosa a potenciais problemas, sendo que esta última etapa pode necessitar de ser realizada com frequência, pois a situação clínica da pessoa com doença mental está sempre em mutação.

Através destas fases do processo de enfermagem, obtém-se uma metodologia sistemática, rigorosa e eficiente para uma tomada de decisão clinicamente efetiva e focada na resolução de problemas e na individualização dos cuidados de enfermagem (Doenges & Moorhouse, 2010), citado por (Sampaio & Sequeira, 2020).

A avaliação diagnóstica é continua durante as intervenções com a pessoa, visando o conhecimento da mesma, com o objetivo da elaboração dos diagnósticos de enfermagem.

Segundo Chalifour (2009), a entrevista é compreendida como uma interação verbal estruturada entre um profissional e um ou mais clientes, em que os envolvidos ajustam os seus comportamentos e formas de comunicação de acordo com os papéis que desempenham, o contexto em que se inserem, os temas abordados, os objetivos definidos e o tempo previamente estabelecido para o encontro.

Tendo como base o modelo de Betty Neuman, avaliamos as variáveis (fisiológicas, psicológicas - avaliação do estado mental - socioculturais, de desenvolvimento e espirituais), os fatores de stress e os mecanismos protetores da pessoa e do grupo.

A entrevista era composta por perguntas abertas e fechadas, decorrendo num tempo aproximado de 15 minutos. Sendo a entrevista semiestruturada, permitiu que nas perguntas abertas houvesse uma facilidade de expressão de sentimentos e nas fechadas tivéssemos obtidos dados mais concretos e objetivos, antes de iniciar a entrevista criamos um espaço reservado, onde pudéssemos estabelecer um ambiente de privacidade fomentando a relação terapêutica de forma a adquirir a confiança da pessoa doente.

Durante a entrevista ouvimos atentamente a pessoa com DMG de forma a recolher informação acerca dos seus problemas e o impacto no seu dia-a-dia, direcionando a entrevista no intuito de explorar os sinais e sintomas evidentes, para que desta forma identificássemos os diagnósticos de enfermagem para posteriormente planearmos as intervenções de enfermagem possíveis de acordo com a condição clínica da pessoa e com as condições do serviço.

A entrevista não sendo uma técnica especifica do EEESMP, é, no entanto, este profissional, quem se encontra mais capacitado para a usar nos diferentes contextos de cuidados, sendo fundamentada no regulamento de competências especificas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

A entrevista é fundamental para "assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental" (DR, nº 151/2018, série II, de 7 de agosto, p. 21427).

Kaplan e Sadock (2017, p.168), defendem que "a técnica mais importante para a obtenção da história psiquiátrica consiste em deixar o paciente contar a sua própria história, com as suas próprias palavras, na ordem que julgar mais importante".

O primeiro contato entre o EEESMP e a pessoa com doença mental é um momento de extrema importância na construção de uma relação terapêutica eficaz. Esse primeiro contato é crucial, é considerado como o ponto de partida para a adesão ao tratamento, estabelece as bases para a criação de um vínculo de confiança, elemento essencial para a obtenção da excelência relacional. A relação criada vai estar presente em todas as intervenções terapêuticas junto das pessoas com DMG.

Segundo Souza et al., (2020) a qualidade desse primeiro contato pode influenciar a disposição da pessoa em se envolver no processo terapêutico, afetando diretamente a eficácia das intervenções de enfermagem.

Segundo Chalifour (2008), nesta fase deve-se estabelecer um clima de confiança, identificar e clarificar os papeis assumidos por cada um, acompanhar a pessoa na expressão das suas necessidades de ajuda, informar acerca dos recursos humanos e serviços disponíveis.

Estas entrevistas admitem a inclusão de novas questões ou a exclusão de alguma das já existentes, consoante a orientação do diálogo (Phaneuf, 2005).

Pessoa #1

A pessoa apresenta diagnóstico médico de esquizofrenia, com um quadro clínico caracterizado por sintomas psicóticos ativos. Durante a entrevista de avaliação inicial, foi possível observar um discurso desorganizado por momentos, com conteúdo claramente centrado em delírios de natureza persecutória, manifestando a convicção da mãe estar a ser vigiada e perseguida por terceiros, sem fundamentação real para tal crença. O utente demonstra pouca consciência da natureza patológica destas ideias delirantes.

Verificou-se presença de alucinações auditivas frequentes, relatando ouvir vozes que o insultam e ameaçam, bem como ameaças ao seu suporte familiar ("está a ver aquelas pessoas todas ali na rua? (bombeiros), a minha mãe vem cá agora á visita, devem estar á espera dela para lhe fazer mal." sic) o que contribui para o aumento da sua ansiedade e desconfiança para com os profissionais e restantes pessoas internadas. O conteúdo das vozes influencia o comportamento do utente, levando-o a isolar-se por medo e a apresentar conduta defensiva face a profissionais.

Foi identificada uma má adesão ao regime terapêutico medicamentoso, com a pessoa a admitir descontinuação dos antipsicóticos por iniciativa própria, justificando-se com efeitos secundários desagradáveis (diminuição da libido) e desconfiança em relação à medicação. Esta não adesão tem

contribuído para a exacerbação dos sintomas psicóticos e aumento da instabilidade clínica, segundo a mãe.

Durante a entrevista, mostrou-se visivelmente ansioso, inquietação psicomotora e queixas subjetivas de tensão constante e medo. Aparentemente a ansiedade parece estar fortemente relacionada com os conteúdos delirantes e alucinatórios.

Foram também identificadas alterações significativas no padrão de sono, com dificuldade em adormecer, múltiplos despertares noturnos e sono não reparador. O utente refere sentir-se constantemente em alerta, o que prejudica o descanso noturno e agrava a fadiga durante o dia.

Demonstra pouca consciência crítica em relação à sua condição clínica (baixo insight), mantendo alguma resistência com a equipa terapêutica e recusando por vezes o contacto com os profissionais de saúde mental. Apresenta baixa tolerância à frustração e labilidade emocional, o que reforça a necessidade de intervenções multidisciplinares continuadas.

Pessoa #3

A entrevista de avaliação diagnóstica foi realizada nas primeiras 24 horas após o internamento, com o objetivo de identificar as necessidades prioritárias de cuidados, compreender a perceção da utente sobre o seu estado de saúde, e estabelecer uma relação terapêutica inicial.

A utente tem história de episódios depressivos anteriores com vários internamentos no passado. Atualmente internada devido a agravamento significativo do seu quadro depressivo. Apresenta humor deprimido acentuado, anedonia, fadiga marcante e significativa lentificação psicomotora. Verifica-se discurso verbal reduzido e lentificado (bradilalia), com respostas monossilábicas, baixa entoação e contacto ocular escasso. A utente verbalizou pensamentos auto depreciativos frequentes, com ideias de inutilidade, culpa excessiva e desesperança profunda.

Negou, no momento da entrevista, a existência de ideação suicida, mas refere pensamento de morte recorrente.

Durante a avaliação, evidenciou-se um padrão de sono gravemente alterado, com insónia inicial e intermédia, agravada nas últimas semanas. A utente refere também perda acentuada de apetite e redução ponderal significativa. Relata dificuldades de concentração e esquecimentos frequentes. Quanto à adesão ao tratamento farmacológico, reconhece ter interrompido espontaneamente a medicação antidepressiva cerca de três semanas antes do internamento, por considerar que "não estava a ajudar" e "já não fazia sentido continuar".

Nos relacionamentos sociais, descreve sentimento de isolamento e afastamento de familiares e amigos, verbalizando perceções de incompreensão e abandono. Nega o consumo de álcool ou outras

substâncias psicoativas. Refere que, apesar de sentir algum alívio por estar em ambiente protegido, manifesta sentimentos de culpa por "ser um peso para todos.", sic.

Durante a entrevista, foi possível observar sinais de elevado sofrimento emocional, baixa autoestima, apatia generalizada e desesperança quanto ao futuro, sendo evidente a necessidade de suporte intensivo em ambiente terapêutico estruturado.

Pessoa #4

Pessoa com DMG com diagnóstico prévio de esquizofrenia com histórico de múltiplos internamentos e episódios psicóticos agudos. Foi admitido no serviço de internamento compulsivamente, após episódio de agitação psicomotora em via pública, com discurso desorganizado e comportamento considerado de risco para o próprio e para terceiros

Durante a entrevista, apresentou discurso com conteúdo delirante marcado por ideias religiosas e de grandeza, afirmando ser "o salvador do universo", "um enviado de Deus com a missão de purificar a humanidade". Demonstrou pouca crítica sobre a sua condição, recusando inicialmente a necessidade de internamento que atribui atribuindo a uma "injustiça espiritual". Os delírios religiosos e megalómanos são estruturados, persistentes e acompanhados de intensa convicção, não sendo modificados pela argumentação lógica ou pela tentativa de confrontação com a realidade.

Relata ouvir vozes que se apresentam como "anjos e entidades superiores", que lhe transmitem orientações e mensagens sobre o seu papel religioso, configurando alucinações auditivas, às quais responde em voz alta durante a entrevista. Apresenta ansiedade marcada, visível por inquietação motora, discurso acelerado, sudorese e dificuldade de concentração.

O utente e família referem ter interrompido voluntariamente a medicação antipsicótica há cerca de um mês, por não aceitar o diagnóstico nem reconhecer benefícios no tratamento, evidenciando má adesão terapêutica. No domínio do padrão de sono, refere dificuldade em iniciar e manter o sono, afirmando dormir "duas a três horas por noite", justificando a insónia com a "missão divina que exige vigilância constante".

No plano interpessoal, demonstra desconfiança acentuada em relação à equipa de saúde e à família, acreditando que estes fazem parte de uma conspiração para impedi-lo de cumprir o seu destino espiritual. Apresenta, contudo, momentos de colaboração parcial durante a entrevista, quando abordado com comunicação empática e sem confronto direto com o conteúdo delirante.

Esta não adesão tem contribuído para a exacerbação dos sintomas psicóticos e aumento da instabilidade clínica, segundo a família.

O utente demonstra pouca consciência crítica em relação à sua condição clínica (baixo insight), mantendo alguma resistência com a equipa terapêutica e recusando por vezes o contacto com os profissionais de saúde mental.

Através das entrevistas foi possível identificar alguns diagnósticos de enfermagem: Alteração do pensamento (Delírio persecutório, místico, religioso, megalómano), alteração da perceção (Alucinação auditiva), adesão terapêutica comprometida, embotamento afetivo, interação social comprometida, baixa autoestima, baixo *insight*, alteração do padrão de sono (insónia), humor deprimido, humor eufórico, autocontrolo comprometido, comportamento sexual comprometido, comportamento agressivo.

Pessoa #6

A entrevista de avaliação diagnóstica foi realizada nas primeiras 24 horas após a admissão da utente no internamento de psiquiatria de agudos. A utente apresenta diagnóstico médico de Perturbação Afetiva Bipolar, atualmente em fase maníaca. No momento da avaliação, encontrava-se visivelmente agitada, com discurso e pensamento acelerado, fuga de ideias, humor eufórico e em simultâneo exaltado, com reduzida capacidade de autorregulação emocional.

Á data do internamento e no momento da entrevista, a pessoa #6 apresenta higiene pouco cuidada, apresentava-se bastante ansiosa, alternando períodos de maior impulsividade e taquipsiquismo, com outros que procurava a fuga á entrevista e às questões solicitadas. Facilmente percebemos que existia uma péssima adesão medicamentosa, motivada pelo seu humor eufórico que referia não estar doente nem perceber o que estava a fazer naquele lugar.

Percebe-se que o principal problema tem a ver com a não adesão medicamentosa, contribuindo esse fato para a sua perda de funcionalidade e consequente descompensação da sua situação clínica.

O sono estava comprometido, referia a pessoa doente que não conseguia dormir porque a cabeça não a deixava descansar, com delírios de caraterísticas persecutórios direcionados às autoridades e á família.

Apresentava igualmente baixo insight sobre a sua situação clínica, sendo de início uma relação pouco colaborante e com alguma agressividade verbal no discurso.

Instrumentos de medida para avaliação

A adesão ao regime medicamentoso constitui um dos pilares fundamentais no processo terapêutico da pessoa com doença mental, sendo determinante para a estabilização clínica, prevenção de recaídas e reintegração social. Em contextos de saúde mental, a não adesão à terapêutica farmacológica

está associada a um agravamento dos sintomas, aumento do número de hospitalizações, resistência ao tratamento e, em casos mais graves, ao risco de suicídio ou comportamento agressivo (Cardoso, A. et al., 2016).

Para além dos benefícios clínicos, o cumprimento regular da medicação permite ao utente manter um maior equilíbrio emocional e cognitivo, o que favorece a sua recetividade às restantes intervenções do plano terapêutico, tais como a psicoeducação, psicoterapia, reabilitação psicossocial e intervenções familiares. Estas intervenções são essenciais para a promoção da autonomia, adesão à vida comunitária e qualidade de vida do utente.

De acordo com Cardoso e Galera (2009), muitos dos casos de recaída em perturbações psiquiátricas, nomeadamente esquizofrenia e perturbações do humor, estão diretamente relacionados à interrupção ou uso irregular da medicação. A experiência clínica demonstra que utentes que mantêm uma boa adesão ao regime medicamentoso apresentam melhor funcionamento global, maior consciência da doença e menor resistência ao acompanhamento contínuo pelas equipas de saúde mental.

O EEESMP assume um papel fundamental neste processo, promovendo estratégias de intervenção como a entrevista inicial, o acompanhamento individualizado e a educação terapêutica, no sentido de aumentar a literacia em saúde mental o estigma da adesão medicamentosa e consequente sucesso no regime terapêutico. O envolvimento do utente na gestão do seu plano terapêutico, com foco na corresponsabilização e empoderamento, é também uma estratégia eficaz para garantir os melhores resultados clínicos.

Neste contexto, destaca-se que a adesão ao regime medicamentoso não deve ser vista como uma obrigação imposta ao utente, mas como parte integrante de um plano de cuidados holístico e centrado na pessoa, onde a relação terapêutica e o diálogo contínuo entre profissional e pessoa com DMG são essenciais para o sucesso terapêutico

A adesão à medicação constitui um dos fatores mais determinantes para a eficácia dos fármacos antipsicóticos em pessoas com doença mental grave. Assim, a existência de instrumentos que nos permitam avaliar de forma fiável o nível de adesão à terapêutica é essencial para o planeamento de estratégias de intervenção adequadas a cada situação clínica. Neste contexto, foram aplicadas a escala MARS (Anexo II) e a escala de Insight de Marková e Berrios (Anexo III), ambas utilizadas no serviço de internamento.

A Escala MARS (Medication Adherence Rating Scale) é um instrumento originalmente desenvolvido por Thompson et al. (2000) para avaliar a adesão à terapêutica psicofarmacológica em indivíduos com perturbações mentais, com particular enfoque em quadros psicóticos, em Portugal essa

escala foi adaptada á nossa realidade por Vanelli et al. (2011), permitindo assim o avaliar o grau de adesão terapêutica de forma simples e rápida, identificar fatores psicossociais e crenças associadas à não adesão, apoiar decisões clínicas e o planeamento de intervenções centradas no utente, promover um papel mais ativo do paciente na gestão da sua saúde mental.

A escala de MARS é de autopreenchimento, composta por 10 itens de resposta dicotómica refere-se á adesão do regime terapêutico através do cumprimento das orientações dos profissionais de saúde. Estes 10 itens, são segundo Vanelli et al. (2011), de resposta dicotómica (sim e não) em que a cotação varia entre 0 (baixa probabilidade de adesão à medicação) e 10 (elevada probabilidade de adesão à medicação). Esta cotação fornece dados que permitem perceber que a adesão à terapêutica constitui uma variável contínua que vai da adesão completa à medicação prescrita até à não adesão, passando pela adesão parcial à terapêutica).

A escala de MARS "é particularmente útil pela sua simplicidade, rápida aplicação e capacidade de captar diferentes aspetos da adesão, indo além do mero comportamento de tomar a medicação, incorporando aspetos cognitivos e emocionais que influenciam esse comportamento" (Horne et al., 2005)

Todas as pessoas com doença mental a quem foram aplicadas as escalas, encontravam-se internadas por um quadro de descompensação do seu quadro clínico, devido a diversos fatores sendo comum a todos, o não cumprimento na adesão terapêutica.

A avaliação do *insight* em indivíduos com doença mental é uma componente essencial da prática clínica em saúde mental, dado que o grau de consciência que o paciente tem sobre sua condição influencia diretamente a adesão ao tratamento, o prognóstico e a relação terapêutica. Neste contexto, a Escala de Insight de Marková e Berrios representa uma ferramenta valiosa e abrangente.

Segundo Marková e Berrios (1992), o conceito de *insight* deve ser compreendido de forma multidimensional, indo além da simples aceitação do diagnóstico.

Para Marková e Berrios (1992) o *insight* organiza-se em torno de três dimensões principais: reconhecimento da doença, reconhecimento da necessidade de tratamento e capacidade de identificar tanto experiências psicopatológicas como patológicas.

De acordo com Mella et al. (2011) esta escala está relacionada com a experiência das pessoas em relação à sua doença, ou seja, é referente ao conhecimento que a pessoa tem acerca da sua situação clínica, nomeadamente o seu diagnóstico, sinais e sintomas, bem como o seu tratamento".

Esta escala tem um papel importante para o enfermeiro especialista em saúde mental, uma vez que na sua prática é responsável por acompanhar a evolução clínica da pessoa, avaliar a sua perceção da doença e planear intervenções adequadas.

Esta escala, tal como a de MARS é de resposta dicotómica (sim e não) num total máximo de 30 pontos.

Quanto maior for a pontuação obtida maior será o nível de *insight* do doente. Havendo conhecimento sobre a sua doença, será mais fácil para as pessoas aceitarem-na e consequentemente torna mais fácil a adesão medicamentosa. De acordo com Vanelli, et al. (2009), a ausência de *insight*, considerado como a compreensão e nível de conhecimento da sua doença mental, pode constituir um fator essencial para a não adesão ao tratamento, nomeadamente das consultas e da medicação.

Segundo Mella et al. (2011) a presença de um *insight* diminuído conduz a um prognóstico reservado associado a um início tardio de tratamento, uma diminuição da funcionalidade e, consequentemente, a uma maior frequência de internamentos.

Resultados da avaliação inicial

Na tabela 1 apresentamos os dados sociodemográficos que foram recolhidos através da entrevista inicial.

Como podemos observar pela tabela seguinte, o grupo tinha pessoas com idades compreendidas entre os 18-51, maioritariamente do sexo masculino, cujas patologias eram enquadradas com a temática em análise. Na sua maioria, estão inseridos num agregado familiar, uma pessoa encontra-se institucionalizado e outra reside sozinha.

IDENT	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLAR.	SEXO	AGREGADO	PATOLOGIA
#1	48	SOLTEIRO	12	M	MÃE	ESQUIZO
#2	18	SOLTEIRO	9	M	INST	PERTURBAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO
#3	49	CASADO	9	M	ESP + FILHO	DEPRESSÃO
#4	36	SOLTEIRO	12	M	MÃE	ESQUIZO
#5	51	UNIAO FACTO	LIC	F	ESPOSO	BIPOLAR
#6	40	SOLTEIRA	12	F	SOZINHO	BIPOLAR

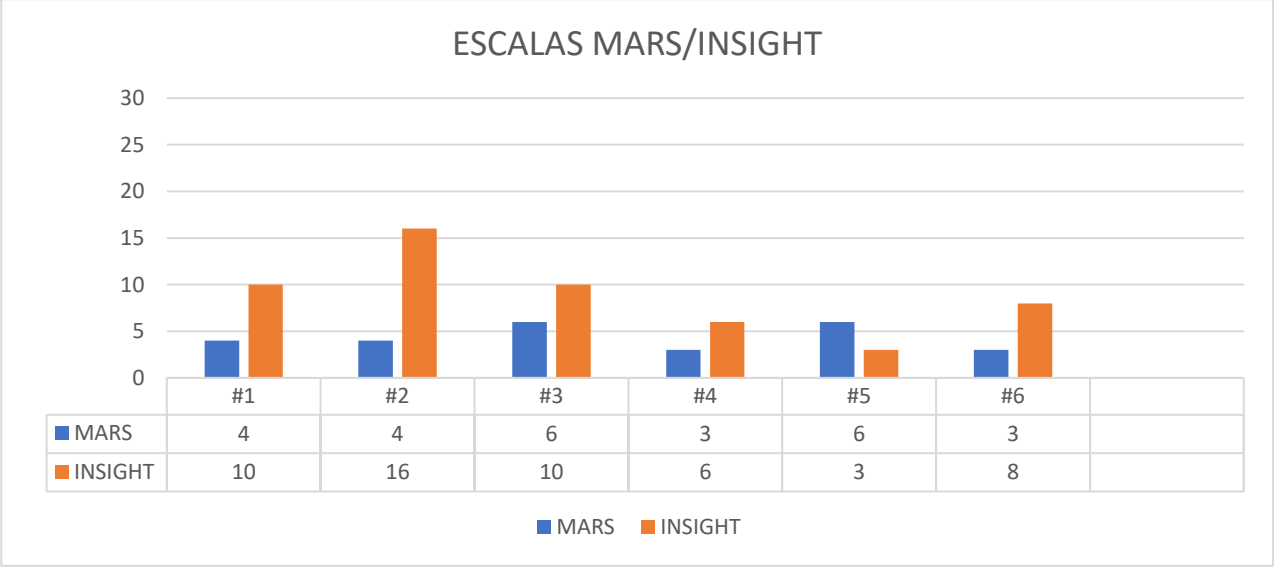
Tabela 1 - Dados sociodemográficos

No gráfico 1 representa os dados que foram obtidos através da primeira aplicação das escalas. Para Vanelli, et al. (2011), na interpretação das respostas é considerada como adesão a resposta NÃO às questões 1-6, 9-10 e SIM às respostas 7-8.

Através dos *scores* apurados, conclui-se que relativamente á escala de MARS, a maior percentagem de valores apurados encontra-se abaixo do valor médio (5), confirmando como já foi descrito anteriormente, a má adesão terapêutica, sendo esse um dos motivos pelo qual estão internados e que obriga a uma intervenção imediata pela equipa multidisciplinar.

Em relação à escala do *insight*, observa-se que apenas uma pessoa apresenta resultados compatíveis com a presença de *insight* (>15), por outro lado, duas pessoas apresentam resultados onde o *insight* está manifestamente comprometido.

Tal como na escala de MARS, Vanelli et al. (2010) também fez a adaptação da escala de *Insight* de Marková e Berrios para o contexto português. Para a obtenção de dados, as respostas são interpretadas como tendo *Insight* quando é SIM nas questões 1, 3-6, 8-11, 13-19, 21-22, 24-27, 30 e NÃO nas questões 2, 7, 12, 20, 23, 28-29.



	#1	#2	#3	#4	#5	#6
MARS	4	4	6	3	6	3
INSIGHT	10	16	10	6	3	8

Gráfico 1 – Resultados Iniciais após aplicação da escala de MARS e INSIGHT

Planeamento e Intervenções desenvolvidas

O processo de cuidados deve ser sempre direcionado e centrado na pessoa, considerando-a como pessoa única que é, sendo influenciada no contexto em que se encontra, tal como ela influencia o contexto. O EEESMP através das suas intervenções desenvolve as competências a nível do planeamento, que lhe permite elaborar e planear os planos de cuidados, baseados nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados. Como referido anteriormente, deve-se respeitar e aceitar as crenças da pessoa, bem como a sua tomada de decisão; compreender e identificar estratégias, atitudes e técnicas que se adequam a cada situação e pessoa, bem como os fatores que possam ser obstáculo na relação de ajuda.

O plano de cuidados deve ser sempre planeado, desenvolvido e negociado com a pessoa e a equipa de saúde numa tomada de decisão partilhada (Regulamento nº515, 2018).

As intervenções realizadas dependem sempre das avaliações diagnóstico contínuas, avaliadas de forma única em cada pessoa, sendo fundamental nestas situações a relação de confiança estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa com DMG.

Os diagnósticos em cada caso clínico foram identificados em conjunto com a pessoa e nas situações em que o permitia com a família também, o que se traduziu na construção de um plano de cuidados individualizado com intervenções especializadas no âmbito psicoterapêutico, psicoeducacional e psicossocial. Pretendemos desta forma, promover o cumprimento e autogestão do regime terapêutico, minimizando o risco de recaídas.

Plano de Cuidados de Enfermagem Paciente #1

Diagnóstico Internamento - Esquizofrenia

Foco	Diagnóstico CIPE	Intervenções de Enfermagem CIPE	Resultados Esperados
DELÍRIO	**Delírio persecutório, Místico**	. Manter ambiente seguro; . Reduzir estímulos que reforcem os delírios; . Executar escuta ativa . Monitorizar sinais e sintomas psicóticos . Estabelecer comunicação terapêutica e avaliar eficácia - Executar intervenção psicoeducativa (reforçando a importância do cumprimento do regime terapêutico) ; importância de adotar hábitos de vida saudáveis) medicamentosa; - Ensinar Técnicas de Distração (ler, pintar, ver filmes, ouvir música e realizar exercícios físicos); Promover ambiente terapêutico seguro e estruturado; - Usar linguagem clara e neutra	- Delírio diminuído ou ausente .
ADESÃO	**Adesão Terapêutica comprometida**	- Avaliar adesão ao regime medicamentoso; - Avaliar adesão ao regime terapêutico; - Educar sobre a importância da medicação e efeitos adversos. - Avaliar barreiras para adesão (insight, estigma, efeitos colaterais, negação da doença). - Envolver a família. - Usar linguagem clara e acessível.	- Adesão terapêutica melhorada.

ALUCINAÇÃO	**Alucinação presente(auditiva)**	. Avaliar e registar atividade alucinatória; . Estabelecer relação terapêutica; . Dialogar sobre conteúdo/frequência das vozes . Ensinar estratégias para enfrentar/distração - Executar intervenção psicoeducativa (ensinar sobre a alucinação e os fatores precipitantes da alucinação); - Reforçar a importância de cumprir o regime terapêutico; - Encorajar o utente a validar as alucinações com pessoas de sua confiança - Promover ambiente terapêutico seguro e estruturado - Executar escuta ativa	- Alucinações diminuídas ou ausentes
EMBOTAMENTO AFETIVO	**Embotamento afetivo presente**	- Estimular expressão emocional através de atividades criativas. - Manter contacto visual e linguagem corporal recetiva. - Criar ambiente acolhedor e seguro.	- Embotamento ausente ou melhorado
ISOLAMENTO SOCIAL	**Interação social comprometida**	- Incentivar o contato social através da participação em atividades de grupo; - Negociar um contrato terapêutico; - Executar escuta ativa; - Encorajar a pessoa a mudar de ambiente, como sair para caminhadas.	-Isolamento social diminuído ou ausente.

AUTOESTIMA	**Baixa autoestima**	- Reforçar verbalmente conquistas e progressos. - Executar apoio emocional; - Executar reestruturação cognitiva; - Executar intervenções de promoção da autoestima (encorajar a pessoa a identificar as suas forças, ajudar a pessoa na definição de metas atingíveis que permitam reforçar a sua autoestima, transmitir confiança na capacidade da pessoa lidar com a situação)	- Autoestima aumentada
ACEITAÇÃO ESTADO SAÚDE	**Aceitação estado saúde comprometido**	- Estabelecer com o utente uma relação baseada na confiança mútua; - Avaliar o insight; - Executar psicoeducação sobre o seu estado de saúde; - Avaliar o insight através da escala de Insight Marková e Berrios; - Envolver a pessoa no processo de tomada de decisão;	- Aceitação estado saúde melhorado
INSÒNIA	**Alteração do padrão de sono (insónia)**	- Determinar o padrão de sono/vigília da pessoa; - Executar intervenção psicoeducativa (ensinar sobre a importância de manter um sono adequado e a adoção de hábitos de vida saudáveis);	- Insónia ausente

		- Avaliar eficácia da terapêutica; - Ensinar a pessoa a adaptar o ambiente para promover o sono (ex. ruído, iluminação, temperatura); - Incentivar a pessoa a evitar atividades de hiperestimulação na hora de deitar (ex. filmes violentos ou estar ao telemóvel); - Incentivar o utente a fazer exercício físico regular; - Incentivar a realização de técnicas de relaxamento	
ANSIEDADE	**Ansiedade moderada**	- Usar uma abordagem calma e segura; - Executar escuta ativa; - Encorajar a expressão de sentimentos, perceções e medos; - Incentivar a expressão de sentimentos junto da família e/ou profissionais de saúde; - Orientar sobre estratégias de redução de ansiedade (manter uma ingestão nutricional adequada, realizar exercício físico com frequência e ensinar técnicas de distração); - Executar relação de ajuda; - Avaliar eficácia da terapêutica;	- Ansiedade diminuída ou ausente
		- Executar intervenção de psicoeducação (Informar e esclarecer sobre doenças sexualmente transmissíveis, métodos contracetivos); - Fornecer contactos de linhas de apoio gratuitas, anónimas e confidenciais;	- Comportamento sexual não comprometido

COMPORTAMENTO SEXUAL	**Comportamento sexual comprometido**	- Informar onde por adquirir métodos contracetivos	

Plano de Cuidados de Enfermagem – #3

Diagnóstico internamento – Depressão Major

Foco	Diagnóstico CIPE	Intervenções de Enfermagem CIPE	Resultados Esperados
ADESÃO	**Adesão Terapêutica comprometida**	- Avaliar adesão ao regime medicamentoso; - Avaliar adesão ao regime terapêutico; - Educar sobre a importância da medicação e efeitos adversos. - Avaliar barreiras para adesão (insight, estigma, efeitos colaterais, negação da doença). - Envolver a família. - Usar linguagem clara e acessível. - Avaliar barreiras para adesão (insight, estigma, efeitos colaterais, negação da doença). - Envolver a família. - Usar linguagem clara e acessível.	- Adesão terapêutica melhorada
HUMOR	**Humor deprimido**	- Estimular atividades prazerosas. - Encorajar verbalização de sentimentos. - Promover hábitos saudáveis. - Monitorizar ideação suicida.	- Humor estabelecido ou melhorado
SONO	**Alteração do padrão de sono (insónia)**	- Determinar o padrão de sono/vigília da pessoa doente; - Executar intervenção psicoeducativa (ensinar sobre a importância de manter uma higiene de sono adequado, e adoção de hábitos de vida saudáveis); - Avaliar eficácia da terapêutica;	- Insónia ausente

		- Ensinar a pessoa doente/família a adaptar o ambiente para promover o sono (ex. ruído, iluminação, temperatura); - Incentivar a pessoa a estabelecer uma rotina ao deitar de facilitando a transição do estado de alerta ao estado de sono. - Incentivar a pessoa á pratica de exercício físico regular; - Incentivar a realização de técnicas de relaxamento	
EMBOTAMENTO	**Embotamento afetivo presente**	- Estimular expressão emocional através de atividades criativas. - Manter contacto visual e linguagem corporal recetiva. - Criar ambiente acolhedor e seguro.	- Embotamento ausente ou diminuído
ISOLAMENTO SOCIAL	**Interação social comprometida**	- Incentivar a participação em atividades de grupo, incentivando o contato social - Estabelecer um contrato terapêutico relativamente ã reintegração social; - Executar escuta ativa; - Encorajar a pessoa a mudar de ambiente, como sair para caminhadas.	-Isolamento social diminuído ou ausente
AUTOESTIMA	**Baixa autoestima**	- Reforçar verbalmente conquistas e progressos. - Executar apoio emocional; - Executar reestruturação cognitiva; - Executar intervenções de promoção da autoestima (encorajar o utente a identificar as suas forças, assistir a pessoa na definição de metas possíveis de atingir de acordo com a realidade da pessoa e que permitam aumentar a sua	- Autoestima aumentada

		autoestima, transmitir confiança na capacidade de o utente lidar com a situação e incentivar os progressos da pessoa em direção às suas metas)	
ACEITAÇÃO ESTADO SAÚDE	**Aceitação estado saúde comprometido**	- Estabelecer com a pessoa uma relação baseada na confiança e respeito; - Avaliar o conhecimento da pessoa face ao seu estado de saúde através da aplicação da escala de insight de Marková e Berrios; - Executar psicoeducação para promoção da saúde; - Envolver a pessoa no processo de tomada de decisão;	- Aceitação estado saúde melhorado

Plano de Cuidados de Enfermagem – #4

Diagnóstico internamento - Esquizofrenia

Foco	Diagnóstico CIPE	Intervenções de Enfermagem CIPE	Resultados Esperados
DELÍRIO	**Delírio Religioso, Megalómano**	. Manter ambiente seguro; . Reduzir estímulos que reforcem os delírios; - Orientar para a critica; . Executar escuta ativa . Monitorizar sinais e sintomas psicóticos . Estabelecer comunicação terapêutica e avaliar eficácia - Executar intervenção psicoeducativa (informar sobre os fatores etiológicos do delírio; importância no cumprir o seu regime terapêutico, mesmo na ausência de sintoma delirante;) - Reforçar a necessidade de hábitos vida saudáveis; - Promover ambiente terapêutico seguro e estruturado; - Usar linguagem clara e isenta de juízos de valor;	- Delírio diminuído ou ausente .
ADESÃO	**Adesão Terapêutica comprometida**	- Avaliar adesão ao regime medicamentoso; - Avaliar adesão ao regime terapêutico; - Educar sobre a importância da medicação e efeitos adversos. - Avaliar barreiras para adesão (insight, estigma, efeitos colaterais, negação da doença). - Envolver a família. - Usar linguagem clara e acessível.	- Adesão terapêutica melhorada.

ALUCINAÇÃO	**Alucinação presente(auditiva)**	. Avaliar e registar atividade alucinatória; . Estabelecer relação terapêutica de confiança; . Dialogar sobre conteúdo/frequência das vozes . Ensinar estratégias para enfrentar/distração - Executar intervenção psicoeducativa (ensinos sobre a alucinação e os seus fatores precipitantes); - Reforçar a importância de cumprir o regime terapêutico; - Encorajar o utente a validar as alucinações com pessoas de sua confiança - Promover ambiente terapêutico seguro e estruturado - Executar escuta ativa	- Alucinações diminuídas ou ausentes
EMBOTAMENTO AFETIVO	**Embotamento afetivo presente**	- Estimular expressão emocional através de atividades criativas. - Manter contacto visual e linguagem corporal recetiva. - Criar ambiente acolhedor e seguro.	- Embotamento ausente ou melhorado
ISOLAMENTO SOCIAL	**Interação social comprometida**	- Incentivar a participação em atividades de grupo, incentivando o contato social; - Negociar um contrato terapêutico que promova a integração social; - Executar escuta ativa e compreensiva; - Encorajar a pessoa a mudar de ambiente, como sair para caminhadas.	-Isolamento social diminuído ou ausente.

AUTOESTIMA	**Baixa autoestima**	- Reforçar verbalmente conquistas e progressos. - Executar apoio emocional;); - Executar reestruturação cognitiva; - Executar intervenções de promoção da autoestima (encorajar a pessoa a identificar as suas forças, transmitindo confiança nas suas capacidades de lidar com as situações, incentivar aquando de resultados positivos)	- Autoestima aumentada
ACEITAÇÃO ESTADO SAÚDE	**Aceitação estado saúde comprometido**	- Estabelecer com a pessoa uma relação baseada na confiança mútua; - Avaliar o conhecimento da pessoa face ao seu estado de saúde através da aplicação da escala de Insight Marková e Berrios; - Executar psicoeducação sobre o seu estado de saúde (ensino sobre a psicose, desmistificando o estigma associado à psicose; - Envolver o utente/família no processo de tomada de decisão;	- Aceitação estado saúde melhorado
INSÓNIA	**Alteração do padrão de sono (insónia)**	- Determinar o padrão de sono/vigília do doente; - Executar intervenção psicoeducativa (ensinar sobre a importância de manter um sono adequado e a importância da adoção de hábitos de vida saudáveis); - Avaliar eficácia da terapêutica;	- Insónia ausente

		- Ensinar o utente a adaptar o ambiente para promover o sono (ex. ruído, iluminação, temperatura); - Incentivar a pessoa a estabelecer rotinas ao deitar, facilitando a transição do estado de alerta ao estado de sono. - Incentivar a pessoa a evitar hiperestimulação sensorial perto da hora do sono; - Incentivar a pessoa a fazer exercício físico regular; - Incentivar a realização de técnicas de relaxamento	
ANSIEDADE	**Ansiedade moderada**	- Usar um discurso calmo e empático; - Executar escuta ativa; - Encorajar a expressão de sentimentos, perceções e medos; - Incentivar a expressão de sentimentos junto da família; - Orientar sobre estratégias de redução de ansiedade (realizar exercício físico com frequência e ensinar técnicas de distração, bem como assistir o utente a identificar quais são os estímulos da ansiedade); - Executar relação de ajuda; - Avaliar eficácia da terapêutica;	- Ansiedade diminuída ou ausente
		- Executar intervenção de psicoeducação (Informar e esclarecer sobre doenças sexualmente transmissíveis, desmistificando mitos); - Fornecer contactos de linhas de apoio gratuitas, anónimas e confidenciais;	

COMPORTAMENTO SEXUAL	**Comportamento sexual comprometido**	- Encaminhar para profissionais de saúde especializados e serviços onde possam adquirir métodos contracetivos;	- Comportamento sexual não comprometido
COMPORTAMENTO AGRESSIVO	**Comportamento agressivo aumentado**	- Responsabilizar a pessoa pelo seu comportamento; - Colocar limites á pessoa doente; - Falar de forma calma e num tom de voz adequado; - Orientar sobre estratégias de modificação do comportamento agressivo (Dar reforço positivo sobre as mudanças de comportamento adotadas pela pessoa, - Encorajar a pessoa doente a participar na monitorização e registo do seu comportamento) - Orientar a família sobre estratégias de prevenção da agressividade	- Comportamento agressivo ausente ou melhorado

Plano de Cuidados de Enfermagem – Paciente#6

Diagnóstico de Internamento – Doença Bipolar – Fase Maníaca

Foco	Diagnóstico CIPE	Intervenções de Enfermagem CIPE	Resultados Esperados
ADESÃO	**Adesão Terapêutica comprometida**	- Avaliar adesão ao regime medicamentoso; - Avaliar adesão ao regime terapêutico; - Educar sobre a importância da medicação e efeitos adversos. - Avaliar barreiras para adesão (insight, estigma, efeitos colaterais, negação da doença). - Envolver a família. - Usar linguagem clara e acessível.	- Adesão terapêutica melhorada.
HUMOR ALTERADO	**Humor eufórico**	- Monitorizar através da observação as variações de humor e sinais de exacerbação maníaca, fazendo o seu registo -Estabelecer relação terapêutica - Criar ambiente de confiança, livre de julgamentos. - Utilizar comunicação clara, empática e assertiva. - Educar sobre a condição clínica, com objetivo de aumentar o insight, quando a condição clínica o permita - Explicar o impacto do humor eufórico e a importância da estabilização. - Manter rotinas consistentes, com horários previsíveis. -Estabelecer limites claros e consistentes. -Ensinar técnicas de respiração e relaxamento. - Estimular a verbalização de sentimentos e emoções.	- Humor Eutímio estabelecido ou melhorado

SONO	**Alteração do padrão de sono (insónia)**	- Determinar o padrão de sono/vigília do doente; - Executar intervenção psicoeducativa (ensino sobre a importância de manter um sono adequado, adotando de hábitos de vida saudáveis); - Avaliar eficácia da terapêutica; - Ensinar a pessoa doente a preparar o ambiente para promover o sono (ex. ruído, iluminação, temperatura);	Insónia ausente
ACEITAÇÃO DO ESTADO SAÚDE	**Aceitação estado saúde comprometido**	- Estabelecer com a pessoa doente uma relação baseada na confiança; - Avaliar o conhecimento da pessoa face ao seu estado de saúde através da escala de Insight Marková e Berrios; - Executar psicoeducação sobre o seu estado de saúde (ensinar sobre a bipolaridade, promover a desmistificação do estigma associado à sua doença; - Envolver a pessoa no processo de tomada de decisão;	- Aceitação estado saúde melhorado.
DELÍRIO	**Delírio persecutório, Místico**	. Manter ambiente seguro; . Reduzir estímulos que reforcem os delírios; - Orientar para a critica, evitar hiperestimulação sensorial . Executar escuta ativa . Monitorizar sinais e sintomas psicóticos . Estabelecer comunicação terapêutica e avaliar eficácia - Executar intervenção psicoeducativa (ensino sobre os fatores etiológicos do delírio; importância do cumprimento do regime terapêutico, mesmo na ausência	- Delírio diminuído ou ausente .

		dos sintomas; importância de adotar hábitos de vida saudáveis); - Ensinar Técnicas de Distração (ler, pintar, ver filmes, ouvir música e realizar exercícios físicos); - Promover ambiente terapêutico seguro e estruturado;	
AUTOCONTROLO	**Controlo de impulsos comprometido**	-Ensinar sobre estratégias de autocontrolo; - Incentivar a participação em atividades de grupo; - Executar intervenção de promoção de um controlo impulsivo efetivo; - Negociar um contrato terapêutico; - Executar escuta ativa; - Treinar técnicas de autocontrolo; - Executar apoio emocional	- Controlo de impulsos melhorado

Perante os resultados obtidos, sentimos a necessidade de aumentar os conhecimentos destas pessoas internadas através de sessões de psicoeducação abordando a importância da adesão terapêutica e o conhecimento da doença:

Sessões de psicoeducação

Foram então, elaborados os planos das sessões onde estão identificados os conteúdos abordados, bem como os recursos utilizados e a sua duração:

A primeira sessão (Anexo IV) era referente à DMG, com a participação das 6 pessoas internadas, independentemente dos timings de internamento. O grande objetivo era ajudar os utentes a compreender a sua condição de saúde mental, promovendo o autoconhecimento e adesão de forma que pudessem conhecer melhor a sua doença, conhecer os seus sinais e sintomas de alerta.

Durante a sessão, verificou-se que alguns participantes não possuíam consciência acerca da sua condição clínica, embora reconhecessem determinados sintomas por já os terem experienciado. O grupo apresentou uma postura reservada, com baixa participação e evidenciando alguma desconfiança face à intervenção.

Na segunda sessão (Anexo V), o tema abordado foi a importância da adesão terapêutica, promovendo o conhecimento e a consciência sobre a importância da adesão, ajudando as pessoas a compreender o papel da medicação no controlo da sua doença evitando dessa forma as recaídas e consequentes internamentos.

Estiveram presentes as 6 pessoas internadas, havendo uma melhor interação do grupo com a apresentação, também por uma melhor relação de confiança. Aplicaram-se as escalas preconizadas para este relatório.

Na terceira e última sessão (Anexo VI), voltou-se a abordar a importância da adesão terapêutica, aplicando-se novamente as escalas de MARS e do INSIGHT.

ADESÃO TERAPÊUTICA NA PESSOA COM DOENÇA MENTAL GRAVE:
A IMPORTÂNCIA DA PSICOEDUCAÇÃO

SESSÕES DE PSICOEDUCAÇÃO -- PLANOS DE AULA

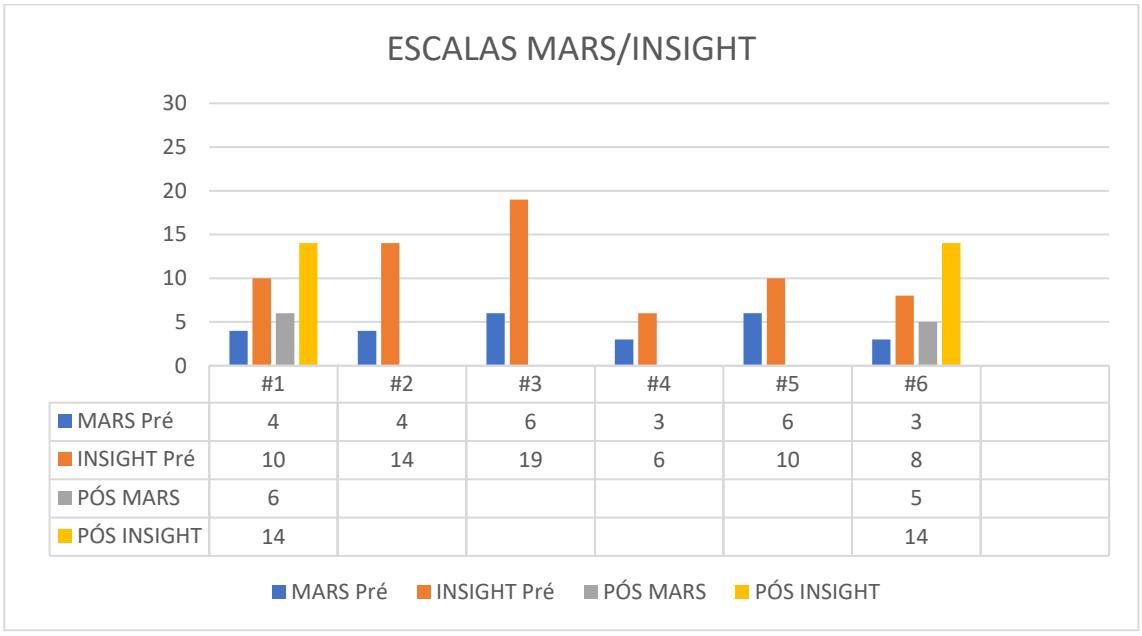
TEMA	OBJETIVOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIA		DATA/LOCAL/DURAÇÃO POPULAÇÃO ALVO
			METODOS	RECURSOS	
SESSÃO 1 DOENÇA MENTAL GRAVE	**OBJETIVO GERAL:** - Ajudar os utentes a compreender a sua condição de saúde mental, promovendo o autoconhecimento e adesão **OBJETIVOS ESPECIFICOS:** - Explicar de forma clara o que é uma DMG - Ajudar os utentes a identificar os seus sintomas - Reduzir o estigma e aumentar a literacia em saúde mental; - Promover comportamentos de autocuidado e adesão ao tratamento	- Definir o conceito de saúde mental - Doença Mental grave - Identificar fatores que influenciam a saúde mental; - Enumerar atividades que promovem a saúde mental; - Abordar a saúde/doença mental como tabu; - O que é uma doença mental grave (em palavras simples) - Exemplos (esquizofrenia, bipolar, etc.) - Sintomas comuns e como afetam a vida diária - Importância da medicação e do seguimento - Estratégias de autocuidado e apoio	Expositiva/ Interativa	Computador Projetor multimédia	06/10/2024 Refeitório do serviço de internamento +/-30 m Utentes com doença mental grave internados no serviço de psiquiatria
SESSÃO II	**OBJETIVO GERAL:** - Promover a adesão ao tratamento, através do entendimento da importância da medicação e do seguimento.	- O que é o tratamento? (medicação + consultas + apoio) - Para que serve a medicação? - O que acontece quando não se toma corretamente?		Computador Projetor multimédia	08/10/2024

ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO I	**OBJETIVOS ESPECIFICOS:** - Promover a adesão ao regime terapêutico; - Definir o conceito de "adesão ao regime terapêutico"; - Descrever as intervenções que compõem o regime terapêutico; - Enumerar os fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico; - Descrever estratégias que promovem a adesão ao regime terapêutico; - Promover a interação de grupo.	- Efeitos secundários e como lidar com eles - Dicas para lembrar de tomar a medicação; - Abordagem dos fatores que possam condicionar a (não) adesão ao regime terapêutico; - Descrição de estratégias promotoras da adesão ao regime terapêutico. - Aplicação das escalas	Expositiva/ Interativa	Escala de MARS Escala de Marková/ Berrios	Refeitório do serviço de internamento +/-30 m Utentes com doença mental grave internados no serviço de psiquiatria
SESSÃO II ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO I	**OBJETIVO GERAL:** - Promover a adesão ao tratamento, através do entendimento da importância da medicação e do seguimento. **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**	- O que é o tratamento? (medicação + consultas + apoio) - Para que serve a medicação? - O que acontece quando não se toma corretamente? - Efeitos secundários e como lidar com eles	Expositiva/ Interativa	Computador Projetor multimédia Escala de MARS Escala de Marková/	12/11/2024 Refeitório do serviço de internamento +/-30 m Utentes com doença mental grave internados no serviço de psiquiatria

	- Promover a adesão ao regime terapêutico; - Definição do conceito de "adesão ao regime terapêutico"; - Descrever as intervenções que compõem o regime terapêutico; - Enumerar possíveis fatores de influenciar a adesão ao regime terapêutico; - Descrever estratégias que promovam a adesão ao regime terapêutico; - Promover a interação de grupo.	- Dicas para lembrar de tomar a medicação; - Abordagem dos fatores condicionantes da (não) adesão ao regime terapêutico; - Descrição de estratégias promotoras da adesão ao regime terapêutico. - Aplicação das escalas		Berrios	

Reavaliação

De realçar, que durante as 9 semanas de estágio estiveram internadas as mesmas 6 pessoas, apesar do conhecimento e da relação terapêutica que se conseguiu estabelecer, apenas duas aceitaram participar na última sessão de psicoeducação, traduzindo-se numa pequena amostra para resultados finais.



	#1	#2	#3	#4	#5	#6
MARS Pré	4	4	6	3	6	3
INSIGHT Pré	10	14	19	6	10	8
PÓS MARS	6					5
PÓS INSIGHT	14					14

Gráfico 2 – Resultados da aplicação das Escalas de MARS e INSGHT após intervenções psicoeducativas

O gráfico 2 refere-se então aos dados recolhidos numa segunda fase, após as três intervenções psicoeducativas que haviam sido programadas.

Avaliando os resultados, verifica-se que após as intervenções planeadas, mesmo limitados a um reduzido grupo de pessoas, obtiveram-se resultados superiores quer na escala de adesão quer na do insight, percebendo-se desta forma a importância da psicoeducação e o papel do EEESMP na recuperação da pessoa doente.

De referir que, as duas pessoas que aceitaram participar em todo o processo, têm patologias (esquizofrenia e doença bipolar – fase maníaca) que tendencialmente apresentam um insight muito comprometido, implicando também isso no cumprimento da adesão terapêutica. A falta de insight de uma forma generalizada pode ser explicada como a falta de consciência de ter uma doença mental (Leal et al., 2004).

Ainda em relação a estas duas pessoas internadas, foi possível embora de uma forma não estruturada, fazer sessões informais de psicoeducação durante as horas de visita com a família, pois o envolvimento da família/cuidadores é fundamental para que haja um aumento da literacia em saúde mental, aumentando não só á pessoa doente, mas também aos seus próximos o nível de insight sobre as suas doenças.

As intervenções de psicoeducação não foram completamente implementadas devido a alguns constrangimentos: Pessoas em descompensação, com remissão demorada, pessoas com avançada cronicidade, curto espaço de tempo de estágio no internamento, comprometimento da atenção e concentração devido aos ajustamentos farmacológicos, comprometimento severo do insight, recusa do próprio, dificuldade na transmissão de informação individual e/ou em grupo, dificuldade em implementar as sessões na sua totalidade, serviço em início reestruturação.

Ainda no decorrer deste estágio, participámos de uma forma ativa em sessões da unidade de tratamento e reabilitação em ambulatório (grupos de alcoólicos) que tinham como intervenções específicas:

- Implementar entrevistas motivacionais para explorar ambivalências e reforçar a motivação para mudança.
- Promover sessões de psicoeducação sobre os efeitos do álcool no organismo e consequências do uso contínuo.
- Envolver familiares no processo terapêutico sempre que possível.
- Acompanhar o utente em estratégias de prevenção de recaídas (identificação de gatilhos, planos de ação).

Estas sessões tinham periodicidade quinzenal, mensal e trimestral.

A promulgação da Lei n.º 35/2023, de 21 de julho, marca uma transformação significativa na política de saúde mental em Portugal, ao revogar a anterior Lei de Saúde Mental de 1998 e estabelecer um novo paradigma centrado na dignidade, autodeterminação e inclusão social das pessoas com doença mental. Um dos principais avanços introduzidos por esta legislação é o fim dos internamentos de longa duração para doentes crónicos, promovendo, em alternativa, a intervenção em meio comunitário e a continuidade de cuidados através das equipas de saúde mental.

Este enquadramento legal atualiza-se aos princípios internacionais de direitos humanos, nomeadamente à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas, assumindo que as pessoas com doença mental têm direito a viver na comunidade com apoio adequado e

sem discriminação (ONU, 2006). A nova lei reconhece que o internamento deve ser sempre uma medida de último recurso, com duração mínima e sujeita a rigoroso controlo judicial (Lei n.º 35/2023).

As intervenções de enfermagem em saúde mental ganham ainda maior relevância, nomeadamente ao nível da psicoeducação, promoção da adesão terapêutica, apoio na gestão da medicação, reabilitação psicossocial e articulação com os serviços comunitários. Os enfermeiros especialistas desempenham um papel crucial na monitorização da condição clínica, na promoção da autonomia e autocuidado, e na prevenção de recaídas ou reinternamentos (OE, 2021).

Neste contexto, o departamento de psiquiatria continuou a fazer o acompanhamento dessas pessoas que foram inseridas noutras instituições da comunidade. Foram feitas visitas às instituições que acolheram as pessoas com doença mental crónica ou outras patologias do foro psiquiátrico que tiveram durante décadas em regime de internamento crónico.

Nestas visitas, era possível avaliar de uma forma geral a condição física e mental dessas pessoas, reportando ao médico responsável qualquer informação que fosse pertinente. No fundo, estas intervenções significam um seguimento de follow-up após a saída do internamento de crónicos, mantendo assim, a continuidade dos cuidados por parte do EEESMP, reforçando em todas as deslocações a necessidade de as instituições cumprirem com o plano terapêutico. Nestas instituições, foram também feitas formações (não presenciadas) aos vários grupos profissionais sobre sinais e sintomas que possam significar uma recaída da pessoa doente.

3.3. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGIA

O estágio decorreu no período de 18/11/2024 a 31/01/2025 serviço de Oncologia Médica/Hospital de Dia, de um Hospital da região do Alentejo.

O serviço de Oncologia tem como objetivo fornecer cuidados de saúde especializados e multidisciplinares aos doentes oncológicos, adotando uma abordagem holística. Caracteriza-se pela sua elevada especificidade e competência, destacando-se pelo desenvolvimento contínuo e pela inovação na prestação de cuidados ao paciente e à sua família ao longo do percurso da doença oncológica. O serviço visa responder de forma adequada às necessidades dos doentes e familiares, ajustando a intervenção às diferentes fases do ciclo da doença.

A equipa de recursos humanos é constituída por uma equipa multidisciplinar: médico oncologista, equipa de enfermagem (sendo uma EEESMP), técnicos auxiliares de saúde, administrativo, psicólogo, assistente social e nutricionista.

Ao nível de enfermagem existem várias consultas: ao doente que inicia programa terapêutico, *follow-up* e ao doente ostomizado a realizar quimioterapia e/ou radioterapia.

O Serviço de Oncologia articula-se com várias valências no âmbito da continuidade dos cuidados prestados.

3.3.1. INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS

Segundo a DGS (2002), o sucesso aumento e eficácia dos tratamentos oncológicos traz-nos também um aumento no número de casos de sucesso na cura dessas patologias e consequentemente dos seus problemas associados. No entanto, um dos maiores desafios prende-se com apoio às necessidades psicossociais e ao sofrimento emocional e psicológico que essas patologias e tratamentos provocam nas pessoas com doença oncológica.

As doenças oncológicas representam em Portugal a segunda maior causa de morte e a principal causa de sofrimento pelo tempo de tratamento e possível cura.

Os problemas psicológicos e perturbações psiquiátricos têm enorme prevalência nestas pessoas e nas suas famílias no momento do diagnostico, durantes e após esses tratamentos.

Para Sequeira (2014, p.87), "as doenças oncológicas em todo o seu decorrer aportam um conjunto de *stressores* capazes de desequilibrar o individuo nos diferentes níveis físico, psicológico, emocional, familiar, social e espiritual, limitando a sua autonomia e bem-estar e consequentemente a qualidade de vida".

A depressão e ansiedade são as perturbações mais comuns, afetando de forma negativa a qualidade de vida, a consciência da tomada de decisão sobre os tratamentos, aumentam com frequência o desejo de morte e as taxas de suicídio (Barreto, 2020).

Wilson citado por Peixoto (2011, p.28) refere que "a prevalência de depressão major nos utentes com cancro é cerca de 15%, sendo grande a percentagem de doentes com depressão *minor* ou distimia, às quais se encontram igualmente associados importantes níveis de *distress".*

Para Cardoso et al., (2009), a vulnerabilidade psicossocial perante a doença varia de pessoa para pessoa, sendo influenciada não apenas pelo contexto em que surge, mas também pelo significado individual que lhe é atribuído. Torna-se, portanto, fundamental delinear um plano terapêutico que integre, de forma articulada, os cuidados psicossomáticos e os cuidados psiquiátricos em todas as fases da doença.

Torna-se, assim, necessária a avaliação das reações emocionais e das necessidades psicossociais dos utentes, de modo a estruturar adequadamente o apoio dirigido a estes e às suas famílias. A implementação de uma intervenção precoce pode contribuir para a atenuação dos sintomas psicossociais, prevenindo o desenvolvimento de depressão major e promovendo a melhoria da qualidade de vida. (Barreto, 2020).

Segundo Cardoso et al. (2009), a promoção da saúde mental em contexto oncológico tem como propósito fundamental assegurar ao utente uma adequada qualidade de vida e bem-estar psicológico. Para tal, recorre-se a intervenções que visam apoiar a pessoa na gestão da angústia decorrente do diagnóstico e dos efeitos do tratamento, reduzir a ansiedade, a incerteza e o isolamento, bem como favorecer uma participação ativa no processo de recuperação, promovendo simultaneamente a clarificação de perceções e de informações.

Sendo que as diminuições dos efeitos de stress podem ser minimizadas através da promoção do empowerment da pessoa e do uso de estratégias de *coping* que promovam o aumento da autoestima (Sequeira, 2014)

A identificação precoce destas patologias e implementação de tratamento adequado contribuem para uma melhoria significativa da qualidade de vida destas pessoas com doença oncológica, mas também para a diminuição dos internamentos e mortalidade, uma vez que que a mortalidade aumenta cerca de 39% nos utentes com sintomas depressivos. A depressão aliada ao sofrimento, pode aumentar a ideação suicida nestas pessoas, Granek, S. citado por Barreto (2020).

No Hospital de Dia existia já previamente um projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem que visava a implementação de uma consulta de enfermagem a executar de acordo com as competências do EEESMP. Esse projeto tem como título "Intervenção de Enfermagem de Saúde Mental em Oncologia- Projeto de Ligação", aquilo que se pretende é a existência de uma articulação de proximidade entre o departamento de psiquiatria e a unidade funcional de hospital de dia, proporcionando a criação da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica de apoio á oncologia e simultaneamente a criação de um grupo psicoeducativo de suporte.

Em reunião com a EESSMP que supervisionava o estágio, foi-nos proposto integrar este projeto durante este estágio, uma vez que havia muita dificuldade em que o mesmo fosse operacionalizado por falta de recursos humanos, ficando definido que essa seria a minha área de intervenção neste estágio.

A consulta de enfermagem, foi pensada implementada de acordo com as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (OE, 2018), num

plano de cuidados individualizado, realizado em conjunto com a pessoa doente, tendo como referência a teoria de enfermagem dos sistemas de Betty Neuman.

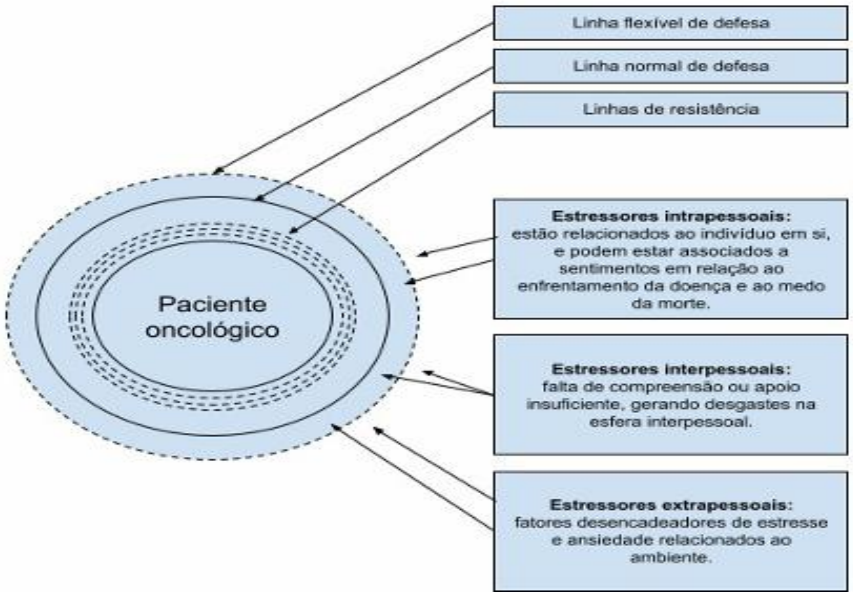


Figura 2 - Diagrama da Teoria dos Sistemas de Neuman na perspetiva do paciente oncológico.
Fonte: Adaptado de McEwen

A intervenção do enfermeiro na pessoa doente pode ser compreendida em três níveis de prevenção. Neste âmbito de oncologia, ressalva a prevenção secundária, esta corresponde à fase em que, após a exposição ao agente de stress, se procura atenuar os seus efeitos, promovendo a restauração da homeostasia (Tomey & Alligood, 2004).

A consulta associada a este projeto enquadra-se neste nível de prevenção, assumindo o diagnóstico oncológico como o agente de stress. Considerando que se trata de um fator potenciador já presente na experiência da pessoa em sofrimento, a consulta tem como finalidade, para além de assegurar um diagnóstico rigoroso da sua condição de saúde mental e da identificação das necessidades existentes, favorecer o mais precocemente possível a recuperação da homeostasia, através da mobilização dos recursos internos e externos disponíveis.

Sendo assim, o objetivo principal desta consulta era a implementação de uma consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica que fornecesse apoio á pessoa com doença oncológica; criar um grupo psicoeducativo de suporte á pessoa e família com doença oncológica; estabelecer a parceria entre os dois departamentos; garantir a satisfação das pessoas doentes com o projeto e atuar na prevenção de patologias psiquiátricas nos utentes com diagnóstico de doença oncológica.

Avaliação inicial

Esta intervenção iniciava-se aquando do diagnóstico e primeiro tratamento a que as pessoas eram submetidas no hospital de dia. Após explicar o procedimento, a participação era facultativa e mediante o preenchimento do consentimento informado. Após o consentimento era pedido para preencherem a escala de *distress* emocional e a escala de ansiedade e depressão (HADS) (Anexo VII).

Os registos são efetuados na plataforma SClínico, parametrizado de acordo com as necessidades da área de saúde mental. A referenciação para a consulta é feita semanalmente pela EEESMP da Unidade funcional de hospital de dia, após a aplicação e avaliação das escalas que fazem parte deste projeto.

Sempre que esses parâmetros demonstrem necessidade de avaliação médica, o pedido de colaboração era feito pelos meios em vigor na instituição.

A escala de HADS é um instrumento de avaliação desenvolvido por Zigmond e Snaith em 1983 para identificar sintomas de depressão e ansiedade. A sua relação com o diagnóstico de doença oncológica é importante, uma vez que nos permite identificar a possível existência de sofrimento emocional, favorecendo uma intervenção precoce e um acompanhamento ao longo dos tratamentos do doente oncológico.

A escala de HADS é composta por 14 questões de resposta múltipla (pontuação de 0 a 3), sendo que as questões ímpares avaliam a sintomatologia ansiosa e as perguntas pares avaliam a sintomatologia depressiva. Tendo em conta a soma dos scores, considera-se de 0 – 7 normal, de 8 – 11 possível ou questionável e de 12 – 21 provável existência do diagnóstico de ansiedade e/ou depressão.

Apesar do grande volume de pessoas doentes do hospital de dia, apenas 14 aceitaram fazer parte deste projeto, apresentamos de seguida em gráfico os dados que foram obtidos, garantindo o anonimato das pessoas envolvidas, sendo identificadas por números.

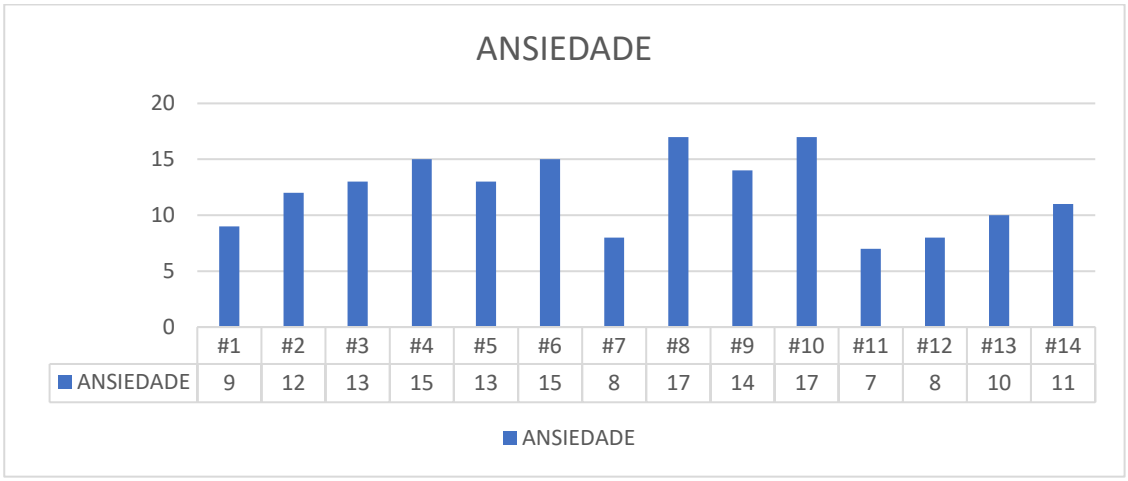


Gráfico 3 – Resultados da aplicação da escala de HADS para a Ansiedade

De acordo com os valores obtidos, uma pessoa não registava qualquer indicador de ansiedade, 5 apresentavam respostas compatíveis como a possível existência de ansiedade e 8 pessoas com valores que demonstravam que tinham o sentimento de ansiedade marcada.

Este grupo de 8 pessoas com ansiedade marcada foram encaminhadas para o grupo psicoeducativo de apoio onde eram tratados temas como, impacto do diagnóstico, a informação acerca da doença e dos tratamentos planeados, as estratégias de *coping*, a comunicação, cuidados no domicílio, a gestão do stress e emoções e a imprevisibilidade do futuro. Por questões de gestão de recursos humanos durante as 9 semanas de estágio nunca houve sessões para grupo, pelo que não nos foi possível assistir a essa dinâmica.

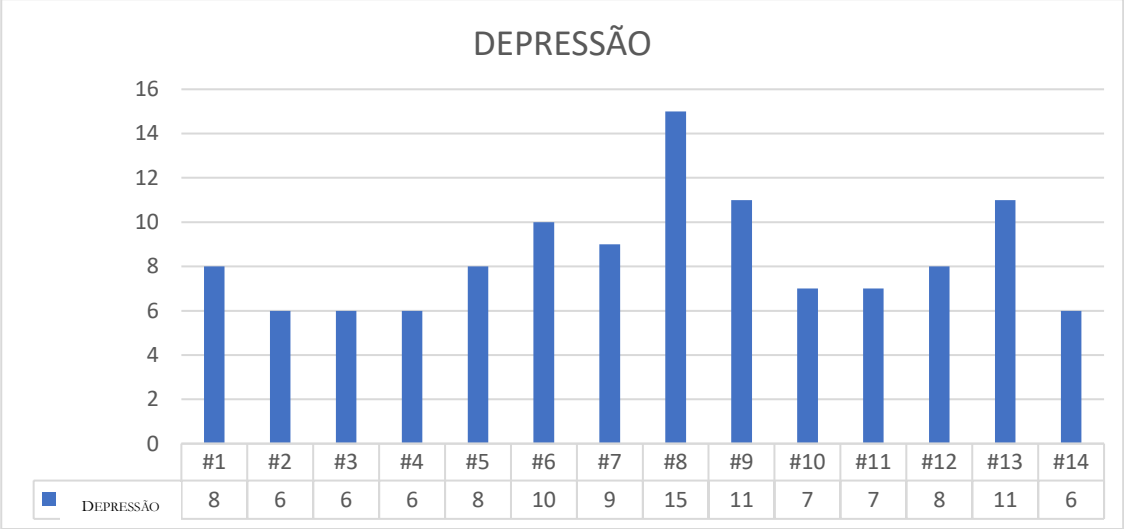


Gráfico 4 – Resultados da aplicação da Escala de HADS para a Depressão

Relativamente aos dados da escala de depressão, observamos que 6 pessoas não apresentam respostas compatíveis com sinais de depressão, 7 estavam enquadradas nas respostas em que é possível a existência de depressão e apenas 1 mostrava respostas compatíveis com existência de depressão, sendo que esta mesma pessoa ao apresentar níveis elevados de ansiedade foi encaminhada para consulta de psiquiatria.

Diagnósticos de enfermagem

De acordo com os dados obtidos pelo preenchimento das escalas, foram definidos os diagnósticos de enfermagem: Ansiedade aumentada, aceitação do estado de saúde, baixa autoestima e insónias.

Planeamento de intervenções

De acordo com os diagnósticos identificados, elaboramos o plano de cuidados.

Resultados finais

Não foi possível obter em nenhuma das pessoas doentes, uma reavaliação do seu estado. Tal fato deve-se ao agravamento de valores analíticos que impediam as pessoas de repetir a ida ao hospital de dia, recusa das pessoas em preencherem nova escala e a falta de recursos humanos pelo elevado volume de pessoas doentes que impediram que todo o trajeto do projeto fosse alcançado,

Como sugestão apresentamos; melhorar a burocracia necessária para que a pessoa inicie um acompanhamento pelo departamento de psiquiatria de uma forma mais célere, minimizando desta forma o sofrimento psicológico da pessoa com doença oncológica e que os EEESMP possam continuar a dispor de "tempo" para prosseguirem com estas intervenções fundamentais no apoio á pessoa com doença oncológica.

PLANO DE CUIDADOS

Foco	Diagnóstico CIPE	Intervenções de Enfermagem CIPE	Resultados Esperados
ADESÃO	**Adesão Terapêutica comprometida**	- Avaliar adesão ao regime medicamentoso e terapêutico - Educar sobre a importância da medicação e efeitos adversos. - Avaliar barreiras para adesão (insight, estigma, efeitos colaterais, negação da doença). - Envolver a família. - Usar linguagem clara e acessível.	- Adesão terapêutica melhorada.
AUTOESTIMA	**Baixa autoestima**	- Reforçar verbalmente conquistas e progressos. - Executar apoio emocional; - Reformular a estrutura cognitiva; - Executar intervenções de promoção da autoestima	- Autoestima aumentada
ACEITAÇÃO ESTADO SAÚDE	**Aceitação estado saúde comprometido**	- Estabelecer uma relação fundamentada na confiança e empatia; - Avaliar o nível de literacia em saúde e o nível de insight da pessoa; - Executar psicoeducação sobre o seu estado de saúde (ensinar sobre a doença, promover a adesão aos tratamentos)	- Aceitação estado saúde melhorado
INSÓNIA	**Alteração do padrão de sono (insónia)**	- Determinar o padrão de sono/vigília do doente; - Executar intervenção psicoeducativa (ensinar sobre a importância de manter um sono adequado)	- Insónia ausente

		- Avaliar eficácia da terapêutica; - Ensinar o utente a adaptar o ambiente para promover o sono (diminuição de ruídos, iluminação); - Incentivar o utente a estabelecer uma rotina ao deitar de modo a facilitar a transição do estado de alerta ao estado de sono; - Incentivar a realização de técnicas de relaxamento	
ANSIEDADE	**Ansiedade moderada**	- Usar uma abordagem com linguagem calma e segura; - Praticar uma escuta ativa e compreensiva; - Encorajar a expressão de sentimentos, perceções e medos com família e/ou profissionais de saúde; - Orientar sobre estratégias de redução de ansiedade (incentivar o utente a manter um sono e repouso adequados, manter hábitos alimentares adequados e hábitos de vida saudável); - Executar relação de ajuda; - Avaliar eficácia da terapêutica;	- Ansiedade diminuída ou ausente

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A atual exigência técnica e científica dos cuidados prestados pelos enfermeiros, assumem nos dias de hoje, uma cada vez maior relevância na saúde das pessoas e das comunidades onde estão inseridas, tal fato obriga á diferenciação e especialização dos enfermeiros.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (n.º 428/2011) destaca que a evolução das competências requeridas, assim como do nível de formação académica e profissional, contribuiu para tornar a prática clínica de enfermagem mais complexa, diferenciada e exigente.

A OE deliberou a atribuição de título de enfermeiro especialista, reconhecendo-o como "(…) aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (…)" (Decreto-Lei nº 104/98, pp.1). A obtenção do título de EEESMP pressupõe a aquisição de competências comuns e específicas, aplicáveis nos mais variados contextos de prestação de cuidados de enfermagem.

Na especificidade da EEESMP, define-se o objetivo fundamental de aumento do bem-estar, equilíbrio, funcionalidade e autoconhecimento das pessoas. É através da obtenção de competências especificas para o desempenho do seu papel que se obtém consentimento para chegar à pessoa de quem cuida em todas as suas dimensões.

Com a finalidade de ajudar as pessoas doentes a promover, melhorar ou manter a sua saúde na área de atuação que lhe compete, "a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental" (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto, p.21427).

Desta forma, pretende-se com este capítulo fazer uma reflexão sobre o contributo deste percurso académico na aquisição das competências comuns e especificas exigidas para a obtenção do título de Enfermeira Especialista, na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns são aquelas que independentemente da área de especialização, são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas e advêm do conhecimento e do provar dos domínios de competência dos enfermeiros de cuidados gerais (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, p.4744).

Segundo o Regulamento nº 140/2019 referente às competências comuns do EE, publicado em Diário da República nº 26/2009, 2.ª Série. Nº 26 de 6 de fevereiro de 2019 (p.4744) assume-se como competências comuns "as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, são independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria" (OE, 2019: 4745).

Ainda de acordo com o REPE (nº140/2019, p.2) as competências comuns estão definidas em quatro diferentes domínios, a referir:

- **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A)**

- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- Promove praticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

Desenvolvemos esta competência sempre de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, estando sempre presente a garantia e respeito pelos direitos humanos. Desempenhando um exercício ético, seguro e profissional através da utilização das habilidades de tomada de decisão assentes em conhecimento próprio e na avaliação continua. A prestação de cuidados, foi sempre assente na pessoa e na relação terapêutica, garantindo e respeitando os valores e costumes, crenças espirituais, o acesso à informação, a escolha e autodeterminação.

A relação terapêutica estabelecida em qualquer dos campos de estágio, foi sempre iniciada e potenciada no momento da entrevista, aquando da avaliação do estado de saúde mental e em todas as intervenções realizadas. Estas foram sempre efetuadas promovendo a privacidade e dignidade na resolução de problemas da pessoa com doença mental, conseguiu-se com essa relação a competência no planeamento de estratégias e necessidades da pessoa, baseando estas decisões no código deontológico da OE.

As tomadas de decisão foram sempre feitas em equipa, avaliando em todos os momentos os seus resultados.

As estratégias de intervenção e resolução de problemas foram sempre feitas em parceria com o utente/família, estando sempre presente a deontologia profissional. A confidencialidade da informação adquirida, bem como o direito à privacidade são assegurados em todas as intervenções, promovendo sempre um ambiente seguro e confortável.

Nos registos de enfermagem, passagens de turno e outras atividades como a realização do caso clínico e garantimos e respeitámos a confidencialidade, fomentando a segurança e a privacidade do utente, grupo e família.

As estratégias de intervenção e resolução de problemas foram sempre feitas em parceria com o utente/família, estando sempre presente a deontologia profissional. A confidencialidade da informação adquirida, bem como o direito à privacidade são assegurados nos mais pequenos detalhes, promovendo sempre um ambiente seguro e confortável.

O contexto dos cuidados e a sua multiplicidade na relação com o outro é um desafio, mas a ética tem de estar sempre mantida. Neste âmbito a nossa atuação foi sempre de acordo com o regulamento de REPE "demonstra sempre um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica" (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, p.4746) sendo as suas unidades de competência.

Asseguramos o direito do utente no acesso á informação, respeitando sempre a sua privacidade e o direito á escolha e autodeterminação. Em Saúde Mental, a autodeterminação é considerada cada vez mais um conceito critico, pois abrange o direito dos utentes na tomada de decisão sobre o seu tratamento, bem como o acesso á sua informação clínica.

Esta ainda é uma barreira, pois os utentes ainda têm alguma dificuldade em fazer ouvir a sua "voz", seja pela sua patologia muitas vezes disfuncional, seja pela autoridade e/ou intransigência da equipa multidisciplinar na qual está inserido.

- **Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade(B)**

- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na area da governação clinica;
- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;
- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria continua da qualidade;

-

Do enfermeiro especialista, exige-se um papel de dinamizador quer a desenvolver, quer a suportar intervenções estratégicas na área da governação clínica, desenvolvendo a sua prática com qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade.

Objetivando as competências no âmbito da qualidade, a segurança e a proteção das pessoas foram constantemente salvaguardadas, sendo as consultas de enfermagem de saúde mental realizadas em gabinete próprio e individualizado. A participação da família ou cuidadores ocorria de acordo com a vontade da pessoa em consulta, favorecendo a criação de um ambiente terapêutico seguro e de confiança, garantindo simultaneamente a privacidade e a resposta às suas necessidades.

No âmbito da melhoria contínua, planeámos e apresentámos as sessões formativas para as pessoas assistidas, de forma a melhorar a sua literacia em Saúde Mental, aumentando o seu *insight* dobre a sua situação clínica.

Neste domínio, participamos ainda no projeto "Intervenção de Enfermagem de Saúde Mental em Oncologia- Projeto de Ligação" já implementado no Serviço do Hospital de Dia, onde o objetivo seria identificar a vulnerabilidade das pessoas doentes, fazendo o encaminhamento das pessoas que o justificasse para o departamento de Psiquiatria.

A realização do caso clínico, enquadra-se na mobilização de conhecimentos, bem como as sessões de psicoeducação com as pessoas com DMG quer em contexto comunitário quer no internamento, todas estas intervenções têm como base a evidencia científica.

Participei em seminários (Anexo VIII), em *webinares* (Anexo IX e X) e em formações do serviço do internamento enquanto formador (Anexo XI), ajudando no enriquecimento e na consolidação do meu percurso formativo. Estes momentos de partilha e atualização de conhecimentos permitem incorporar na prática do dia-a-dia os mais recentes conceitos na área da qualidade e segurança em saúde mental, enquanto favoreceram o desenvolvimento de uma atitude crítica e proativa perante os desafios da prática clínica.

- **Domínio da Gestão de Cuidados (C)**

- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

No internamento e na ECSM, foram realizadas reuniões semanais onde se discutiam e analisavam os casos clínicos das pessoas internadas ou ao cuidado da ECSM. Estas reuniões permitiam avaliar a evolução clínica com a partilha de conhecimentos da equipa multidisciplinar (psiquiatras, enfermeiros, assistente social, psicóloga, terapia ocupacional, farmacêutico) levando a uma abordagem abrangente e colaborativa no processo de cuidados.

O planeamento das intervenções tornou-se mais assertivo e eficaz, contribuindo desta forma para uma melhor evolução clínica da pessoa.

A participação ativa nestas reuniões permitiu-me a aquisição da competência sobre a gestão de cuidados em articulação com a restante equipa multidisciplinar.

De forma a garantir a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, tive a oportunidade de colaborar com o enfermeiro supervisor na gestão da recursos humanos e materiais, adequados às necessidades do serviço. Tive oportunidade de elaborar planos de trabalho, verificar stocks farmacológicos, promovendo sempre um ambiente calmo, garantindo assim a eficiência do funcionamento do serviço. Logo, foi-me possível adquirir as competências no âmbito da coordenação e liderança da equipa de prestação de cuidados

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade
- Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Ao longo do período em que os estágios foram realizados, foi fundamental a elevada consciência do "EU" enquanto pessoa e profissional de enfermagem. Todo este processo de autoconhecimento, que adquiri ao longo desta prática, permitiu-me entender e gerir melhor as minhas emoções, recursos, limitações pessoais e profissionais, processo fundamental para estabelecer uma relação terapêutica de confiança, pois gerir emoções, crenças, valores e pensamentos podem de certa forma influenciar nessa relação.

É esse autoconhecimento que nos permite conseguir adaptar às necessidades das pessoas, gerindo fenómenos de transferência e contratransferência. Desta forma, trabalhei a competência de elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.

O contato e adaptação às pessoas, nos diferentes contextos de estágio, considerando a singularidade de cada um, permitiu-me adquirir a competência de adaptabilidade individual e organizacional.

No decorrer do estágio, seja em contexto de internamento ou na comunidade, estive sujeito a comportamentos e respostas inesperadas das pessoas com doença mental, que exigiram uma avaliação cuidadosa na abordagem a ser feita. Foi fundamental a mobilização de conhecimentos adquiridos neste percurso formativo, adequando o comportamento e antecipando situações de conflito ou provável conflito. A reação a comportamentos agressivos em internamento exigiu um planeamento rápido de intervenção, seja com administração de terapêutica seja com a utilização de técnicas como tentar estabelecer uma relação eficaz de comunicação, demonstrando empatia e uma linguagem calma que ajudasse no autocontrolo da pessoa.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

O grau de Enfermeiro Especialista é, segundo o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (p. 4744) - Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - o profissional a quem é conhecida a competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados especializados dentro da área a que viu ser-lhe atribuído o respetivo título.

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica focam-se na "(…) promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental." (Regulamento nº 515/2018, pp.1).

As competências especificas encontram-se descritas no Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - e englobam quatro domínios distintos.

- **Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; (F**

Esta competência foi definitivamente a que maior preponderância teve neste percurso académico, começou a ser trabalhada na componente teórica do Mestrado, na unidade curricular de Epistemologia, Ética e Direitos de Enfermagem e na unidade de Desenvolvimento Pessoal, pois ajudou-me a conhecer e a desenvolver melhor o meu "EU" pessoal e o meu "EU" profissional. Foram unidades de grande reflexão pessoal e profissional.

As crenças e julgamentos inconscientes que por vezes fazemos, podem comprometer a relação terapêutica, a tomada de consciência de mim próprio permitiu que as minhas emoções e perspetivas não condicionassem a qualidade dos cuidados e a relação com a pessoa com DMG. A consciência ou melhor conhecimento de mim nas duas dimensões bem como as reflexões críticas, estiveram presentes nas intervenções durante os estágios: Intervenções psicoeducativas sobre a importância do cumprimento do regime terapêutico, em todos os seus contextos, nas intervenções de suporte e orientação com família e/ou cuidadores, em todas as intervenções feitas na comunidade, nomeadamente visitas domiciliárias e recuperação de funcionalidade.

Considero adquirida esta competência, como já referi anteriormente, é uma das mais exigentes, mas também uma das mais transformadoras na evolução para Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

- **Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental; (F2)**

No decurso de todos os campos de estágio, houve um processo evolutivo consolidado pela reflexão crítica constante e pela utilização de instrumentos de avaliação. A colheita de informações feita pela entrevista diagnostica foi fundamental para a avaliação do estado mental, o envolvimento da família e/ou cuidadores é parte importante em todo este processo. Esta competência exige muito mais para alem da observação clínica, ela requer uma abordagem sistemática e fundamentada que nos permita avaliar as necessidades da pessoa, mas também da família e/ou cuidadores, respeitando a sua história de vida, contexto social e cultural onde está inserido, bem como a sua rede de apoios sociais. Estando as diretrizes da saúde mental direcionadas para o contexto comunitário, foi fundamental conhecer a rede de apoios existentes, quais os recursos locais e adaptar todas as intervenções ao ambiente natural da pessoa com DMG.

Por todas estas intervenções, considero esta competência adquirida.

- **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; (F3)**

No decorrer dos estágios, fiz o processo de enfermagem das pessoas com doença mental, de acordo com a CIPE, com a identificação das necessidades, os diagnósticos de enfermagem e as intervenções com a pessoa e o grupo, implementação das intervenções, monitorização dos resultados e reajuste das intervenções sempre que necessário, tudo isto origina o processo clínico individualizado para a pessoa

No decorrer do estágio na equipa comunitária de saúde mental, para além do processo de enfermagem, preenchi os planos individuais de trabalho (PIC) e os planos de prevenção de recaídas (PPR).

Por todas as intervenções realizadas considero ter adquirido e percebido esta competência.

- **Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde. (F4)**

No decorrer dos estágios, a relação estabelecida com as pessoas, o planeamento dos cuidados em resposta aos diagnósticos de enfermagem, visaram sempre a ajuda á pessoa na concretização das suas capacidades, promovendo a sua funcionalidade e o bem-estar.

Para aquisição desta competência, desenvolvi várias intervenções de psicoeducação que visavam promover a importância da adesão ao regime terapêutico, das pessoas com DMG. As sessões foram em grupo e individual, tendo-se confirmado que a psicoeducação é um instrumento muito eficaz na promoção do *insight*, na autonomia e na adesão terapêutica. Estas sessões foram sempre realizadas numa abordagem centrada na pessoa, com linguagem adequada para melhor entendimento.

Considero que adquiri esta competência ancorado numa prática reflexiva e fundamentada, estando hoje certamente melhorar preparado para as intervenções junto destas pessoas com doença mental.

4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Neste subcapítulo pretende-se descrever o processo de aquisição de conhecimentos e de competências de mestre.

De acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto, este concede o Grau de Mestre, a quem demonstre:

a) Ser detentor de conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que possa sustentar-se nos seus conhecimentos obtidos durante o primeiro ciclo, e que seja capaz de os desenvolver e aprofundar; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos multidisciplinares, mesmo que sejam relacionados com a sua área de estudo: c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades e) Deve demonstrar competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Pretendeu-se, ao longo de Curso de Mestrado, desenvolver e integrar os diversos conhecimentos adquiridos, acrescentando os que foram adquiridos nas diversas unidades curriculares.

A aquisição e desenvolvimento do conjunto de saberes em complementaridade com a nossa experiência profissional, permitiu-nos o desafio de planear e executar um projeto de intervenção clínica, sendo também elaborado um poster sobre a temática da adesão terapêutica para a apresentação à equipa multiprofissional do serviço e apresentação num congresso futuro.

Com vista a aumentar os níveis de conhecimento e consequentemente impulsionar o enriquecimento para a prática da enfermagem especializada realizamos as seguintes formações adicionais:

- Participação no 2º Encontro de Saúde Mental do Alta Alentejo;
- Participação no Webinar "Políticas de Saúde Mental: O papel do EEESMP";
- Participação no Webinar "A Gestão em Enfermagem Saúde Mental: Oportunidades e desafios;
- Participação em formação enquanto formador sobre: Perturbações da Somatização, Conversão, Hipocondria e Perturbações Factícias.

Consideramos adquiridas as competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, relembrando que estas são, apenas, mais um degrau atingido na escada do conhecimento.

4.4. DESAFIOS E PERSPETIVAS FUTURAS

A realização da especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica representa, para mim, não apenas a consolidação de competências clínicas específicas, mas também uma mudança profunda na forma como compreendo o sofrimento psíquico e a pessoa em crise. Ao integrar o serviço de urgência, trago comigo um olhar mais humano, informado e crítico, capaz de fazer a diferença na abordagem às situações de crise em saúde mental.

Os serviços de urgência representam, muitas vezes, o primeiro ponto de contacto das pessoas em sofrimento psicológico com o sistema de saúde. No entanto, é também neste contexto que frequentemente se observa estigma, rotulação e respostas desajustadas, por parte das equipas, face a utentes com perturbações mentais. A ausência de formação específica, o medo do comportamento imprevisível e a pressão assistencial contribuem para atitudes defensivas ou negligentes, que comprometem a qualidade dos cuidados e a dignidade da pessoa atendida.

A especialidade capacita-me para o uso de ferramentas teóricas e práticas para reconhecer que por detrás de cada período de agitação, silêncio prolongado, ou cada recusa de tratamento, existe um ser humano em sofrimento. Mais do que sintomas, existem histórias de vida marcadas por dor, isolamento, trauma ou negligência.

Esta consciência permite-me intervir de forma mais centrada na pessoa, respeitando os seus direitos, promovendo o vínculo terapêutico e utilizando estratégias comunicacionais ajustadas à situação clínica.

No contexto da urgência, a minha atuação enquanto enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica traduzir-se-á na mediação entre a pessoa em crise e a equipa de saúde, promovendo não só o acolhimento e a desescalada do comportamento, mas também a sensibilização da equipa multidisciplinar para uma abordagem mais empática, informada e livre de preconceitos.

Em suma, acredito que este ciclo de estudo em saúde mental e psiquiatria terá um **impacto** positivo direto no "EU" profissional e no meu serviço, não só ao nível da qualidade da minha prática individual, mas também enquanto agente de mudança dentro da equipa, contribuindo para desconstruir estigmas, promover uma visão mais humanista da doença mental e reforçar os princípios da enfermagem centrada na pessoa, mesmo nos contextos mais exigentes.

5. CONCLUSÃO

A realização deste relatório de mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica representa o culminar de um percurso académico teórico-prático e pessoal de grande exigência, mas igualmente de profundo crescimento enquanto pessoa e Enfermeiro.

Ao longo dos estágios realizados, nos seus variados contextos, foi-me possível consolidar conhecimentos e competências essenciais à prática especializada, bem como refletir criticamente sobre os desafios e potencialidades da intervenção em saúde mental. em qualquer serviço, mas fundamentalmente no serviço de urgência.

A experiência de trabalhar num serviço de urgência permitiu-me identificar a problemática da não adesão terapêutica como um fator importante na ausência de funcionalidade da pessoa com DMG, com as consequentes alterações no padrão de vida da pessoa. A importância da psicoeducação na adesão terapêutica foi assim, o "centro" das minhas intervenções, sempre com o objetivo de promover o aumento de insight e literacia em saúde mental á pessoa com DMG.

Este processo foi fundamental para o fortalecimento da sua autonomia e corresponsabilização no processo terapêutico, envolvendo ainda a família/CI e comunidade. Esta abordagem permitiu não só melhorar os níveis de adesão, como também estabelecer uma base para o desenvolvimento de uma relação terapêutica mais sólida.

Estabelecer uma relação de confiança com pessoas com DMG, com uma vida marcada por experiências de sofrimento e desconfiança foi outro desafio muito exigente. No entanto, com persistência, empatia, escuta ativa e consistência, foi possível construir uma relação terapêutica que permitiu a adesão aos cuidados e a promoção da saúde mental.

O percurso não foi isento de dificuldades, a gestão do tempo revelou-se um dos maiores desafios, sobretudo na conciliação entre os múltiplos papéis que desempenho enquanto estudante, profissional e parte integrante de uma família muito habituada á minha presença física. Este equilíbrio exigiu resiliência, organização, muito crescimento pessoal e também, ter a capacidade para aceitar os meus próprios limites.

Sinto que os objetivos propostos foram atingidos, não na sua plenitude, mas permitiram-me não só aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do percurso, como também desenvolver novas competências clínicas e relacionais. A experiência foi, acima de tudo, de crescimento enquanto

enfermeiro, mas também enquanto pessoa, aprofundando a minha compreensão sobre o sofrimento mental, a dignidade humana e o valor da escuta, da presença e do cuidado

.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: APA.
- Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, A., Gusmão, R., Corrêa, B., & Silva, J. (2013). Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Alligood, M. R. (2022). *Nursing theorists and their work* (10th ed.). *Elsevier*.
- Barreto, M. (2020). Cuidar da pessoa adulta com doença oncológica e sua família: construção de um programa de intervenção psicoeducativo. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Barros, A. & Bispo, G. (2017) – Teorias de enfermagem: base para o processo de enfermagem. Conferência: I Encontro Internacional do Processo de Enfermagem: raciocínio clínico e a era digital.
- Borba, L., Maftum, M., Vayego, S., Mantovani, M., Félix, J. & Kalinke, L. (2018). Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde men-tal. Revista da Escola de Enfermagem. 52, 1-10.
- Bravo, N, (2018) Importância da psicoeducação na alteração do humor no doente depressivo. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de enfermagem São João de Deus. Évora
- Campos, C. (2018). Psicoeducação em saúde mental na comunidade: um estudo de caso. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa.
- Cardoso, L., Galera, S. & Vieira, M. (2012). O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. Ata Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 517- 523.
- Cardoso. A, Bryne. M. & Xavier, M. (2016). Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátrica: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal. Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 34 (3), 209-219

- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem -- CIPE® Versão 2. Edição Portuguesa. (2011). Ordem dos Enfermeiros. 209 p. ISBN 979 95094-35-2.

- Chalifour, Jacques (2008). A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda (volume 1). Loures: Lusodidacta. ISBN 9-989-8075-05-5
- Chalifour, Jacques (2009). A Intervenção Terapêutica: Estratégias de intervenção (volume 2). Loures: Lusodidacta. ISBN 979-989-8075-21-5
- Decreto-Lei nº 8/2010 – Diário da República, 1ª série, nº 19, de 28 de janeiro de 2010. Ministério da Saúde– Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental. p. 257-263. Recuperado por https://dre.pt/application/
- Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro de (1996). Diário da República, 1ª Série-A, nº 205
- Decreto-Lei nº 104/98, de 21 abril (1998). Diário da República, 1ª Sérire-A, nº 93.
- Decreto-Lei nº 65/2018, de 16 de agosto de (2018). Diário da República, 1ª Série, nº157 Direção-Geral da Saúde. Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017 2025. Lisboa dir/pdf1sdip/2010/01/01900/0025700263.
- Diário da República, nº 151/2018, série II, de 7 de agosto, p. 21427
- Direção-Geral da Saúde. (2023). Plano Nacional de Saúde Mental 2023-2030. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Plano Nacional de Saúde Mental 2023–2030*. https://www.dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Programa nacional para a saúde mental 2007–2016. Direção-Geral da Saúde. https://www.dgs.pt
- Dixon, L., Holoshitz, Y., & Nossel, I. (2020). Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: Review and update. *World Psychiatry*, 19(3), 269-278
- Favrod, J., Maire, A. (2014). Recuperar da esquizofrenia – Guia prático para profissionais. Loures: Lusociência.
- Freese, B. T. (2004). The Neuman Systems Model: Applications in practice and education. Appleton & Lange.
- Guedes de Pinho, L. (2020b). Intervenção Familiar na Doença Mental Grave. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções (1ªed., pp. 216-219). Lisboa: LIDEL – Edições técnicas, Lda.

- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Alcuna, B. & Munoz, R. (2020). Psicoeducation en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. Revista Médica Clínica Las Condes, 31(2), p.169-173. Disponível em https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864020300195.
- Irene VANELLI et al, Adaptação e validação da versão portuguesa da escala de adesão à terapêutica, *Acta Med Port.* 2011; 24(1):017-020
- Leal, R. M., Küstner, B. M., & Peña, M. F. S. (2004). Falta de insight en la esquizofrenia. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, *4*(2), 146–158.
- Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. Brief Treatment and Crisis Intervention, 4(3), 205–225.
- Kane, J. M., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Mueser, K. T., Penn, D. L., Rosenheck, R. A., & Addington, J. (2021). Comprehensive versus usual care for first-episode psychosis. *JAMA Psychiatry*, 78(9), 987-997.
- Favrod, J. & Maire, A. (2014) – Recuperar da Esquizofrenia: Guia prático para profissionais. Loures, Portugal: Lusociência.
- Freese, B. T. (2004). The Neuman Systems Model: Applications in practice and education. Appleton & Lange.
- Martins, M., Machado, A., Gouveia, M., Carvalho, P. & Renca, P. (2021). Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Mella, L., Dantas, C.& Banzato, C. (2011). Insight na psicose: uma aná lise conceitual. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 60(2): 135-140.
- Meleis, A. I. (2018). Theoretical nursing: Development and progress (6th ed.). Wolters Kluwer.
- Mental health - outubro 2023 - Eurobarometer survey
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person centred nursing. *Journal of advanced nursing*. 56(5), 472-479.
- Neuman, B. (1995). The Neuman systems model (3rd ed.). Appleton & Lange.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). The Neuman systems model (5th ed.). Pearson.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (2023). Measuring the global burden of disease. The Lancet, 401(10377), 102-120.

- Neuman, B. (1995). The Neuman systems model (3rd ed.). Appleton & Lange.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). The Neuman systems model (5th ed.). Pearson.
- Observatório Nacional contra a Pobreza, 2019, Boletim 7
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 356/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, II série (n.º 122 de 25-06-2015), 17034 17041. https://dre.pt/home/-/dre/67590900/details/maximized.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Norma da Prática Clínica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. https://www.ordemenfermeiros.pt
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 743/2019 Regulamento da Norma das Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, publicado em Diário da República nº 184/2009, 2.ª Série de 29 de setembro de 2019 Disponível em https://dre.pt/application/conteudo/124981040
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, publicado em Diário da República nº 26/2009, 2.ª Série. Nº 26 de 6 de fevereiro de 2019 Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Norma orientadora: Intervenções do enfermeiro especialista em saúde mental em contexto comunitário. https://www.ordemenfermeiros.pt
- Organização das Nações Unidas. (2006). Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. https://www.un.org
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Guia orientador de boas práticas em cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22977/guiabp_cuidenfesprecuppessdoen%C3%A7amentalgrave_ordenferm_ok.pdf
- Pekkala, E., & Merinder, L. B. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2, CD002831.
- Regulamento Nº 515/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª serie – nº 151 – 7 de agosto de 2018, 21427 21430 Disponível em: https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570

- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Decreto-lei nº 161/96, 4 setembro, com alterações no nº 104/98 21 de abril
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, nº 140/2019, 6 de fevereiro.
- Regulamento de Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica nº 515/2018.
- Sadock, Kaplan & Sadock, Virginia A. & Ruiz, Pedro (2017). Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica (11º edição). Porto Alegre: ABDR.
- Sampaio & Sequeira (2020) – Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, Diagnósticos e Intervenções, p.174
- Sequeira, C. Carvalho, J; Sá. L. (2014) IV Congresso Internacional ASPESM. Padrões de Qualidade em Saúde Mental. E-Book. A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Porto. 2014
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência.
- Thornicroft, G., Sunkel, C., Alikhon, A., Baker, S., & Brohan, E. (2022). Reducing stigma and discrimination in mental health. *The Lancet Psychiatry*, 9(6), 467-476.
- United Nations. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. Geneva: WHO.
- Vanelli, I. et al (2010). Adaptação para português da escala de insight de Markovà e Berrios. Acta Med Port. 23(6), 1011-1016 Disponível em: https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/748/4 25 57
- Velligan, D. I., Weiden, P. J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., & Docherty, J. P. (2009). The expert consensus guideline series: Adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (Suppl. 4), 1–46
- World Health Organization. (2023). Mental health action plan 2023-2030. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2003). Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva: WHO. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682
- World Health Organization (WHO). (2022). Mental Health Atlas *2020*. Geneva: WHO. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J. M., Magalhães, P., & Caldas de Almeida, J. M. (2013). Saúde mental em números – 2013. Direção-Geral da Saúde. https://www.dgs.pt

ANEXOS

ANEXO I

(MODELO DE ENTREVISTA)

Guião da Entrevista

IDENTIFICAÇÃO

Estado civil: _____ **Agregado Familiar:** _____ **Nº de filhos:**_____
Profissão: _____ **Hab. Literárias**_____

Médico Psiquiatra: _____

MOTIVO DE INTERNAMENTO/HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

Data/Motivo de Internamento (segundo o utente): _____

História da Doença Atual

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Doenças Anteriores

Médicas/Cirúrgicas: _____

Neurológicas: _____

Psiquiátricas: _____

Hábitos Tóxicos (tabaco, café, álcool, outras substâncias e medicamentos): _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Doenças Anteriores

Médicas/Cirúrgicas: _____

Neurológicas: _____

Psiquiátricas: _____

HISTÓRIA FAMILIAR

Pai (*idade, profissão. Como é descrito pelo doente)*:

_____

Mãe (*idade, profissão. Como é descrita pelo doente)*:

_____

Irmãos ou outros familiares significativos (*idade, profissão. Como são descritos pelo doente. Relação preferencial? Se sim, descrever)*:

_____

Ambiente familiar *(o doente é oriundo de uma família de baixo/médio/alto nível sócio-económico, relações intrafamiliares e as relacões da família com os outros)*:

_____

Caracterização da família:
Agregado familiar (nº de elementos):
Religião:

Nome	Parentesco	Idade	Estado Civil	Profissão	Hab. Literárias

Doença atual:

Conhecimento do diagnóstico: Sim ☐ Não ☐

Conhecimento do diagnóstico pela família: Sim ☐ Não ☐

Medicação do domicílio: _____

Horário da medicação: _____

Presença de efeitos secundários: Sim ☐ Não ☐

Quais: _____

ANEXO II

(ESCALA DE MARS)

***Medication Adherence Rating Scale* (MARS)**		
	Sim	Não
1. Alguma vez se esqueceu de tomar a sua medicação?		
2. Por vezes é descuidado a tomar a sua medicação?		
3. Quando se sente melhor deixa, por vezes, de tomar a sua medicação?		
4. Por vezes, se se sente pior quando toma a medicação deixa de a tomar?		
5. "Só tomo a medicação quando me sinto doente"		
6. "Não é natural para a minha mente e para o meu corpo ser controlado pela medicação"		
7. "Os meus pensamentos são mais claros com a medicação"		
8. "Por estar a fazer a medicação posso prevenir ficar doente"		
9. "Sinto-me estranho ou como um *zombie* com a medicação"		
10. "A medicação faz com que eu me sinta cansado e lento"		

Fonte: Irene VANELLI et al, Adaptação e validação da versão portuguesa da escala de adesão a` terapêutica, Acta Med Port. 2011; 24(1):017-020

***Nota: não existem valores definidos para o "grau de adesão", no entanto, quanto mais elevada a pontuação maior é o insight.** A adesão é considerada presente nas respostas **NEGATIVAS** aos itens: 1-6, 9-10, A adesão é considerada ausente nas respostas **POSITIVAS** aos itens: 7-8.

ANEXO III

(ESCALA DE AVALIAÇÃO DE INSIGHT DE MARKOVÁ E BÉRRIOS)

Escala de Avaliação do Insight Marková e Berrios

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

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

***Nota: não existem valores definidos para o "grau de *insight*", no entanto, quanto mais elevada a pontuação maior é o *insight*.**

***Nota: não existem valores definidos para o "grau de *insight*", no entanto, quanto mais elevada a pontuação maior é o *insight*.** O *insight* é considerado presente nas respostas **POSITIVAS** aos itens: 1, 3-6, 8-11, 13-19, 21-22, 24-27, 30. O *insight* é considerado presente nas respostas **NEGATIVAS** aos itens: 2, 7, 12, 20, 23, 28, 29.

ANEXO IV

(I SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO – DOENÇA MENTAL GRAVE)

DOENÇA MENTAL GRAVE

1

DOENÇA MENTAL GRAVE

- ENTENDER A DOENÇA MENTAL E O SEU TRATAMENTO
- CONHECER AS DIFERENTES PATOLOGIAS
- IDENTIFICAR QUAIS OS SINAIS E SINTOMAS
- SABER PEDIR AJUDA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

2

DOENÇA MENTAL GRAVE

- DOENÇA MENTAL

"ALTERAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE, EM QUE A PESSOA APRESENTA ALTERAÇÕES A NÍVEL EMOCIONAL, DO PENSAMENTO OU DO COMPORTAMENTO, LEVANDO A QUE ESTA DIMINUA A SUA AUTONOMIA E TENHA DIFICULDADE EM REALIZAR AS SUAS ATIVIDADES DO DIA-A-DIA"

(OMS, 2001)

3

DOENÇA MENTAL GRAVE

DEPRESSÃO

ESQUIZOFRENIA

PERTURBAÇÃO BIPOLAR

DOENÇA MENTAL GRAVE

- CADA UMA DELAS TÊM AS SUAS CARATERÍSTICAS, CAUSAS E TRATAMENTOS



DOENÇA MENTAL GRAVE
DEPRESSÃO

- A DEPRESSÃO É UMA PERTURBAÇÃO DO HUMOR QUE AFETA O DESEMPENHO DE FUNÇÕES E REDUZ O INTERESSE OU O PRAZER NAS ATIVIDADES DO DIA A DIA



CAUSAS:

- HEREDITÁRIA
- SITUAÇÕES ANGUSTIANTES (STRESS)
- MAIOR INCIDÊNCIA NO SEXO FEMININO
- EXISTÊNCIA DE DOENÇAS CRÓNICAS

7

DOENÇA MENTAL GRAVE
DEPRESSÃO

SINAIS

- DIMINUIÇÃO CONTATO VISUAL
- DIFICULDADE EM SE RELACIONAR COM OUTRAS PESSOAS
- DISCURSO CENTRADO EM PENSAMENTOS NEGATIVOS
- DISCURSO LENTIFICADO E RAZIO

SINTOMAS

- SENTIMENTOS DE TRISTEZA E VAZIO
- AUMENTO DA IRRITABILIDADE
- MEDOS E RECEIOS SEM FUNDAMENTO
- DIMINUIÇÃO DE ENERGIA E CANSAÇO EXTREMO
- PERDA DE INTERESSE E PRAZER PELAS ATIVIDADES DE VIDA
- DIMINUIÇÃO DE APETITE, SONO E DESEJO SEXUAL
- SENTIMENTOS DE CULPA E RUINA SEM FUNDAMENTOS
- IDEIAS DE MORTE/IDEAÇÃO SUICIDA

8

DOENÇA MENTAL GRAVE
DEPRESSÃO

TRATAMENTO:

- FUNDAMENTAL O SEGUIMENTO EM CONSULTA E CUMPRIR INDICAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE;
- SUPORTE EMOCIONAL;
- CUMPRIR REGIME MEDICAMENTOSO(ANTIDEPRESSIVOS);
- EVITAR ISOLAMENTO SOCIAL

9

DOENÇA MENTAL GRAVE
ESQUIZOFRENIA

A ESQUIZOFRENIA É UMA PERTURBAÇÃO QUE CAUSA ALTERAÇÃO DO PENSAMENTO/DELÍRIOS), UMA VEZ QUE HÁ UMA PERDA DE CONTATO COM A REALIDADE E ALTERAÇÕES DA PERCEÇÃO/ALUCINAÇÕES);

É CONSIDERADA UMA PERTURBAÇÃO CRÓNICA E INCAPACITANTE

CAUSAS:

- HEREDITÁRIO (GENÉTICO);
- FATORES AMBIENTAIS(TRAUMAS, CONSUMO DE DROGAS, ETC);
- ISOLAMENTO SOCIAL;
- ESTILO VIDA STRESSANTE;
- INÍCIO NA ADOLESCÊNCIA OU INICIO DA IDADE ADULTA

DOENÇA MENTAL GRAVE
ESQUIZOFRENIA

SINAIS E SINTOMAS:

- ALTERAÇÕES DO PENSAMENTO (DELÍRIOS – PERSECUTÓRIA, GRANDEZA);
- ALTERAÇÕES DA PERCEÇÃO (ALUCINAÇÕES – EX. OUVIR VOZES DE COMANDO)
- COMPORTAMENTO IMPULSIVO E DESORGANIZADO

TRATAMENTO:

- O TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA CONSISTE NO CUMPRIMENTO DA ADESÃO TERAPÊUTICA E SEGUIMENTO REGULAR EM CONSULTA;
- PSICOEDUCAÇÃO AO UTENTE E FAMÍLIA;
- TREINO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS;
- ESTIMULAÇÃO COGNITIVA;
- ACEITAR A DOENÇA E SABER IDENTIFICAR SINAIS E SINTOMAS DE RECAÍDA, PROCURANDO AJUDA DE IMEDIATO JUNTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

DOENÇA MENTAL GRAVE
PERTURBAÇÃO AFETIVA BIPOLAR

A PERTURBAÇÃO AFETIVA BIPOLAR, TAMBÉM CONHECIDA POR DOENÇA BIPOLAR É UMA PERTURBAÇÃO DO HUMOR QUE APRESENTA EPISÓDIOS REPETIDOS OU ALTERNADOS DE EXCITAÇÃO EXCESSIVA/FASE MANÍACA) OU DEPRESSIVA/FASE DEPRESSIVA)

EPISÓDIOS DE MANIA

- "CARATERIZAM-SE POR PERÍODOS DE ENERGIA E FELICIDADE EXTREMA COM AUMENTO DA IRRITABILIDADE E IMPULSIVIDADE"

EPISÓDIOS DE DEPRESSÃO

- CARATERIZAM-SE PELA PRESENÇA DE HUMOR DEPRESSIVO, TRISTEZA INTENSA COM MEDOS E RECEIOS SEM APARENTE JUSTIFICAÇÃO

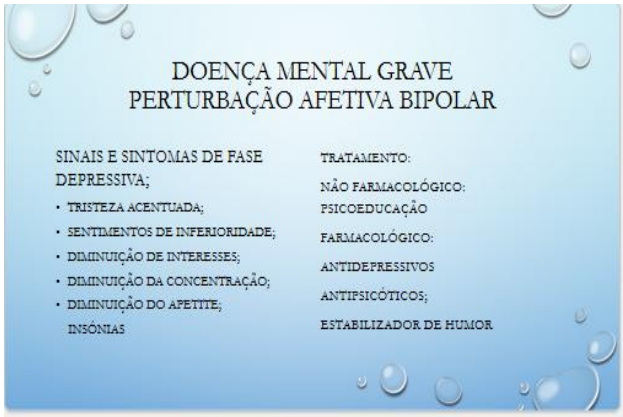
DOENÇA MENTAL GRAVE
PERTURBAÇÃO AFETIVA BIPOLAR

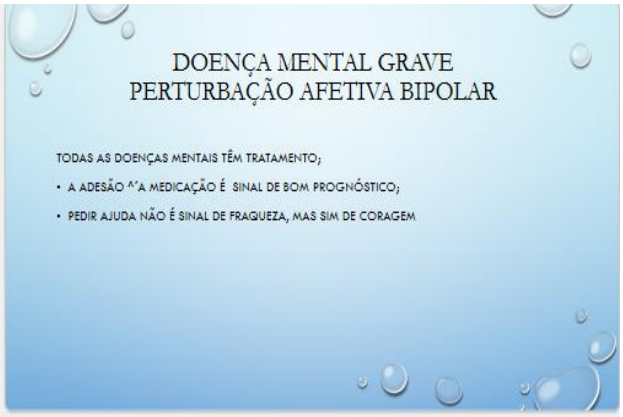
CAUSAS:

- HEREDITÁRIA;
- STRESS;
- MAIOR INCIDÊNCIA NAS MULHERES;
- SURGE NA ADOLESCÊNCIA OU INICIO DE IDADE ADULTA

SINAIS E SINTOMAS DE FASE MANÍACA:

- AUMENTO DA AUTOESTIMA
- IDEIAS DE GRANDEZA/DELÍRIOS);
- DISCURSO DIFÍCIL DE INTERROMPER;
- AUMENTO DE INTERESSE SEXUAL;
- ALUCINAÇÕES AUDITIVO-VERBAIS;
- DIMINUIÇÃO OU AUSÊNCIA DE SONO;
- GASTOS EXCESSIVOS


DOENÇA MENTAL GRAVE
PERTURBAÇÃO AFETIVA BIPOLAR
SINAIS E SINTOMAS DE FASE DEPRESSIVA;
• TRISTEZA ACENTUADA;
• SENTIMENTOS DE INFERIORIDADE;
• DIMINUIÇÃO DE INTERESSES;
• DIMINUIÇÃO DA CONCENTRAÇÃO;
• DIMINUIÇÃO DO APETITE;
INSÓNIAS
TRATAMENTO:
NÃO FARMACOLÓGICO:
PSICOEDUCAÇÃO
FARMACOLÓGICO:
ANTIDEPRESSIVOS
ANTIPSICÓTICOS;
ESTABILIZADOR DE HUMOR
13


DOENÇA MENTAL GRAVE
PERTURBAÇÃO AFETIVA BIPOLAR
TODAS AS DOENÇAS MENTAIS TÊM TRATAMENTO;
• A ADESÃO ^'A MEDICAÇÃO É SINAL DE BOM PROGNÓSTICO;
• PEDIR AJUDA NÃO É SINAL DE FRAQUEZA, MAS SIM DE CORAGEM
14

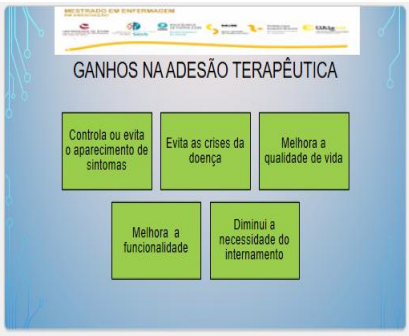
ANEXO V

(SESSÃO PSICOEDUCAÇÃO II – ADESÃO TERAPÊUTICA I)


ADESÃO TERAPÊUTICA
MIGUEL BEZERRA Nº 468
ENFª ESPª MANUEL BRANDÃO
08/11/2024
1
ÍNDICE
1 – Objetivos Gerais e Específicos
2 - Saúde VS Doença
3 - Doença Mental
4 – Terapêutica
5 – Complicações da não adesão
6 – Sinais de alerta
7 – Mitos
8 – Estratégias a adotar
2
OBJETIVOS GERAIS
✓ Reconhecer a importância da adesão à terapêutica, para prevenção das crises e internamentos;
✓ Entender a importância do cumprimento correto da medicação;
✓ Conhecer os fatores que influenciam a adesão terapêutica;
✓ Conhecer os efeitos secundários;
✓ Encontrar estratégias para a toma da terapêutica no seu dia-a-dia
3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
✓Identificar 2 fatores que influenciam positivamente a adesão á terapêutica.
✓Referir 2 fatores que influenciam negativamente a adesão á terapêutica.
✓Identificar a principal consequência da não adesão á terapêutica.
SAÚDE/DOENÇA
SAÚDE
• Estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. (OMS)
DOENÇA
• Alteração do estado normal de saúde de um ser vivo (pessoa ou animal), que se manifesta por sinais ou sintomas.
SAÚDE MENTAL
A definição mais atual de saúde mental reconhece que ela vai além da simples ausência de transtornos ou doenças mentais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo:
• Reconhece suas próprias capacidades, sendo capaz de lidar com o stress normal da vida;
• Trabalha de forma produtiva e frutífera;
• Contribui para a sua comunidade de maneira significativa;
• Mantém relacionamentos saudáveis e conexões sociais.
Saúde mental envolve a promoção de habilidades cognitivas, emocionais e sociais, a prevenção de distúrbios, a proteção dos direitos humanos e a melhoria da qualidade de vida. A perspetiva contemporânea também engloba fatores como resiliência emocional, autoconhecimento, e a capacidade de adaptação a desafios, focando tanto o bem-estar pessoal quanto o coletivo.
DOENÇA MENTAL
• Alteração do estado de saúde mental, em que a pessoa apresenta alterações a nível emocional, do pensamento ou do comportamento, levando a que esta
diminua a sua autonomia e tenha dificuldade em realizar as suas atividades do dia-a-dia."
(Towsend, 2011)
7
DOENÇA MENTAL
❖ Sentimento de inutilidade
❖ Energia extrema que alterna com períodos de tristeza intensa
❖ Períodos frequentes de ansiedade
❖ Problemas de sono
❖ Agressividade verbal e não verbal
❖ Alterações do comportamento
❖ Isolamento social
❖ Obsessões ou compulsões
❖ Delírios
❖ Alucinações
8
DOENÇA MENTAL
SINAIS E SINTOMAS
❖ Alterações do apetite
❖ Alterações na orientação
❖ Períodos de confusão
❖ Alterações na comunicação
❖ Alterações no humor
9
TERAPÊUTICA
• Antipsicóticos
• Reduz ou elimina os sintomas da psicose Ex: olanzapina, clozapina, haloperidol
TERAPÊUTICA
• Estabilizadores de humor
• Ajuda a evitar as mudanças frequentes de humor Ex: Lítio, Topiramato
TERAPÊUTICA
Antidepressivos
• Ajudam a melhorar o humor e a eliminar a tristeza e angústia Ex: Sertralina, Fluoxetina



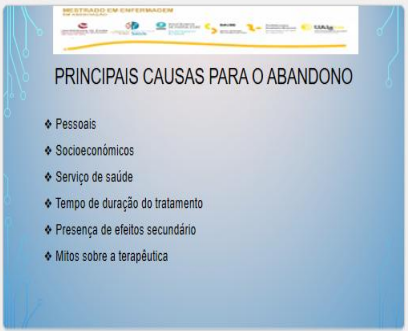
13

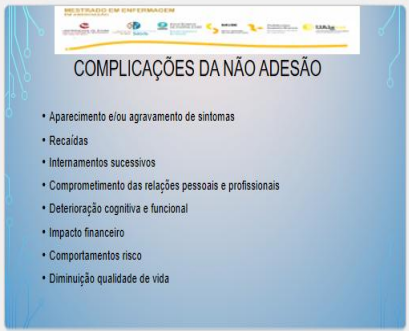


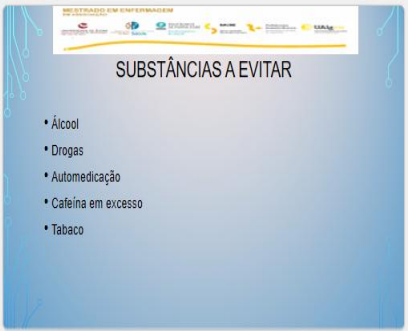
14

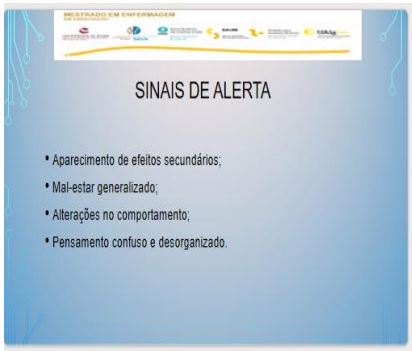


15

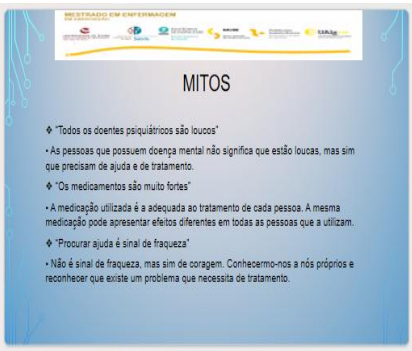




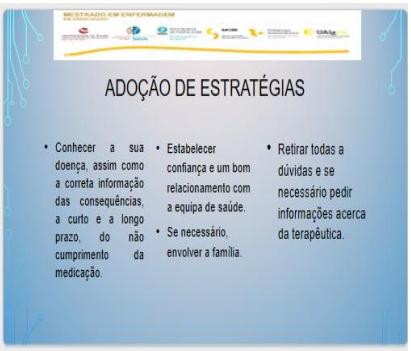




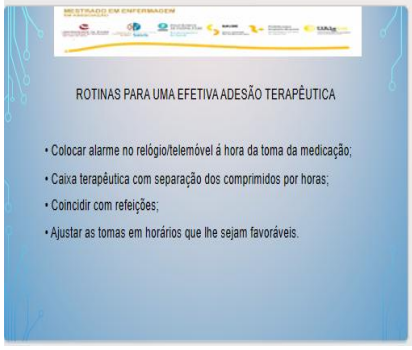
19

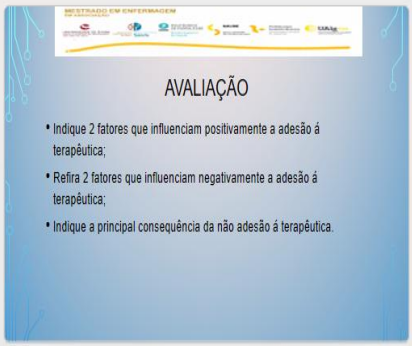


20



21





ANEXO VI

(SESSÃO PSICOEDUCAÇÃO III – ADESÃO TERAPÊUTICA II)


Adesão Terapêutica

1


Adesão Terapêutica
Objetivos da Sessão
✓Reconhecer a importância da terapêutica;
✓Reconhecer a importância da adesão à terapêutica.

2


Adesão Terapêutica
Terapêutica
A terapêutica é uma parte fundamental do tratamento da doença, associada ao empenho do doente.

3


Adesão Terapêutica
Tipos de Terapêutica


Adesão Terapêutica
Função da Terapêutica
✓ Controlar/reduzir os sintomas;
✓ Evitar/diminuir recaídas;
✓ Contribuir para o bem - estar da pessoa;
✓ Manter a pessoa como membro contribuinte da sociedade.


Adesão Terapêutica
Vantagens da Terapêutica


Adesão Terapêutica
Resposta à Terapêutica
✓ Pode demorar algum tempo até a pessoa e o seu médico identificarem quais os medicamentos que mais o ajudam e que têm menos efeitos secundários.
✓ Os medicamentos para o problemas de saúde mental podem não actuar logo de imediato e ser necessário algum tempo até produzirem os efeitos pretendidos.

7

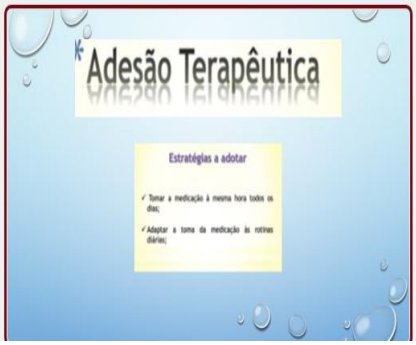

Adesão Terapêutica
Efeitos secundários da Terapêutica
✓Espasmos musculares;
✓Rigidez;
✓Tremores;
✓Aumento de peso;
✓Perda do apetite sexual

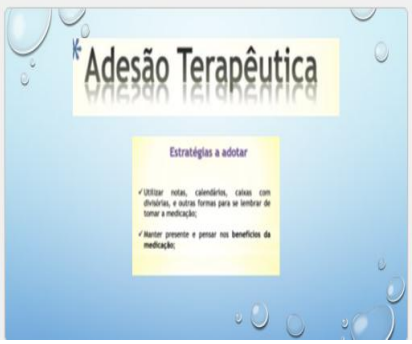
8


Adesão Terapêutica
Efeitos secundários da Terapêutica
✓Boca seca;
✓Visão turva;
✓Obstipação;
✓Sonolência;
✓Sedação;
✓Diarreia

9


Adesão Terapêutica
Efeitos secundários da terapêutica
Se apresentar efeitos secundários contacte o seu médico ou terapeuta de referencia;
O médico avalia a situação e pode propor soluções alternativas, como por exemplo:
➢ Reduzir a medicação;
➢ Adicionar outro medicamento para corrigir os efeitos secundários;
➢ Mudar de medicação.


Adesão Terapêutica
Estratégias a adotar
✓ Tomar a medicação à mesma hora todos os dias;
✓Adaptar a toma da medicação às rotinas diárias;


Adesão Terapêutica
Estratégias a adotar
✓Utilizar notas, calendários, caixas com divisórias, e outras formas para se lembrar de tomar a medicação;
✓Manter presente e pensar nos benefícios da medicação;



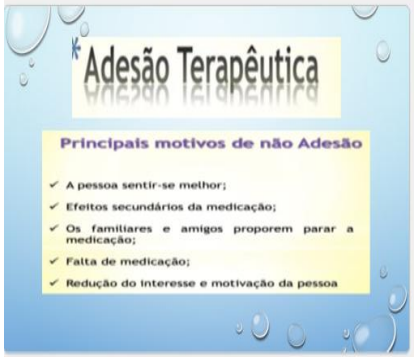
13



14



15



16



17



18



19



20



21



ANEXO VII

(Escala de HADS)

Escala de Ansiedade e Depressão (HADS)

Este questionário pretende aferir o seu nível de ansiedade e depressão, avaliando como se tem sentido na última semana. Tenha em consideração que não há respostas certas ou erradas. Por favor, responda a todas as perguntas (3 páginas), assinalando as respostas com um X. Não demore muito tempo a pensar nas respostas, a sua recção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta ponderada.

Na última semana...	Respostas	Pontos
1. Sinto-me tenso(a) ou nervoso(a)	Quase sempre ☐	3
	Muitas vezes ☐	2
	Por vezes ☐	1
	Nunca ☐	0
2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar	Tanto como antes ☐	3
	Não tanto agora ☐	2
	Só um pouco ☐	1
	Quase nada ☐	0
3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer	Sim e muito forte ☐	3
	Sim, mas não muito forte ☐	2
	Um pouco, mas não me aflige ☐	1
	De modo algum ☐	0
4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas	Tanto como antes ☐	0
	Não tanto como antes ☐	1
	Muito menos agora ☐	2
	Nunca ☐	3
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações	A maior parte do tempo ☐	3
	Muitas vezes ☐	2
	Por vezes ☐	1
	Quase nunca ☐	1

Na última semana...		Respostas	Pontos
6.	Sinto-me animado(a)	Nunca ☐	3
		Poucas vezes ☐	2
		De vez em quando ☐	1
		Quase sempre ☐	0
7.	Sou capaz de estar descontraidamente sentado(a) e sentir-me relaxado(a)	Quase sempre ☐	0
		Muitas vezes ☐	1
		Por vezes ☐	2
		Nunca ☐	3
8.	Sinto-me mais lento(a), como se fizesse as coisas mais devagar	Quase sempre ☐	3
		Muitas vezes ☐	2
		Por vezes ☐	1
		Nunca ☐	0
9.	Fico de tal forma apreensivo(a) / com medo, que até sinto um aperto no estômago	Nunca ☐	0
		Por vezes ☐	1
		Muitas vezes ☐	2
		Quase sempre ☐	3
10.	Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico	Completamente ☐	3
		Não dou a atenção que devia ☐	2
		Talvez cuide menos que antes ☐	1
		Tenho o mesmo interesse de sempre ☐	0
11.	Sinto-me de tal forma inquieto(a) que não consigo estar parado(a)	Muito ☐	3
		Bastante ☐	2
		Não muito ☐	1
		Nada ☐	0

Na última semana...		Respostas	Pontos
12.	Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro	Tanto como antes ☐	0
		Não tanto como antes ☐	1
		Bastante menos agora ☐	2
		Quase nunca ☐	3
13.	De repente, tenho sensações de pânico	Muitas vezes ☐	3
		Bastantes vezes ☐	2
		Por vezes ☐	1
		Nunca ☐	0
14.	Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão	Muita vezes ☐	0
		De vez em quando ☐	1
		Poucas vezes ☐	2
		Quase nunca ☐	3
	Total de Pontos **Ansiedade** - Soma das questões 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13		
	Total de Pontos **Depressão** - Soma das questões 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14		

Score:

de 0 a 7 pontos - **Improvável**

de 8 a 11 pontos - **Possível (questionável ou duvidosa)**

de 12 a 21 pontos - **Provável**

ANEXO VIII

(Certificado de Participação no 2º Encontro de Saúde Mental do Alta Alentejo)



A RealMente –
Associação dos Profissionais de Saúde Mental de Portalegre, certifica que

Miguel de Jesus Carrajola Bezerra

participou no 2º Encontro de Saúde Mental do Norte Alentejano, realizado no dia 10 de Outubro de 2024 no CAE de Portalegre.

Catarina Agostinho

Presidente da Realmente
Associação de Profissionais de Saúde Mental de Portalegre

ANEXO IX

(Certificado de Participação no *Webinar* "Políticas de Saúde Mental: O papel do EEESMP")

ordem dos enfermeiros

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MIGUEL DE JESUS CARRAJOLA BEZERRA

membro nº 5374 desta Ordem, participou no(a) "[1]**Webinar 1 – Políticas de Saúde Mental: O papel do EEESMP**", realizado no dia 5 de Abril de 2023, com duração total de 1 hora, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events".**

Lisboa, 5 de Abril de 2023

P[1]ª Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo[2]

[1] Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,30** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

[2] Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos

ANEXO X.

(Certificado de Presença no *Webinar* "A Gestão em Enfermagem Saúde Mental: Oportunidades e desafios")

Ordem dos Enfermeiros

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MIGUEL DE JESUS CARRAJOLA BEZERRA

membro nº 5374 desta Ordem, participou no(a) **"Webinar 2 - A Gestão em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: oportunidades e desafios"**, realizado **no dia 24 de Setembro de 2024**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events".**

Lisboa, 24 de Setembro de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Luís Filipe Barreira

ANEXO XI.

(Certificado de Presença em formação enquanto formador sobre: Perturbações da Somatização, Conversão, Hipocondria e Perturbações Factícias)

GOVERNO DE PORTUGAL | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO ALENTEJO

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL



Certifica-se que Miguel Jesus Carrajola Bezerra natural de Portalegre nascido em 23-12-1975, com o Nº de Cartão de Cidadão 10842375-1ZX6 válido até 24-05-2031, foi Formador do Curso de Formação Profissional de "Perturbações de Somatização, Conversão, Hipocondria e Perturbação Factícia" na ULSNA, EPE em 06-11-2024, com a duração de 02h00 horas.

Designação das unidades temáticas de que foi formador:
Perturbações de Somatização, Conversão, Hipocondria e Perturbação Factícia
Perturbações de Somatização, Conversão, Hipocondria e Perturbação Factícia:
- Principais conceitos;
- Sintomatologia;
- Diagnóstico;
- Intervenções

Portalegre, 24 de junho de 2025

O(A) Responsável pelo(a) Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo.

Alberto Correia Alves

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora Certificada)

Serviço de Gestão do Conhecimento, Investigação e Documentação
Unidade Formativa Acreditada
Despacho nº 450 de 10/05/99 / Ministério da Saúde

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO ALENTEJO
Entidade Pública Empresarial criada pelo Decreto-Lei nº 50-B/2007, de 28 de fevereiro

Sede | Avenida de Santo António | 7301-853 Portalegre, PORTUGAL
TEL +351 245 301 000 I FAX + 351 245 330 359 I EMAIL : admin@ulsna.min-saude.pt I www.ulsna.min-saude.pt