



Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Sara Rafaela Oliveira Martins

**AS NECESSIDADES EM
SAÚDE MENTAL DAS
PESSOAS COM
ESQUIZOFRENIA: UM
ESTUDO DE FOCUS
GROUP**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA

AS NECESSIDADES EM SAÚDE MENTAL DA PESSOA
COM ESQUIZOFRENIA: UM ESTUDO DE *FOCUS*
GROUP

Dissertação

Sara Rafaela Oliveira Martins

Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sob orientação da Professora Doutora Joana Catarina Ferreira Coelho

Oliveira de Azeméis | 2024

“Try to listen with the ears, the eyes and the heart.”

Peter Rober

AGRADECIMENTOS

À minha família, o meu agradecimento eterno.

À Professora Joana, por ser a luz orientadora neste caminho, um agradecimento especial.

*À Instituição que me acolheu com interesse em enaltecer os cuidados em saúde mental e a
cada voz ativa dos participantes neste trabalho,
o meu sincero obrigado.*

Sinto que há mais luz no caminho.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

DSM-V-TR - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ICD-11 - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
(11th revision)

LSM - Literacia em Saúde Mental

NIHM - National Institute of Mental Health

OMS - Organização Mundial de Saúde

USO - Unidade Sócio-Ocupacional

RESUMO

O presente trabalho surge no âmbito da Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, realizada sob orientação da Professora Doutora Joana Coelho da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. A esquizofrenia é uma perturbação mental com implicações significativas na vida das pessoas e carece de intervenções específicas e multidisciplinares centradas nas pessoas.

Este estudo de investigação tem como objetivo explorar e descrever as necessidades em saúde mental das pessoas com esquizofrenia. Para isso, desenvolveu-se um estudo exploratório e descritivo, de natureza qualitativa, recorrendo-se à metodologia de *focus group*. Os participantes resultaram de uma amostra intencional não probabilística de doze pessoas adultas com diagnóstico de esquizofrenia. Após a análise de conteúdo foi realizada uma sistematização das necessidades em saúde mental das pessoas com esquizofrenia. Os resultados do estudo foram classificados num sistema de categorias e subcategorias. Obtiveram-se quatro categorias principais: “necessidades individuais”, “necessidades de serviços de saúde”, “necessidades comunitárias” e “necessidades de políticas de saúde”, sendo que cada uma delas deu origem a subcategoria.

Esta investigação pretendeu dar voz às pessoas com esquizofrenia no sentido de determinar as suas necessidades e melhorar a qualidade dos cuidados especializados em saúde mental. Assim, importa que as pessoas com esquizofrenia sejam, verdadeiramente, envolvidas na tomada de decisão e no processo de cuidados face às necessidades por si identificadas.

O cuidado centrado na pessoa é um pressuposto fundamental para a prática clínica dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, promovendo assim, uma maior adequação e qualidade dos cuidados prestados à pessoa com esquizofrenia. Pretende-se com este estudo de investigação fomentar a implementação de intervenções especializadas e centradas na pessoa, de modo a obter ganhos em saúde.

Palavras-chave: Esquizofrenia; Saúde mental; Enfermagem psiquiátrica; Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde; Grupos focais.

ABSTRACT

The present work arises within the scope of the Dissertation submitted to obtain the degree of Master in Mental and Psychiatric Health Nursing, carried out under the guidance of the Doctor Teacher Joana Coelho, of the Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. Schizophrenia is a mental disorder with significant implications for people's lives and lacks from specific and multidisciplinary interventions focused on people.

This research study aims to explore and describe the mental health needs of people with schizophrenia. For that, an exploratory and descriptive study was developed, of a qualitative nature, using the *focus group* methodology. The participants resulted from an intentional non-probabilistic sample of twelve adults diagnosed with schizophrenia. After a content analysis, a systematization of the mental health needs of people with schizophrenia was carried out. The results of the study were classified into a system of categories and subcategories. Four main categories were obtained: "individual needs", "health service needs", "community needs" and "health policy needs", each of which gave rise to subcategories.

This research aimed to give a voice to people with schizophrenia in order to determine their needs and improve the quality of specialized mental health care. Therefore, it is important that people with schizophrenia are truly involved in decision-making and in the care process in light of their identified needs.

Person-centered care is a fundamental assumption for the clinical practice of Specialist Nurses in Mental Health and Psychiatric Nursing, thus promoting greater adequacy and quality of care provided to people with schizophrenia. This research study is intended to encourage the implementation of specialized and person-centered specialties, in order to obtain health gains.

Keywords: Schizophrenia; Mental health; Psychiatric nursing; Determination of Health Care Needs; Focus groups.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Categorias principais do estudo “Necessidades em saúde mental das pessoas com esquizofrenia”	45
Tabela 2: Subcategorias da categoria principal “Necessidades Individuais”	45
Tabela 3: Subcategorias da categoria principal “Necessidades dos serviços de saúde”	48
Tabela 4: Subcategorias da categoria principal “Necessidades comunitárias”	53
Tabela 5: Subcategorias da categoria principal “Necessidades de políticas de saúde”	55

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	17
1. Enquadramento teórico	19
1.1. A saúde e a perturbação mental	19
1.2. A esquizofrenia	20
1.3. As necessidades das pessoas com esquizofrenia.....	23
1.4. Cuidados de enfermagem especializados à pessoa com esquizofrenia.....	25
1.5. Cuidados de enfermagem centrados na pessoa	28
2. Finalidade e objetivos	33
3. Metodologia.....	35
3.1. Desenho do estudo.....	35
3.2. Amostra	37
3.3. Procedimento de recolha de dados	38
3.4. Tratamento de dados	40
3.5. Considerações éticas	42
4. Apresentação dos resultados	43
4.1. Caracterização sociodemográfica	43
4.2. Resultados da análise de conteúdo	44
4.2.1. Necessidades individuais.....	45
4.2.2. Necessidade de serviços de saúde	48
4.2.3. Necessidades comunitárias	53
4.2.4. Necessidades de políticas de saúde	55
5. Discussão dos resultados	59
5.1. Necessidades individuais	59
5.2. Necessidade de serviços de saúde.....	63
5.3. Necessidades comunitárias.....	70
5.4. Necessidades de políticas de saúde.....	74

6. Conclusão	81
CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS	105
ANEXO I: APROVAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARTICULAR DA SEGURANÇA SOCIAL (IPSS) . Erro! Marcador não definido.	
ANEXO II: CONSENTIMENTO LIVRE, INFORMADO E ESCLARECIDO	111
ANEXO III: QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO	117
ANEXO IV: GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	121
ANEXO V: APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA	125

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Dissertação do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, no ano letivo 2023/2024, sob orientação da Professora Doutora Joana Coelho, realizou-se um estudo de investigação intitulado: “As necessidades em saúde mental das pessoas com esquizofrenia”.

Este estudo está englobado no trabalho de investigação major *ePowerCare4All Together we achieve wellness* da Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

A fim de compreender a esquizofrenia enquanto perturbação mental, as suas implicações na sociedade e as evidências científicas atuais acerca do tema, este trabalho foi fundamentado através da descrição do nível de conhecimento já existente nesta área considerado mais direcionado para o objetivo central do estudo. Foi encontrada pouca evidência recente que considere a pessoa com esquizofrenia e as suas necessidades em saúde mental.

Desta forma, a presente investigação centra-se na questão de investigação: “Quais as necessidades em saúde mental das pessoas com esquizofrenia?” Este estudo tem como objetivo explorar e descrever as necessidades em saúde mental das pessoas com esquizofrenia. Para dar resposta a este objetivo, realizou-se uma investigação de abordagem qualitativa e exploratória, utilizando a técnica de *focus group*.

Durante a prática clínica, os profissionais de enfermagem prestam cuidados de saúde a pessoas com esquizofrenia em diversos contextos, no entanto considera-se importante conhecer melhor o que sentem as pessoas com esquizofrenia relativamente às suas necessidades. A definição do presente estudo teve em consideração a importância para a prática de enfermagem, na medida em que são necessárias as melhores evidências científicas para a tomada de decisão clínica partilhada, essencialmente a nível da prescrição das intervenções especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Este conhecimento poderá contribuir para as práticas de saúde dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na prestação de cuidados especializados em saúde mental. Pretende-se com este trabalho conhecer a realidade das

pessoas com esquizofrenia e fazer uma reflexão que sirva de base para uma investigação mais profunda sobre as necessidades humanas e de saúde e a sua pertinência para os cuidados especializados de enfermagem.

Este estudo de investigação inicia com a fundamentação teórica e a descrição dos princípios fundamentais que se apresentam como linhas orientadoras para o desenvolvimento do estudo. A metodologia contempla o desenho de estudo, a apresentação e discussão dos resultados, confrontando os achados científicos com os objetivos propostos na investigação. Na conclusão resumem-se os resultados mais relevantes do estudo, evidenciando as suas limitações, recomendações e contribuições. Por fim, finaliza-se o trabalho com as considerações finais e as referências bibliográficas.

O presente trabalho de investigação foi elaborado através da consulta de artigos científicos acedidos nas seguintes bases de dados: Web of Science Core Collection, Scopus, Academic Search Complete, CINAHL Plus with Full Text, MedicLatina, MEDLINE with Full Text, Psychology and Behavioral Sciences Collection. Foram também realizadas pesquisas científicas através da consulta de livros disponíveis na biblioteca da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa e no Google Books.

1. Enquadramento teórico

A investigação em Enfermagem é reconhecida por potenciar e fundamentar as ações de enfermagem, servindo de suporte à tomada de decisão clínica. Desta forma, foi realizada uma pesquisa bibliográfica baseada em artigos científicos, livros, guias e orientações de boas práticas da área especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica de forma a sustentar o tema em estudo.

1.1. A saúde e a perturbação mental

O conceito de saúde sofreu alterações ao longo do tempo, numa construção social e histórica, passando do conceito simples de ausência de doença para um conceito amplo com várias dimensões, tais como biológica, comportamental, social, ambiental, política e económica (Neto et al., 2016). Esta visão dinâmica da saúde é fundamental uma vez que estão interligadas ao estilo de vida, ou seja, à adoção de comportamentos saudáveis, por parte dos indivíduos, grupos e comunidades. Na mesma perspetiva, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde mental é um estado de bem-estar mental que permite às pessoas lidar com o stress da vida e contribuir para a comunidade. A prestação de cuidados de saúde deve ter em consideração que a saúde física e a saúde mental são dois fatores indissociáveis para a obtenção do bem-estar individual. Esta é, aliás, uma das linhas centrais da Declaração de Alma-Ata que define que a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença (World Health Organization, 1978).

Por outro lado, a perturbação mental surge quando a pessoa deixa de se relacionar de forma funcional com o mundo. É uma síndrome caracterizada por alterações significativas a nível da cognição, regulação emocional ou comportamento e refletem uma disfunção biológica e psicológica (International Classification of Diseases-11, 2022). As disfunções associadas a uma perturbação mental traduzem-se em sofrimento e incapacidade a nível pessoal, social e profissional (American Psychiatric Association, 2022). As transformações demográficas, as desigualdades, as barreiras à reforma dos cuidados de saúde mental, a necessidade de promover a participação das pessoas, das suas famílias e cuidadores neste

processo de mudança, as respostas da comunidade e, finalmente, a urgência em combater o estigma e a discriminação são apenas algumas das questões que merecem uma reflexão crítica (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

Em 2019, os problemas de saúde mental já afetavam cerca de 84 milhões de pessoas na União Europeia, ou seja, um em cada seis cidadãos, com um custo de 600 mil milhões de euros. Nos anos seguintes, outros desafios foram surgindo, como a guerra, a crise climática, o aumento das taxas de desemprego e o aumento do custo de vida, bem como as pressões do espaço digital e das redes sociais, levando ao aumento dos problemas de saúde mental (Organisation for Economic Cooperation and Development, 2023).

1.2. A esquizofrenia

O Plano de Ação Abrangente de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde 2013-2030 prioriza a necessidade de adequar os serviços às pessoas com perturbações mentais, incluindo a esquizofrenia (World Health Organization, 2021). Segundo dados estatísticos da OMS, em 2022, a esquizofrenia afetava aproximadamente 24 milhões de pessoas ou 1 em cada 300 pessoas (0,32%) em todo o mundo, sendo essa taxa é de 1 em 222 pessoas (0,45%). Afeta cerca de 1% da população mundial, sendo uma perturbação mental de baixa incidência e elevada prevalência (Saraiva & Cerejeira, 2014). É conhecida como uma das perturbações mentais mais graves e frequentes (Queirós et al., 2019). É, por isso, uma preocupação primária na saúde, uma vez que no estado agudo é a mais prejudicial de todas as condições de saúde (Abreu, 2023).

O *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders (DSM-V-TR)* (2022) e a *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11th revision (ICD-11)* (2022) são fontes utilizadas como referência para o diagnóstico da esquizofrenia e permitem padronizar uma linguagem comum entre os profissionais de saúde em todo o mundo. A fiabilidade dos diagnósticos permite delinear o tratamento das pessoas e orientar de forma adequada para os serviços de saúde mental (American Psychiatric Association, 2022). Segundo o DSM-V-TR (2022), a esquizofrenia é diagnosticada pela presença de dois ou mais dos seguintes sintomas: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento anormal (incluindo catatonia) ou sintomas negativos, durante um período de um mês, persistentes por, pelo menos, seis meses. A ICD-11 (2022) corrobora os critérios do DSM-V-TR, reforçando a harmonização entre ambas. A organização do DSM-V-TR e a estrutura do ICD-11 foram aprovadas pelo *National Institute of Mental Health (NIMH) - Research Domain Criteria (RDoC)* (Gordon et al., 2022).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (International Council of Nurses, 2019), os delírios, de caráter persecutório, de referência, somático, religioso ou de grandiosidade são pensamentos distorcidos; as alucinações são percepções (visuais, auditivas, olfativas, gustativas ou táteis) que não estão presentes; os comportamentos anormais ou desorganizados são ações desordenadas como respostas aos estímulos do meio envolvente; a catatonia é uma perturbação motora acentuada que se manifesta habitualmente por imobilidade com rigidez muscular extrema ou excesso de atividade impulsiva.

A psicose, que se refere a um conjunto de sintomas comuns na esquizofrenia, afeta a mente das pessoas e leva à perda de contacto com a realidade provocando a falta de *insight* ou falta de consciencialização dos sintomas (American Psychiatric Association, 2022).

A esquizofrenia é, também, caracterizada pela existência de sintomas positivos e/ou negativos (American Psychiatric Association, 2022). Os sintomas positivos incluem os delírios e alucinações e, por vezes, podem também englobar alterações do discurso e comportamentos desorganizados, catatónicos ou agitação psicomotora (Saraiva & Cerejeira, 2014). Os sintomas negativos têm um impacto a nível da autonomia devido a uma diminuição ou ausência de funções relacionadas com a motivação, interesse ou expressão emocional (Saraiva & Cerejeira, 2014). Os sintomas negativos mais comuns na esquizofrenia são a diminuição da expressão emocional e a avolição (diminuição da atividade, da motivação e da iniciativa) (American Psychiatric Association, 2022). Importa também salientar a existência de possíveis défices cognitivos no início dos sintomas. A disfunção cognitiva generalizada foi relatada em mais de 50% das pessoas com esquizofrenia, e estão significativamente correlacionados com a perda de autonomia nas atividades da vida diária (Jablensky, 2010).

As pessoas com esquizofrenia revelam alterações cerebrais estruturais, alterações funcionais cerebrais, alterações neurofisiológicas e alterações neuroquímicas (Saraiva & Cerejeira, 2014). A fim de obter um diagnóstico rigoroso é necessário conhecer a sintomatologia, os elementos da anamnese (a evolução nosológica, os antecedentes pessoais e familiares, os aspetos biográficos e sociais) e realizar exames complementares (Queirós et al., 2019).

A esquizofrenia é mais prevalente no sexo masculino (American Psychiatric Association, 2022). Nos homens, o início da doença ocorre frequentemente entre os 15 e os 25 anos e nas mulheres entre os 25 e os 30 anos, com um segundo pico por volta dos 40 anos (Queirós et al., 2019). Habitualmente, a fase inicial é progressiva e insidiosa, predominando

o compromisso cognitivo e social com alteração do comportamento e alterações do conteúdo do pensamento (Queirós et al., 2019).

O *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2017* destacou a esquizofrenia como uma das 20 principais causas de incapacidade (James et al., 2018). O estudo de Vos et al., (2020) classifica a esquizofrenia em 22º lugar como causa de incapacidade na faixa etária dos 25 aos 49 anos. A perturbação mental tem consequências significativas ao longo da vida das pessoas porque contribui para dificuldades no acesso à educação, taxas mais altas de desemprego e pior saúde física (McDaid et al., 2017).

Além disso, as taxas de comorbilidade associadas a pessoas com perturbações mentais são elevadas devido ao agravamento da condição de saúde: aumento de peso, diabetes, síndrome metabólica, doenças cardiovasculares e pulmonares ou abuso de substâncias (American Psychiatric Association, 2022). Um estudo dinamarquês mostra que a obesidade, o tabagismo, a alimentação pouco saudável e o comportamento sedentário são observados aproximadamente duas vezes mais em pessoas com perturbação mental, em comparação com a população em geral (Laursen et al., 2014). Sendo uma perturbação mental com vários défices, a esquizofrenia está associada a uma mortalidade precoce (Queirós et al., 2019). Esta pode ser consequência de causas não-naturais, como suicídios ou acidentes (Saraiva & Cerejeira, 2014). Cerca de 4% a 10% das pessoas com esquizofrenia morrem por suicídio, com taxas mais altas entre homens no início do distúrbio (Keepers et al., 2020).

Vários estudos citados em Laursen et al. (2014), realizados na Dinamarca, Suécia, Israel, Reino Unido e Finlândia indicaram que a vida das pessoas com esquizofrenia é entre 10 a 25 anos mais curta do que a da população em geral. E acrescenta que na Suécia, Finlândia, Dinamarca e Reino Unido, a mortalidade entre pessoas com esquizofrenia é duas a três vezes superior à da população em geral (Laursen et al., 2014).

Enquanto perturbação mental crónica e incapacitante, a esquizofrenia tem um impacto significativo no custo das despesas de saúde em Portugal. Em 2015 gerou um custo total de € 436,3 milhões, cerca de 0,24% do produto interno bruto (Gouveia et al., 2017). No mesmo ano, os resultados mostraram que existiam cerca de 50 mil pessoas com esquizofrenia e que destes pouco mais de 40 mil estariam a ser seguidos pelo sistema de saúde (Gouveia et al., 2017).

Em todo o mundo, as hospitalizações por esquizofrenia são as mais longas de entre as hospitalizações por perturbações mentais que, por sua vez, são superiores às outras doenças (Gouveia et al., 2017). As hospitalizações representam o custo direto mais substancial da esquizofrenia, do ponto de vista dos cuidados de saúde (Queirós et al.,

2019). E custos indiretos ainda mais elevados, como, por exemplo, perda de produtividade laboral (Charlson et al., 2018).

Estima-se que, com o envelhecimento populacional, aumente também a complexidade dos sintomas, bem como as doenças concomitantes, que podem prolongar o tempo das hospitalizações (Pinho et al., 2020). Segundo o estudo de Gouveia et al. (2017), em Portugal foram registadas 25.385 hospitalizações por esquizofrenia entre 2008 e 2015 com reinternamentos sucessivos, sendo que a maioria das pessoas hospitalizadas era do sexo masculino (68%), entre os 31 e os 50 anos de idade. Os custos totais destas hospitalizações ascenderam aos 89,1 milhões de euros, sendo que cada hospitalização custou, em média, cerca de 3.500 euros (Gouveia et al., 2017).

A cronicidade da esquizofrenia afeta a pessoa em diferentes domínios, nomeadamente relacionados com o trabalho, educação, relações interpessoais e autonomia (Gouveia et al., 2017). Tanto as pessoas com perturbação mental e as suas famílias, como a sociedade sofrem um impacto económico importante (Queirós et al., 2019).

Segundo as Conclusões do Conselho da União Europeia sobre a Saúde Mental (2023), melhorar a saúde mental é um imperativo individual, social e económico. Este investimento social, político e económico deve dar ênfase aos cuidados de qualidade, promovendo serviços centrados nas necessidades das pessoas, permitindo deste modo obter ganhos em saúde.

1.3. As necessidades das pessoas com esquizofrenia

Em Portugal, o Programa Nacional de Saúde para a Saúde Mental refere que a saúde mental é uma área prioritária de intervenção, uma vez que a literatura sugere que as perturbações mentais acarretam custos elevados, diretos e indiretos, e que, a intervenção precoce, a promoção da saúde mental e a prevenção da doença mental tem impacto na diminuição das complicações da doença mental, na recuperação e reinserção social (Direção Geral da Saúde, 2017). Assim, torna-se imprescindível conhecer as necessidades de cuidados de saúde mental não satisfeitas. Portanto, atender às necessidades das pessoas pode ter efeitos importantes sobre múltiplos domínios, como a qualidade de vida e pode ser considerado o objetivo final a ser alcançado para pessoas que vivenciam uma perturbação mental incapacitante (Lasalvia et al., 2007).

O conceito de necessidade pode ser entendido como algo essencial e necessário à vida, ao crescimento e ao bem-estar do ser humano. Uma necessidade é satisfeita quando uma intervenção é eficaz, por outro lado, uma necessidade não é satisfeita quando uma

intervenção tem nenhum ou tem pouco efeito (Medeiros-Ferreira et al., 2016). Os mesmos autores defendem que os fatores associados a um maior número de necessidades são a classe socioeconómica baixa, idade avançada, países globais mais pobres e a presença de perturbação mental. As necessidades satisfeitas são como um indicador do sucesso do sistema de saúde (Uygur & Esen Danaci, 2019). Quando as necessidades são satisfeitas, o bem-estar humano é preservado, porém, quando estas não são satisfeitas podem perturbar o bem-estar físico e mental da pessoa (Jorge & Carvalheiro, 2021). Atualmente, as necessidades de saúde envolvem o domínio médico, os serviços de saúde, a organização social e política de uma comunidade (Jorge & Carvalheiro, 2021). No entanto, existem diferentes perspetivas para a designação das necessidades. A opinião da pessoa remete para uma perspetiva centrada na própria pessoa enquanto a perspetiva baseada no conhecimento científico atual é centrada no profissional de saúde (Martins, 2017).

A avaliação das necessidades do ponto de vista dos serviços de saúde pode ser benéfica para o planeamento da prestação de cuidados individuais (Medeiros-Ferreira et al., 2016). Esta avaliação pode ser dividida em ausência de necessidade, necessidade atingida/satisfeita, necessidade não atingida (Xavier et al., 2002).

Uma necessidade satisfeita é entendida como a satisfação da necessidade de uma pessoa por meio da ajuda ou serviço que eles recebem quer da família, dos amigos ou do sistema de saúde. Uma necessidade não satisfeita refere-se à prestação insuficiente de cuidados de saúde mental, ou seja, a necessidade prevalece apesar dos serviços prestados (Uygur & Esen Danaci, 2019). Assim, a avaliação das necessidades das pessoas em cuidados de saúde mental é uma ferramenta importante para a melhoria da qualidade dos cuidados e facilita o processo de tomada de decisão partilhada na prestação de serviços.

A complexidade da esquizofrenia reside na combinação de necessidades psiquiátricas, somáticas e sociais (Medeiros-Ferreira et al., 2016). No geral, as pessoas com perturbação mental dão maior importância às necessidades no domínio das interações sociais, enquanto os profissionais de saúde tendem a focar-se em necessidades de natureza clínica (Torres-González et al., 2014). Os prestadores de cuidados de saúde muitas vezes percebem as necessidades com base na avaliação e experiência clínica, no entanto esta pode não refletir as necessidades reais da população (AshaRani et al., 2022). No estudo transversal de Uygur & Esen Danaci (2019), as pessoas com esquizofrenia do sexo feminino, casadas, residentes em comunidade e com ensino médio ou superior relataram menos necessidades. No mesmo estudo, as áreas em que a satisfação das necessidades é menos atendida são o trabalho doméstico, as atividades diárias, o sofrimento psicológico, os relacionamentos e o dinheiro. Segundo o estudo de AshaRani et al., (2022) o maior número de necessidades não

satisfeitas identificadas foi no domínio social, de saúde (sintomas psicóticos) e de funcionamento dos serviços de saúde.

As pessoas com esquizofrenia têm uma carga maior de comorbilidades psiquiátricas que são associadas a necessidades não satisfeitas e a resultados adversos do tratamento (Torres-González et al., 2014). O estudo de Grover et al., (2015) associa um maior número de necessidades a menores níveis educacionais das pessoas com perturbação mental e dos cuidadores, com rendimentos económicos familiares mais baixos e localização de residência em áreas rurais. Juntas, essas três variáveis indicam desvantagem social para as pessoas com perturbação mental. Além disso, sugere também que a presença da psicopatologia residual em pessoas com esquizofrenia foi associada a um maior número de necessidades não atendidas (Grover et al., 2015).

Em Portugal, as pessoas com esquizofrenia apresentam um grau muito mais elevado de necessidades não cobertas nas áreas de intervenção psicossocial e reabilitação, comparativamente aos restantes países europeus, em contraste com as respostas clínicas e psicofarmacológicas (Jorge & Carvalheiro, 2021).

A desinstitucionalização aumentou a importância de avaliar as necessidades das pessoas com esquizofrenia uma vez que abrangem várias áreas: sociais, físicas, psicológicas, segurança, relacionamento íntimo, apoio familiar, educação, habitação e emprego (Uygun & Esen Danaci, 2019). Desta forma, facilitar o acesso à habitação, promover o trabalho e as relações sociais foram incluídas nas intervenções direcionadas à esquizofrenia (Torres-González et al., 2014).

Segundo Palha & Costa (2015) é a partir da integração de intervenções tais como, diferentes settings, diferentes técnicos de saúde (psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, entre outros), múltiplos tipos de tratamento (farmacológico, psicológico, físico, entre outros), como os múltiplos níveis de apoio disponíveis (individual, familiar, social e comunitário), que vão surgir as alternativas de tratamento acessíveis nos diferentes contextos e nos diferentes momentos da perturbação mental, dando assim resposta às necessidades das pessoas.

1.4. Cuidados de enfermagem especializados à pessoa com esquizofrenia

Na reunião de dezembro de 2019, o *Board of Trustees da American Psychiatric Association* aprovou as guidelines para o tratamento de pessoas com esquizofrenia intitulado “*The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia*” (Keepers et al., 2020). As recentes orientações clínicas dos

tratamentos centram-se em estudos farmacológicos e não farmacológicos baseados em evidências, mas também incluem pesquisas relacionadas com a avaliação e planeamento do tratamento, sendo estes parte integrante do cuidado centrado na pessoa (Keepers et al., 2020).

As pessoas com esquizofrenia constituem uma importante contribuição para o planeamento de tratamentos individuais e para a melhoria dos serviços de saúde mental (Uygur & Esen Danaci, 2019).

O principal objetivo do tratamento da esquizofrenia é a recuperação pessoal (*recovery*) caracterizada por um processo multidimensional e individual (Kalisova et al., 2023). As taxas de recuperação das pessoas com perturbação mental tendem a aumentar, possivelmente devido a um tratamento farmacológico melhor e mais individualizado, assim como a crescente implementação de abordagens psicossociais (Kalisova et al., 2023). O sucesso terapêutico alia a melhoria da cognição, da cognição social (capacidade de identificar e interpretar sinais sociais), e motivação (capacidade de envolvimento na comunidade) (Green, 2016). É importante o desenvolvimento de tratamentos personalizados para a esquizofrenia que melhorem a neuroplasticidade ao combinar tratamentos farmacológicos com medidas não farmacológicas (Martínez et al., 2021).

Uma análise das necessidades em cuidados de saúde mental promove o desenvolvimento de programas de estilo de vida individualizados (Medeiros-Ferreira et al., 2016). A par disso satisfazer as necessidades das pessoas com esquizofrenia permite alcançar melhores resultados clínicos e conseqüentemente, melhor qualidade de vida, resultando numa redução da carga da perturbação mental (Uygur & Esen Danaci, 2019).

O planeamento das intervenções tem por base a multidisciplinaridade das equipas de forma a promover o nível máximo de autonomia e funcionalidade à pessoa com esquizofrenia (Barbosa, 2013). O processo de enfermagem proporciona um método eficiente na avaliação dos processos para a tomada de decisão clínica centrada na resolução de problemas e na prestação de cuidados de enfermagem individualizados (Sequeira & Sampaio, 2020). A visão holística em enfermagem não se foca apenas na execução de técnicas ou administração terapêutica, mas na elaboração de um plano de cuidados que tem como objetivo atender às necessidades das pessoas com esquizofrenia, através de uma sistematização dos diagnósticos de enfermagem (Rodrigues & Oliveira, 2024).

De acordo com o Regulamento nº 515/2018, as intervenções específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) visam adequar o plano terapêutico às necessidades sentidas e identificadas pela pessoa com

doença mental (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Em 2006, a Ordem dos Enfermeiros definiu que o conhecimento das necessidades em cuidados de saúde mental era uma área de investigação prioritária. Neste sentido, os EEESMP têm um papel de relevo na investigação que permite uma compreensão do estado mental das pessoas, em várias áreas, sendo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental.

O EEESMP, pelas suas competências específicas, destaca-se no cuidado prestado às pessoas com esquizofrenia nos serviços de saúde, devido ao vínculo que estabelece e às ações desenvolvidas para a adesão medicamentosa e para a estruturação de estratégias de promoção em saúde mental (Rodrigues & Oliveira, 2024). Além disso, o papel do EEESMP foca-se na promoção da adesão terapêutica, incluindo os medicamentos e as terapias, fornecendo informações sobre a doença e os efeitos colaterais dos fármacos durante o processo de reabilitação (Reis et al., 2021). Além disso, saber escutar e compreender as pessoas nos momentos de crise fortalece a relação terapêutica (Reis et al., 2021). Os profissionais de saúde que intervêm no cuidado à pessoa com perturbação mental e à sua família devem, desta forma, preocupar-se em perceber quais as intervenções mais eficazes para cada um, promovendo os cuidados centrados na pessoa e na família (Pinho et al., 2018).

Carvalho (2015) acrescenta que também é fundamental atender às necessidades dos familiares das pessoas com esquizofrenia. Com o início do processo de desinstitucionalização, a família adotou um papel importante, uma vez que assumiu a responsabilidade dos cuidados. Os cuidadores das pessoas com perturbação mental podem encontrar-se numa situação de desgaste físico e psicológico devido ao impacto do diagnóstico, da necessidade de adaptação, do estigma, dos conflitos familiares e do stress quotidiano (Pinho & Pereira, 2015). Schülhi et al., (2012) descreve que este desgaste se traduz em sentimentos como pesar, preconceito, desesperança e sobrecarga com os cuidados diários. Segundo Ornelas et al., (2005) as necessidades identificadas pelas famílias dizem respeito à informação acerca dos sintomas, do tratamento e dos recursos de saúde disponíveis. Além disso, as famílias cuidadoras das pessoas com perturbação mental têm necessidade de desenvolver estratégias para lidar com o seu familiar, participar em grupos de autoajuda e integrar o plano de reabilitação da pessoa com perturbação mental (Ornelas et al., 2005).

A sobrecarga dos cuidadores deve-se à falta de implementação de uma rede de serviços de saúde mental na comunidade que consiga acolher as pessoas com perturbação mental nos serviços adequados e também, pelo facto de a família não estar preparada para lidar com os sintomas da perturbação (Schülhi et al., 2012). Deve-se, também, salientar a

importância da psicoeducação familiar uma vez que esta contribui de forma positiva na recuperação das pessoas com esquizofrenia, focando-se no apoio à saúde física e mental das famílias (Pinho & Pereira, 2015). As intervenções do EEESMP visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa e família face aos problemas específicos. Assim, o EEESMP colabora com as pessoas com perturbação mental e suas famílias na elaboração dos planos terapêuticos individualizados, proporcionando a ambos um suporte nos cuidados de saúde mental.

As características próprias da perturbação mental, os cuidados inadequados e o estigma social da esquizofrenia dificultam o seu controlo. Além disso, as limitações associadas, o sofrimento e as vivências psicóticas podem dificultar a comunicação e a relação terapêutica (Queirós et al., 2019).

A recuperação deve ser vista como um processo pessoal e único, de mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos e competências, traduzindo-se numa forma de viver satisfatória e participativa, mesmo com as limitações da doença (Palha & Costa, 2015).

Neste processo, os objetivos dos EEESMP são os de ajudar as pessoas incapacitadas pela perturbação mental na recuperação do desempenho de habilidades físicas, emocionais, e intelectuais necessárias à vida em autonomia (Ordem dos enfermeiros, 2011). Esta recuperação é possível através da implementação de uma relação terapêutica entre o profissional de enfermagem e a pessoa com perturbação mental. O objetivo final deve basear-se no modelo colaborativo de cuidados, ou seja, proporcionar acompanhamento assertivo, ensinar estratégias de autoajuda e facilitar a comunicação entre a pessoa, a família, o médico de família, o especialista em saúde mental e outros especialistas (Torres-González et al., 2014).

Os cuidados centrados nas pessoas permitem o empoderamento das mesmas na identificação dos recursos disponíveis e na escolha dos tratamentos (Cornich, 2020).

1.5. Cuidados de enfermagem centrados na pessoa

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica foca-se na prestação de cuidados às pessoas com problemas de saúde mental, reais ou potenciais e consiste na incorporação de intervenções psicoterapêuticas durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, visando a promoção e proteção da saúde mental, a prevenção da perturbação mental e o tratamento focado na reabilitação psicossocial e na reinserção social da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A enfermagem centrada na pessoa é um modelo no qual os prestadores de cuidados de saúde são incentivados a estabelecer parcerias de forma a fornecer cuidados personalizados que proporcionem às pessoas os cuidados de qualidade com maior eficiência e eficácia do sistema de saúde (Santana et al., 2018).

Segundo McCormack & McCance (2006), os cuidados centrados na pessoa compreendem quatro constructos: os pré-requisitos, o ambiente de cuidado, os processos centrados na pessoa e os resultados esperados. Além disto, Santana et al., (2018) sugere no seu estudo que é importante incorporar a perspetiva da pessoa através da recolha de informações apropriadas na tomada de decisões sobre os cuidados de saúde. Os cuidados centrados na pessoa proporcionam uma abordagem holística, podem aumentar a satisfação das pessoas, ajudar a reduzir os níveis de ansiedade entre os enfermeiros e promover o trabalho cooperativo dos profissionais (McCormack & McCance, (2006).

Aliando este conceito à prática de Enfermagem, introduz-se uma teórica marcante na história da evolução dos cuidados de enfermagem. A Teoria das Relações Interpessoais de Peplau define que o processo interpessoal está centralizado na relação entre o profissional de enfermagem e a pessoa com perturbação mental (Peplau, 1990). É importante identificar os princípios que se processam na prática da enfermagem de forma a transformar as situações de cuidado em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal (Almeida et al., 2005). A Teoria das Relações Interpessoais desenvolvida por Hildegard E. Peplau, em 1952 é uma referência para a prática da enfermagem de saúde mental concretizada através do livro *“Interpersonal Relations in Nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing”*. Este novo paradigma dedicado às Relações Interpessoais em Enfermagem releva os conceitos de colaboração, cuidado centrado na pessoa e intervenção individualizada. Os relacionamentos dinâmicos nos processos de mudança de comportamento maximizam a saúde e estabelecem um envolvimento mútuo entre o profissional de saúde e a pessoa (D’Antonio et al., 2014). Este relacionamento dinâmico deu origem ao termo “enfermagem psicodinâmica” que Peplau define como o envolvimento, reconhecimento e construção da relação entre os profissionais de enfermagem e as pessoas (O’toole & Welt, 1996). Para isso, Peplau enfoca as fases de orientação, identificação, exploração e resolução, na qual os profissionais de enfermagem desenvolvem diferentes papéis para auxiliar as pessoas no desenvolvimento das suas capacidades até à autonomia pessoal (Almeida et al., 2005).

Os modelos centrados na pessoa, o envolvimento da pessoa com perturbação mental e a tomada de decisão compartilhada assentam no princípio da coprodução que por sua vez visa alcançar soluções personalizadas que minimizem a carga e os custos da doença (Elwyn

et al., 2020). O envolvimento direto de pessoas com perturbação mental no desenvolvimento das pesquisas científicas permite uma contribuição e colaboração na transformação de cuidados de saúde mental mais eficientes (Pinfold et al., 2015). Ao aplicar a mais recente evidência científica aliada a cuidados de qualidade, baseados nas reais necessidades das pessoas, as intervenções tornam-se mais eficazes na saúde do indivíduo e das populações (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Considerando a complexidade, a severidade, o intenso sofrimento e os inúmeros prejuízos que a esquizofrenia pode causar nos diversos aspetos da vida é importante um novo olhar para estas pessoas, dando-lhes voz, acolhendo e valorizando o seu sofrimento neste processo de convivência com a esquizofrenia (Oliveira et al., 2012).

A responsabilidade mútua dos resultados em saúde convida a uma confiança, respeito e comprometimento partilhado nas decisões, onde o profissional de saúde amplia as necessidades e prioridades específicas das pessoas e conduz os cuidados de forma individualizada (Batalden et al., 2016). Para que as pessoas possam agir de forma proactiva e atuar como coprodutores devem estar preparados para partilhar informações relevantes sobre a sua perturbação mental (Cramm & Nieboer, 2016).

A coprodução baseada num modelo colaborativo exige uma interação e comunicação eficaz (Batalden et al., 2016). O envolvimento inclui a conceção conjunta de planos de cuidados, que incluem aspetos de tomada de decisão partilhada, definição de objetivos e apoio, que auxiliam a gestão clínica e contribuem para melhores resultados de saúde, melhoria da qualidade dos cuidados e melhoria da segurança (Santana et al., 2018).

A aplicação de uma abordagem orientada pelas necessidades poderia avançar de forma decisiva na política de recuperação, porque a avaliação das necessidades pressupõe uma prática colaborativa baseada no envolvimento ativo da pessoa, um procedimento totalmente consistente com os princípios fundamentais do movimento de recuperação na saúde mental, facilitando assim o uso mais eficaz e eficiente dos recursos limitados dos serviços de saúde mental (Stefanatou et al., 2023).

Torna-se, assim, necessário investigar sobre as necessidades das pessoas em cuidados de saúde mental e as intervenções de enfermagem que contribuem para que as pessoas tenham mais e melhor saúde (Néné & Sequeira, 2022). Para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas, é necessário desenvolver a investigação em Enfermagem e a fomentação das boas práticas de Enfermagem uma vez que, quanto maior o conhecimento das necessidades, mais centrada na pessoa será a abordagem, logo as intervenções serão mais dirigidas, tendem a ser mais eficazes e a trazer mais ganhos em saúde (Towsend, 2011).

Importa ainda salientar a importância de um compromisso contínuo com a educação, a formação contínua, a prática reflexiva e a sensibilidade às necessidades das pessoas com esquizofrenia e das suas famílias a fim de melhorar a qualidade dos cuidados prestados em saúde mental (Vilar et al., 2020). É crucial que os profissionais de enfermagem, como membros de uma equipa multidisciplinar, reflitam sobre a prática clínica para ampliar a visão profissional, afastando-se do modelo clínico e focando-se numa maior interação e proximidade com as pessoas com esquizofrenia (Reis et al., 2021).

2. Finalidade e objetivos

A finalidade deste trabalho de investigação é conhecer as necessidades das pessoas com esquizofrenia. No entanto, as pessoas com esquizofrenia podem ter dificuldades em obter este equilíbrio de forma independente uma vez que as suas capacidades em dar resposta às suas necessidades podem estar reduzidas devido ao impacto da perturbação mental. O EEESMP tem um papel importante na capacitação e reabilitação das pessoas com perturbação mental de forma a promover o seu bem-estar. Este processo só é possível se for realizada uma avaliação e identificação das necessidades das pessoas com esquizofrenia. A dinâmica implementada pelos participantes deste estudo de investigação pretendeu dar resposta ao objetivo:

- Explorar e descrever as necessidades em saúde mental das pessoas com esquizofrenia.

Assim, expõe-se no capítulo seguinte o processo metodológico adotado no desenvolvimento deste estudo de investigação.

3. Metodologia

Para validar o conhecimento é essencial atuar segundo procedimentos rigorosos e sistemáticos da investigação científica. A investigação em enfermagem pretende fornecer evidências que procuram aumentar o conhecimento sobre a saúde, o tratamento dos sintomas, a validação dos diagnósticos de enfermagem e os resultados que potenciam o alcance de melhores práticas clínicas em enfermagem (Néné & Sequeira, 2022). Assim, a metodologia da investigação qualitativa estuda as pessoas nos seus contextos sociais naturais, de proximidade, utilizando métodos de recolha de dados que apresentam forte influência pelos interesses sociais dos participantes, garantindo sempre a qualidade (Gonçalves et al., 2021).

Apresenta-se, de seguida, o processo metodológico que orientou a obtenção dos resultados deste estudo de investigação. É composto pela descrição do desenho do estudo, amostra, procedimento de recolha de dados, tratamento de dados e considerações éticas.

3.1. Desenho do estudo

A investigação qualitativa é vital no desenvolvimento de estudos científicos uma vez que é através dos contextos de descoberta que é possível aperfeiçoar as competências reflexivas e críticas do investigador (Gonçalves et al., 2021). Segundo Denzin (2011), a pesquisa qualitativa coloca o investigador no mundo e torna o mundo visível, através de uma abordagem naturalística e interpretativa. Centra-se na análise de dados retirados a partir das narrativas e observação dos participantes. Assim, este método requer cooperação e comunicação interativa (Graneheim & Lundman, 2004). Nesta interação entre investigador e participantes, a validade e legitimidade do primeiro associa-se à sua capacidade de abertura, de compreensão e interpretação de cada representação pessoal do mundo (Gonçalves et al., 2021).

Na enfermagem valorizam-se os estudos qualitativos, uma vez que permitem estudar os fenómenos humanos, através da compreensão de cada pessoa no processo saúde-doença (Néné & Sequeira, 2022).

Uma vez que este trabalho de investigação pretende explorar e descrever as necessidades em saúde mental das pessoas com esquizofrenia, realizou-se um estudo de carácter qualitativo, descritivo e exploratório, com recurso a sessões de *focus group*, seguindo as recomendações de Krueger & Casey (2015).

Foram realizadas quatro sessões de focus group no período entre fevereiro e março de 2024 numa Unidade Sócio-Ocupacional (USO) inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental.

Um *focus group* é um tipo de grupo especial em termos de objetivo, tamanho, composição e procedimentos (Krueger & Casey, 2009). Esta técnica fornece conhecimento sobre a forma como determinados grupos partilham os seus valores, experiências, crenças, formas de comunicação e de interação (Souza, 2020). Desta forma, cada *focus group* considera os participantes e as suas particularidades na extração dos dados qualitativos (Krueger & Casey, 2009).

A técnica de *focus group* é utilizada em pesquisas científicas, especialmente em intervenções sociais, educativas, terapêuticas e motivacionais, conseguindo gerar dados que contribuem para o bem-estar e qualidade de vida (Souza, 2020). Visa a recolha de dados através de um grupo de discussão, podendo ser utilizada em diferentes momentos do processo de investigação, sobre um tema proposto pelo investigador (Silva et al., 2014). Os *focus group* tendem a proporcionar um ambiente para os participantes discutirem perceções, ideias, opiniões e pensamentos (Krueger & Casey, 2015). Ao ser realizado com várias pessoas pode ser facilitador para aqueles que não se sentem à vontade em entrevistas individuais (Souza, 2020). As interações que ocorrem entre os participantes podem produzir dados importantes (Morgan, 1998). Além disso, são um método económico, rápido e eficiente (Krueger & Casey, 2015). Segundo Morgan (1996), a técnica apresenta três componentes essenciais: a recolha de dados, a interação na discussão do grupo e o papel ativo do investigador na dinamização do grupo. O processo de implementação de *focus group* apresenta-se em cinco fases: planeamento, preparação, moderação, análise dos dados e divulgação dos resultados (Silva et al., 2014). Quanto ao número de sessões de focus group, Morgan (1997) estima que três a cinco sessões são suficientes para perceber a saturação, ou seja, quando não há mais dados novos fruto do discurso dos participantes.

A USO escolhida para participar neste estudo de investigação acolhe pessoas com perturbação mental crónica, como o caso da esquizofrenia, e psicopatologicamente estáveis, permitindo o envolvimento no processo de investigação. A Direção da USO

autorizou a sua participação no estudo de investigação, assim como a autorização das gravações áudio (ANEXO I).

O relato deste trabalho de investigação teve por base a checklist Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (Tong et al., 2007).

3.2. Amostra

As questões da homogeneidade e da heterogeneidade da composição dos grupos são aspetos que auxiliam a refletir sobre a seleção dos participantes do *focus group* (Barbour, 2009).

A população-alvo deste estudo são pessoas adultas com esquizofrenia. A técnica de amostragem utilizada foi não probabilística intencional. Esta seleção não permite a generalização, no entanto possibilita servir o propósito da investigação.

A amostra constituiu-se por doze pessoas adultas com esquizofrenia, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: (a) idade igual ou superior a 18 anos; (b) diagnóstico de esquizofrenia; (c) inscrição na USO, (d) aceitação voluntária da participação no estudo com assinatura do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (ANEXO II) e (e) estabilização psicopatológica. Como critérios de exclusão definiram-se: (a) limitações comunicacionais que prejudiquem a compreensão e participação no estudo, (b) verbalização de atividade delirante e/ou alucinatória e (c) défice cognitivo severo.

Segundo Krueger & Casey (2015), o tamanho dos grupos pode oscilar entre quatro e doze participantes ou entre seis e dez participantes (Morgan, 1998). Existe a possibilidade de desistências ou intercorrências por isso é recomendado o convite a 20% a mais de pessoas para comparecer ao *focus group* (Souza, 2020).

O recrutamento dos participantes ocorreu duas semanas antes da realização das sessões de *focus group*, conforme as recomendações de Morgan (1998). O recrutamento foi realizado pela investigadora principal e pela Diretora Técnica da USO conforme os critérios de inclusão e exclusão definidos. Os participantes foram convocados para um encontro prévio de modo a clarificar eventuais dúvidas, informar sobre os objetivos do estudo e as regras de participação, segundo as orientações de Silva et al., (2014).

3.3. Procedimento de recolha de dados

O local de realização das quatro sessões de *focus group* ocorreu num espaço da USO, com fácil acessibilidade, conforto e garantindo a confidencialidade para os participantes, tal como recomendado por Morgan (1998). Segundo Souza (2020), a sala precisa de ser silenciosa, isenta ao máximo de ruídos externos, bem iluminada e com mobiliário que facilite a disposição dos participantes em círculo para que cada participante seja bem escutado por todos e para que as expressões faciais e gestos sejam bem visualizados (comunicação não verbal). Deste modo, as sessões de *focus group* decorreram numa sala ampla e fechada, o que permitiu um clima de confiança e privacidade. Apenas a equipa de investigação participou nas reuniões de *focus group*, pelo que a confidencialidade da informação das sessões ficou fechada às pessoas presentes no grupo de discussão.

Uma forma de conseguir perceber as necessidades das pessoas é através da aplicação de entrevistas, inquéritos epidemiológicos ou instrumentos de avaliação (Torres-González et al., 2014). Os instrumentos usados para a recolha de dados neste estudo de investigação foram o “Questionário da Caracterização Sócio-demográfica” (ANEXO III) e o “Guião da Entrevista semi-estruturada” (ANEXO IV).

No Questionário da Caracterização Sócio-demográfica constaram questões relacionadas com a idade, o género e o nível de escolaridade dos participantes.

Segundo Morgan (1998), o guião de entrevista privilegia questões abertas, podendo incluir palavras ou temas chave, tendo o moderador um papel de facilitador no aparecimento de novos insights face aos temas propostos (Morgan, 1998). De forma a facilitar todo o processo foi criado um guião com questões semiestruturadas utilizado durante as sessões de *focus group* que serviu de guia orientador da discussão. Foram colocadas questões abertas aos participantes, tais como: “Que palavra(s) escolheriam para definir o vosso bem-estar pessoal?”; “Que sentimento(s) vivenciaram quando souberam que tinham uma doença mental?”; “Quais as dificuldades que sentem na vivência com a doença?”; “Quais os apoios que promovem o bem-estar das pessoas com doença mental?”; “Quais as atividades que proporcionam maior bem-estar?”; “Qual a vossa opinião relativamente aos cuidados de saúde mental?”; “O que é mais importante para si num enfermeiro?”; “O que sentem que deve mudar para ser mais simples lidar com a doença mental?”.

É conveniente fazer um teste-ensaio do guião no sentido de perceber se as questões e temas abordados são coerentes, compreensíveis e com significado para o tema em estudo. Esse procedimento consiste em fazer aplicar o guião a elementos da população a estudar

(mas que não fazem parte do grupo de pessoas da investigação) e analisá-las de seguida no sentido de saber se os objetivos previstos foram ou não alcançados (Gonçalves et al., 2021). Assim, o “Guião da Entrevista semi-estruturada” foi previamente analisado e testado por seis pessoas adultas com esquizofrenia, que cumpriam os critérios de inclusão e exclusão do estudo, mas que não participaram nas sessões de *focus group*. O guião foi considerado compreensível no conteúdo das perguntas, apesar de algumas pessoas apresentarem dificuldades no entendimento do conceito de “doença mental”, que foi esclarecido previamente na primeira sessão de *focus group*. Por outro lado, todos apresentaram dificuldade na compreensão da questão “O que mais apreciam nos profissionais de saúde?”, que, após análise conjunta com a segunda investigadora, foi reformulada resultando na questão “O que é mais importante para si num enfermeiro?”.

No início da primeira sessão foram validados os Consentimentos Informados, Livres e Esclarecidos. Em seguida, aplicou-se o Questionário da Caracterização Sociodemográfica. A moderação das sessões de *focus group* pode durar até duas horas e meia (Silva et al., 2014), embora, em média, se deva situar nos 90 minutos (Morgan, 1996). A moderação foi realizada pela investigadora principal do estudo e cada sessão teve uma duração máxima de 45 min, uma vez que após este tempo os participantes do estudo manifestaram algum cansaço e dificuldade em manter o foco na discussão. De facto, as pessoas com esquizofrenia podem apresentar diminuição da expressão verbal e não-verbal, pouca motivação e dificuldades cognitivas (Tostes et al., 2020).

O investigador deve ter um papel ativo na moderação e incentivo das discussões interativas entre as pessoas do grupo, sendo este um processo dinâmico (Souza, 2020). O moderador ocasionalmente é acompanhado por um anotador, que pode documentar aspetos importantes da interação do grupo, como a linguagem corporal expressiva dos participantes (Powell & Single, 1996). Krueger & Casey (2009) também defendem a existência de uma equipa de moderadores, ou seja, um moderador principal que conduz a discussão e um técnico auxiliar da moderação que gere o equipamento de gravação, regula o ambiente físico e toma notas sobre a discussão do grupo. Desta forma, a Diretora Técnica da USO participou nas quatro sessões de *focus group* enquanto técnica auxiliar, tendo como função a gestão do equipamento de gravação e a anotação de observações relevantes para o estudo, discutidas após cada sessão em conjunto com a investigadora principal.

Na primeira sessão de *focus group* foi fundamental a explicação dos princípios orientadores das sessões, no que se refere à aplicação da técnica de *focus group*. Nas sessões subsequentes, realizou-se a validação dos dados recolhidos na sessão anterior para

assegurar o rigor e compreensão do discurso dos participantes. Quando se considerou necessário, e em casos pontuais, foi realizado um esclarecimento prévio de alguns conceitos e orientações, de forma a promover o esclarecimento de todas as questões dos participantes. No fim da quarta sessão, foram devolvidos os resultados aos próprios participantes de forma a assegurar a validação da interpretação dos resultados finais (Silva et al., 2014) e para garantir a confiabilidade do estudo, uma vez que é importante diferenciar a voz dos participantes da interpretação dos investigadores (Graneheim et al., 2017).

3.4. Tratamento de dados

O objetivo principal da análise dos dados qualitativos passa pela condensação de informações e identificação de estruturas subjacentes à experiência humana e aos fenómenos sociais (Gonçalves et al., 2021). Os resultados da análise qualitativa produzem resultados não generalizáveis em termos estatísticos, mas que procuram a generalização teórica (Gonçalves et al., 2021).

Tendo em conta o tipo de estudo deste trabalho de investigação, o método de tratamento de dados utilizado foi a análise de conteúdo, utilizando os pressupostos de Bardin (2016). Segundo o mesmo autor, a análise de conteúdo é um método de descrição do conteúdo e significado das mensagens das comunicações entre as pessoas. A análise de conteúdo tem sido muito utilizada na interpretação de dados nas ciências humanas e sociais, e é o método mais comumente adotado no tratamento de dados nas investigações qualitativas (Vilelas, 2020). Pressupõe o uso de técnicas de interpretação da comunicação com o objetivo de descrever o conteúdo das mensagens e indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção destas mesmas mensagens (Vilelas, 2020).

A análise de dados qualitativos organiza-se em três momentos: (1) codificação, no qual ocorre um processo de atribuição de categorias, (2) armazenamento, em que existe a compilação de extratos de texto associados à mesma categoria; e (3) interpretação, na qual existe uma análise sistemática dos dados (Silva et al., 2014).

As sessões de *focus group* foram gravadas em áudio pela investigadora principal. Os testemunhos dos participantes foram transcritos para análise, constituindo o corpus de análise do presente estudo. A audição das transcrições pela equipa de investigação é uma prática recomendável de modo a certificar-se da qualidade das transcrições (Bloor et al.,

2001). Pelo que, as transcrições foram revistas e validadas pela segunda investigadora, conferindo rigor metodológico ao processo de recolha de dados.

Após a transcrição literal do discurso dos participantes, resultante das sessões de *focus group*, procedeu-se à análise dos temas que emergiram no *corpus de dados* (conjunto de material que se vai analisar) (Bardin, 2009). Os tópicos semelhantes identificados na recolha de dados agruparam-se na mesma categoria. Neste estudo surgiu um sistema de categorias que deu origem a quatro categorias principais, cada uma delas com categorias secundárias ou subcategorias. Segundo (Gonçalves et al., 2021), o sistema de categorias pressupõe um conjunto de categorias com diferentes relações entre si, onde é possível identificar categorias principais e subcategorias. Graneheim & Lundman (2004) referem também que uma categoria é a expressão do conteúdo manifesto, podendo ser dividida em subcategorias. Na apresentação dos resultados foram usados trechos das citações literais do discurso dos participantes, resultando nas unidades de análise que integram o sistema de categorias. O processo de associação das unidades de análise ao sistema de categorias é definido por codificação (Gonçalves et al., 2021).

De acordo com Nunes (2020) é importante codificar os participantes na aplicação dos instrumentos de recolha de dados. Assim, os participantes foram codificados de forma a preservar o anonimato na transcrição das citações com a codificação (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11 e P12).

O objetivo do rigor na pesquisa qualitativa garante que o desenho do estudo, o método e as conclusões da pesquisa são explícitos e importantes para a divulgação académica (Forero et al., 2018). Este estudo de investigação foi baseado nos quatro critérios de rigor da pesquisa qualitativa de Lincoln & Guba (1985) garantindo a credibilidade, transferibilidade, confiabilidade e confirmabilidade. Os dados recolhidos foram transcritos de forma rigorosa pela investigadora principal e validados pela segunda investigadora de forma a garantir a autenticidade dos resultados a analisar. Os resultados são apresentados de forma detalhada segundo o processo de investigação validado pela equipa de investigação do trabalho.

Os resultados deste estudo de investigação serão devolvidos aos participantes e pretende-se a partilha e divulgação dos resultados à comunidade académica e à comunidade em geral.

3.5. Considerações éticas

A enfermagem especializada, além de prestar cuidados baseados na evidência, promove também uma reflexão ética na prática dos cuidados assim como incorpora conceitos humanísticos de liberdade e respeito pela condição humana (Néné & Sequeira, 2022). O artigo 81º do Código Deontológico de Enfermagem refere os princípios éticos em cuidados de saúde, tais como: o princípio da beneficência, a não maleficência, a justiça, o respeito pela autonomia e vulnerabilidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Fazer investigação em saúde e em enfermagem implica, muitas vezes, estudar uma população constituída por indivíduos fragilizados física e psicologicamente, portanto é necessário garantir uma atitude de beneficência da parte do investigador e assegurar o respeito pelos grupos vulneráveis (Nunes, 2020).

O profissional de enfermagem deve assegurar que os destinatários dos cuidados recebam informação apropriada para consentirem na participação da investigação. A realização de um trabalho académico tem de estar devidamente autorizado por quem tem a responsabilidade e a representação da organização (Nunes, 2020). Este trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética (Parecer n.º 005/2024) (ANEXO 5) e foram considerados os pressupostos do Código de Ética e Integridade na Investigação da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

A participação neste estudo foi totalmente voluntária. No que diz respeito ao Consentimento Livre, Informado e Esclarecido, durante a reunião prévia ao estudo procedeu-se ao esclarecimento das seguintes informações aos participantes: a natureza da investigação; a garantia de confidencialidade; a possibilidade de recusa a qualquer momento, e por qualquer motivo, sem prejuízo assistencial; o pedido de autorização para gravação da entrevista, bem como a não utilização de qualquer identificação pessoal.

A conservação dos dados é assegurada pela investigadora principal e apenas a equipa de investigação tem acesso aos mesmos.

O estudo tem como base a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo para a investigação em seres humanos.

Não existem conflitos de interesse a declarar.

4. Apresentação dos resultados

Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos neste estudo de investigação no sentido de descrever e explorar as necessidades das pessoas com esquizofrenia. Inicia-se com a caracterização sociodemográfica da amostra de participantes. Em seguida, apresenta-se as diferentes categorias e subcategorias da análise de conteúdo do presente estudo.

4.1. Caracterização sociodemográfica

Inicia-se a abordagem dos resultados pela caracterização da amostra constituída por doze pessoas adultas com esquizofrenia. Todos os participantes pertencem ao mesmo grupo inserido nas atividades da Unidade Sócio-Ocupacional. Um grupo homogéneo fornece aos participantes liberdade para expressar pensamentos, sentimentos e comportamento e tende a reduzir a influência do entrevistador sobre os participantes (Jayasekara, 2012).

Relativamente ao perfil dos participantes verificou-se que 11 (91,67%) pertenciam ao género masculino e 1 (8,33%) ao género feminino. Os participantes têm idades compreendidas entre 37 e 61 anos, sendo a média de idades igual a 49,3 anos, com desvio padrão de 7,6. Quanto ao nível de escolaridade, 3 (25%) possuem o 1º ciclo, 4 (33,33%) têm o 2º ciclo, 2 (16,67%) têm o 3º ciclo, 1 (8,33%) tem o ensino secundário e 2 (16,67%) frequentaram o ensino superior.

A predominância do género masculino confirma os estudos que referem que há uma maior percentagem de pessoas do sexo masculino com esquizofrenia (Saraiva e Cerejeira, 2014). Além disso, segundo o estudo de Pinho et al. (2020), entre 2005 e 2008, a maioria das pessoas hospitalizadas era do sexo masculino (68%), entre os 31 e os 50 anos de idade.

Não foram encontrados artigos relevantes para confrontar os dados dos resultados relativos ao nível de escolaridade.

4.2. Resultados da análise de conteúdo

Apenas as pessoas que experienciam a perturbação mental podem descrever os sentimentos vividos durante a fase de mudança nas suas vidas. Desde o conhecimento do diagnóstico à aceitação da perturbação mental, do processo de reabilitação à fase crónica, vários sentimentos emergem ao longo da vida. Os participantes deste estudo iniciaram por descrever palavras associadas às suas experiências individuais. A perceção da *“Instabilidade emocional”* (P3) constante da perturbação mental durante o dia, acompanhado por *“Alucinações auditivas”* (P6) (P4) ou *“Vozes”* (P1), resultam numa experiência sentida como *“Loucura”* (P4) e que acarreta várias *“Dificuldades”* (P6).

As alucinações auditivas foram consideradas pelos participantes como um sintoma presente continuamente ao longo da perturbação mental e que lhes provoca instabilidade *“Às vezes falta concentração, às vezes dá para rir, outras dá para chorar.”* (P2).

Relativamente aos sentimentos vividos aquando do diagnóstico de perturbação mental, a maior parte referiu que sentiu *“Medo”* (P1), (P2), (P5), (P7), (P3), *“De uma coisa nova, foi uma fase da minha vida que foi totalmente diferente, medo do que vinha aí, medo do futuro, da incerteza.”* (P1), *“Medo de ter de ser internado e ter de ficar lá dentro (...) Parece que vamos para a cadeia dos tolos.”* (P2), *“Medo de ficar completamente sozinha, de cair no poço sem que ninguém me ajudasse.”* (P3).

A experiência da perturbação mental pode também ser percecionada como um desafio que *“... não é comum aparecer, (...) vimos de um ritmo certo de vida e de repente aparece um alto e baixo diferente, descarrilado, é diferente, é um choque.”* (P10).

Ao longo das sessões de *focus group*, os participantes relataram outras manifestações que ocorrem frequentemente no dia-a-dia, não apenas quando surge a perturbação mental mas também durante o tratamento *“Comecei por sentir uma grande incomodidade. Não me sentia bem a trabalhar, em muitos sítios não me sentia estável a conversar com uma pessoa, no princípio, antes de ser diagnosticado. Já não era aceitável para mim. Depois habitua-se mas enquanto não voltar aquela rotação (rotina) o cérebro anda ali aos altos e baixos.”* (P10).

Os participantes verbalizaram sentimentos de *“Frustração”* (P3), *“Ansiedade”* (P5), *“Dor, constrangimento, relativamente à doença e senti que não ia conseguir ultrapassar muitas vezes.”* (P6), *“Desanimado, triste”* (P7) aliados à experiência de perturbação mental.

São apresentados a seguir os resultados do estudo de investigação dispostos nas categorias principais que emergiram da análise do discurso dos participantes (Tabela 1).

Tabela 1: Categorias principais do estudo “Necessidades em saúde mental das pessoas com esquizofrenia”.

Tema	Categoria principal
Necessidades em saúde mental das pessoas com esquizofrenia	Necessidades Individuais
	Necessidades de serviços de saúde
	Necessidades comunitárias
	Necessidades de políticas de saúde

De seguida apresentam-se as subcategorias e os principais enxertos da transcrição literal do discurso dos participantes (unidades de análise).

4.2.1. *Necessidades individuais*

Na categoria de necessidades individuais foram salientadas quatro subcategorias (Tabela 2).

Tabela 2: Subcategorias da categoria principal “Necessidades Individuais”.

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Necessidades individuais	A - Consciencialização/ Aceitação do estado de saúde	“(…) o valor e a aceitação é muito importante (…)” (P10) “(…) o primeiro passo foi aceitar a doença (…)” (P1)
	B - Autogestão da doença / Controlo dos sintomas	“(…) temos de lidar com pequenos surtos ao longo do dia (…)” (P2)
	C - Família / Apoio da família	“Senti muita falta de apoio familiar naquela altura (…) o apoio familiar é também muito importante.” (P3)

D - Qualidade de Vida “ (...) falta de bem-estar na vida (...) Perde-se muito a essência vital da vida (...)” (P10)

A - Conscientização / Aceitação do estado de saúde

Segundo o relato de um participante, “ (...) depende do valor e da aceitação que damos à doença, o valor e a aceitação é muito importante porque é um bocado a base para a nossa vida (...)” (P10), salientando a importância da conscientização para o diagnóstico da perturbação mental.

Por outro lado, é expressa uma necessidade de tempo para a aceitação do estado de saúde “Eu demorei um ano a aceitar a doença mas depois comecei a perceber que a realidade (...) Eu percebi que tinha que tomar a medicação todos os dias, então o primeiro passo foi aceitar a doença, depois que aceitei senti-me logo outra pessoa, não tem comparação.” (P1), “(...) o tempo é fundamental. Não era capaz de aceitar que estava doente e que precisava de ajuda. Demorei muito tempo a aceitar que tinha uma doença e que tinha que tomar medicação e agora estou estável (...)” (P3).

B - Autogestão da doença / Controlo dos sintomas

Os participantes validaram o impacto negativo das alucinações no dia-a-dia. Referiram que as alucinações aparecem em várias fases ao longo da perturbação mental “(...) temos de lidar com pequenos surtos ao longo do dia, às vezes estamos em fase alta e em frações de segundo estamos em baixo. Transforma completamente o dia.” (P2).

Descreveram a experiência das alucinações “ Há uma parte do nosso cérebro que interpreta o sinal que vem do outro lado de outra maneira, um sinal ou gesto, não é só visual, na minha experiência, uma pessoa vai na rua a passar e vê um casaco diferente e associa a alguma coisa que já viu ou ouviu, interpreta de outra maneira...aquilo molda-nos, há um retorno quando interpretamos.” (P10), “ (...) entramos numa personalização que não é correta. A gente está a ouvir as vozes e às vezes quando começamos a ficar mais sanos a gente sabe que essas vozes são alucinações, mas quando estamos no início da doença a gente pensa que é verdade, pensa que é real.” (P2).

As alucinações, segundo a maioria dos participantes, é o sintoma mais incapacitante, com necessidade de regulação e controlo ao longo da perturbação mental. No entanto afirmaram que, na perceção dos participantes, não existem intervenções não farmacológicas que os ajudem verdadeiramente *“Em termos terapêuticos (...), há pouco a fazer, porque uma pessoa com alucinações pode criar problemas.”* (P2).

Os participantes realçaram, sobretudo, a necessidade do tratamento medicamentoso no controlo dos sintomas para a autogestão da perturbação mental *“Só a medicação.”* (P1) *“A medicação e a importância das regras, e as rotinas que são imprescindíveis.”* (P3).

As rotinas diárias e o planeamento das atividades também fortalecem a estabilização dos sintomas segundo os participantes.

C - Apoio da família

A família foi reportada por todos os participantes como parte fundamental ao longo da vivência da perturbação mental, descrevendo a necessidade do apoio dos familiares para a reabilitação e estabilidade da pessoa com esquizofrenia *“ (...) quando me apareceu a doença, ninguém me foi visitar. Senti que havia muita falta de apoio familiar naquela altura (...) o apoio familiar é também muito importante para as pessoas que têm uma doença mental.”* (P3), *“ (...) estive internado nove meses e nunca ninguém me foi visitar.”* (P9). Sem o apoio familiar *“Sentíamos-nos desorientados.”* (P1), *“Eu vivo sozinho, sem pai nem mãe e precisava do apoio da família.”* (P12). Além disso, referiram *“Desapontamentos”* (P6) aliados à falta de apoio e aceitação familiar.

D - Qualidade de vida /Bem-estar

A *“Perda de identidade.”* (P6) é evocada como uma perda significativa na vida das pessoas com esquizofrenia devido a questões de estigma e discriminação. Além disso, *“Perde-se muito a essência vital da vida, o trabalho, as rotinas, o estilo de vida (...) falta de bem-estar na vida.”* (P10), uma vez que perdem a capacidade de produtividade no trabalho.

Todos os participantes concordaram que a perturbação mental lhes provoca falta de bem-estar na vida de forma geral, quer física, quer psicologicamente *“Não estando psicologicamente bem, interfere também no corpo, o corpo fica cansado, sem forças, para trabalhar, seja o que for, nem que seja para lavar um prato de loiça, é complicado, não me sinto bem. O meu corpo sente-se sobretudo cansado.”* (P3).

Quando questionados sobre os fatores que lhes podem trazer algum bem-estar, referiram que *“Precisamos de ter muito sossego, não nos exaltarmos, procurar não andar nervosos.”* (P5), *“Tomar a medicação”* (P11), *“Dormir 8h dia, não trocar a noite pelo dia.”* (P3), *“Eu precisava de me levantar cedo e ir para o trabalho.”* (P12), *“Por exemplo, haver mais liberdade, mais disposição, mais eficácia no dia-a-dia, mais humildade, mais amor.”* (P6).

4.2.2. Necessidade de serviços de saúde

Da categoria de necessidades de serviços de saúde surgiram quatro subcategorias (Tabela 3).

Tabela 3: Subcategorias da categoria principal “Necessidades de serviços de saúde”.

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Necessidades de serviços de saúde	A - Regime terapêutico / Regime medicamentoso	<i>“Tomar a medicação a horas, é uma coisa imprescindível.”</i> (P1) <i>“ (...) uma consulta de psiquiatria que eu acho que é fundamental (...)”</i> (P3)
	B - Socialização	<i>“Preciso das rotinas para me manter saudável.”</i> (P3) <i>“ (...) se calhar precisava de amigos e amigas, porque a solidão afeta-me um bocadinho.”</i> (P11)
	C - Papel do profissional de enfermagem	<i>“ (...) ter boas competências profissionais e sociais, com boa formação teórica para compreender do assunto e competências sociais e humanas, ser sensível, compreensivo, ser simpático, falar bem (...)”</i> (P10)
	D - Satisfação com os	<i>“Há muitas falhas mas acho que estamos a evoluir (...) relativamente aos</i>

serviços de saúde *hospitais públicos deveria de haver uma melhoria (...)" (P3)*

A - Regime terapêutico / Regime medicamentoso

Durante as sessões de *focus group* foi manifestada a importância da adesão ao regime medicamentoso para a estabilização da perturbação mental. Para os participantes, é unânime que *"Tomar a medicação a horas, é uma coisa imprescindível."* (P1). Além disso, o acompanhamento pelo médico especialista também contribui para a estabilidade psíquica *"Talvez tenha que haver um controlo mais regular sobre a medicação e o psiquiatra."* (P10), *" (...) tenho todos os meses uma consulta de psiquiatria que eu acho que é fundamental para nós todos."* (P3).

Os participantes salientaram também que o processo de tratamento é eficaz devido à complementaridade terapêutica *" (...) é um processo que tem de se trabalhar de pessoa para pessoa com medicação, com terapias com várias coisas."* (P2), *"Eu acho que é global, a gente precisa do psiquiatra, dos psicólogos, dos terapeutas e acho que há pouco acesso, há pouco hospital psiquiátrico (...)"* (P2).

Embora os participantes entendam a necessidade da adesão ao regime terapêutico, consideram que existem poucos recursos e dificuldades na acessibilidade aos serviços de saúde mental.

Evidenciaram também a necessidade de diferentes níveis de cuidados de saúde, entre cuidados de saúde mental agudos, em situações de crise, e outros de apoio à reabilitação na comunidade *"No início se calhar tenha que haver o tal internamento e um acompanhamento mais profundo mas depois uma pessoa começando a saber lidar com a doença e as alucinações e com a ajuda da medicação eu acho que, até a unidade sócio-ocupacional é uma boa continuação para esse tipo de apoio."* (P10). Assim, sublinharam a necessidade da continuidade dos cuidados em saúde mental através das atividades sócio-ocupacionais e do acompanhamento especializado por profissionais de saúde.

Segundo os participantes, a necessidade de adesão ao regime terapêutico interliga-se com a necessidade de adesão a comportamentos de procura da saúde, especialmente dos serviços de saúde mental, sendo através dos profissionais de saúde especializados que os mesmos adquirem a capacitação de autogestão da perturbação mental.

B - Socialização

Todos os participantes verbalizaram que as rotinas devem fazer parte do seu quotidiano, no entanto estas rotinas devem ser providenciadas por serviços especializados na integração e acompanhamento de pessoas com perturbação mental “ (...) *faz-me falta ter o tempo todo ocupado, como aqui, quando estou na instituição. Em casa tenho muitas horas mortas, vejo televisão que é o meu passatempo, tenho muita ansiedade, e fumo muito por ter muitas horas sem estar com pessoas a conversar ou a falar.*” (P5), “*Por exemplo, vir para a instituição faz bem.*” (P2), “*O importante é não termos só rotinas mas também algo gratificante que nos ocupe o tempo, passar os dias em casa sem fazer nada, é horrível.*” “*Preciso das rotinas para me manter saudável.*” (P3).

A participação em atividades sociais diárias através das instituições comunitárias de saúde mental proporciona às pessoas com perturbação mental a possibilidade de obter cuidados especializados em saúde mental. O sentimento de pertença e segurança torna-se essencial para a estabilidade das pessoas com esquizofrenia.

Caso não houvesse atualmente este tipo de apoio, todos concordaram que seria prejudicial para os mesmos “*Era um desastre.*” (P5), “*Ficava maluco.*” (P4) “*Ficava sempre a pensar na doença.*” (P2).

Os profissionais de saúde são instrumentos terapêuticos essenciais na articulação dos cuidados em parceria com as pessoas com perturbação mental. Segundo os participantes, as instituições comunitárias de cuidados de saúde mental, como as unidades sócio-ocupacionais são potenciadoras de bem-estar “*Eu acho que a nível sensorial ficamos mais sensíveis, a meu ver, o tato, qualquer tipo de nível sensorial, ficamos mais sensíveis e isso requer um cuidado maior da nossa parte, precisamos de ter mais atenção. Por isso é que existem casas (...) para ficarmos mais concentrados, para nos ajudar de outras maneiras, para nos tornar mais sociáveis. E sabermos lidar com este tipo de diferença. Existe tratamento mas pode não ser 100% eficaz, não é a cura.*” (P10).

Além da integração em unidades sócio-ocupacionais, também referiram que o facto de encontrar outras pessoas é facilitador na aquisição de competências sociais “*A mim falta-me companhia, nos últimos anos ando a sofrer um bocado de solidão, se calhar precisava de amigos e amigas, porque a solidão afeta-me um bocadinho.*” (P11).

Para os participantes, a socialização também se reflete na possibilidade de ter um ritmo de trabalho diário. Por isso evidenciaram a vontade de integrar ou reintegrar o mundo do trabalho com direito a características especiais de trabalho relacionadas com a condição de saúde das pessoas com perturbação mental, “ (...) *uma linha de apoio para a gente sair*

daqui para um sítio onde pudesse fazer alguma coisa e ser remunerado, mas que não fosse trabalho como é numa fábrica (...) com médicos e psicólogos a tratar de nós, agora pára-se e vai-se falar. Quase como na (outra instituição comunitária de saúde mental), onde há o trabalho remunerado.” (P2), e alguém acrescentou “Algo protegido...” (P10).

A incapacidade para manter um trabalho não possibilita às pessoas com esquizofrenia uma remuneração suficiente, na maioria das vezes, para sustentar as próprias necessidades pois muitos vivem de rendimentos sociais e dependentes da família.

C - Papel do profissional de enfermagem

A relação terapêutica é um instrumento indispensável nos cuidados de saúde mental. A perceção dos participantes relativamente ao papel do profissional de enfermagem é fruto desta mesma relação e das intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental aplicadas ao longo do processo de reabilitação à pessoa com esquizofrenia.

Questionados acerca das principais características dos profissionais de enfermagem evidenciaram que *“São pessoas formadas, com capacidade para detetar as nossas doenças.” (P5), “São pessoas com sabedoria e com consciência treinada para nos fazer ter positivismo na vida. É uma pessoa observadora que está atenta às nossas necessidades, que corresponde e que valoriza-nos.” (P6), “Tanto há bons profissionais como maus profissionais, como em tudo. É preciso muita sensibilidade para lidar com este tipo de pessoas.” (P3).*

Relativamente às características que os profissionais de enfermagem devem possuir na prática clínica salientaram *“Simpatia, responsabilidade, profissionalismo a nível técnico de conseguir atingir os objetivos necessários.” (P10), “Um bom profissional tem de ser sensível, compreensivo, e depois precisa de saber falar com o doente. A minha tia chegou a ver enfermeiros a tratar mal os doentes e isso é muito grave.” (P3), “Têm de ter muita cultura.” (P5), “Preparada para deitar a mão ao doente.” (P12), “Alegre para o doente, ajudar o doente da melhor maneira possível, não ser agressivo, estar bem-disposto.” (P8), “Atencioso.” (P6), “ (...) Se nós estamos fora da realidade têm que ser compreensivos e tentar compreender e perceber que não estamos no estado normal.” (P1).*

Para os participantes, a comunicação é crucial para a eficácia da relação terapêutica com as pessoas com perturbação mental *“Eu penso que um enfermeiro, ser um bom comunicador e falar bem é um fator chave para admissão de um enfermeiro no hospital ou instituição. Tem de haver comunicação.” (P11).*

Acrescentaram ainda que um profissional de enfermagem deve *“Saber falar com o doente.”* (P2), *“Para mim é ter qualidade, fazer as coisas bem-feitas, ter boas competências profissionais e sociais, com boa formação teórica para compreender do assunto e competências sociais e humanas, ser sensível, compreensivo, ser simpático, falar bem. Saber estar e falar, saber se expressar.”* (P10).

No entanto afirmaram reconhecer a escassez de recursos físicos para a continuidade de cuidados em saúde mental *“A meu ver, (os profissionais de saúde) não têm um leque muito variado para nos enviar para sítios...Os profissionais são bons, falta é oportunidade do nosso lado para atingir as nossas metas.”* (P10).

Além disso, a qualidade da relação terapêutica interfere na experiência vivida nos internamentos, pois um participante referiu *“Às vezes os hospitais são a nossa segunda casa.”* (P2), salientando a necessidade de se sentirem acolhidos, ouvidos e apoiados pelos profissionais de saúde.

Os participantes referiram a necessidade de fazer parte integrante na relação de confiança e parceria com o profissional de enfermagem *“Ter formação e haver gestão de informação entre o doente e o enfermeiro.”* (P10).

D - Satisfação com os cuidados de saúde

Relativamente aos serviços de saúde mental, um participante referiu *“Há muitas falhas mas acho que estamos a evoluir, estamos melhor que há 10 anos atrás.”* (P3).

Os participantes relataram as suas experiências durante os internamentos em período de crise psiquiátrica *“Só estive uma vez e espero nunca mais ser internado (...) Aquilo é mau demais para ser verdade. É mau em tudo, é pior que uma prisão, a gente não pode sair cá fora, não temos atividades, estamos fechados, não tinha nada com que a gente se pudesse distrair.”* (P1).

Segundo os participantes, a falta de recursos humanos e de condições físicas nas instalações psiquiátricas provoca um sentimento de falta de bem-estar *“(…) relativamente aos hospitais públicos deveria de haver uma melhoria não só de bons enfermeiros, bons médicos, mas sobretudo de melhores condições (...) A grande falha é não terem bons hospitais, é que aquilo é mesmo, desculpe a palavra, é um degredo autêntico. Até a comida. (...) Não havia sofás suficientes para as pessoas se sentarem, as camas eram horríveis, eram horários muito exigentes, e passávamos a vida sem fazer nada, sem ocupação nenhuma.”* (P3).

Todos os participantes verbalizaram uma necessidade de humanização dos estabelecimentos de saúde psiquiátricos.

4.2.3. Necessidades comunitárias

A categoria de necessidades comunitárias foi dividida em duas subcategorias (Tabela 4).

Tabela 4: Subcategorias da categoria principal “Necessidades comunitárias”.

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Necessidades comunitárias	A - Literacia / Conhecimento	<i>“As pessoas têm de ser mais informadas sobre o que é a doença mental.” (P3)</i>
	B - Direitos humanos	<i>“Falta mais respeito.” (P7)</i>

A - Literacia / Conhecimento (em saúde mental)

Para os participantes, a falta de apoio da sociedade está relacionada com a falta de literacia em saúde mental na população em geral *“Há falta de informação.” (P1), “Não têm conhecimento.” (P7), “A doença mental é a mesma coisa que ter uma doença de lúpus ou de cancro ou o que for. Ainda estamos naquela fase em que as pessoas não entendem (...) é falta de informação. As pessoas têm de ser mais informadas sobre o que é a doença mental.” (P3).*

Todos os participantes têm a perceção que existe uma falta de sensibilização para as pessoas com perturbação mental *“(...) as pessoas não são formadas em psicologia para nos dar o apoio que precisamos. Nós próprios conseguimos apoiar-nos e levar as coisas em frente porque a sociedade nunca vai conseguir apoiar-nos, temos um amigo ou outro que nos entende mas os outros (...)” (P2), “É a falta de civilização das pessoas.” (P5).*

Segundo os participantes, esta sensibilização à comunidade permite reduzir o estigma e a discriminação *“(...) às vezes há um não querer aceitar, por que é assim, este é esquizofrénico, já não serve para isto para aquilo, já encostam para o lado. Deixamos de ter uma vida social normal. É o doente, há pessoas que até brincam que até gostam da gente, outras tratam-nos como se fosse um trapo que ali está.” (P2).*

Um participante propôs estratégias para aumentar a literacia em saúde *“Na escola. Por exemplo, aulas de moral fazem bem para quem é cristão. Havia de haver (...) aulas de saúde mental. Devia de haver meia dúzia de programas na televisão no canal nacional de sensibilização para as doenças, não só para a esquizofrenia mas também para a bipolaridade e doenças mentais e doenças de cancro e fígado...Na escola não ensinam, só quem passa ao ensino superior e se dedica a essa área (...) devia de haver informação pelo Estado aos cidadãos para sensibilizar os cidadãos.”* (P2).

Além da falta de literacia em saúde mental na população em geral, falaram também da necessidade de aumentar a literacia nas pessoas com perturbação mental *“Haviam de deixar uma cartinha, um panfleto na nossa caixa de correio para fulano assim, assim e a gente lê e toma conhecimento.”* (P2), *“Devia de haver um traço que passasse de algo a baixo para dizer este senhor tem um estado mental...não para rotular... devia de haver uma espécie de um dístico, uma pulseira... que se a pessoa passasse, soubesse houvesse uma pequena informação, a dizer é prioritário, como tem nos carros dos deficientes, quando as pessoas que tem problemas motores tem um dístico e nós devíamos ter qualquer coisa parecido para as pessoas. Como as pessoas que têm um colar a dizer epilético.”* (P10).

A necessidade verbalizada de serem identificados como pessoas com perturbação mental, apesar da discriminação que tal possa acarretar, reforça a vontade de obterem o acesso a direitos iguais a outras pessoas com outro tipo de doenças.

Alguns participantes relataram sentimentos de autoestigmatização *“O que está a falhar aí somos nós, às vezes não gostamos por causa da experiência que passamos lá, o atrofio que temos na cabeça e o que lá estamos a viver, mas quem está mal naqueles sítios somos nós, os doentes, aquilo foi feito para tratar de nós e não nos podemos queixar.”* (P2); *“Também depende dos nossos comportamentos, se tivermos um bom comportamento as pessoas vão-nos achar quase como pessoas normais, claro se andarmos aí a fazer mal.”* (P1)

B - Direitos humanos

Segundo os participantes, a discriminação e o estigma às pessoas com esquizofrenia provocam mal-estar *“Às vezes há pessoas mais brutas que nos magoam...”* (P2), *“Ao ouvir isso põe uma pessoa abaixo.”* (P7). Sentem os comentários depreciativos como *“Tipo uma célula terrorista que está ali sempre a chatear uma pessoa, a bombardear...”* (P10). Referiram que *“Falta mais respeito.”* (P7), deveria de *“Haver mais ajuda entre as pessoas, fazer com que todas as pessoas se sintam bem, reagir e saber escutar, apoiar e nunca negligenciar o outro.”* (P6).

Para os participantes, o respeito concretiza-se através da sensibilização às pessoas, na compreensão da perturbação mental *“Sim porque as pessoas vão saber lidar connosco, não vão dizer: olha é malandro, não trabalha porque é malandro, ainda por cima anda aí a pedir cigarros e não lhes dê nada porque é um malandro.”* (P2).

4.2.4. Necessidades de políticas de saúde

Da categoria de necessidades de políticas de saúde surgiram três subcategorias (Tabela 5).

Tabela 5: Subcategorias da categoria principal “Necessidades de políticas de saúde”

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Necessidades de políticas de saúde	A - Apoio social	<i>“Mais dinheiro.”</i> (P6)
	B - Serviços comunitários	<i>“Mais desenvolvimento.”</i> (P7)
	C - Acesso ao tratamento / continuidade de cuidados	<i>“(…) os recursos são escassos. Não há projetos.”</i> (P10)

A - Apoio social

No que diz respeito ao apoio social, todos os participantes relataram dificuldades principalmente a nível financeiro. Surgiram necessidades como *“Mais dinheiro.”* (P6), *“Atividades, incentivos, apoios que nos facilitem mais (...) o atestado multiusos, acho que é uma porta aberta e uma direção a tomar porque dá-nos mais benefícios, abre-se uma porta para bonificações da renda, dos direitos bancários e eu até penso, porventura, num sonho qualquer, num futuro distante, poderíamos também ter direito a esse tipo de bonificações, porque agora estamos bem, e um dia não sabemos como vamos estar (...) Nós não trabalhamos, nem temos família, um dia não vamos ter família, temos de pensar um bocadinho mais para frente, nós precisamos de fazer a nossa vida, temos os nossos*

relacionamentos, a nossa socialização, comunicar... Temos que ver que somos pessoas..." (P10).

Segundo os participantes, os rendimentos que auferem são baixos e todos afirmaram que carecem de apoio económico, salientam mesmo que deveriam ter *"Acho que era o nível de ordenado mínimo."* (P2) para subsistir às necessidades diárias.

Para os participantes, a esquizofrenia é uma perturbação mental que acarreta limitações ao longo da vida. As mudanças com maior impacto na vida dos participantes estão relacionadas com a situação laboral. Segundo os participantes, as dificuldades que advêm da esquizofrenia impedem a manutenção de uma atividade laboral *"Fui trabalhar mas não aguentava a tarde toda, vinha embora."* (P4), *"Eu fico frustrado de não conseguir trabalhar, já tentei (...) Eu queria trabalhar e não quis a invalidez, tentei trabalhar e andava bem um dia, dois, três dias (...) e começava a ficar mais depressivo, o trabalho não corria bem (...) até que passado duas, três semanas tinha que estar em casa a dormir e os patrões ficavam lixados. Não se aguenta estar fechado, ter responsabilidades."* (P2), *"Foi um impacto horrível, porque quando me apareceu a doença não podia trabalhar. Agora já aceito mas antes não aceitava (...) frustração que não podia, não conseguia."* (P3).

No entanto também afirmaram que o retorno ao trabalho torna-se difícil, *"Não ter que trabalhar para mim foi uma coisa que me deixou bem, porque eu não consigo trabalhar com esta doença e a invalidez foi a melhor coisa que me aconteceu. Tenho sensibilidade ao som, numa empresa fabril há muito barulho e não consigo trabalhar. Depois não me consigo concentrar mais de 1h, 1h30, tenho dores de cabeça, tenho limitações que não me deixam trabalhar."* (P1). Outra das razões pelas quais se sentem incapacitados para reintegrar o trabalho é a dificuldade em gerir as tarefas e as responsabilidades *"As rotinas que tinha antes que era ir para a oficina (...) dá-me gozo, mas ao mesmo tempo dá-me uma insatisfação, uma aflição muito grande, uma agonia (...) é mais a pressão de ter de produzir."* (P2).

Assim, em virtude das dificuldades que encontram para arranjar trabalho remunerado e/ou manter um trabalho fixo, os participantes verbalizaram que têm necessidade de maior apoio a nível económico, para os próprios ou para as famílias que cuidam das pessoas com esquizofrenia.

B - Serviços comunitários

Os serviços de saúde mental na comunidade necessitam de *"Mais desenvolvimento."* (P7) segundo os participantes. É necessário *"Apoiar. Por exemplo, a nossa medicação devia*

de ser gratuita porque nós não tivemos culpa de adoecer. Porque se um drogado tem direito às seringas, à metadona e essas coisas para se tratar e eles é que provocaram isso, porque se meteram nisso. Deviam de apoiar financeiramente as pessoas que estão a depender de terceiros, porque muitas pessoas deixam de trabalhar para estar com os doentes em casa ou em tratamento e o Estado devia de financiar essa parte e noutras coisas.” (P1).

Salientaram que as instituições comunitárias de saúde mental “ (...) devia de ser mais financiada pelo Estado, mais apoios aqui na casa ou outro tipo de casas como esta. Mais financiamento para este tipo de projetos. Mais unidades sócio-ocupacionais, não só para esquizofrenia mas também para pessoas com problemas a nível grave. Mais estratégias a nível do governo, a nível psiquiátrico, um leque mais variado porque é escasso. Criar coisas protegidas, criar elos maiores se isto é algo importante.” (P10), “Devia de haver era mais casas como esta há muita gente na rua a sofrer.” (P2).

Por outro lado, foi também verbalizada a perceção da falta de efetivação de alguns projetos de saúde mental “Deve haver muitos projetos mas não saem cá para fora.” (P1).

A crítica ao Governo é unânime por todos os participantes “Falta o dinheiro e a vontade política.” (P1), “É preciso que alguém participe mais nestes projetos, tem de haver alguém que tome a iniciativa, (...) tem de se arranjar maneira de se iniciar o projeto.” (P10), “Na minha opinião acho que o país devia ter mais atenção sobre o que é a doença mental (...) nas propostas eleitorais falam de mudanças na saúde mental, mas falta ao nosso país mais ajuda, mais respeito para as pessoas com doença mental.” (P3)

C - Acessibilidade aos cuidados de saúde mental

A perceção dos cuidados de saúde mental é o reflexo das experiências dos participantes “Eu acho que a saúde está ruim porque há falta de médicos.” (P8), “Eu acho que está bom, mas os recursos são escassos. Não há projetos.” (P10).

Relativamente ao direito de acesso aos cuidados de saúde primários, de proximidade, referiram que “Isso é impossível, não há médicos. Isso é teoria, pode estar na lei mas está muito longe de acontecer. Se não tivesse que me deslocar ao hospital era mais fácil para mim. Se houvesse uma maneira de ir antes ao posto médico era melhor (...) Porque a maior parte de nós não conduz nem nada, precisamos de outra pessoa. O médico de família não sabe fazer nada.” (P1). “Não vale a pena porque não vai saber fazer grande coisa.” (P2), “Em termos de apoio, de estar lá para ajuda para qualquer momento mas específico só no psiquiatra.” (P10), “O médico de família já ajuda a passar as receitas.” (P2), “Pode orientar.”

(P6), *“Há sempre a hipótese das urgências. Ou ligar para a Saúde 24, também pode ser uma opção.”* (P11).

Segundo os participantes, as dificuldades na acessibilidade aos cuidados de saúde estão relacionadas com a falta de apoio a nível legislativo *“ (...) Eu sinto-me protegido pela família, pelo Estado Português zero, bola. Nesse aspeto estamos muito mal, não há governo nenhum que tenha isso no caderno eleitoral.”* (P1).

A maior parte referiu um sentimento de falta de segurança relativamente à legislação em vigor. Acrescentaram que a falta de segurança é aumentada pelo sentimento de desvalorização e falta de respeito *“ (...) podia ser a falta de sensibilidade dos legisladores, não ter sensibilidade para os nossos casos, para os nossos problemas.”* (P11), *“ Já foi pior...o doente mental já foi visto quase como um... um fantasma...nem se via, era melhor nem ver.”* (P1), ou mesmo um *“(...) cadastro.”* (P4).

No entanto, sublinharam que não perdem a esperança de uma evolução nos cuidados de saúde mental em Portugal *“Estamos a falar a nível de Portugal, mas a nível global talvez esteja um bocado mais evoluído, é preciso tirar exemplos daí.”* (P10) *“ (...) de alguns países, daqueles mais desenvolvidos.”* (P1).

5. Discussão dos resultados

Neste capítulo pretende-se comparar os resultados obtidos neste estudo de investigação com a literatura existente, relevantes para cada tópico.

5.1. Necessidades individuais

A - Consciencialização / Aceitação do estado de saúde

Segundo os relatos dos participantes, a aceitação da condição de saúde é primordial para a gestão da esquizofrenia. De facto, Meleis et al., (2000) refere que importa perceber de que forma uma pessoa com perturbação mental consegue desenvolver a consciencialização necessária para iniciar o seu processo de noção da realidade e ter consciência das mudanças que estão a ocorrer. O estudo de Sakai et al., (2023) sugere que as pessoas com esquizofrenia apresentam uma função cognitiva prejudicada e sintomas psiquiátricos mais graves em comparação às pessoas com *insight* estável. Ou seja, uma má perceção pode aumentar a incidência de depressão, desesperança, baixa autoestima e pior qualidade de vida (Ouzir et al., 2012). O artigo de Galliot et al., (2022) sustenta que aumentar o *insight* para os sintomas da perturbação mental tornou-se um objetivo terapêutico uma vez que quanto melhor o *insight* clínico, melhor será o reconhecimento da necessidade de medicação e acompanhamento, levando a melhoria sintomática e funcional. Segundo Pinho et al., (2017) o facto da pessoa com esquizofrenia não perceber os sintomas da perturbação mental e ser incapaz de diferenciar o que é real do que não é, torna a relação terapêutica um desafio constante, tornando a presença de *insight* uma ferramenta importante para a recuperação da pessoa com esquizofrenia.

Assim, torna-se essencial perceber de que forma os profissionais de saúde mental podem adequar os cuidados em saúde mental e compreender quais as intervenções psicoterapêuticas ou psicoeducativas produzem maior efeito positivo na consciencialização das pessoas com esquizofrenia (Galliot et al., 2022).

Deste modo, o EEESMP deve intervir de forma efetiva no processo de aceitação do estado de saúde para promover uma mudança no comportamento. O estabelecimento de

programas psicoeducativos direcionados às pessoas com esquizofrenia procura desenvolver intervenções centradas na identificação de sinais de alerta, na adesão ao tratamento, na aquisição de competências que promovam habilidades sociais e na resolução de problemas (Chavertana, 2020).

B - Autogestão da doença / Controlo dos sintomas

Os participantes validaram o impacto negativo das alucinações no dia-a-dia. Do mesmo modo, o artigo de Silva & Pimentel (2023) sugere que ouvir vozes pode ser considerado como uma experiência perturbadora, podendo provocar traumas psicológicos ou físicos. Os participantes referiram que as alucinações podem estar presentes em vários momentos do dia, provocando uma instabilidade psíquica quase contínua. Este resultado vai de encontro ao estudo realizado por Lim et al., (2016), em que a prevalência de alucinações em 750 pessoas diagnosticadas com esquizofrenia foi de 80% durante a vida. Noutro estudo, 60 a 80% dos participantes experienciaram alucinações auditivas (Waters et al., 2014). Bauer et al., (2011) sugere no seu artigo que 60 a 90% das pessoas com esquizofrenia têm alucinações auditivas provocando um impacto na vida diária, tal como referido pelos participantes deste estudo.

Os participantes realçaram a necessidade do tratamento medicamentoso no controlo dos sintomas para a autogestão da esquizofrenia. No entanto, também relevaram a importância da adesão a rotinas diárias como complemento do processo de reabilitação. De facto, como sugere Silva & Pimentel (2023), na maioria dos casos, a terapêutica medicamentosa é usada para eliminação do sintoma, no entanto, algumas pessoas mantêm atividade alucinatória mesmo com medicação antipsicótica, sendo que a melhoria dos sintomas surge apenas com atividades terapêuticas de rotina. Além disso, o envolvimento das pessoas nas tarefas diárias favorece uma sensação de tranquilidade, organização do pensamento e satisfação pessoal, promove o reconhecimento dos papéis sociais e o bem-estar geral (Kantorski et al., 2018).

As alucinações comprometem o desempenho no trabalho, provocando um afastamento ou mesmo perda do trabalho, ausência de oportunidades, diminuição das relações sociais, sobrecarga nas tarefas diárias e isolamento (Silva & Pimentel, 2023).

Os cuidados de saúde mental devem, por isso, promover a integração das atividades terapêuticas que fomentem a implementação de rotinas diárias e que promovam a autonomia das pessoas com esquizofrenia.

C - Apoio da família

A família foi reportada por todos os participantes como parte fundamental ao longo da vivência da perturbação mental, descrevendo a necessidade do apoio dos familiares para a reabilitação e estabilidade da pessoa com esquizofrenia. O movimento de desinstitucionalização psiquiátrica direcionou para a família uma grande parte da responsabilidade dos cuidados das pessoas, ao domicílio. Os cuidadores de pessoas com esquizofrenia vivem situações de medo, agressividade, cansaço, preocupação e stress que resultam em condições de desgaste físico e emocional de familiares/cuidadores (Carvalho et al., 2018).

Assim, atualmente torna-se cada vez mais importante que se envolvam as famílias no processo terapêutico aumentando a quantidade e qualidade das estratégias de comunicação no processo terapêutico (Gomes et al., 2012). Um maior contacto dos familiares com os serviços de saúde mental e uma maior participação da família no tratamento é importante e favorável na satisfação das pessoas com perturbação mental e pode contribuir para uma melhor adesão ao regime terapêutico assim como favorecer um impacto positivo dos serviços de saúde mental (Carvalho, 2015).

A intervenção junto da família é uma intervenção autónoma de enfermagem com grande pertinência nos serviços de saúde mental. Os EEESMP, ao estimularem o desenvolvimento de um ambiente terapêutico, favorecem as relações interpessoais e permitem um desenvolvimento pessoal e interpessoal da família (Gomes et al., 2012).

Sabe-se que a família é um sistema amplo e complexo e ao EEESMP é pedido que saiba interagir na promoção da saúde de todos os elementos da família. A relação terapêutica com a família no processo de tratamento, cura ou de reabilitação, é importante, pelo que deve existir um elo de ligação e uma parceria eficaz nos cuidados (Pinho & Pereira, 2015). É necessário dedicar maior atenção e orientação aos familiares cuidadores da pessoa com esquizofrenia, com o intuito de ampliar e fortalecer a rede de cuidados à pessoa com perturbação mental (Carvalho, 2015).

Por vezes, a família não está preparada e não sabe como reagir perante o diagnóstico, devido à falta de informação relativamente às diferentes patologias e também devido ao estigma associado à perturbação mental (Loureiro, 2014). Alguns participantes descreveram dificuldades a nível familiar quando tiveram conhecimento do diagnóstico ou aquando do primeiro internamento em psiquiatria. A falta de apoio familiar, do acolhimento e da aceitação da pessoa com perturbação mental ficou evidenciada pelos participantes. O estudo de Oliveira et al., (2012) vai de encontro destes resultados, uma vez

que sugere que a não-aceitação por parte da família é prejudicial para a pessoa com perturbação mental, visto que ela se pode sentir desamparada. A falta de compreensão ou aceitação por parte das famílias pode resultar em fraco apoio às pessoas com esquizofrenia, o que pode ter impacto no processo de reabilitação (Mucci et al., 2020). O apoio familiar correlaciona-se com níveis mais altos de adesão ao tratamento, sendo que as atitudes da família perante o tratamento podem influenciar a adesão terapêutica (McCabe et al., 2012).

A família tem uma participação ativa no processo de reabilitação psicossocial, uma vez que estão mais presentes no contato diário com esses indivíduos, compartilhando as dificuldades, sintomas, queixas e comportamentos (Spagolla & Costa, 2021). Assim, o EEESMP deve ser um elo de ligação entre a pessoa com esquizofrenia, os familiares e os outros profissionais de saúde.

D - Qualidade de vida /Bem-estar

O conceito de qualidade de vida tem sido alvo de especial atenção no âmbito dos cuidados de saúde mental e psiquiatria dado que é encarada como um resultado da prestação dos cuidados (Macedo et al., 2020). As abordagens terapêuticas específicas podem determinar ganhos consideráveis na qualidade de vida (Souza & Coutinho, 2006).

Para os participantes deste estudo, a perturbação mental acarreta mudanças na vida dos próprios. No que diz respeito à qualidade de vida, evocaram várias perdas significativas no decorrer da experiência da perturbação mental devido a questões de estigma e discriminação, assim como a perda de capacidade de produtividade no trabalho. Ou mesmo, a perda do sentido da própria identidade enquanto ser humano. O estudo de Macedo et al., (2020) afirma que as necessidades das pessoas com doença mental incluem a qualidade de vida, as relações interpessoais, o domínio social, a autoeficácia, a definição e realização de objetivos e a estabilização de sintomas psiquiátricos. De facto, em comparação com pessoas saudáveis da comunidade, as pessoas com esquizofrenia apresentam menor qualidade de vida (Torres-González et al., 2014).

Assim, esta questão deve ocupar espaço na agenda das políticas públicas no campo da saúde mental uma vez que, quanto maior o conhecimento sobre este tema, mais eficazes são as intervenções em saúde permitindo direcionar os gastos públicos em saúde (Souza & Coutinho, 2006).

Todos os participantes concordaram que a perturbação mental lhes provoca falta de bem-estar na vida de forma geral, quer física, quer psicologicamente. No estudo de Oliveira

et al., (2012) foi concluído que conviver com a esquizofrenia é difícil pois ocorre um prejuízo na qualidade de vida, relevando a negatividade da cronicidade da perturbação mental.

Quando questionados sobre os fatores que lhes podem trazer algum bem-estar, referiram aspetos básicos de estilos de vida saudáveis, tais como, hábitos de sono regular, capacidade de gestão emocional, acesso a cuidados de saúde (medicação), rotinas sociais (emprego) e sensação de autoeficácia e liberdade pessoal.

No estudo europeu Flash Eurobarometer 530 Mental Health (2023), a maioria dos entrevistados (60%) considera que os fatores mais importantes para alcançar uma boa saúde mental são as condições de vida, seguidas da segurança financeira (53%). Além disso, 45% dos inquiridos considera que a União Europeia deve contribuir ao máximo para melhorar a saúde mental dos cidadãos europeus através de uma melhoria da qualidade de vida global, enquanto 37% considera que a melhoria do acesso e do apoio ao diagnóstico, tratamento e cuidados de saúde mental seria mais eficiente. Os restantes 35% dos inquiridos pedem apoio à saúde mental dos mais vulneráveis.

5.2. Necessidade de serviços de saúde

Um serviço de saúde é classificado como uma provisão de instituições, como hospitais e centros de saúde, bem como de pessoas qualificadas para assumir as tarefas de prevenir e tratar a doença, promover e manter a saúde (Internacional Council of Nurses, 2019).

A - Regime terapêutico / Regime medicamentoso

A *Adesão* é um foco de atenção para a prática de enfermagem frequentemente associado ao apoio da família, ao conhecimento sobre os fármacos e processo da doença, à motivação da pessoa e à relação com o profissional de saúde. Neste caso, os participantes sublinharam a necessidade da *adesão ao regime terapêutico* e da *adesão ao regime medicamentoso*, na medida em que, para os próprios, a adesão ao regime terapêutico e medicamentoso é possível através da relação terapêutica com os profissionais de saúde, associando, desta forma, a uma necessidade dos serviços de saúde mental.

O tratamento antipsicótico é a base do tratamento da esquizofrenia, e a adesão ao regime medicamentoso é essencial para que possa ocorrer remissão da sintomatologia psicótica e recuperação de *insight* face à doença (Descalço, 2017). No estudo de Bridges et al., (2018), as pessoas com diagnóstico recente de esquizofrenia declararam que a redução

dos sintomas da doença e dos impactos funcionais são mais importantes que o risco dos efeitos secundários do tratamento, especificamente o aumento de peso, problemas sexuais, fadiga e inquietação. Ainda, os efeitos secundários do tratamento antipsicótico são constrangedores, no entanto, segundo o estudo de Doane et al., (2020), a maioria dos participantes reconhece a necessidade de controlar os seus sintomas com o tratamento, mesmo ao custo de experimentar efeitos secundários. Outro estudo refere que as pessoas com esquizofrenia consideraram a melhoria dos sintomas positivos como o benefício mais importante do tratamento (Levitan et al., 2015).

Segundo o estudo de Descalço (2017), a falta de adesão ao tratamento pode estar relacionada com a idade jovem, o abuso de substâncias, a presença ativa de sintomatologia psicótica, a ausência de *insight* e a presença de atitudes negativas perante o tratamento. As pessoas com perturbação mental que recebem mais informações em relação à sua condição de saúde são capazes de construir relacionamentos terapêuticos mais fortes. Existem vários componentes necessários para fomentar a adesão ao regime terapêutico, como a relação terapêutica, a tomada de decisão partilhada e a psicoeducação (Mucci et al., 2020). Sendo que, a relação terapêutica, as intervenções psicoeducativas e o modelo colaborativo dos cuidados são áreas de excelência da Enfermagem de Saúde Mental e competências específicas do EEESMP.

A relação terapêutica parece ser um elemento fundamental na otimização da adesão ao tratamento, existindo evidência que a qualidade desta relação seja preditiva do nível da adesão terapêutica (McCabe et al., 2012). Esta troca de informações na prestação de cuidados também pode levar a um entendimento e sentido de colaboração, aumentando a satisfação da pessoa, a aliança terapêutica e o compromisso com o tratamento (Keefe et al., 2020).

Embora os participantes entendam a necessidade da adesão ao regime terapêutico, consideram que existem poucos recursos a nível dos cuidados de saúde mental. No estudo de Keefe et al., (2020), metade dos participantes referiu que o tempo insuficiente para as sessões individuais é um fator prejudicial na comunicação aberta, impactando negativamente a relação terapêutica uma vez que as pessoas com perturbação mental não recebem informações clinicamente relevantes relativas ao seu diagnóstico, medicação, plano de cuidados e preparação para a alta. Além disso, também reconheceram limitações na prestação de cuidados em ambientes com recursos escassos (físicos e humanos) (Keefe et al., 2020), tal como os participantes deste estudo de investigação.

A necessidade de diferentes níveis de cuidados, entre cuidados de saúde mental agudos, em situações de crise, e outros de apoio à reabilitação na comunidade foi também evocada

pelos participantes deste estudo. Para eles, a necessidade da continuidade dos cuidados em saúde mental deve ser fortalecida através da articulação com os serviços de saúde mental na comunidade. Este tópico será abordado mais detalhadamente à frente, uma vez que será destacado como necessidade em políticas de saúde para as pessoas com esquizofrenia. No entanto, importa referir que a articulação em cuidados de saúde mental é um desafio atual, pela necessidade de colaboração mútua e articulação com diferentes serviços, como as Unidades Locais de Saúde, os Departamentos de Saúde Mental e Psiquiatria, as Unidades de Cuidados de Saúde Primários e a Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde Mental. As USO e outras associações/entidades públicas ou privadas com atividades sócio-terapêuticas tendem a colmatar a falta de apoio comunitário existente para as pessoas com perturbação mental, sendo conhecidas as limitações e a falta de recursos humanos e físicos atualmente em Portugal.

Para além da adesão ao regime medicamentoso, o acompanhamento pelos profissionais de saúde especializados também contribui para a estabilidade psíquica, segundo os participantes deste estudo. Assim, salientam a importância da adesão ao regime terapêutico e sublinham que o processo terapêutico envolve uma equipa multidisciplinar especializada em saúde mental.

Ou seja, as intervenções psicoeducacionais permitem o aumento de conhecimentos sobre a perturbação mental e a necessidade de adesão ao regime medicamentoso, salientando-se a relevância dos EEESMP na equipa multidisciplinar no planeamento de intervenções psicoeducacionais (Vilar et al., 2020).

B - Socialização

As pessoas com esquizofrenia têm, normalmente, dificuldades na interação social, sendo que a maioria dos contactos sociais são restritos ao ambiente familiar (Ornelas et al., 2005). A capacidade de manter os relacionamentos tem um grande impacto no processo de saúde e recuperação da doença. Nas pessoas com esquizofrenia, a rede relacional está comprometida (Pinho et al., 2020). O suporte social é estimado atualmente como uma variável capaz de promover e proteger a saúde (Siqueira, 2008). Tem também grande relevo no processo terapêutico e na reabilitação da pessoa com perturbação mental (Pinho et al., 2018). O estudo de Teixeira (2007) evidenciou também a importância das relações sociais para o bem-estar.

Estes estudos suportam o relato dos participantes deste estudo de investigação. Segundo os mesmos, a socialização está comprometida, pelos handicaps que a perturbação

mental lhes acarreta ao longo da vida. Sentem uma necessidade de apoio e integração em planos terapêuticos que incluam atividades diárias e relacionamentos sociais.

As instituições de cuidados de saúde mental, como as Unidades Sócio-Ocupacionais são potenciadoras de bem-estar para os participantes, uma vez que todos os participantes reforçaram o potencial benéfico da integração na USO, quer a nível de estabilização da perturbação mental, quer a nível da aquisição de competências sociais. Este resultado é reforçado pelo estudo de Figueira et al. (2014) que sugere que a terapia ocupacional, ou seja, a participação da pessoa em atividades que lhe sejam significativas, é um recurso muito útil no processo de reabilitação psicossocial, que poderá ter um impacto positivo na adesão ao tratamento e que por isso deve integrar o plano terapêutico individual. Portanto, é necessário implementar intervenções de reabilitação psicossocial em pessoas com esquizofrenia, promovendo a sua satisfação com o apoio social (Pinho et al., 2018).

Um estudo realizado em Portugal com uma amostra de pessoas com esquizofrenia concluiu que a satisfação com o suporte social é um fator preditor de melhor qualidade de vida, sendo um fator capaz de proteger e promover a saúde (Pinho et al., 2018).

Sendo as relações interpessoais cruciais para o processo terapêutico e para a reabilitação da doença, a avaliação da satisfação com o suporte social deve fazer parte da avaliação diagnóstica em enfermagem de saúde mental à pessoa com esquizofrenia, pois permite perceber em que domínio há necessidade de intervenção, recorrendo-se à integração da pessoa no seio familiar e na comunidade, de forma o mais satisfatória possível (Pinho et al., 2020).

A disfunção na cognição e na cognição social tem um impacto significativo no estado funcional das pessoas, o que significa que a cognição e a cognição social prejudicadas devem ser alvos de tratamento para melhorar a probabilidade de recuperação pessoal (Grenn, 2016). A cognição social associa conceitos como confiança, empatia, compreensão, disponibilidade e flexibilidade, sendo que as pessoas com esquizofrenia apresentam défices nestes aspetos (Teixeira, 2007). Um estudo recente revelou que os défices nas redes cerebrais estão associados a alterações nas atividades sociais (Wu et al., 2023). A interação social aumenta a capacidade de adaptação a acontecimentos stressantes na vida diária, por isso, as pessoas com esquizofrenia que possuem relações sociais de apoio, relatam melhores condições de vida, menor sintomatologia e menos internamentos do que pessoas que carecem desse apoio (Maldonado et al., 2012).

A comunicação é resultado de um processo de socialização do ser humano, sendo que esta está mais prejudicada nas pessoas com esquizofrenia (Santos et al., 2014). A investigação em Portugal relativamente aos comportamentos linguísticos na esquizofrenia

é uma área pouco explorada. Os comportamentos verbais, não-verbais e paralinguísticos têm sido referidos como aspetos perturbados na esquizofrenia e que condicionam o funcionamento psicossocial (Rocha, 2007). Assim, o terapeuta da fala pode contribuir de maneira significativa nos serviços de saúde mental através de intervenções multidisciplinares (médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala) (Santos et al., 2014). Apesar das pessoas com esquizofrenia apresentarem dificuldades em iniciar, manter ou terminar uma conversa, cabe aos EEESMP direcionar estas pessoas para sessões de treino de desenvolvimento de competências comunicacionais (Sequeira& Carvalho in Sequeira, 2016).

Para os participantes, a socialização também se reflete na possibilidade de ter um ritmo de trabalho diário, ou seja, uma participação ativa na sociedade. Por isso evidenciaram a vontade de integrar o mundo do trabalho com especificações para a condição de saúde das pessoas com perturbação mental.

A incapacidade para manter um trabalho estável não permite uma remuneração suficiente, na maioria das vezes, para sustentar as próprias necessidades pois algumas pessoas com esquizofrenia vivem de rendimentos sociais e dependentes da família. No estudo de Keefe et al., (2020), vários indivíduos enfatizaram a importância de estabelecer conexões sociais e obter apoio social durante todo o processo de recuperação para ajudá-los a garantir emprego, habitação, acesso à educação e transporte.

A chave para o sucesso da estabilização é conseguir relacionar as determinantes relevantes para o tratamento de forma a estruturar uma abordagem a nível farmacológico, comportamental, familiar e social (Figueira et al., 2014).

C - Papel do profissional de enfermagem

Em enfermagem de saúde mental a relação terapêutica é central no processo de cuidar (Chalifour, 2008). De acordo com o Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, publicado em Diário da República, os EEESMP detêm a competência específica para prestar cuidados psicoterapêuticos, sócio-terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo de vida.

A perceção dos participantes relativamente ao papel do profissional de enfermagem é fruto da relação entre ambos e das intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental aplicadas ao longo do processo de reabilitação da pessoa. Sugeriram que a comunicação é a base para a eficácia da relação terapêutica com as pessoas com

perturbação mental, sendo pretendido desta forma que os profissionais de enfermagem tenham qualidades comunicacionais.

O facto de as pessoas se sentirem acolhidas, respeitadas, compreendidas e escutadas é o suficiente para iniciar o processo terapêutico de forma eficaz (Sequeira, Sampaio & Merino in Sequeira, 2016).

O profissional de enfermagem deve reunir um conjunto de competências no domínio da comunicação verbal e não-verbal, o respeito, a compreensão, a empatia, e a capacidade de não julgar o outro, exigindo assim uma grande capacidade de aceitação da pessoa e do seu problema (Coelho et al., 2020). Para fortalecer o vínculo terapêutico é imperativo desenvolver um trabalho de colaboração, salientando que a escuta ativa é particularmente importante. (Keefe et al., 2020). Salienta-se também a importância do interesse genuíno e da disponibilidade do profissional de enfermagem na abordagem das verdadeiras necessidades da pessoa (Oliveira & Furegato, 2012). A confiança e a comunicação clara do profissional de enfermagem, isto é, a capacidade de garantir que a informação veiculada é compreendida pela pessoa têm efeito na adesão terapêutica (McCabe et al., 2012).

No estudo de Coelho et al., (2014), o toque, o olhar, a escuta, o silêncio e o feedback foram consideradas técnicas de comunicação terapêutica por mais de 90% dos enfermeiros. Além disso, mais de 80% consideraram que para comunicar de forma terapêutica são essenciais as atitudes de empatia, congruência, autenticidade, respeito caloroso, aceitação e esperança (Coelho et al., 2014). A atitude dos profissionais de saúde, o interesse manifesto pela pessoa e as suas opiniões, o comportamento empático em relação ao sofrimento causado pelo tratamento ou pelos sintomas pode ajudar a estabelecer uma atmosfera terapêutica correta e confiável (Mucci et al., 2020). O estudo de Tolosa-Merlos et al., (2023) refere que os profissionais de enfermagem consideram que estar aberto e disponível é essencial para a relação terapêutica, dando especial atenção à comunicação verbal e não-verbal. Da mesma forma, os profissionais de enfermagem identificaram barreiras que dificultam o estabelecimento de uma boa relação terapêutica, relacionadas com o ambiente (estruturas físicas), com a falta de espaços adequados para realizar intervenções com privacidade, com fatores como o ruído e a tensão ambiental ou interrupções no atendimento (Tolosa-Merlos et al., 2023).

Além disto, os participantes valorizaram também as capacidades técnicas de um EEESMP na prestação de cuidados de saúde. Todos os estudos da revisão sistemática da literatura de Pereira & Botelho (2014) sugeriram que a relação terapêutica é influenciada por atributos da dimensão profissional que se prendem com o domínio teórico e técnico da área do conhecimento e por atributos da dimensão pessoal que se relacionam com as

qualidades ou características pessoais do profissional. Entende-se, portanto, que o EEESMP deve, além do mais, possuir competências do domínio técnico de forma a prestar cuidados de saúde holísticos às pessoas com perturbação mental.

D - Satisfação com os cuidados de saúde

Em 2014, os cuidados de saúde mental foram referidos como necessários em menos de 10% da população portuguesa. Estes baixos valores, na época, podiam estar relacionados com o estigma e a forma como a sociedade portuguesa interpretava e aceitava a perturbação mental (Martins, 2017). Relativamente à avaliação da necessidade de cuidados, verificou-se uma associação inversa entre a disponibilidade de recursos na comunidade e o estado de necessidade de cuidados das pessoas com esquizofrenia, ou seja, quanto menor o grau de diferenciação de estruturas e de programas terapêuticos, maior a proporção de necessidades não alcançadas (Xavier et al., 2002). Apesar do estudo mencionado anteriormente datar do ano de 2002, estudos mais recentes tendem a comprovar a falta de mudanças relativamente à mesma questão. As pessoas com esquizofrenia apresentam um grau muito mais elevado de necessidades não cobertas nas áreas de intervenção psicossocial e reabilitação, comparativamente aos restantes países europeus, em contraste com as respostas clínicas e psicofarmacológicas (Jorge & Carvalheiro, 2021).

Relativamente aos serviços de saúde mental, os participantes têm a perceção que pouco se tem conseguido implementar ao longo dos anos, no entanto, consideram que existem mudanças a nível global. Atualmente existe um crescente investimento nos serviços de saúde nos programas desenvolvidos e na humanização dos cuidados de saúde.

Relativamente aos internamentos psiquiátricos, os participantes relataram as suas experiências pessoais, dando ênfase à falta de recursos humanos e de condições físicas nas instalações psiquiátricas provocando-lhes um sentimento de falta de bem-estar. Verbalizaram também uma necessidade de humanização dos espaços físicos dos estabelecimentos de saúde psiquiátricos. Segundo Santana et al., (2018), o design físico do ambiente de cuidados de saúde influencia a segurança e a experiência da pessoa, devendo ser privilegiado um ambiente com privacidade e conforto. Os ambientes que apoiam a dignidade e o respeito têm um impacto positivo nos resultados dos cuidados de saúde (Santana et al., 2018).

Em Portugal, existe uma crescente mobilização político-económica para reestabelecer as condições físicas e humanas nos estabelecimentos psiquiátricos. No entanto, apesar dos

investimentos financeiros, é urgente implementar as medidas concretas para oferecer ambientes físicos com mais dignidade e sobretudo condições básicas de higiene e conforto nos serviços de saúde mental (Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

5.3. Necessidades comunitárias

A - Literacia / Conhecimento (em saúde mental)

A Literacia em Saúde Mental (LSM) tem um papel essencial nos cuidados de saúde mental e saúde pública na medida em que permite capacitar as pessoas com perturbação mental para a procura de ajuda e intervenção precoce, bem como diminuir o estigma e a exclusão social, promovendo o aumento da qualidade de vida (Vasconcelos, 2016).

Segundo os participantes, a falta de apoio da sociedade está relacionada com a falta de LSM na população em geral. Todos têm a perceção que existe uma falta de sensibilização e que, se a comunidade não possuir conhecimento suficiente sobre as perturbações mentais não terá a capacidade de apoiar as pessoas de forma correta, o que pode também provocar o adiamento na procura de ajuda, pelo estigma associado. A LSM é importante não só para a própria pessoa com perturbação mental, como também para a comunidade em geral para que existam ambientes promotores de procura de ajuda profissional adequada (Vasconcelos, 2016).

Normalmente as pessoas procuram ajuda junto daqueles com quem contactam frequentemente e com quem mantêm relações de confiança, ou seja, a família e amigos (Cusack et al., 2004). Assim, o conhecimento e a capacidade para apoiar as pessoas com perturbação mental deve ser alargado à comunidade em geral e, em especial aos cuidadores informais e família das pessoas com perturbação mental. Sendo que, uma maior literacia em saúde melhora a utilização dos serviços de saúde mental e conduz a melhores resultados (Dias et al., 2018).

Na sua dissertação, Santos (2020) mediu os níveis de LSM em Portugal, em pessoas com esquizofrenia, considerando-os moderados.

A falta de literacia na sociedade relativamente às perturbações mentais pode levar à rejeição, ao preconceito, à discriminação e exclusão social das pessoas com perturbação mental (Loureiro, et al., 2008). A estigmatização e a exclusão social podem afetar negativamente a qualidade de vida percebida em pessoas com esquizofrenia (Torres-González et al., 2014). Segundo Oliveira et al., (2012), as consequências da estigmatização

para as pessoas com perturbação mental são a perda da autoestima, a perda da dignidade, os sentimentos de desesperança, o afastamento das relações sociais, a perda da cidadania e de seus direitos, diminuindo as possibilidades de reabilitação social. O estigma reduz a procura de ajuda, tem efeitos económicos adversos, implicações através do aumento do desemprego e dos custos de saúde, e piora a saúde mental e física da pessoa estigmatizada (Schülhi et al., 2012).

Alguns participantes relataram sentimentos de autoestigmatização, onde verbalizaram que, por vezes, se sentem culpados pelo não cumprimento da terapêutica ou pelo comportamento menos adequado que possam adotar em períodos de crise. Manamela et al., (2003) defende no seu estudo que as pessoas com esquizofrenia, ao conviverem constantemente com situações de estigmatização, quer pela sociedade em geral, quer pelos profissionais de saúde, acabam por se autoestigmatizarem. As consequências do autoestigma envolvem sentimentos de incapacidade, incompreensão, culpa, falta de esperança e baixa autoestima. Além disso, o autoestigma tem um impacto negativo na procura de ajuda dos cuidados de saúde mental (Lahera et al., 2018).

O estigma e o preconceito às pessoas com esquizofrenia não são restritos às pessoas sem formação profissional em saúde. O estigma vivenciado por pessoas com esquizofrenia ao procurar os serviços de saúde abrange a negação da prestação de cuidados, a prestação de cuidados de baixa qualidade e comportamentos de abuso físico e verbal (Nyblade et al., 2019). Este comportamento dos profissionais de saúde às pessoas com perturbações mentais revela o défice de conhecimento e a falta de formação específica em saúde mental (Tonin & Barbosa, 2018). As atitudes estigmatizantes dos profissionais de saúde têm impacto nos cuidados prestados à pessoa com perturbação mental e interferem no estabelecimento das relações terapêuticas e na prestação de cuidados adequados às necessidades das pessoas (Martins, 2019).

Outro tipo de estigma, o estigma estrutural ou institucional inclui as políticas de instituições privadas e/ou governamentais que colocam as pessoas com perturbação mental em maior vulnerabilidade, podendo sofrer desigualdades de oportunidades na educação, no emprego, nos serviços de saúde e nos serviços jurídicos (Corrigan, 2004).

Os participantes apontaram algumas soluções para aumentar a LSM, tais como a promoção de programas educativos na escola e a divulgação de informação pelos meios de comunicação nacional. Loureiro et al., (2012) também sugere que as intervenções programadas para elevar a LSM têm sido orientadas para contextos públicos e comunitários através da internet, televisão, panfletos, intervenções locais, em grupos específicos, de âmbito nacional ou internacional. Em termos de políticas públicas, os dados obtidos no

estudo de Effertz (2019) apontam para a necessidade da educação em saúde e o aumento da consciencialização pública referentes a informações sobre as perturbações mentais de modo a diminuírem o estigma e a melhorar o comportamento de procura de ajuda da comunidade.

Neste contexto, torna-se fundamental investir na promoção da LSM das populações através da capacitação das comunidades e organizações de forma a melhorar a integração, a coordenação e a continuidade dos cuidados, identificando as barreiras de acesso aos cuidados e aos determinantes da saúde (por exemplo, habitação, nutrição, educação, etc.) (Santana et al., 2018). A criação de programas de intervenção em LSM pelos profissionais dos cuidados de saúde primários aumenta a eficácia das intervenções de promoção da saúde mental (Gonçalves et al., 2021). A psicoeducação e as intervenções cognitivo-comportamentais são ferramentas para aumentar a literacia sobre a perturbação mental (Descalço, 2017).

Torna-se desta forma, importante promover a LSM, para que cada um esteja consciente da importância da sua atitude perante as pessoas com perturbação mental (Palha & Palha, 2016).

Um maior conhecimento sobre a saúde mental, uma maior formação e sensibilização da comunidade e dos profissionais de saúde, assim como da classe política favorece um maior e melhor investimento na área, produzindo um aumento do número de respostas e melhoria dos serviços de saúde mental (Neves, P. in Sequeira & Sampaio, 2020).

B - Direitos humanos

Nas últimas décadas, o crescente reconhecimento das necessidades ligadas aos direitos humanos, como a necessidade de liberdade, respeito, espiritualidade e de ter uma vida significativa contribuiu para o empoderamento das pessoas nos serviços de saúde mental (Torres-González et al., 2014). Segundo Manamela et al., (2003), as necessidades incluem uma sensação de segurança, de identidade, de aceitação, de pertença além de promover a socialização, a independência e a liberdade para tomar decisões. De facto, para os participantes, a discriminação e o estigma provocam um sentimento de desvalorização em relação à identidade pessoal de cada um. O respeito é o resultado da sensibilização às pessoas, na compreensão da perturbação mental.

O estigma e a discriminação são, há muito, considerados como um dos maiores obstáculos nos cuidados de saúde mental. Em todo o mundo, as pessoas não procuram, nem obtêm ou mantêm tratamento, devido ao medo, vergonha, recursos deficientes ou

falta de informação. Tornam-se, facilmente, vítimas com violação dos direitos fundamentais (Silva et al., 2018).

O Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 da OMS (2014) refere que as pessoas com perturbação mental podem sofrer violação dos direitos sociais, culturais e económicos. As condições de vida não são as mais adequadas e o acesso ao trabalho e à educação é, em alguns casos, limitado. Além disso, são frequentemente vítimas de agressões físicas e verbais, incluindo abusos sexuais, sendo, por vezes, excluídas da sociedade vivendo em situação de vulnerabilidade.

O estudo de Effertz (2019) reforça a existência de estigma e medo em relação às pessoas com perturbação mental que provocam a exclusão, desigualdades, iniquidade e injustiça social, sustentando a necessidade de esforços para alcançar o bem-estar.

O bem-estar das pessoas com perturbação mental, os direitos e o respeito pela dignidade devem ser preocupações dos serviços de saúde (Nunes, 2020), pelo que se deve incentivar cada vez mais as campanhas de LSM, as estratégias educacionais, as ações de contacto com as pessoas com perturbação mental e a divulgação nos meios de comunicação social. O estudo de Huxley et al. (2021) acrescenta que continua a ser essencial ter em conta os aspetos biológicos e psicológicos da perturbação mental, mas defende uma nova abordagem que coloca a intervenção principal no contexto social.

O Dia Mundial da Saúde Mental, em 2023, foi celebrado com o tema “*A saúde mental é um direito humano universal*”. Este dia é uma oportunidade para melhorar o conhecimento e aumentar a sensibilização da comunidade.

A *American Psychiatric Association* (2019) recomenda que os utentes com esquizofrenia usufruam de intervenções psicoeducativas que fomentem a empatia e respeito, incentivando a esperança, a segurança, a resiliência e o empoderamento da pessoa com esquizofrenia. As atividades educativas e inclusivas devem ser incentivadas, principalmente pelos profissionais de saúde, que são responsáveis pelo cuidado integral à população, preservando a equidade, porém, não se exclui o dever social de todas as pessoas, que precisam mudar o comportamento e, de forma humana, cuidar e apoiar os que mais precisam (Aparecido & Silva, 2020).

Assim, os EEESMP devem focar-se nos valores e normas da pessoa, na experiência vivida, nas limitações e no contexto de forma a orientar as intervenções terapêuticas, uma vez que cada pessoa tem um processo individual de recuperação. Têm, também, o dever de enaltecer o facto que as pessoas com esquizofrenia merecem atenção, respeito e dignidade para lidar com o processo de mudança e ajudar a obter equilíbrio, tal como outra pessoa qualquer (Rodrigues & Oliveira, 2024).

O Código Deontológico da profissão de Enfermagem prevê que a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana seja uma preocupação prioritária. Assim, o enfermeiro, durante a prática clínica, deve cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

5.4. Necessidades de políticas de saúde

Segundo o comunicado da *Directorate-General for Health and Food Safety* em 2023, as perturbações mentais são condicionadas por fatores pessoais e fatores externos, como o estado da sociedade, da economia, do ambiente e da situação mundial que nos rodeia. Por isso, torna-se eminente uma abordagem holística à saúde mental no sentido de melhorar a qualidade de vida, dando relevância à quebra do estigma, à proteção de direitos, à inclusão social e aos grupos vulneráveis (European Commission, 2023).

A - Apoio social

No que diz respeito ao apoio social, os participantes relataram dificuldades principalmente a nível económico, uma vez que não possuem uma atividade laboral remuneratória. As altas taxas de desemprego das pessoas com esquizofrenia são comprovadas pela dificuldade em encontrar e/ou manter um emprego devido a situações de afastamento ou isolamento social resultante da estigmatização (Li et al., 2017).

Segundo o estudo de Ferreira (2022) mais de metade dos participantes auferia rendimentos inferiores ao salário mínimo nacional português, o que vem reforçar a ideia de que as pessoas com esquizofrenia vivem situações de limite de precariedade económica provocadas pelo desemprego e exclusão social. O estudo de Effertz (2019) concluiu que os portugueses concordam com a atribuição de subsídios a pessoas mentalmente debilitadas e admitem também que o voluntariado ou o apoio comunitário poderá servir como meio de integração social intermediário no processo de recuperação da pessoa com perturbação mental, até encontrarem um emprego de acordo com as suas competências.

Assim, importa que as políticas de saúde proporcionem o devido apoio através da modernização da legislação em relação à saúde mental e da criação de programas de promoção da saúde mental direcionados às pessoas com perturbação mental (Ferreira, 2022).

No estudo de Oliveira et al., (2012) as pessoas com perturbação mental que possuíam algum tipo de trabalho e conseqüentemente uma remuneração, mostraram-se com melhor

qualidade de vida, comparados com aqueles que não trabalhavam. Por outro lado, um participante evocou a dificuldade em arranjar trabalho, mesmo tendo vontade, uma vez que o estigma e as limitações das pessoas com esquizofrenia muitas vezes são um obstáculo para a aceitação do empregador. De facto, o trabalho para estes indivíduos pode ser prejudicial, uma vez que pode ser exigente e stressante (Oliveira et al., 2012). O primeiro estudo sobre adaptações de emprego em pessoas com perturbação mental mostrou que 84% dos trabalhadores fizeram adaptações por iniciativa própria e apenas 25% solicitaram adaptações ao seu empregador (Baldwin et al., 2023). Assim, é importante haver políticas no local de trabalho que apoiem as adaptações necessárias ao trabalho e que criem flexibilidade para os funcionários (Baldwin et al., 2023).

O sistema de apoio para a integração profissional revela-se importante para coordenar a rede de apoio na integração social e profissional das pessoas com perturbação mental, incluindo nomeadamente o empregador e o serviço de saúde (Pachoud et al., 2015).

No estudo de Geremias et al., (2021), os participantes também referiram que trabalhar é um sinónimo de utilidade e de ocupação, vinculada a uma valorização moral. Além disso, o medo de não ser aceite, de sofrer discriminação por parte do empregador e dos colegas de trabalho, o medo de ser demitido por omissão do diagnóstico prejudicou os relacionamentos no ambiente de trabalho. Nesse sentido, as instituições e as empresas deveriam criar condições para a reinserção saudável das pessoas com perturbação mental (Geremias et al., 2021).

O desempenho cognitivo é associado à capacidade de integração no ambiente profissional, seja em ambiente protegido ou em ambiente normal, sendo a remediação cognitiva uma das ferramentas terapêuticas mais eficazes para combater distúrbios cognitivos (Franck, 2014). Os EEESMP têm um papel de relevo na aplicação de intervenções psicoterapêuticas que visam promover a estimulação cognitiva das pessoas com perturbação mental, com recurso ao treino de competências específicas (Sequeira & Sampaio, 2020), e assim facilitar a integração no mercado laboral.

B - Serviços comunitários

A desinstitucionalização é uma das prioridades das políticas de saúde mental propostas e defendidas pela Organização Mundial da Saúde, que tem vindo a ser posta em prática em diferentes partes do mundo, assim como em Portugal (Palha & Costa, 2015). Uma maior disponibilidade de serviços de saúde a nível ambulatorio e ao domicílio podem melhorar a

deteção precoce e a qualidade da relação terapêutica crucial para a adesão ao tratamento (Mucci et al., 2020).

Para os participantes deste estudo, os serviços na comunidade são um fator importante na reabilitação pessoal, uma vez que lhes permite uma continuidade dos cuidados especializados em saúde mental. Porém, verbalizaram as dificuldades que sentem no acompanhamento contínuo e na integração deste tipo de serviços ambulatoriais. Além disso, os participantes, embora estejam integrados numa USO, têm pouca perceção da amplitude dos cuidados comunitários e domiciliários, verbalizando, sobretudo, a falta de recursos físicos e humanos, assim como limitações a nível pessoal e de transporte. Mucci et al., (2020) sugere no seu estudo que existem barreiras ao acesso dos serviços comunitários, tais como o tempo reduzido de contato, as mudanças frequentes de instalações e de pessoal, a falta de profissionais de saúde, a indisponibilidade de transporte, ou mesmo as situações de vida instáveis das pessoas com esquizofrenia (Mucci et al., 2020).

Em Portugal, uma das principais missões do Plano Nacional de Saúde Mental é a promoção da descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias (Direção-Geral da Saúde, 2017).

C - Acessibilidade aos cuidados de saúde mental

Define-se acesso aos cuidados de saúde como a oportunidade de identificar necessidades de cuidados de saúde, procurar serviços de saúde, alcançar, obter ou utilizar serviços de saúde e ter realmente a necessidade de serviços satisfeita (Levesque et al., 2013).

No programa Reabilitação 2030 da OMS, a esquizofrenia foi selecionada como um dos alvos prioritários na satisfação das necessidades de apoio no acesso aos serviços de saúde e sociais, tais como a reabilitação psicossocial, habitação ou benefícios sociais (Serra et al., 2023).

A equidade no acesso a serviços com cuidados de saúde multidisciplinares é um dos princípios fundamentais na prestação de cuidados integrados à pessoa com esquizofrenia (Teixeira et al., 2023). As pessoas com esquizofrenia têm mais dificuldades em obter acesso aos cuidados primários (Torres-González et al., 2014). Estas barreiras podem ser divididas em barreiras de acessibilidade (relacionada com custos e proximidade), de disponibilidade (relacionada com o tempo de espera) e de aceitabilidade (relacionada com atitudes e circunstâncias individuais) (Martins, 2017). Melhorar o acesso aos cuidados de saúde

mental tem o potencial de reduzir os internamentos hospitalares e também pode ajudar a reduzir a morbilidade e a mortalidade (Santana et al., 2018).

A perceção dos cuidados de saúde mental é o reflexo das experiências dos participantes durante o contacto com os serviços de saúde mental. Segundo os participantes deste estudo, a acessibilidade aos cuidados de saúde é relacionada com a condução da política geral do país, manifestando um descontentamento atual devido à falta de apoio governamental.

De facto, a crise económica pode estar associada a um maior uso de medicamentos prescritos e a um aumento de número de internamentos hospitalares, sendo, por isso, necessário adaptar os sistemas de cuidados de saúde mental às necessidades específicas da população em tempos de crise económica (Silva et al, 2020). Nestes períodos, orçamentos reduzidos para a saúde mental podem diminuir a disponibilidade de serviços de saúde mental e/ou podem ser inacessíveis devido à redução do rendimento disponível das famílias (Dunlap et al., 2016).

Os Cuidados de Saúde Primários são fundamentais na prestação de cuidados de proximidade das pessoas, pois permite melhorar o acesso, a qualidade e a continuidade de cuidados, envolvendo a pessoa, a família e a comunidade (Miguel & Sá, 2010). No entanto, o médico de família tem uma intervenção, sobretudo, a nível do tratamento farmacológico, com reduzida intervenção a nível psicoterapêutico (Miguel & Sá, 2010), o que reforça a perceção dos participantes deste estudo que verbalizaram que o médico de família apoia na prescrição médica, no entanto, os participantes preferem procurar profissionais especializados em saúde mental para a resolução de problemas de saúde ou em períodos de crise psiquiátrica.

As estratégias mais comuns implementadas para melhorar a gestão da saúde das pessoas com esquizofrenia incluem a gestão de casos (89%), telemedicina (83%), programas de coordenação de cuidados (72%), estratégias para diminuir as barreiras no acesso aos medicamentos (61%) (Roach et al., 2021).

Os serviços de saúde têm um papel fundamental na resolução das necessidades não satisfeitas e podem facilitar uma reintegração das pessoas. A avaliação das necessidades permitirá a utilização eficaz dos recursos e prestação de cuidados centrados nas pessoas (AshaRani et al., 2022). Por isso, é uma área onde se podem obter ganhos de saúde significativos, pelo que tem sido uma prioridade na implementação de novas políticas de saúde e deveria constituir uma área prioritária para o sistema de saúde (Gouveia et al., 2017).

É crucial manter a universalidade, a acessibilidade e os cuidados de saúde de boa qualidade. As reformas do bem-estar social no sentido de manter ou fortalecer as redes de segurança e as intervenções multidisciplinares são fundamentais para minimizar as desigualdades sociais na saúde mental (Silva et al, 2020).

Os decisores políticos devem apostar na prestação de incentivos para apoiar e praticar os cuidados centrados nas pessoas (Santana, 2018). Os participantes verbalizaram a necessidade de obter medicação gratuita como consequência das dificuldades económicas. A aprovação da nova Lei de Saúde Mental pretende contribuir para o fortalecimento e modernização do Serviço Nacional de Saúde, centralizando a política de saúde nas pessoas. Além disso, o Despacho n.º 5609/2021 determina que o Estado dispensa a título gratuito, no Serviço Nacional de Saúde, os medicamentos antipsicóticos para pessoas com perturbação mental promovendo também um acompanhamento regular pelos profissionais de saúde. Este processo deve englobar todos os cuidados farmacológicos e não farmacológicos por equipas multidisciplinares (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e farmacêuticos) que garantam a continuidade de cuidados de saúde.

A gestão de casos em saúde mental é uma abordagem usada para ajudar as pessoas com perturbação mental a localizar e gerir os recursos de saúde existentes, bem como para melhorar a comunicação eficaz com o sistema de saúde.

O papel dos profissionais de enfermagem como gestores de casos tem-se mostrado eficaz na redução dos custos de saúde entre pessoas com doenças crónicas, como a esquizofrenia. (Putra & Sandhi, 2021). Os mesmos autores defendem que os profissionais de enfermagem enquanto gestores de casos conectam, coordenam, colaboram e cuidam das pessoas e da comunidade através da prestação de cuidados holísticos e personalizados.

Os modelos de gestão de casos (case management) têm como princípios: a continuidade de cuidados, a acessibilidade, a relação terapêutica, a resposta às necessidades das pessoas, o estímulo à autonomia, a defesa dos direitos e interesses da pessoa e a rentabilização dos recursos existentes (Sledge et al., 1995). A gestão de casos realizada por um terapeuta de referência favorece a organização e prestação de serviços de saúde mental de uma forma rentável, desde que o seu objetivo, prática e estruturas organizacionais sejam consistentes (Treiger, 2020). Um terapeuta de referência pode ser um psicólogo, enfermeiro ou técnico de serviço social cujas principais funções são a identificação e contacto inicial com as pessoas e famílias, avaliação e planeamento das intervenções, encaminhamento para outras respostas necessárias, assegurar a continuidade e acessibilidade aos cuidados e monitorizar e avaliar os resultados (Walsh et al., 2001). Além disso, a tomada de decisão compartilhada fornece aos terapeutas de

referência a oportunidade de demonstrar o seu valor nos cuidados de saúde, na coordenação dos cuidados, na comunicação, na construção de relacionamento e liderança (Treiger, 2020).

No estudo de Gago (2012), a implementação da gestão de casos na prestação de cuidados de saúde mental evidenciou uma diminuição do número das necessidades sem resposta, nas áreas de atividades diárias, contatos sociais, benefícios sociais e informação sobre a doença. De igual modo, promoveu um aumento da empregabilidade, da qualidade de vida e da satisfação das pessoas com perturbação mental (Gago, 2012).

Considera-se, assim, o impacto benéfico de uma intervenção especializada, multidisciplinar e centrada nas necessidades das pessoas, refletindo em cuidados de saúde mais direcionados e eficazes.

6. Conclusão

Para compreender as pessoas com esquizofrenia torna-se essencial, em primeiro lugar, ouvir as suas experiências e vivências acerca da perturbação mental e das suas vidas. As pessoas não são apenas definidas pela condição de saúde que possam apresentar na sua vida, uma vez que existe todo um ser humano com valores, esperanças, direitos que necessita de ser tido em atenção e valorizado como tal na prestação de cuidados de saúde.

Este estudo de investigação primou a pessoa com esquizofrenia sendo uma oportunidade para conhecer a perspetiva das pessoas face às necessidades em saúde mental sentidas. Os momentos em grupo durante as sessões de *focus group* foram importantes para a valorização das pessoas que partilharam as suas vivências, através da escuta ativa e da atenção dispensada por um profissional especializado em enfermagem. Estes momentos foram também importantes para os participantes terem consciência que não são os únicos a experienciar sentimentos durante a esquizofrenia, uma vez que puderam ouvir o testemunho dos outros participantes. Foi também significativo para cada um perceberem o verdadeiro impacto da esquizofrenia nas suas vidas.

A esquizofrenia continua a ser uma das perturbações mentais mais incapacitantes e com maior prevalência no mundo, afetando não só a pessoa, como também a família e a comunidade.

O tratamento individualizado contribui significativamente para a recuperação da pessoa com perturbação mental, uma vez que o plano individual de tratamento é fruto de uma tomada de decisão partilhada entre a pessoa e o profissional de saúde. O sentimento de envolvimento no tratamento promove uma maior adesão ao tratamento e potencia uma maior capacitação na gestão da doença.

Assim, procurar conhecer as necessidades das pessoas com esquizofrenia implica ter em consideração a individualidade dos próprios, as suas preocupações, as suas ideias, as expectativas, os conhecimentos, o contexto e o significado da vivência da perturbação mental, respeitando assim, a sua autonomia e autodeterminação.

Neste estudo a análise de conteúdo originou quatro categorias principais: “necessidades individuais”, “necessidades de serviços de saúde”, “necessidades comunitárias” e “necessidades de políticas de saúde”, sendo que cada uma originou subcategorias.

Nas necessidades individuais, os participantes identificaram uma necessidade para a consciencialização da perturbação mental, dos sintomas e principalmente, da tomada de consciência que a aceitação da perturbação mental pode durar tempo, mas que é indispensável para iniciar o processo de recuperação pessoal. Para a estabilidade psíquica verbalizaram uma necessidade de autocontrolo dos sintomas, principalmente das alucinações auditivas, as quais são percecionadas como um fator de instabilidade emocional, prejudicando as relações sociais. Há também uma necessidade de apoio familiar, quer na altura inicial da perturbação mental, quer na fase crónica, uma vez que o suporte familiar é essencial no processo de reabilitação da pessoa com esquizofrenia. Além disso, no sentido da promoção de uma vida com qualidade e bem-estar, elencaram alguns aspetos essenciais ao suporte pessoal, social e comunitário que potenciam a recuperação da esquizofrenia, tais como hábitos de sono regular, capacidade de gestão emocional, acesso a cuidados de saúde, rotinas sociais, sensação de autoeficácia e liberdade pessoal.

Os serviços de saúde têm um papel fundamental na gestão da perturbação mental pois são um apoio no estabelecimento de planos de cuidados centrados nas pessoas. A necessidade de adesão ao regime medicamentoso é traduzida através da necessidade de cumprir a medicação instaurada pelos profissionais de saúde para que exista um controlo sintomático da esquizofrenia. A adesão ao regime terapêutico é salientada pela necessidade de obter, através dos serviços de saúde, um acompanhamento regular por terapeutas especializados em saúde mental. A necessidade de socialização diz respeito à necessidade de atividades terapêuticas em grupo, de rotinas diárias, o qual segundo os participantes é possível através da integração em Unidades Sócio-Ocupacionais que permitem o acolhimento durante o dia das pessoas com esquizofrenia de forma a contribuir para a sua própria satisfação pessoal e relacionamentos sociais. Além disso, a participação em atividades sociais diárias através das instituições de saúde mental proporciona às pessoas com perturbação mental a possibilidade de obter cuidados regulares e especializados em saúde mental.

Relativamente ao papel do profissional de enfermagem, os participantes verbalizaram um conjunto de características indispensáveis para um profissional de enfermagem especializado em saúde mental e psiquiatria. O EEESMP deve ter competências pessoais e profissionais, técnicas e humanas, salientando sobretudo, a comunicação terapêutica e a empatia. Para uma recuperação e manutenção da esquizofrenia é necessária uma adesão aos comportamentos de procura de saúde, pelo que as pessoas com esquizofrenia devem

estar satisfeitas com os serviços de saúde. Assim, poderá facilitar a procura de ajuda, a adesão terapêutica e a tomada de decisão partilhada do plano individual de cuidados.

Na comunidade surgem também várias dificuldades que prejudicam a qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia. Na verdade, o estigma e a discriminação, ainda muito presentes na sociedade, são uma barreira para as pessoas com esquizofrenia que tentam fugir a comentários preconceituosos e depreciativos. Para eles, isto é sinónimo de falta de conhecimento, ou literacia em saúde, principalmente falta de literacia em saúde mental. Há uma necessidade de promover a literacia em saúde mental na população em geral, fornecer informação sobre as perturbações mentais, diminuir o estigma e desmistificar preconceitos. O EEESMP tem como competência específica, a promoção da visibilidade da saúde mental através da sensibilização da população e a desestigmatização das pessoas com perturbação mental. A necessidade do direito à vida, à liberdade de opinião e expressão, o direito ao trabalho e à educação, ou seja, dos direitos humanos imprescindíveis ao ser humano foi abordada pelos participantes. A perceção da constante discriminação feita pela sociedade, quer no trabalho, na escola, com os amigos ou outras pessoas é pautada por uma falta de respeito a eles próprios.

A necessidade de políticas de saúde abrange vários temas relacionados principalmente com a equidade de acesso aos serviços de saúde e ao investimento económico na área da saúde mental em Portugal. A necessidade de apoio social é elencada, principalmente a nível económico, uma vez que as pessoas com esquizofrenia, pela incapacidade laboral, não têm um salário fixo e vivem, a maior parte das vezes, dependentes das famílias. Ora, a maior parte vive com rendimentos baixos provocando dificuldades económicas.

A nível comunitário existe uma necessidade de maior investimento em serviços comunitários, em regime ambulatorio, em instituições que apoiem e que desenvolvam as competências das pessoas com esquizofrenia. A necessidade de melhorar o acesso ao tratamento, através da medicação gratuita é verbalizada pelas pessoas com esquizofrenia pelo que, atualmente, as políticas de saúde têm um papel de relevo na implementação de medidas de apoio de acesso à terapêutica. Este processo é potenciado através da continuidade de cuidados, fortalecido por um sistema de serviços de saúde mental e psiquiatria articulado e comunicativo.

Oferecer cuidados de saúde com qualidade e centrados na pessoa é um desafio enfrentado pelos profissionais da saúde. No entanto, existe um esforço de elevar a conceção holística aos cuidados de saúde mental. A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, por excelência, deve centrar-se na pessoa e dar ênfase à sua colaboração no plano de recuperação da perturbação mental.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pelas suas competências específicas que contemplam a pessoa durante o ciclo vital tem plenas capacidades para auxiliar o outro na adaptação a diversos desafios de vida. Estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa com esquizofrenia é um desafio constante e deve acompanhar as várias fases de cooperação com a pessoa e a família. Salienta-se neste estudo, a importância do EEESMP, pelas suas competências específicas, em realizar intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas, sobretudo na criação da relação terapêutica através da comunicação terapêutica e escuta ativa. Além disso, devem promover intervenções especializadas no âmbito da promoção do autocontrolo, da autogestão do regime terapêutico, da promoção da literacia em saúde e na estimulação cognitiva. As intervenções terapêuticas do EEESMP devem sempre ser baseadas num modelo colaborativo de cuidados, integrando a pessoa, a família, a comunidade e outros profissionais de saúde, num trabalho de rede multidisciplinar. O EEESMP, pelas suas competências específicas, contribui para a promoção de um compromisso com a pessoa com esquizofrenia e as famílias no envolvimento do processo de reabilitação da pessoa.

Importa referir que a multidisciplinaridade das equipas com profissionais especializados em saúde mental é importante para a obtenção de resultados eficazes e de qualidade no processo de cuidar da pessoa com esquizofrenia. Além dos médicos psiquiatras e EEESMP, outros profissionais devem também colaborar no plano individualizado de cuidados das pessoas com esquizofrenia, como os psicólogos, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala e assistentes sociais.

Este estudo tem implicações práticas a nível do conhecimento das verdadeiras necessidades das pessoas com esquizofrenia. A pertinência deste estudo de investigação é a sua contribuição para a mudança das práticas de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria. Os EEESMP têm um poder terapêutico na comunicação e na relação com as pessoas, e por isso, ao realizarem as intervenções adequadas às dificuldades sentidas pelas pessoas e ao centrar as suas intervenções na individualidade das pessoas, potenciam ao máximo as oportunidades de obter resultados com qualidade. E mais, de obter satisfação da pessoa, uma vez que os resultados em saúde intervêm nos resultados pessoais e sociais dessa mesma pessoa. Ou seja, transforma todo o ambiente circundante, espalhando o potencial de ganhos em saúde.

Conclui-se, assim, que as necessidades das pessoas com esquizofrenia enquadram-se em áreas de intervenção dos EEESMP e, por isso, este estudo torna-se relevante para a investigação, para o ensino e para a prática clínica em enfermagem de saúde mental e

psiquiátrica no sentido de melhorar os cuidados de saúde mental englobados numa abordagem centrada na pessoa com esquizofrenia.

Da mesma forma, importa também disseminar os resultados deste trabalho e promover uma reflexão acerca dos resultados da investigação qualitativa, quer na comunidade académica, quer na comunidade em geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo de investigação contribuem para o aperfeiçoamento do conhecimento teórico e prático na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na prestação de cuidados de saúde à pessoa com esquizofrenia.

Sugere-se que a implementação de estratégias centradas na pessoa com esquizofrenia possam contribuir para maximizar o desempenho profissional na área de enfermagem especializada em saúde mental, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados. As intervenções centradas nas necessidades das pessoas com esquizofrenia possibilitam direcionar os cuidados em saúde mental para obter ganhos em saúde.

Este estudo denotou a importância de conhecer a realidade vivenciada pelas pessoas com esquizofrenia, e o quanto influencia o seu tratamento, recuperação e qualidade de vida.

Salienta-se, portanto, através do exposto neste estudo de investigação, a importância dos EEESMP na prestação de cuidados de saúde especializados em saúde mental, baseados em planos individualizados de tratamento, com acompanhamento regular por uma equipa multidisciplinar, integrando a família e a comunidade. Torna-se, também, essencial ampliar as competências das pessoas com esquizofrenia para que possam assumir o controlo e a responsabilidade pela sua própria vida. Este processo reitera a necessidade de um maior investimento em intervenções comunitárias de acompanhamento de pessoas com perturbação mental, num trabalho articulado entre os serviços de saúde mental, com base nos conceitos de proximidade na comunidade e centrado nas reais necessidades das pessoas.

Os EEESMP devem assumir e defender posições cada vez mais autónomas e planeadas, essencialmente ao nível da promoção da saúde mental na comunidade. A relação terapêutica, pautada na empatia e na escuta ativa, mostrou-se como um pilar fundamental para o sucesso da prestação de cuidados em saúde mental. Este estudo também reforça a relevância da responsabilidade ética e profissional dos EEESMP no cuidado a pessoas que enfrentam desafios na sua vida.

Por fim, além de dificuldades organizacionais, políticas ou económicas evidentes em Portugal, existe também uma lacuna na sensibilização da população relativamente à

perturbação mental. Por isso, espera-se que a visão da sociedade relativamente à pessoa com esquizofrenia sofra alterações no sentido de promover a sensibilização ao respeito e às atitudes humanas, sem manifestações de discriminação e preconceito.

Posto isto, importa refletir sobre as principais limitações do estudo, nas quais se destaca a aplicação da técnica de análise de conteúdo, uma vez que esta técnica está dependente da experiência do investigador na elaboração dos constructos teóricos, neste caso das categorias e subcategorias.

Em qualquer tipo de abordagem, o contexto torna-se muito importante para o processo de investigação, e neste caso, o contexto onde foi realizado o estudo, assim como o contexto a que os participantes pertenciam foi um denominador relevante para o resultado. O fato de os participantes estarem integrados num grupo comunitário, numa unidade sócio-ocupacional e, de certa forma, inseridos num grupo, influencia a perceção dos cuidados em saúde mental. No entanto, outras pessoas com esquizofrenia inseridas em outro contexto diferente, mais isolado ou com menos experiências de apoio comunitário, poderiam ter outras necessidades em cuidados de saúde mental.

Para que a prestação dos cuidados especializados em saúde mental por parte do EEESMP seja de excelência, a sua intervenção deve ter por base uma prática baseada em evidências e centrada nas pessoas com esquizofrenia. Assim, incentiva-se futuras investigações das necessidades das pessoas com esquizofrenia em diferentes contextos, uma vez que apenas as pessoas com perturbação mental conseguem descrever o sofrimento mental, os seus sentimentos e a perceção da realidade que vivem diariamente.

Finalmente, os resultados desta investigação são relevantes para a tomada de consciência da importância de considerar a pessoa como o centro dos cuidados em saúde mental, num processo colaborativo e de proximidade, facilitando a gestão dos próprios serviços de saúde e as políticas inerentes aos mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M. (2023). *Conceito de saúde e sua evolução*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://doi.org/10.48684/J2YM-BX26>
- ALMA-ATA. Alma Ata. 1978. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.html
- Almeida, V. de C. F. de, Lopes, M. V. de O., & Damasceno, M. M. C. (2005). Peplau's theory of interpersonal relations: an analysis based of barnum. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 39(2), 202–210. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200011>
- Almeida, J., Mateus, P., Xavier, M., & Tomé, G. (2015). *Joint Action on Mental Health and Wellbeing: Towards Community-based and Socially Inclusive Mental Health Care*. Comissão Europeia.
- Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Katz, S. J., Haro, J. M., De Girolamo, G., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Vilagut, G., Almansa, J., Lépine, J. P., & Brugha, T. S. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 190, 299–306. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.022004>
- American Psychiatric Association. (2019). Practice Guideline For The Treatment Of Patients With Schizophrenia. Disponível em <https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/Clinical%20Practice%20Guidelines/APA-Draft-Schizophrenia-Treatment-Guideline.pdf>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5 (TR))* (5.^a ed.). American Psychiatric Association Publishing.
- Aparecido, G. A., & Silva, D. A. da. (2020). Pessoas com esquizofrenia: percepção acerca da discriminação e do estigma. *Research, Society and Development*, 9(3), e78932444. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2444>
- AshaRani, P. V., Tan, Y. W. B., Samari, E., Wang, P., Cetty, L., Satghare, P., Ho, J., Koh, S. A., Zhong Yi, L., Tang, C., Verma, S., & Subramaniam, M. (2022). Needs of patients with early psychosis: A comparison of patient's and mental health care provider's perception. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.952666>
- Baldwin, M. L., DeSerpa, A. C., & Marcus, S. C. (2023). Workplace Disclosure of Serious Mental Illness and Gainful Employment: Theory and Evidence. *PubMed*, 26(1), 3–17.
- Baldwin, M. L., White, R. M. B., & Marcus, S. C. (2023). Employer-Provided and Self-Initiated Job Accommodations for Workers with Serious Mental Illness. *PubMed*, 26(4), 137–14

- Barbosa, J. (2013). A Investigação sobre Esquizofrenia em Portugal: Uma Revisão Sistemática. *Interações: Sociedade E as Novas Modernidades*, 25. <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/366>
- Barbour, R. (2009). Grupos focais. Porto Alegre: Artmed.
- Bardin, L. 2016. *Análise de conteúdo : tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro*. (1º ed). São Paulo : Edições 70
- Batalden, M., Batalden, P., Margolis, P., Seid, M., Armstrong, G., Opipari-Arrigan, L., & Hartung, H. (2016). Coproduction of healthcare service. *BMJ Quality & Safety*, 25(7), 509–517. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004315>
- Bauer, S. M., Schanda, H., Karakula, H., Olajossy-Hilkesberger, L., Rudaleviciene, P., Okribelashvili, N., Chaudhry, H. R., Idemudia, S. E., Gscheider, S., Ritter, K., & Stompe, T. (2011). Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 52(3), 319–325. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.06.008>
- Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M., & Stewart, K. (2001). Focus Groups in Social Research. SAGE Publications.
- Bridges, J. F., Beusterien, K., Heres, S., Such, P., Sánchez-Covisa, J., Nylander, A.-G., Chan, E., & de Jong-Laird, A. (2018). Quantifying the treatment goals of people recently diagnosed with schizophrenia using best–worst scaling. *Patient Preference and Adherence, Volume 12*, 63–70. <https://doi.org/10.2147/ppa.s152870>
- Carvalho, C. M. S. de, Sousa, D. M. G. de, Pinho, R. I. A. de, Fernandes, M. A., & Oliveira, A. D. da S. (2018). Vivências de familiares da pessoa com esquizofrenia. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 13(3), 125–131. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i3p125-131>
- Carvalho, J. C. (2015). A família e as pessoas com experiência de doença mental. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 14. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0099>
- Chalifour, J. (2008). A intervenção terapêutica. Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Loures: Lusodidacta.
- Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J. G., McGrath, J. J., & Whiteford, H. A. (2018). Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1195–1203. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby058>
- Chavertana, M. (2020). *Intervenções Psicoeducativas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica para Promoção do Insight na Pessoa com Esquizofrenia* [Tese de Mestrado não publicada]. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33542/1/BCTFC112.pdf>

- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Bernert, S., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J. M., Kovess, V., Vilagut, G., & Kessler, R. C. (2009). Perceived Need for Mental Health Care and Service Use Among Adults in Western Europe: Results of the ESEMeD Project. *Psychiatric Services, 60*(8), 1051–1058. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.8.1051>
- Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M., & Roldán Merino, J. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 23*. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0274>
- Coelho, M. (2014). *Comunicação terapêutica em enfermagem: utilização pelos enfermeiros*. [Tese de Mestrado não publicada]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/82004>
- Conselho Nacional de Saúde. Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa: CNS, 2019.
- Cornish, P. (2020). *Stepped Care 2.0: A paradigm shift in mental health*. Springer Nature.
- Correll, C., & Schooler, N. (2020). Negative symptoms in schizophrenia: A review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 16*(1), 519–534. <https://doi.org/10.2147/ndt.s225643>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *The American Psychologist, 59*(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Cramm, J. M., & Nieboer, A. (2016). The changing nature of chronic care and coproduction of care between primary care professionals and patients with COPD and their informal caregivers. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 175*. <https://doi.org/10.2147/copd.s94409>
- Cusack, J., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2004). Who Influence Men to Go to Therapy? Reports from Men Attending Psychological Services. *International Journal for the Advancement of Counselling, 26*(3), 271–283. <https://doi.org/10.1023/b:adco.0000035530.44111.a8>
- D’Antonio, P., Beeber, L., Sills, G., & Naegle, M. (2014). The future in the past: Hildegard Peplau and interpersonal relations in nursing. *Nursing Inquiry, 21*(4), 311–317. <https://doi.org/10.1111/nin.12056>
- Denzin, N. K. (2011). *The Sage handbook of qualitative research* (4.^a ed.). Sage Publications.
- Descalço, N. (2017). *Adesão à terapêutica nos doentes com esquizofrenia – uma revisão da literatura*. [Tese de Mestrado]. Faculdade de Medicina de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/33183>
- Diário da República. (2001). *A Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humanos face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina*.

https://www.ucp.pt/sites/default/files/201903/Resolucao_AR_2001_01_Oviedo.pdf

Diário da República. Decreto-Lei n.º104/1998. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Código Deontológico do Enfermeiro. Lisboa, 1998-04-21

Diário da República. Lei n.º 169/1998: Lei da Saúde Mental. 1ª Série I-A. Lisboa, 1998-07-24, n.º36, pp. 3544 – 3550. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/36/1998/07/24/p/dre/pt/html>

Diário da República. Regulamento n.º515/2018: Regulamento de Competências Específicas em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República, 2ª série. Lisboa, 2018-08-07, n.º 151, pp. 21427 – 21430. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/115932570/details/maximized>

Dias, P., Campos, L., Almeida, H., & Palha, F. (2018). Mental Health Literacy in Young Adults: Adaptation and Psychometric Properties of the Mental Health Literacy Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1318. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071318>

Doane, M. J., Sajatovic, M., Weiden, P. J., O’Sullivan, A. K., Maher, S., Bjorner, J. B., Sikora Kessler, A., Carpenter-Conlin, J., Bessonova, L., & Velligan, D. I. (2020). Antipsychotic Treatment Experiences of People with Schizophrenia: Patient Perspectives from an Online Survey. *Patient Preference and Adherence, Volume 14*, 2043–2054. <https://doi.org/10.2147/ppa.s270020>

Dunlap, L. J., Han, B., Dowd, W. N., Cowell, A. J., Forman-Hoffman, V. L., Davies, M. C., & Colpe, L. J. (2016). Behavioral health outcomes among adults: Associations with individual and community-level economic conditions. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 67(1), 71–77. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400016>

Elwyn, G., Nelson, E., Hager, A., & Price, A. (2019). Coproduction: when users define quality. *BMJ Quality & Safety*, 29(9), bmjqs-2019-009830. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009830>

Effertz, C. (2019). *Políticas Públicas e Saúde Mental: análise da percepção dos cidadãos*. [Tese de Mestrado]. Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/18185>

Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Acesso a cuidados de saúde mental nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde*. Porto. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1500/Estudo_Saude_Mental_versao_publicar_v.2.pdf

European Commission. (2023). *Flash Eurobarometer 530 (Mental Health)*. GESIS. <https://doi.org/10.4232/1.14204>.

European Commission (2023). *Management Plan 2023*. Directorate-General for Health and Food Safety. https://commission.europa.eu/document/download/b19d0b06-c34d-4562-bf6d-f5c7a5fb12f6_en?filename=sante_mp_2023_en_0.pdf

- Ferreira, C. (2022). *Literacia em saúde mental de pacientes com esquizofrenia*. [Tese de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/3361/1/Carla_Ferreira.pdf
- Figueira, M.L., Sampaio, D., Afonso, P. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Lidel
- Forero, R., Nahidi, S., De Costa, J., Mohsin, M., Fitzgerald, G., Gibson, N., McCarthy, S., & Aboagye-Sarfo, P. (2018). Application of four-dimension criteria to assess rigour of qualitative research in emergency medicine. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2915-2>
- Franck, N. (2014). *Remédiation cognitive et insertion professionnelle dans la schizophrénie*. 40, S75–S80. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.04.004>
- Galliot, G., Sanchez-Rodriguez, R., Belloc, A., Phulpin, H., Icher, A., Birmes, P., Faure, K., & Gozé, T. (2022). Is clinical insight a determinant factor of subjective recovery in persons living with schizophrenia or schizoaffective disorders? *Psychiatry Research*, 316, 114726. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114726>
- Gago, J. F. C. de S. (2012). *Programas de cuidados integrados para pessoas com esquizofrenia ou perturbação esquizoafetiva : estudo sobre a exequibilidade, implementação e resultados de um programa de cuidados integrados para pessoas com esquizofrenia ou perturbação esquizoafetiva em Portugal*. Run.unl.pt. <http://hdl.handle.net/10362/11462>
- George, M., Maheshwari, S., Chandran, S., Manohar, J. S., & Sathyanarayana Rao, T. S. (2017). Understanding the schizophrenia prodrome. *Indian Journal of Psychiatry*, 59(4), 505–509. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_464_17
- Geremias, A. R., Zambroni-de-Souza, P. C., & Lucca, S. R. de. (2021). Histórias de vida e estigma de trabalhadores com transtornos mentais acompanhados em ambulatório especializado. *Cadernos de Psicologia Social Do Trabalho*, 24(1), 51–64. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v24i1p51-64>
- Gomes, F., Amendoeira, J., & Martins, M. (2012). A Comunicação no Processo Terapêutico das Famílias de Doentes Mentais. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 7, 54–60. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0080>
- Gonçalves, A., Cabral, L., Cruz, C., Chaves, C., Sequeira, C., & Figueiredo Rodrigues, J. (2021). Literacia em saúde mental positiva nos enfermeiros de cuidados de saúde primários. *Revista INFAD de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 71–84. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v1.2044>
- Gonçalves, Sónia P., Gonçalves, Joaquim P. & Marques, Célio G. (2021). *Manual de Investigação Qualitativa - conceção, análise e aplicações*. PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação. Lisboa. ISBN: 978-989-693-114-8
- Gordon, J. A., Morris, S. E., & Avenevoli, S. (2022). A framework for integration of dimensional and diagnostic approaches to the diagnosis of

- schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 242, 98–101.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.01.056>
- Gouveia, M., Ascensão, R., Fiorentino, F., Pascoal, J., Costa, J., & Borges, M. (2018). The cost and burden of schizophrenia in Portugal in 2015. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*, 4(Suppl. 3), S13.
[https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2017.4\(suppl.3\).s13](https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2017.4(suppl.3).s13)
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56(1), 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Green, M. F. (2016). Impact of Cognitive and Social Cognitive Impairment on Functional Outcomes in Patients With Schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(Suppl 2), 8–11. <https://doi.org/10.4088/jcp.14074su1c.02>
- Grover, S., Avasthi, A., Shah, S., Lakdawala, B., Chakraborty, K., Nebhinani, N., Kallivayalil, R., Dalal, P., Sinha, V., Khairkar, P., Mukerjee, D., Thara, R., Behere, P., Chauhan, N., Thirunavukarasu, M., & Malhotra, S. (2015). Indian Psychiatric Society multicentric study on assessment of health-care needs of patients with severe mental illnesses as perceived by their family caregivers and health-care providers. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(2), 181. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.158185>
- Huxley, P., Kraye, A., Poole, R., Prendergast, L., Aryal, S., & Warner, R. (2021). Schizophrenia outcomes in the 21st century: A systematic review. *Brain and Behavior*, 11(6). <https://doi.org/10.1002/brb3.2172>
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP® BROWSER*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Jablensky, A. (2022). The Diagnostic Concept of Schizophrenia: Its history, Evolution, and Future Prospects. *Schizophrenia*, 12(3), 271–287.
<https://doi.org/10.31887/dcns.2010.12.3/ajablensky>
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., Accrombessi, M. M. K., & Acharya, D. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789–1858.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32279-7)
- Jayasekara, R. S. (2012). Focus groups in nursing research: Methodological perspectives. *Nursing Outlook*, 60(6), 411–416.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.02.001>

- Jorge, P., & Carvalheiro, J. (2021). Necessidades de Cuidados em Saúde Mental: A Perceção da Pessoa com Doença Mental Versus a do Técnico. *Revista Portuguesa de Psiquiatria E Saúde Mental*, 7(3), 101–108. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2021.v7.i3.224>
- Kadokia, A., Catillon, M., Fan, Q., Williams, G. R., Marden, J. R., Anderson, A., Kirson, N., & Dembek, C. (2022). The Economic Burden of Schizophrenia in the United States. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 83(6). <https://doi.org/10.4088/jcp.22m14458>
- Kališová, L., Michalec, J., Filip Děchtěrenko, Petr Šilhán, Hýža, M., M. Chlebovcova, M. Brenova, & Bezdicek, O. (2023). Impact of cognitive performance and negative symptoms on psychosocial functioning in Czech schizophrenia patients. *PubMed Central*, 9(1). <https://doi.org/10.1038/s41537-023-00374-9>
- Kantorski, L. P., Cardano, M., Couto, M. L. D. O., Silva, M. S. S. J. da, & Santos, C. G. dos. (2018). Situações de vida relacionadas ao aparecimento das vozes: com a palavra os ouvidores de vozes. *Journal of Nursing and Health*, 8. <https://doi.org/10.15210/jonah.v8i0.14096>
- Keefe, K., Cardemil, E. V., & Thompson, M. (2020). Understanding barriers and facilitators to therapeutic relationships in state psychiatric hospitals. *Journal of Clinical Psychology*, 76(1), 195–209. <https://doi.org/10.1002/jclp.22866>
- Keepers, G. A., Fochtmann, L. J., Anzia, J. M., Benjamin, S., Lyness, J. M., Mojtabai, R., Servis, M., Walaszek, A., Buckley, P., Lenzenweger, M. F., Young, A. S., Degenhardt, A., & Hong, S.-H. (2020). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 177(9), 868–872. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.177901>
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009) *Focus groups: A practical guide for applied research* (4th Ed.). California. Sage.
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2015) *Focus groups: A practical guide for applied research* (5th Ed.). California. Sage.
- Lasalvia, A., Bonetto, C., Salvi, G., S. Bissoli, M. Tansella, & Ruggeri, M. (2007). Predictors of changes in needs for care in patients receiving community psychiatric treatment: a 4-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(s437), 31–41. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01091.x>
- Laursen, T. M., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2014). Excess Early Mortality in Schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 425–448. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657>
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred Access to Health Care: Conceptualising Access at the Interface of Health Systems and Populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. BMC. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Levitan, B., Markowitz, M., Mohamed, A. F., Johnson, F. R., Alphs, L., Citrome, L., & Bridges, J. F. P. (2015). Patients' Preferences Related to Benefits, Risks, and Formulations of

- Schizophrenia Treatment. *Psychiatric Services*, 66(7), 719–726. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400188>
- Li, J., Guo, Y.-B., Huang, Y.-G., Liu, J.-W., Chen, W., Zhang, X.-Y., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2017). Stigma and discrimination experienced by people with schizophrenia living in the community in Guangzhou, China. *Psychiatry Research*, 255, 225–231. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.040>
- Lim, A., Hoek, H. W., Deen, M. L., Blom, J. D., Bruggeman, R., Cahn, W., de Haan, L., Kahn, R. S., Meijer, C. J., Myin-Germeys, I., van Os, J., & Wiersma, D. (2016). Prevalence and classification of hallucinations in multiple sensory modalities in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 176(2-3), 493–499. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.06.010>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE Publications.
- Loureiro, C. S. (2014). *Primeiro contacto com o internamento em psiquiatria: reações e expectativas da família*. [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/17328>
- Loureiro, L., Dias, C., Aragão, R. (2008). Crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Revista de Enfermagem Referência*. 2(8), 33 - 44.
- Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Santos, J., Oliveira, R., & Ferreira, R. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 6), 157–166. <https://doi.org/10.12707/riii11112>
- Macedo, E., Gomes, F., Candeias, A., Azevedo, C., Peixoto, S., & Pires, B. (2020). Intervenção comunitária recovery: Impacto na qualidade de vida, suporte social e satisfação de necessidades da pessoa com doença mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0251>
- Maldonado, J. G., Urizar, A. C., García, M. F., & Dávila, P. F. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*, 24(2), 255-262.
- Manamela, K. E., Ehlers, V. J., van der Merwe, M. M., & Hattingh, S. P. (2003). A needs assessment of persons suffering from schizophrenia. *Curationis*, 26(3), 88–97. <https://doi.org/10.4102/curationis.v26i3.854>
- Martínez, A. L., Brea, J., Rico, S., de los Frailes, M. T., & Loza, M. I. (2021). Cognitive Deficit in Schizophrenia: From Etiology to Novel Treatments. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(18), 9905. <https://doi.org/10.3390/ijms22189905>
- Martins, J. (2017). *Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde dos portugueses em 2014*. [Tese de Mestrado]. Universidade Nova de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10362/31116>

- Martins, M.. (2019). *Opiniões e atitudes dos profissionais de saúde face à doença mental em diferentes serviços de um Hospital Geral*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto].
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a Framework for person-centred Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- McDaid, D., Hewlett, E. and A. Park (2017), “Understanding Effective Approaches to Promoting Mental Health and Preventing Mental Illness”, *OECD Health Working Papers*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/bc364fb2-en>
- Medeiros-Ferreira, L., Navarro-Pastor, J. B., Zúñiga-Lagares, A., Romani, R., Muray, E., & Obiols, J. E. (2016). Perceived needs and health-related quality of life in people with schizophrenia and metabolic syndrome: a “real-world” study. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1005-4>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Miguel, L. S., & Sá, A. B. (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011- 2016: reforçar, expandir - contribuição para o Plano Nacional de Saúde*. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde. <https://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSP1.pdf>
- Morgan, D. L. (1996). *Focus groups as qualitative research*. Qualitative research methods: vol. 16. Thousand Oaks, California: Sage.
- Morgan, D. L. (1998). *Planning focus group*. Thousand Oaks, California: Sage
- Mucci, A., Kawohl, W., Maria, C., & Wooller, A. (2020). Treating Schizophrenia: Open Conversations and Stronger Relationships Through Psychoeducation and Shared Decision-Making. *Frontiers in Psychiatry*, 11(761). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00761>
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem - Teoria e prática*. Lidel. ISBN: 9789897524905
- Neto, D. C., Dendasck, C., & Oliveira, E. de. (2016). A evolução histórica da Saúde Pública. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo Do Conhecimento*, 01(01), 52–67. <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/a-evolucao-historica-da-saude-publica>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de enfermagem*. NURSE'IN - Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas. ISBN 978-989-54837-0-9. <https://doi.org/ISBN:978-989-54837-0-9>
- Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K., Bond, V., Ekstrand, M. L., Lean, R. M., Mitchell, E. M. H., Nelson, L. R. E., Sapag, J. C., Siraprasiri, T., Turan, J., & Wouters, E. (2019).

- Stigma in health facilities: Why it matters and how we can change it. *BMC Medicine*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>
- O'Toole A. W., & Welt, S. R. (1996). *Teoría interpersonal en la práctica de la enfermería: trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau*. Barcelona. Masson.
- OECD. (2018). Health at a Glance: Europe 2018. In *Health at a Glance: Europe*. OECD. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- OECD. (2023). Health at a Glance 2023. In *Health at a Glance*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- Oliveira, R. M., Facina, P. C. B. R., & Siqueira Júnior, A. C. (2012). A realidade do viver com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 309–316. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672012000200017>
- Oliveira, S., Carolino, L., & Paiva, A. (2012). Programa Saúde Mental Sem Estigma: Efeitos de Estratégias Diretas e Indiretas nas Atitudes Estigmatizantes. *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental*, 8, 30–37. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0068>
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Tomada de Posição do Conselho Diretivo Ordem dos Enfermeiros sobre Investigação em Enfermagem. Acedido a 19 de abril de 2020 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 515/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica publicado set-20 em Diário da República nº151/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de agosto de 2018:21427-21430. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/115932570>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe®) Lisboa. ISBN: 978-989-96021-1-3
- Ornelas, J., Monteiro, F., Moniz, M. J., Duarte, T. (2005). *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares* (1ª edição). AEIPS Edições. https://www.aeips.pt/wp-content/uploads/2020/02/part_empower.pdf
- Ouzir, M., Azorin, J. M., Adida, M., Boussaoud, D., & Battas, O. (2012). Insight in schizophrenia: From conceptualization to neuroscience. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(3), 167–179. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02325.x>

- Pachoud, B., Llorca, P. M., Azorin, J. M., Dubertret, C., de Pierrefeu, I., Gaillard, R., & Franck, N. (2015). Comment améliorer les pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des patients souffrant de schizophrénie en France ? *L'Encéphale*, 41(6), 507–514. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.09.006>
- Palha, F. & Costa, N. (2015). *Trajetórias pelos cuidados de saúde mental. Parte I – O processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às perceções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos*. Porto. ENCONTRAR+SE.
- Palha, J., & Palha, F. (2016). Perspetiva sobre a Saúde Mental em Portugal. *Gazeta Médica*. <https://doi.org/10.29315/gm.v3i2.110>
- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica*. Masson- Salvat.
- Pereira, P., & Botelho, M. A. R. (2014). Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: *Pensar Enfermagem*, 18(2), 61–73. <http://hdl.handle.net/10400.26/23806>
- Pinfold, V., Szymczynska, P., Hamilton, S., Peacocke, R., Dean, S., Clewett, N., Manthorpe, J., & Larsen, J. (2015). Co-production in mental health research: reflections from the People Study. *Mental Health Review Journal*, 20(4), 220–231. <https://doi.org/10.1108/mhrj-09-2015-0028>
- Pinho, L. M., Pereira, A. M. de S., & Chaves, C. M. C. B. (2018). Quality of life in schizophrenic patients: the influence of sociodemographic and clinical characteristics and satisfaction with social support. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 40(3), 202–209. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0002>
- Pinho, L. M., Pereira, A., & Chaves, C. (2017). Nursing Interventions in Schizophrenia: The Importance of Therapeutic Relationship. *Nursing & Care Open Access Journal*, 3(6), 331–333. <https://doi.org/10.15406/ncoaj.2017.03.00090>
- Pinho, L., & Pereira, A. (2015). Intervenção familiar na esquizofrenia: Redução da sobrecarga e emoção expressa. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 14. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0101>
- Pinho, L., Sousa, L., Lopes, M., Valentim, O., & Pais-Ribeiro, J. (2020). Escala de Satisfação com o Suporte Social em pessoas com Esquizofrenia: análise das propriedades psicométricas. *Revista Iberoamericana de Saúde e Envelhecimento*, 6(1), 2068–2083. <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/31660>
- Pinho, M., Ribeiro, J. P., & Freitas, A. (2020). Schizophrenia Related Hospitalizations – a Big Data Analysis of a National Hospitalization Database. *Psychiatric Quarterly*, 92(1), 239–248. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09793-8>
- Powell, R. A., & Single, H. M. (1996). Focus Groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5), 499–504. <https://doi.org/10.1093/intqhc/8.5.499>

- Programa Nacional para a Saúde Mental. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. *Direção-Geral da Saúde*. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf
- Putra, A. D. M., & Sandhi, A. (2021). Implementation of nursing case management to improve community access to care: A scoping review. *Belitung Nursing Journal*, 7(3), 141–150. <https://doi.org/10.33546/bnj.1449>
- Queirós, T. P., Coelho, F. S., Linhares, L. A., & Correia, D. T. (2019). Esquizofrenia: O Que o Médico Não Psiquiatra Precisa de Saber. *Acta Médica Portuguesa*, 32(1), 70. <https://doi.org/10.20344/amp.10768>
- Reis, D. W. R. dos, Nascimento, R. V. Q., Porto, T. de O., Campos, V. M. da C., Oliveira, S. C. de, Lacerda, T. B., Nunes, B. T. C., Souza, G. M. de, Pereira, M. S., & Silva, R. M. P. (2021). Assistência de Enfermagem ao paciente portador de esquizofrenia. *Research, Society and Development*, 10(7), e8110716444. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16444>
- Roach, M., Lin, D., Graf, M., Pednekar, P., Chou, J. W., Benson, C., & Doshi, J. A. (2021). Schizophrenia population health management: perspectives of and lessons learned from population health decision makers. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 27(10-a Suppl), S2–S13. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2021.27.10-aa.s2>
- Rocha, J. (2007). *Análise pragmática da linguagem de pessoas com esquizofrenia*. [Mestrado em Ciências da Fala e da Audição]. Universidade de Aveiro <http://hdl.handle.net/10773/4875>
- Rodrigues, S., & Filipe, L. (2024). O enfermeiro na abordagem terapêutica da esquizofrenia: uma revisão integrativa. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 7(14), e14897–e14897. <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i14.897>
- Sakai, Y., Ito, S., Matsumoto, J., Yasuda, Y., Hidenaga Yamamori, Fujimoto, M., Hasegawa, N., Ishimaru, K., Miura, K., & Hashimoto, R. (2023). Longitudinal characteristics of insight and clinical factors in patients with schizophrenia. *Neuropsychopharmacology Reports*, 43(3), 373–381. <https://doi.org/10.1002/npr2.12356>
- Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2018). How to Practice person-centred care: a Conceptual Framework. *Health Expectations*, 21(2), 429–440. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hex.12640>
- Santos, A. E. dos, Pedrão, L. J., Zamberlan-Amorim, N. E., Carvalho, A. M. P., & Bárbaro, A. M. (2014). Comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia. *Revista CEFAC*, 16(4), 1283–1293. <https://doi.org/10.1590/1982-021620140913>
- Santos, L. (2020). *Literacia em saúde mental – Esquizofrenia*. [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.22/17300>

- Saraiva, C. & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental* (1ª Edição). Lisboa: Lidel. ISBN 978-989-752-071-6
- Schülhi, P. A. P., Wadman, M. A. P., & Sales, C. A. (2012). O cotidiano familiar da pessoa com esquizofrenia: cuidando no domicílio. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14(1). <https://doi.org/10.5216/ree.v14i1.13963>
- Sequeira, C. & Carvalho, J. C. (2016). Comunicar com pessoas com esquizofrenia in Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e Relação de ajuda*. Lisboa. Lidel
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental : diagnósticos e intervenções*. (1º ed.). Lidel.
- Sequeira, C., Sampaio, F., & Roldán Merino, J. (2016). A relação de ajuda como intervenção psicoterapêutica in Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa. Lidel
- Serra, R., Etemadi, Y., van Regteren Altena, M., Barbui, C., & Tarsitani, L. (2023). A systematic review of Clinical Practice Guidelines for the development of the WHO's Package of Interventions for Rehabilitation: focus on schizophrenia. *Frontiers in Public Health*, 11, 1215617. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1215617>
- Silva, M., Resurrección, D. M., Antunes, A., Frasquilho, D., & Cardoso, G. (2018). Impact of economic crises on mental health care: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29. <https://doi.org/10.1017/s2045796018000641>
- Silva, B. E. A. da, Silva, S. O., Queiroz, G. C. S., Guimarães, A. E. A., Barros, K. P. da S., Machado, A. S., Veras, A. de S., & Queiroz, P. dos S. S. (2021). Papel do enfermeiro na assistência ao paciente com esquizofrenia. *Research, Society and Development*, 10(16), e300101623918. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23918>
- Silva, I. S., Veloso, A. L., & Keating, J. B. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 26(26). <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4703>
- Silva, M., & Pimentel, A. (2023). Experiência e representação da escuta de vozes na expressão cotidiana. *Psicologia em estudo*, 28. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v28i0.54552>
- Silva-Pereira, P., & Rebelo-Botelho, M. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde. *Pensar Enfermagem*, 18, 61–73.
- Sim, J., & Waterfield, J. (2019). Focus Group methodology: Some Ethical Challenges. *Quality & Quantity*, 53(6), 3003–3022. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11135-019-00914-5>
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicologia Em Estudo*, 13(2), 381–388. <https://doi.org/10.1590/s1413-73722008000200021>

- Sledge, W. H., Astrachan, B., Thompson, K., Rakfeldt, J., & Leaf, P. (1995). Case management in psychiatry: an analysis of tasks. *The American journal of psychiatry*, 152(9), 1259–1265. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.9.1259>
- Sousa, D. A. (2015). *Qualidade de vida e suporte social em doentes com esquizofrenia*. [Tese de Mestrado]. Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/15924>
- Souza, L. A. de, & Coutinho, E. S. F. (2006). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), 50–58. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462006000100011>
- Souza, L. K. de. (2020). Recomendações para a Realização de Grupos Focais na Pesquisa Qualitativa. *PSI UNISC*, 4(1), 52–66. <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v4i1.13500>
- Spagolla, K. C., & Costa, M. de O. (2021). A atuação da enfermagem na assistência ao portador de esquizofrenia no ambiente familiar. *Research, Society and Development*, 10(7), e30410716601. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16601>
- Stefanatou, P., Tsompanaki, E., Lavdas, M., Giannouli, E., Ralli, I., Kalogerakou, S., Anyfandi, E., Stylianidis, S., Stefanis, N., Mavreas, V., & Konstantakopoulos, G. (2022). Patient-reported needs predict perceived psychosocial disability and quality of life beyond symptom severity in schizophrenia. *Disability and Rehabilitation*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2040610>
- Teixeira, J., Ramos, V., & Nogueira, V. (2023). Integração e continuidade de cuidados de saúde à pessoa com esquizofrenia e sua família. *Rpmgf*, 39(5), 458–470. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v39i5.13416>
- Teixeira, J. M. (2007). Neurocognição, cognição social e funcionamento social na esquizofrenia. *Repositorio-Aberto.up.pt*. <https://hdl.handle.net/10216/26506>
- Tolosa-Merlos, D., Moreno-Poyato, A. R., González-Palau, F., Pérez-Toribio, A., Casanova-Garrigós, G., & Delgado-Hito, P. (2023). Exploring the Therapeutic Relationship through the Reflective Practice of Nurses in Acute Mental Health units: a Qualitative Study. *Journal of Clinical Nursing*, 6(1), 253–263. <https://doi.org/10.1111/jocn.16223>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Tonin, C. F., & Muniz Barbosa, T. (2018). A interface entre Saúde Mental e Vulnerabilidade Social. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 11(3), 50. <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i3.2281>
- Torres-González, F., Ibanez-Casas, I., Saldivia, S., Ballester, D., Grandón-Fernández, P., Moreno-Küstner, B., Xavier, M., & Gómez-Beneyto, M. (2014). Unmet needs in the management of schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 97. <https://doi.org/10.2147/ndt.s41063>

- Tostes, J. G., De Vasconcelos, A. C. B., Tostes, C. B. da S., De Brito, K. A. N. D., De Souza, T. F., & De Freitas, R. L. (2020). Esquizofrenia e Cognição: Entendendo as Dimensões Atentivas, Perceptuais e Mnemônicas da Esquizofrenia. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 14(4), 102–119. <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2020.v14.30284>
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica-conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. Portugal: Lusociência.
- Treiger, T. M. (2020). Shared Decision-Making. *Professional Case Management*, 25(2), 56–76. <https://doi.org/10.1097/ncm.0000000000000394>
- Uygur, B., & Esen Danaci, A. (2019). Needs of Patients with Schizophrenia and Their Predictors. *Turkish Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.5080/u23283>
- Vasconcelos, M. (2016). *Literacia em saúde mental e o papel da proximidade a problemas de saúde mental* [Tese de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20556/1/DISSERTAÇÃO_FINAL_MARCIA_VASCONCELOS.pdf
- Vilar, T., Nogueira, M. J., Valentim, O., & Seabra, P. (2020). A psicoeducação na adesão terapêutica em utentes com esquizofrenia: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, SPE7*, 103–108. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0254>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: o processo de construção do conhecimento* (3ª ed.). Edições
- Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., Abbasi-Kangevari, M., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abrams, E. M., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., & Acebedo, A. (2020). Global Burden of 369 Diseases and Injuries in 204 Countries and territories, 1990–2019: a Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- Walsh, E., Gilvarry, C., Samele, C., Harvey, K., Manley, C., Tyrer, P., Creed, F., Murray, R., & Fahy, T. (2001). Reducing violence in severe mental illness: randomised controlled trial of intensive case management compared with standard care. *BMJ*, 323(7321), 1093–1093. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7321.1093>
- Waters, F., Collerton, D., ffytche, D. H., Jardri, R., Pins, D., Dudley, R., Blom, J. D., Mosimann, U. P., Eperjesi, F., Ford, S., & Larøi, F. (2014). Visual Hallucinations in the Psychosis Spectrum and Comparative Information From Neurodegenerative Disorders and Eye Disease. *Schizophrenia Bulletin*, 40(Suppl_4), S233–S245. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu036>
- Wiersma, D. (2006). Needs of people with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(s429), 115–119. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00728.x>
- World Health Organization. (2021). Comprehensive mental health action plan 2013-2030. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, *310*(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Wu, Y., Wang, H., Li, C., Zhang, C., Li, Q., Shao, Y., Yang, Z., Li, C., & Fan, Q. (2023). Deficits in Key Brain Network for Social Interaction in Individuals with Schizophrenia. *Brain Sciences*, *13*(10), 1403–1403. <https://doi.org/10.3390/brainsci13101403>
- Xavier, M., Almeida, J. C., Martins, E., Barahona, B., & Kovess, V. (2002). Avaliação das necessidades de cuidados de indivíduos com esquizofrenia em Portugal: estudo comparativo multicêntrico [Needs for care assessment of schizophrenic patients in Portugal: results from a multicentric study. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, *20*(2), 5–17.

ANEXOS

ANEXO I:

APROVAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARTICULAR DA SEGURANÇA SOCIAL (IPSS)



Requerimento de autorização de colaboração em estudo de investigação

Exma. Direção Executiva da *Casa Ozanam - Instituição Particular de Solidariedade Social*

*Eu, Sara Rafaela Oliveira Martins, titular do cartão de identificação n.º 13248667, com a categoria profissional de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, com cédula profissional da OE n.º 70482, venho por este meio solicitar autorização de V. Exas para colaborar no Estudo de Investigação denominado "As necessidades em saúde mental das pessoas com esquizofrenia: um estudo de *focus group*" no âmbito do Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. O estudo está inserido na Unidade de Investigação e Desenvolvimento da Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, sob orientação da Professora Adjunta Joana Coelho.*

De forma a clarificar-vos o estudo, descreve-se abaixo detalhadamente o projeto de investigação "As necessidades em saúde mental das pessoas com esquizofrenia: um estudo de *focus group*". Para a análise do estudo pretende-se a captação áudio dos participantes pelo que solicito também a V. Exas, uma declaração de consentimento para captação de áudio durante o estudo na Vossa Instituição.

Quando autorizado, os resultados do estudo serão publicados fazendo referência a todos os investigadores envolvidos e mencionada a Casa Ozanam. Comprometo-me a não utilizar os dados recolhidos na investigação sem a autorização da Instituição.

Oliveira de Azeméis,

Assinatura da investigadora principal:

Sara Martins

ANEXO II:

CONSENTIMENTO LIVRE, INFORMADO E ESCLARECIDO



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA¹ E A CONVENÇÃO DE OVIEDO²

*Este documento, designado **Consentimento, Informado, Esclarecido e Livre**, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi como convidado a participar. Por favor, leia com atenção este documento. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor, assinie.*

Título do estudo:

As necessidades em saúde mental das pessoas com esquizofrenia: um estudo *focus group*

Enquadramento:

O presente estudo está inserido no trabalho de investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, da Sara Rafaela Oliveira Martins (Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica) sob orientação da Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Joana Catarina Ferreira Coelho

Explicação do estudo:

O estudo tem como objetivo principal explorar e descrever as necessidades em saúde mental das pessoas com esquizofrenia, através de um estudo qualitativo. Serão incluídos participantes adultos, com o diagnóstico de esquizofrenia que integrem a Unidade Socio-Ocupacional da Casa Ozanam. A colheita de dados será realizada através da aplicação da técnica de *focus group* e pretende-se reunir com os participantes na Casa Ozanam. As reuniões de *focus group* serão moderadas pela investigadora e terão como base um guião de questões para promover a discussão entre os participantes. As reuniões serão captadas por gravação áudio para posterior análise qualitativa do estudo após autorização da Casa Ozanam e dos participantes. Os resultados finais do estudo serão apresentados aos participantes.

Condições e financiamento:

O estudo não será financiado. Será respeitado o princípio da beneficência, ressaltando a isenção de dano e exploração dos participantes. O estudo não comporta custos para os participantes, sendo que a participação é voluntária e em caso algum a recusa será motivo de qualquer tipo de prejuízo assistencial.

Confidencialidade e anonimato :

As informações recolhidas serão da responsabilidade da investigadora, destinam-se exclusivamente ao estudo e serão destruídas após finalização da Dissertação do estudo de investigação. Todos os participantes serão codificados para que sejam tratados de forma

¹ [http://www.univie.ac.at/meduniwien/meduniwien.nsf/\(Symbol\)/C751A165204620402019721895104710/\\$File/Declarations_Helsinki_2000.pdf](http://www.univie.ac.at/meduniwien/meduniwien.nsf/(Symbol)/C751A165204620402019721895104710/$File/Declarations_Helsinki_2000.pdf)

² [http://www.univie.ac.at/meduniwien/meduniwien.nsf/\(Symbol\)/C751A165204620402019721895104710/\\$File/Declarations_Helsinki_2000.pdf](http://www.univie.ac.at/meduniwien/meduniwien.nsf/(Symbol)/C751A165204620402019721895104710/$File/Declarations_Helsinki_2000.pdf)

confidencial. As reuniões decorrerão em sala fechada, garantindo o respeito e privacidade dos participantes. Os participantes poderão deixar de participar no estudo, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Caso pretendam desistir devem informar a Diretora Técnica da IPSS, não sendo necessária qualquer justificação, podendo solicitar a eliminação dos dados em caso de abandono.

O estudo é sujeito a avaliação e parecer da comissão de ética da Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha e apenas após parecer favorável será implementado.

Assinatura do investigador: _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Fome garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura do participante:

Assinatura do representante legal:

Data: ___/___/_____

Este documento, composto por 2 páginas, é feito em duplicado:
uma via para a investigadora, outra para a pessoa que consente.



Declaração de consentimento para captação de áudio

Eu, _____
declaro que autorizo a captação áudio da minha voz e que a cedo, a título gratuito, à investigadora Sara Rafaela Oliveira Martins, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, para uso exclusivo no estudo "As necessidades em saúde mental da pessoa com esquizofrenia: um estudo de *focus group*".

Assinatura da investigadora: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do representante legal: _____

Data: ___/___/_____

Este documento, composto por 1 página, é feito em duplicado:
uma via para a investigadora, outra para a pessoa que consente.



ANEXO III:

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Questionário Sócio-demográfico

Esta avaliação é realizada no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e pretende descrever e explorar as necessidades em saúde mental das pessoas com esquizofrenia.

A sua colaboração é muito importante e, neste sentido, solicita-se o preenchimento deste questionário.

As informações recolhidas são confidenciais e anónimas.

Obrigada pela sua colaboração.

A investigadora principal

Sara Martins

1. Idade: _____

2. Género: Masculino Feminino Outro

3. Nível de escolaridade:

1º ciclo 2º ciclo 3º ciclo Ensino Secundário Ensino Superior

ANEXO IV:

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Guião da entrevista semi-estruturada

- Podem dizer-me uma ou mais palavras que associam ao termo doença mental?
- Que palavra(s) escolheriam para definir o vosso bem-estar pessoal?
- Que sentimento(s) vivenciaram quando souberam que tinham uma doença mental?
- Se existiram mudanças, podem-me falar sobre isso?
- Ao longo da vivência com a doença mental, a relação com as outras pessoas sofreu alguma mudança?
- Quais as dificuldades que sentem na vivência com a doença?
- Como lidam com as situações mais difíceis?
- Quais os apoios que promovem o bem-estar das pessoas com doença mental?
- Existe algum apoio que seja mais difícil de obterem para melhorarem o bem-estar?
- Quais as atividades que proporcionam maior bem-estar?
- Qual a vossa opinião relativamente aos cuidados de saúde mental?
- O que é mais importante para si num enfermeiro?
- Das intervenções em cuidados de saúde que já experienciou, qual consideram a que teve melhores resultados?
- O que sentem que deve mudar para ser mais simples lidar com a doença mental?

ANEXO V:

APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA



**APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER DA
COMISSÃO DE ÉTICA**

Parecer n.º 005/2024	Código: 2024.000	Data: 11 de janeiro 2024
----------------------	------------------	--------------------------

Título do estudo de investigação: ePowerCare4All – Together we achieve wellness	
Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe: Linha de Investigação Enfermagem: N/A	
Investigador responsável: Liliana Mota; Fernanda Príncipe, Henrique Pereira, Sónia Novais, António Ferreira, Paulo Azevedo, Conceição Graça, João Ventura, Mário Branco, Ricardo Melo, Márcio Domingues, Joana Coelho, Catarina Nogueira, Maribel Carvalhais, Igor Pinto, Manuela Ferreira	Protocolo (se aplicável): N/A

A Comissão de Ética da ESSNorteCVP, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do estudo de investigação acima referenciado. Analisado o processo foi votado pelos Membros, da Comissão de Ética, presentes: Carlos Costa Gomes, Sónia Novais, Alda Portugal, Teresa Guerreiro.

Resultado da votação:	Aprovado por unanimidade <input checked="" type="checkbox"/>	Rejeitado por unanimidade <input type="checkbox"/>
	Aprovado por maioria	Rejeitado por maioria <input type="checkbox"/>

Resumo do Parecer/Recomendações:

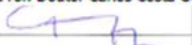
1. Este estudo é importante para a área científica a que se propõe

Assegura os principais aspetos éticos da investigação, conforme código de ética e integridade científica da EssNorteCVP e o Código Europeu de ética e Integridade Científica na investigação

CONCLUSÃO

Somos do parecer que se aprove favoravelmente o projeto.

Pelo que se submete à consideração superior.

Data: 11 de janeiro de 2024	Presidente da Comissão de Ética Prof. Doutor Carlos Costa Gomes  Assinatura:
-----------------------------	--

