



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**Adesão ao Regime Terapêutico na Pessoa com
Esquizofrenia**

Nélia Rodrigues Manso

2011





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Adesão ao Regime Terapêutico na Pessoa com Esquizofrenia

Nélia Rodrigues Manso

Relatório de estágio orientado por:

Professor Luís Nabais

2011



RESUMO

Neste documento descrevem-se e analisam-se um conjunto de intervenções dirigido para a promoção da “adesão ao regime terapêutico na pessoa com esquizofrenia”. Esta experiência organizou-se em torno de dois contextos clínicos de Saúde Mental e Psiquiatria, internamento e ambulatório. O alvo das intervenções foi a pessoa com doença mental grave, com o diagnóstico médico de “Psicose Esquizofrénica”. Na prática clínica diária, as recaídas e reinternamentos estão, na sua maioria, relacionadas com a não “adesão ao regime terapêutico”, provocando uma ruptura na vida quotidiana do cliente. Como resposta a esta situação foram planeadas intervenções com os seguintes objectivos: fornecer aos clientes informação sobre a doença e regime terapêutico, esclarecer os possíveis efeitos secundários da terapêutica, estimular a tomada de consciência das vantagens/desvantagens da adesão e implementar estratégias de gestão do regime terapêutico. As intervenções foram desenvolvidas integrando estratégias educacionais e comportamentais, que visaram o conhecimento acerca da doença, da terapêutica, associação à rotina diária de mecanismos de adaptação e facilitação do cumprimento do regime terapêutico. De modo a proceder à avaliação das intervenções, foi aplicado o “Inventário de Atitudes para com a Medicação” de HOGAN. Na análise dos resultados, verificou-se que com os clientes que foram desenvolvidas, em grupo, pelo menos três intervenções apresentaram uma melhoria, relativamente às atitudes e crenças acerca da terapêutica. O desenvolvimento deste projecto de estágio permitiu a aquisição de competências, designadamente, ao nível do planeamento, desenvolvimento e avaliação de intervenções. Assim como ao nível, do aperfeiçoamento de estratégias de comunicação terapêutica e a ampliação da capacidade reflexiva.

Palavras – chave: Enfermagem, Pessoa com Esquizofrenia; Adesão ao regime terapêutico; Prevenção das Recaídas

ABSTRACT

In this report, the author describes and analyze interventions focused at promoting medication compliance in people with schizophrenia. These interventions were conducted in two clinical settings, inpatient and outpatient, in a Mental Health and Psychiatry Unity. The subjects of the interventions were persons with severe mental illness, with medical diagnosis of “schizophrenic psychosis”. In clinical practice, relapses and repeated hospitalizations are related with the lack of enrolment to the therapeutic regimen, leading to a rupture in the client daily life. As an answer to this situation, interventions were planned with the following goals: to give the clients information about the disease and the therapeutic regimen, to inform clients about possible secondary effects of the medication, to stimulate the conscience of the advantages and disadvantages of the enrolment and to implement strategies of management of the therapeutic regimen. The interventions developed integrated educational and behavior strategies which goals were: knowledge about the disease, the therapeutic, association with the daily routine of coping mechanisms and facilitation of the fulfillment of the therapeutic regimen. Interventions were assessed with Hogan’s “Drug Attitude Inventory”. The clients, who were submitted to at least three interventions in a group setting, evidenced positive outcomes regarding attitudes and believe about the therapeutic regimen. The development of this training project allowed the acquisition of several skills, namely at the planning level, at the development and intervention assessment level, improving the therapeutic communication strategies and the reflexive capacity.

Key - words: Nursing; Schizophrenia; Medication Compliance; Relapse Prevention.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	7
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	9
1.1 A pessoa com doença mental grave: Esquizofrenia.....	9
1.2 Fenómeno de não Adesão ao Regime Terapêutico na Pessoa com Esquizofrenia.....	13
1.3 Intervenções Promotoras da Adesão ao Regime Terapêutico na Pessoa com Esquizofrenia.....	14
2. INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS E PROCESSOS DE TRABALHOS UTILIZADOS	17
2.1 Intervenções Desenvolvidas no Serviço de Internamento	19
2.2 Intervenções Desenvolvidas na Equipa Comunitária.....	25
2.3 Outra Actividade Desenvolvida.....	27
3. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	29
3.1 Resultados das Intervenções no Serviço de Internamento.....	29
3.1.1 Resultados da análise do IAM.....	34
3.2 Resultado das Intervenções na Equipa Comunitária	36
3.2.1 Resultados da análise do IAM.....	37
4. CONCLUSÃO	40
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	43

ANEXOS

Lista de Ilustrações

Gráfico 1 - Resultados do IAM em contexto de internamento.....	35
Gráfico 2 - Resultados do IAM em contexto de ambulatório.....	38

INTRODUÇÃO

As perturbações psiquiátricas e problemas de saúde mental constituem uma das principais fontes de incapacidade na sociedade (Resolução do Conselho de Ministros N.º 49/2008). É indispensável que os profissionais de saúde de uma forma geral estejam despertos para esta evidência para dar resposta às necessidades em cuidados de saúde da sociedade. Torna-se vital o empenho, particularmente por parte dos que se sentem vocacionados para esta área, em desenvolver e adquirir competências técnicas, científicas e relacionais no âmbito de uma prestação de cuidados de saúde avançados e de qualidade crescente à pessoa com problemas de saúde mental, bem como, na promoção da saúde e adaptação aos processos de saúde e doença em qualquer fase do ciclo da vida.

No âmbito da realização do Curso de Mestrado em Enfermagem de natureza profissional, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, foi-me proposto a elaboração de um Relatório de Estágio, como método de avaliação da Unidade Curricular Estágio.

A escolha da temática devesse ao facto de desenvolver a minha actividade profissional na área de Saúde Mental e a não “adesão ao regime terapêutico” tratar-se de uma realidade com a qual me deparo frequentemente, e da qual estou consciente das implicações desta, quer para a pessoa doente, quer para os seus familiares/cuidadores. O impacto da não “adesão ao regime terapêutico” para a pessoa com esquizofrenia é significativo, visto que aumenta o risco de suicídio, incrementa os custos de saúde, diminui a qualidade de vida, que se repercute claramente, nas famílias/cuidadores (GARCIA *et al*, 2010).

A não “adesão ao regime terapêutico” está descrito como as principais causas de recaídas e reinternamentos. Existe um risco de recaída até 100% para os clientes que interrompem o tratamento farmacológico (PAZ & BENNASAR, 2007).

A irregularidade na toma da terapêutica é um fenómeno bem conhecido e descrito, as falhas nas tomas podem limitar consideravelmente a melhoria clínica. O fenómeno de não “adesão ao regime terapêutico na pessoa com esquizofrenia” pode ser definido como, uma completa cessação da medicação pelo menos durante uma semana (ZYGMENT *et al*, 2002).

WEINDEN *et al* citado por ROSA & ELKIS (2007) refere a não adesão de 23% dos clientes em um mês, 42% em seis meses e 46% em 12 meses após o internamento. Estima-se que a taxa mensal de recaída seja de 3,5% para os clientes aderentes ao tratamento e de 11% para pacientes não aderentes.

Neste sentido, tendo por base o pressuposto que a enfermagem, enquanto profissão, atribui um papel preponderante à qualidade dos cuidados propus-me realizar ao longo do estágio, intervenções estruturadas promotoras da “adesão ao regime terapêutico na pessoa com esquizofrenia” visando o conhecimento acerca da doença, da terapêutica, assim como fomentar a associação na rotina diária de mecanismos de adaptação e facilitação para o cumprimento do regime terapêutico. Para além que, GARCIA *et al* (2010) refere que enfermagem foi sempre sensível a esta problemática da “adesão ao regime terapêutico” e têm realizado algumas propostas de intervenções, mas não existe nenhum planeamento consensual das intervenções.

O ensino clínico foi dividido em dois momentos que decorreram no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital São Francisco Xavier. O primeiro momento, teve lugar na Unidade de Internamento de Saúde Mental e Psiquiatria de Homens, que decorreu entre 27 de Setembro a 11 de Dezembro de 2010 e o segundo momento, teve lugar de 1 de Janeiro a 11 de Fevereiro de 2011, na Equipa Comunitária de Saúde Mental e Psiquiatria de Carnaxide.

O presente relatório de estágio tem como principal objectivo descrever de forma crítico-reflexiva as intervenções realizadas e os aspectos relevantes que se reflectiram em momentos de aprendizagem ao longo deste período de estágio. Constitui portanto um espaço onde foi exposto o resultado dos diferentes momentos de crescimento profissional e pessoal, que concorreram para o desenvolvimento das competências exigidas.

Assim sendo, inicialmente está escrito o enquadramento teórico, onde serão abordados os conceitos e autores de referência, bem como, a justificação da problemática de partida. Posteriormente, serão descritas as actividades desenvolvidas e processos de trabalhos utilizados, sendo também abordada a prática segundo a ética envolvida no progresso das intervenções. Seguindo-se a análise dos resultados obtidos com o desenvolvimento das intervenções e conclusão, na qual se reflecte acerca do percurso de aprendizagem e das competências adquiridas. Por último, apresentam-se as referências bibliográficas.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De forma a desenvolver, implementar e avaliar as intervenções que promovessem a “adesão ao regime terapêutico na pessoa com esquizofrenia” foi necessário desenvolver um quadro de referência estruturante para a minha prática especializada. Baseando-me numa pesquisa sustentada pela literatura, de acordo a temática, procurei sustentar a necessidade de tais intervenções.

1.1 A pessoa com doença mental grave: Esquizofrenia

Desde a antiguidade existem descrições de quadros psicóticos, sugerindo o conhecimento da esquizofrenia neste período. A doença foi relatada por Hipócrates, Arateo da Capadócia e Galeno. Porém apenas no século XIX voltam a surgir descrições do fenómeno em que as pessoas jovens desenvolveram um quadro psicótico que evoluiu para a deterioração mental (BAHALS & ZACAR, 2006).

Na época renascentista, Willis (1667) descreve a esquizofrenia como uma forma de “*estupidez adquirida*”, já que atingia jovens, mentalmente sãos e que ao fim de algum tempo de evolução acabavam por vir a manifestar sintomas demenciais (AFONSO, 2010).

Em 1893, Emil Kraepelin, na edição do seu Tratado de Psiquiatria, refere “*Demência Precoce*”, descrevendo-a em três formas clínicas: hebefrénica, catatónica e paranóide. A doença era descrita como uma série de estados, com característica comum da destruição das ligações internas da personalidade psíquica. Estas alterações tinham como consequência várias perturbações da vida mental ao nível da esfera emocional e da vontade (BAHALS & ZACAR, 2006).

No século XX, Eugen Bleuler introduziu a designação “*Esquizofrenia*”, pela qual a doença é hoje conhecida. A palavra esquizofrenia deriva do grego e etimologicamente corresponde a *shizei*, fenda ou cisão, e *phrenós*, que significa pensamento (AFONSO, 2010). Subdividiu-a em quatro tipos: hebefrénica, catatónica, paranóide e simples. Considerava a recuperação parcial, os sintomas negativos e a desorganização do pensamento como fundamentais na doença e destacava a etiologia como possivelmente multicausal e a expressão clínica heterogénea (BAHALS & ZACAR, 2006).

Mais tarde, segundo os mesmos autores supra referidos, do século XX, Kurt Schneider, formulou a teoria de sintomas específicos na esquizofrenia, descrevendo-os como “*sintomas de primeira ordem*”.

Depois da introdução do conceito de esquizofrenia, foram avançadas muitas hipóteses para tentar determinar a etiopatogenia desta afecção. As primeiras hipóteses formuladas consideravam a existência de uma só causa na origem da esquizofrenia. Mas, se bem que pertinentes em certos aspectos considerados isoladamente, os modelos deste tipo parecem hoje excessivamente reducionista para explicarem a complexidade da doença. É por este motivo que as investigações sobre a etiopatogenia da esquizofrenia tendem hoje cada vez mais para se situarem no quadro de um modelo designado como “*vulnerabilidade à esquizofrenia*”. Neste tipo de abordagem, considera-se que o aparecimento de uma perturbação esquizofrénica é determinado por interacções complexas entre diversos factores (DALERY & D’AMATO, 2001).

Assim, foram descritos vários indicadores e propostas hipóteses: o tipo de disfunção, anomalias do sistema nervoso autónomo; a localização de um eventual substrato anatómico ou funcional: essencialmente as regiões pré - frontais; os factores etiológicos: genéticos, ambientais, complicações perinatais e as interacções entre estes factores.

Segundo STUART & LARAIA (2001), pode definir-se esquizofrenia como sendo um transtorno cerebral neuro – evolutivo heterogéneo e tal como refere, RIOS (2007)¹, esquizofrenia é uma perturbação mental grave, crónica, incapacitante, com início habitualmente, no final da adolescência ou no início da idade adulta, que se caracteriza por uma ruptura do cliente com o mundo real, com alterações do pensamento e/ou da percepção, as quais conseqüente e frequentemente, conduzem a alterações no funcionamento social e laboral.

A esquizofrenia é uma das doenças mentais mais graves devido ser uma patologia incapacitante, crónica, encontrando-se identificada, praticamente em todo o mundo e atingindo todas as classes sociais e grupos étnicos.

A incidência anual da esquizofrenia varia de país para país, consoante os grupos migratórios, rondando os 15 por cada 100 000 habitantes (AFONSO, 2010).

¹ http://jpn.icicom.up.pt/2007/06/21/esquizofrenia_mulheres_recaem_menos_do_que_os_homens_.html

Numa revisão recente da Organização Mundial da Saúde sobre o impacto mundial da doença, MURRAY & LOPEZ citado por MARI & LEITÃO (2000) relataram uma taxa de prevalência de 0,92% para homens e 0,9% para mulheres. As taxas de prevalência mais elevadas foram relatadas em estudos recentes realizados na América Latina e no Brasil. Estima-se que atinja entre 0,6% a 1% da população portuguesa (RIOS, 2007)².

O quadro clínico da esquizofrenia é bastante diversificado e nem sempre facilmente perceptível. Não existe nenhum sinal ou sintoma que, por si só, seja suficiente para chegar ao diagnóstico (AFONSO, 2010). De acordo com o National Collaborating Center for Mental Health (2009), o diagnóstico da esquizofrenia é, muitas vezes, associado ao estigma, medo e falta de compreensão.

Ao falarmos do diagnóstico, da grande variedade de sintomas e características associadas à evolução da esquizofrenia não podemos falar da existência de uma doença única, actualmente são considerados vários subtipos da doença AFONSO (2010).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV)³ os subtipos são: Tipo Paranóide; Tipo Desorganizado; Tipo Catatónico; Tipo Indiferenciado e Tipo Residual.

Os sintomas da doença variam ao longo da evolução desta. Caso o aparecimento seja insidioso, eles passam frequentemente despercebidos tornando a sua detecção mais difícil. A divisão dos sintomas da doença faz-se em sintomas positivos e negativos. Em que os sintomas positivos estão presentes com maior visibilidade na fase aguda da doença, sendo delírios, alucinações, pensamento e afectos alterados e alterações do comportamento, bem como o contacto visual. Os sintomas negativos (quadro amotivacional, abulia, anedonia, apatia, isolamento social), que acompanham a evolução da doença e que reflectem num estado deficitário a nível da motivação, das emoções, do discurso, do pensamento e das relações interpessoais (AFONSO, 2010).

Relativamente à evolução da doença, o período prodrómico é caracterizado, frequentemente, por deterioração no funcionamento pessoal. Isto inclui a memória,

² http://jpn.icicom.up.pt/2007/06/21/esquizofrenia_mulheres_recaem_menos_do_que_os_homens_.html

³ <http://www.psiquiatriageral.com.br/esquizofrenia/aprendendodsm.htm>

problemas de concentração, comportamento, pensamento e comunicação, bem como o afecto, o isolamento social e a apatia. Este período pode durar semanas, meses, ou mesmo anos até que surjam os sintomas suficientes para se estabelecer um diagnóstico (AFONSO, 2010).

Este período que ocorre até ao primeiro contacto com os técnicos e a intervenção terapêutica pode ser fulcral no desenvolvimento da doença. Neste sentido, torna-se imperiosa a acção do enfermeiro no sentido de planear e implementar programas de educação para a saúde, com o objectivo específico de informar e a comunidade acerca das características prodrómicas da esquizofrenia (RICARDO, MACHADO & ARAÚJO, 2008).

O período prodrómico é geralmente seguido por um episódio agudo (National Collaborating Center for Mental Health, 2009), que de acordo BALHS & ZACAR (2006) a fase aguda é representada pelo início dos sintomas positivos, que pode também ocorrer quando o cliente sofre uma nova crise ou reagudização da doença. Para AFONSO (2010) é a fase mais activa da doença em que predomina a sintomatologia psicótica característica da esquizofrenia, sendo também caracterizada por difícil adesão ao tratamento.

A fase de estabilização surge logo após a fase aguda, com o controlo das alterações de comportamento e diminuição dos sintomas psicóticos. Nesta fase, os técnicos envolvidos no processo de tratamento devem colaborar no sentido de promover a “adesão ao regime terapêutico” (RICARDO, MACHADO & ARAÚJO, 2008).

A fase estável representa um período prolongado de tratamento e reabilitação. Os sintomas estão controlados e o objectivo é melhorar o funcionamento e a recuperação. Nesta fase a medicação torna-se essencial para a prevenção de novas recaídas (Afonso, 2010).

O termo recaída geralmente refere-se ao agravamento ou regresso, de sintomas positivos seguidos de negativos. A manutenção do tratamento medicamentoso demonstrou-se importante para a prevenção de recaídas (CARDOSO & GALERA, 2006). Segundo STUART & LARAIA (2001), as causas mais comuns de recaída relacionam-se, de algum modo, com a terapêutica. Os estudos mostram que sem a terapêutica, as pessoas com esquizofrenia apresentam uma taxa de recaída de 60% a 70%. De acordo com DAVIS *et al* citado por AFONSO (2010), a taxa de recaída dos clientes não medicados é de cerca de 10% por mês. Como refere PAZ & BENNASAR

(2007), esta ocorrência evidencia a importância da adesão à terapêutica na prevenção de recaídas, que significam em muitas ocasiões, uma ruptura com a vida quotidiana do cliente e conseqüente abandono das actividades laborais e sociais o que dificulta a sua integração na sociedade.

1.2 Fenómeno de não Adesão ao Regime Terapêutico na Pessoa com Esquizofrenia

A prevalência da não “adesão ao regime terapêutico”, nas diferentes especialidades clínicas é elevada. Em geral, a “adesão ao regime terapêutico” diminui quando o tratamento se prolonga no tempo. Segundo BECHELI (1986), após a melhoria da sintomatologia, os clientes tendem a tomar a terapêutica de forma irregular, chegando mesmo a interromper o tratamento.

O termo não “adesão ao regime terapêutico” significa a falha na toma de qualquer dose prescrita (MASAND *et al*, 2009).

O termo adesão começou a empregar-se com os clientes com vírus da imunodeficiência humana (HIV) que não cumpriam a prescrição terapêutica antiretroviral. Com estes clientes observou-se que ao negociar o plano terapêutico constituía uma maior garantia para aderir ao tratamento medicamentoso (CIRICI, 2002). Devendo, então, a adesão ser um sinónimo de concordância, intervenção activa e voluntária do cliente que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde (BUGALHO & CARNEIRO, 2004).

O fenómeno de não “adesão ao regime terapêutico na pessoa com esquizofrenia” pode ser definido como uma completa cessação da medicação pelo menos durante uma semana (ZYGUMUNT *et al* , 2002). E como refere GRAY *et al*, 2009, em menos de um ano, 50% dos clientes que inicia a medicação, desiste do tratamento, e os restantes, desistem ao fim de dois anos. Segundo NOSE *et al* citado pelos mesmos autores, anteriormente referidos, muitos tomam a medicação de forma irregular, quer por motivos de esquecimento, quer propositadamente.

De acordo MARTIJIN *et al* (2006), nas últimas quatro décadas não se registaram alterações significativas na adesão à terapêutica, por parte destes clientes. Sendo esta, uma das razões pela qual, têm sido realizados diversos estudos focalizados nesta temática, nomeadamente, na tentativa de compreender quais os factores desencadeantes de tal fenómeno.

A Organização Mundial de Saúde citada por GRAY *et al* (2009) refere que as razões para os clientes desistirem do tratamento são complexas. Alguns investigadores identificaram vários factores de mudança na adesão, incluindo os que estão relacionados com a doença, tratamento, o prescritor, o ambiente e a cultura. Embora, a generalidade dos estudos, é consensual que, o suporte, a informação e o envolvimento estabelecido, entre o cliente e o profissional de saúde, são factores importantes e que condicionam a adesão de forma positiva. Da mesma forma, que a compreensão da doença, a percepção dos benefícios da terapêutica, contribui para o aumento da adesão (GRAY *et al*, 2009). Como tal, têm emergido, um crescente interesse pelas diversas formas de intervenção, encaradas como uma importante componente na abordagem global e compreensiva da “adesão ao regime terapêutico na pessoa com esquizofrenia”.

A falta de adesão à terapêutica, têm efeitos adversos na qualidade dos cuidados, segundo BUGALHO & CARNEIRO (2004) interfere com os esforços terapêuticos, reduzindo os benefícios clínicos da terapêutica e promovendo a utilização de meios de diagnóstico e tratamento desnecessários. Por conseguinte, o controlo e aumento da adesão terapêutica são benéficos para os sistemas de saúde, pelo que as intervenções destinadas a melhorar a adesão terapêutica constituem uma contribuição importante para a melhoria da saúde da população.

1.3 Intervenções Promotoras da Adesão ao Regime Terapêutico na Pessoa com Esquizofrenia

A abordagem tradicional - centrada na análise comportamental e da motivação dos clientes, identificados como a “fonte do problema” - pertence ao passado. Recentemente, os comportamentos e acções dos profissionais de saúde têm vindo a ser alvo de uma investigação detalhada, procurando identificar quais os factores que são a fonte de melhoria e consequentemente, aconselhar o cliente. Promovendo assim, a adesão terapêutica através de técnicas planeadas (BUGALHO & CARNEIRO 2004).

Conforme refere ROSA & ELKIS (2007) há que considerar alguns aspectos importantes, no que diz respeito às variáveis relativas ao cliente, sendo que a educação é fundamental e tem um sentido mais amplo que a simples informação sobre a doença e terapêutica. Assim, ECKMAN *et al* citado pelos mesmos autores, organizaram neste âmbito um módulo que abordava quatro áreas:

- Obtenção de informação sobre a terapêutica;
- Administração da medicação e avaliação dos seus benefícios;
- Identificação dos efeitos secundários;
- Negociação da terapêutica com os profissionais de saúde.

Verificando-se que, num período de três meses houve melhoria significativa no conhecimento sobre a terapêutica, na capacidade de utilização e na adesão.

Quanto à outra variável, a natureza da doença, ROSA & ELKIS (2007), referem que os clientes com predominância de sintomas positivos merecerão uma especial atenção relativamente à adesão e mencionam que se deve abordar os efeitos secundários da terapêutica.

DOLDER *et al* citado por PAZ & BENDESCAR (2007) realizaram uma revisão da literatura acerca das intervenções para melhorar a adesão nos clientes com esquizofrenia. Foram analisados 23 estudos que descreviam intervenções educativas, comportamentais e motivacionais, ou a sua combinação. Em 15 verificou-se uma melhoria na adesão moderada. O recurso exclusivo a estratégias educativas registou uma menor melhoria na adesão. Por outro lado, a combinação da componente educativa com a componente comportamental e/ou motivacional, obteve maiores melhorias, acompanhadas de ganhos adicionais, tais como: redução das recaídas; reinternamentos; um maior conhecimento da terapêutica e um incremento da crítica relacionado com as necessidades de tratamento.

PAZ & BENDESCAR (2007), expõem que os grupos de psicoeducação centram-se em promover informação sobre a doença, os tratamentos e a terapêutica. E reforçam a importância da introdução de componentes motivacionais e cognitivo-comportamentais.

De acordo com BUGALHO & CARNEIRO (2004), as intervenções educacionais, deverão incluir o fornecimento de material escrito, audiovisual ou simplesmente oral, em regime de grupo sobre a doença, indicação e efeitos secundários da terapêutica, assim como desmistificar crenças, vantagens e desvantagens a terapêutica. Por seu lado, as intervenções comportamentais destinam-se à adaptação da terapêutica à rotina diária, visando, abordar componentes importantes do esquema terapêutico como o aumento da comunicação e aconselhamento, adequação e simplificação do tratamento. A educação é assim, uma medida simples e vital em qualquer intervenção

destinada a melhorar a adesão à terapêutica, porém se utilizada isoladamente tem uma pequena eficácia.

Também, CARDOSO & GALERA (2005) verificaram que as intervenções puramente educacionais registam pouca melhora na adesão dos clientes. Sendo que, as intervenções que empregavam combinações entre as estratégias educacionais e comportamentais foram efectivas em 8 de 12 estudos, proporcionando ainda ganhos secundários como redução das recaídas e reinternamentos, melhora na psicopatologia e função social, ganhos na melhoria do conhecimento do fármaco e melhoria da crítica.

Como menciona CIRICI (2002) e GRAY *et al* (2010), é de crucial importância que a informação que se ofereça aos clientes inclua conhecimentos e informação sobre a doença, os benefícios e inconvenientes da toma da terapêutica, bem como, falar sobre as crenças e preocupações dos clientes.

Na Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, o papel de educadora, resulta sempre daquilo que o cliente sabe. Peplau separa o ensino em duas categorias: 1) uma educativa, que consiste em fornecer informação, e outra, 2) empírica, que é usar a experiência daquele que aprende como base a partir da qual são desenvolvidos os produtos de aprendizagem.

De acordo com a classificação das intervenções de enfermagem (NIC) (MCCLOSWEY & BULECHEL, 2004), a não adesão é reconhecida como um diagnóstico de enfermagem como: “ *Controle ineficaz do regime terapêutico*” e segundo a mesma classificação, não descurando o diagnóstico de enfermagem “Ensinó: Medicação Prescrita 5616: *Preparo de um paciente para, com segurança, tomar os medicamentos prescritos e monitorar seus efeitos*”. Bem como, tendo em conta, que o enfermeiro especialista é aquele que detém competência científica, técnica e humana para prestar, além dos cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade (Decreto-Lei n.º 161/96). Utilizando técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudam o cliente a fazer escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, n.º129/2011) pretendo, assim, promover a “adesão ao regime terapêutico da pessoa com esquizofrenia”, através de intervenções sistematizadas integrando estratégias educativas e comportamentais.

2. INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS E PROCESSOS DE TRABALHOS UTILIZADOS

Após a abordagem teórica no capítulo anterior e tendo em conta a minha prática clínica diária, estou consciente das implicações da não “adesão ao regime terapêutico” quer para a pessoa doente, quer para os seus cuidadores/familiares, como tal, pretendi desenvolver competências de forma a intervir no sentido de melhorar a adesão à terapêutica nos clientes com esquizofrenia implementando intervenções que visem a promoção da “adesão ao regime terapêutico” tendo também em conta, os factores que influenciam a adesão terapêutica e de acordo os objectivos traçados:

- Fornecer aos clientes informação adequada sobre a doença e regime terapêutico;
- Esclarecer os possíveis efeitos secundários da terapêutica;
- Estimular a tomada de consciência pelos clientes as vantagens/desvantagens da “adesão ao regime terapêutico”;
- Implementar estratégias de gestão do regime terapêutico.

Após um caminho de questionamentos, consulta de referenciais teóricos optei através de estratégias educacionais e comportamentais, desenvolver intervenções que visaram promover o conhecimento acerca da doença, da terapêutica, associação à rotina diária de mecanismos de adaptação e facilitação para o cumprimento do regime terapêutico. Foi então elaborado o seguinte conjunto de intervenções:

- **I₁**: Metas e procedimentos a desenvolver ao longo das intervenções;
- **I₂**: Informação/ Esclarecimento sobre a doença;
- **I₃**: Informação sobre a terapêutica;
- **I₄**: Crenças, vantagens e desvantagens da terapêutica;
- **I₅**: Estratégias e questões a colocar para obter melhores resultados com a terapêutica.

As intervenções foram desenvolvidas, em regime de internamento, no serviço de Saúde Mental e Psiquiatria e em regime de ambulatório, na Equipe Comunitária de

Saúde Mental e Psiquiatria do hospital São Francisco Xavier – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

De modo a proceder à avaliação das referidas intervenções, foi aplicado o “Inventário de Atitudes para com a Medicação” (IAM) de HOGAN *et al*, 1983 (ANEXO I) em entrevista. Este inventário avalia uma ampla gama de atitudes e crenças acerca da terapêutica que são preditivas da adesão, ou não, da terapêutica, para além de servir como meio de avaliação das intervenções. É um inventário dicotómico de verdadeiro e falso. Proporciona uma pontuação total que se obtém somando as pontuações destes dez itens:

1. Para mim os aspectos positivos da medicação superam os aspectos negativos;
2. Sinto-me estranho ou como um “zombie” com a medicação;
3. Tomo a medicação por minha decisão;
4. A medicação faz com que eu me sinta mais calmo e relaxado;
5. A medicação faz com que eu me sinta cansado e lento;
6. Só tomo a medicação quando me sinto doente;
7. Sinto-me mais normal com a medicação;
8. É antinatural para a minha mente e meu corpo estar controlado pela medicação;
9. Os meus pensamentos são mais claros com a medicação;
10. Por estar a fazer a medicação posso prevenir ficar doente.

Os itens 1,3,4,7,9 e 10 as respostas verdadeiras valem dois pontos e as falsas um ponto. As restantes 2,5,6,8 as respostas verdadeiras valem um ponto e as falsas valem dois pontos. A pontuação varia entre 10 e 20 pontos.

Em regime de internamento, o IAM foi aplicado em entrevista, antes de qualquer intervenção e após um conjunto de intervenções antes da alta clínica do cliente. Em regime de ambulatório, foi aplicado em entrevista concomitantemente com a primeira intervenção e após duas intervenções.

Todas as intervenções, excepto I₁, incluíram dinâmicas de grupo que visaram o incentivo de um ambiente descontraído, favorecedor de um estado de relaxamento e confiança de forma a facilitar o contacto e estimular a coesão do grupo. Servindo também, como ponto de partida para a restante intervenção.

Tendo em conta Artigo 78º do código deontológico (2009): “*As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana (...)*”, a minha prática fundamentou-se num agir tendo em vista o melhor bem para a pessoa cuidada, respeitando os direitos humanos nas relações interpessoais que estabeleci.

Neste sentido, antes de cada intervenção, aquando da entrevista foi explicado todo o processo de cada intervenção e objectivos, bem como foi obtido o consentimento informado, como preconiza o artigo 84.º, código deontológico (2009).

Em suma, atendi a pessoa na sua individualidade, considerando-a como elemento integrante, solicitando a sua autorização para intervir, prezando a sua vontade e o seu “ritmo”. E assim, respeitar a sua autonomia de decisão e a sua intimidade, abstendo-me da emissão de juízos de valor, respeitando o segredo profissional, garantindo a confidencialidade de toda a informação, bem como as crenças e valores, assumindo compromisso ético e legal na minha prática e em todas as relações interpessoais.

2.1 Intervenções Desenvolvidas no Serviço de Internamento

Após assegurar a pertinência da temática e dos objectivos traçados com o orientador de estágio, bem como, após comunicação, concebendo breve explicação acerca da finalidade e objectivos do conjunto de intervenções a ser desenvolvidas à chefe de serviço, trabalhei, em grupo, com os clientes as intervenções supra referidas. Pois como afirma, MATHIAS & CRUZ citado por FEIJÓ (2010), a abordagem em grupo é um importante contributo para motivar a adesão à terapêutica e prevenir as recaídas. A aplicação de um módulo psicoeducativo em grupo pode trazer benefícios relativamente à adesão ao tratamento.

Os elementos do grupo foram seleccionados através da consulta dos processos clínicos e em entrevista. Foi, assegurado nesta entrevista, o consentimento informado, equacionada a pertinência dos conteúdos que seriam abordados e aplicado o IAM.

Relativamente aos critérios de inclusão, os clientes encontravam-se em regime de internamento, no serviço de Saúde Mental e Psiquiatria, de doentes em situação de crise, sexo masculino, do Hospital São Francisco Xavier, com o diagnóstico médico de “Psicose Esquizofrénica”, em fase de estabilização, pré – alta. E com diagnóstico de

enfermagem: “*Controle Ineficaz do Regime Terapêutico*”, segundo a classificação das intervenções de enfermagem (NIC).

O grupo foi constituído de acordo com a classificação das intervenções de enfermagem (NIC), “Terapia de Grupo 5450, *Aplicação de técnicas psicoterapêuticas a um grupo, inclusive a utilização de interações entre os seus membros*” (MCCLOSWEY & BULECHEL, 2004). Como tal, foi determinado o propósito e a natureza do processo do grupo, o qual foi formado com o mínimo de cinco elementos e no máximo doze.

O conjunto de intervenções decorreu dentro do horário pré estabelecido com o grupo na sala de reuniões do referido serviço. A razão desta escolha, prendeu-se com o facto de ser a sala mais ampla e espaçosa para a realização das intervenções, com número de cadeiras suficientes, bem como, o isolamento necessário á realização das mesmas, de forma a evitar interrupções e/ou constrangimento sonoro, por parte de outros clientes.

Na primeira intervenção “**I₁: Metas e procedimentos a desenvolver ao longo das intervenções**” (ANEXO II), de duração de 45 minutos, procedeu-se à apresentação individual de todos os elementos do grupo, bem como, a minha apresentação e do meu orientador de estágio.

Usando uma metodologia expositiva, foram explicitados os conteúdos, objectivos e procedimentos das restantes intervenções a desenvolver.

A avaliação da sessão foi feita no final através da formulação de questões, assim como, através da síntese dos aspectos mais importantes a reter. Foi ainda sugerido, ao grupo, o registo de dúvidas que possam surgir para poderem ser esclarecidas na futura intervenção.

Na segunda intervenção, **I₂: “Informação/ Esclarecimento sobre a doença”** (ANEXOIII), recorrendo ao meio auxiliar leitor de CD, foi iniciada a intervenção com a dinâmica de grupo, “Relaxamento” (ANEXO IV), com duração mais ou menos de 15 minutos, que visou a diminuição da tensão dos clientes e consequentemente, facilitar a integração dos mesmos no grupo.

Para tal, foi pedido aos clientes que se deitassem de costas, sobre os cobertores colocados no chão e dadas indicações de forma a sentir a sua respiração e o seu corpo. Após o percurso de relaxamento concluído, ficou-se em silêncio durante alguns momentos, para dar a possibilidade a todos os clientes de entrar em contacto consigo mesmo e aliviarem a sua tensão.

Posteriormente prosseguiram as últimas instruções, pedindo ao grupo para que procurassem memorizar a sensação de serenidade sentida e esta fizesse companhia aquando do despertar. Depois de uma breve pausa, foi pedido para abrirem os olhos, sem pressa e moverem lentamente as mãos, depois os pés. Posteriormente, foi-lhes pedido que se espreguiçassem como se tivessem acabado de acordar.

No final, através de discussão em grupo, verificaram-se eventuais dificuldades encontradas pelos clientes durante a dinâmica de grupo.

Após a partilha, prosseguiu-se o desenvolvimento da restante intervenção, cujo objectivo foi fornecer aos clientes educação sobre a doença, como tal, procedeu-se à definição da doença, descrição das causas, sintomas e tratamento através de uma metodologia expositiva, activa e interrogativa, recorrendo aos recursos e meios auxiliares como o computador, projector multimédia e diapositivos (ANEXO V).

No sentido de facilitar a compreensão dos sintomas e da própria doença estes foram abordados de um género figurado sob a forma de história na qual o protagonista João de 16 anos vivenciou alguma da sintomatologia positiva que caracteriza a esquizofrenia (ANEXO V):

“João, um jovem de 16 anos de idade. Numa noite chuvosa de Outono, acordou às 2h da manhã com uma sensação estranha, como se algo não estivesse bem. Sente o coração a bater num ritmo acelerado. De início não liga. Volta-se na cama e procura adormecer de novo. Passados 5 minutos, começa a sentir-se angustiado, nervoso sem saber porquê. Repara num certo mal-estar e uma sensação de opressão no peito. Começa a sentir-se com medo, algo confuso e ansioso mas continua a resistir. Tenta a todo o custo ignorar o que está a sentir, liga a televisão e têm a sensação que personagens do filme sabem o que ele está a pensar, ao voltar-se de lado, de repente vê um vulto escuro, aquilo que parecia ser uma pessoa no quarto, junto à sua mesa-de-cabeceira. Dá um salto da cama e levanta-se. Assustado e confuso, pensa para si mesmo: “*Eu vi aqui alguém, está aqui alguém...*”. Grita pelos pais e em lágrimas vai ter com eles ao seu quarto. Nessa noite não voltou a adormecer. Durante as semanas seguintes, João não voltou a ver mais nenhum vulto mas os ataques de pânico começaram a tornar-se mais frequentes. Começou a ouvir vozes, que segundo o João faziam comentários sobre ele e diziam para ele fazer mal a si próprio e por vezes, também aos outros. Após recorrer várias vezes ao hospital e ter realizado vários exames, ao João foi-lhe diagnosticada a doença Esquizofrenia.”

No final, foi feita a avaliação, bem como a síntese da intervenção, através de questões colocadas ao grupo: “Quais os sintomas? Que tipos de esquizofrenia? Como se trata a esquizofrenia?” (ANEXO V).

A terceira intervenção, **I₃: “Informação sobre a terapêutica”** (ANEXO VI) no sentido de dinamizar a intervenção e favorecer a coesão do grupo foi realizada, a dinâmica de grupo “Centopeia” (ANEXO VII).

Após convidar os clientes a disporem-se, uns ao lado dos outros, ao longo de uma das paredes da sala, estes percorreram o trajecto estabelecido caminhando o mais naturalmente possível. Quando chegaram à parede oposta regressaram ao ponto de partida invertendo o sentido da marcha. Chegadas a este ponto, foi solicitado que cada um estabelecesse contacto físico, através dos braços ou das mãos, com o seu colega do lado. Após estabelecido o contacto continuaram o caminho. Repetiu-se o percurso pelo menos duas vezes.

Posteriormente, os clientes foram convidados a manterem o contacto físico pré - estabelecido e a caminharem colocando o pé direito no meio das pernas do colega da direita e o pé esquerdo no meio das pernas do colega da esquerda. Repetiu-se o percurso pelo menos 4 a 5 vezes, tentando que os clientes encontrassem um ritmo de caminhada o mais homogéneo possível. No final, sentados em círculo, cada um por sua vez verbalizou a sua vivência.

Após a dinâmica de grupo e prosseguindo o desenvolvimento da intervenção **I₃**, através de metodologia expositiva e interrogativa, usando como recursos e meios auxiliares o computador, projector multimédia, diapositivos e tabelas, foi proporcionada educação sobre a terapêutica para o tratamento da esquizofrenia, incluindo as indicações e efeitos secundários. Proporcionando, também, a oportunidade aos clientes verbalizarem a sua experiência relativamente aos vários fármacos, anteriormente experienciados (ANEXO VIII).

A avaliação foi feita ao longo da intervenção e também, após o preenchimento pelos clientes de tabelas II e III (ANEXO IX), anteriormente cedidas.

Na tabela I (ANEXO IX) foram abordados os grupos de psicofármacos: antipsicóticos, antidepressivos e ansiolíticos/ sedativos, de acordo com os seus benefícios perante a sintomatologia da esquizofrenia de uma forma sintetizada.

Na tabela II foi pedido ao grupo que a preenche-se de acordo com os grupos de psicofármacos, já anteriormente referidos, e que nomeassem quais os medicamentos que faziam parte de cada grupo e que benefícios obtiveram com a toma dos mesmos.

Na tabela III foi pedido ao grupo que especificasse quais os medicamentos que fazem parte de cada grupo: antipsicóticos, antidepressivos e ansiolíticos e sedativos. Foi ainda pedido que se referissem aos efeitos secundários já experienciados.

Na quarta intervenção **I₄**: “**Crenças, vantagens e desvantagens da terapêutica**” (ANEXO X), inicialmente, foi realizada a dinâmica de grupo “Fortaleza” (ANEXO XI), de forma a promover a coesão do grupo através do contacto físico e incentivar um ambiente descontraído que facilitasse a intervenção.

Formou-se um círculo entre todos os clientes, à excepção de um que ficou de fora, situação que iria ser experienciada por todos os elementos. Os que compunham o anel ficaram unidos de modo que não houvesse abertura e o cliente que estava de fora do círculo formado, tentava atravessá-lo. Quando algum dos elementos conseguia entrar no seu interior, tentava-se aferir em grupo qual o cliente que o permitiu, saindo este.

Posteriormente, entre os clientes discutiu-se a actividade, reflectindo-se sobre os benefícios sentidos.

Relativamente a **I₄**, o objectivo geral foi estimular a tomada de consciência das crenças, vantagens e desvantagens, bem como, a expressão de dúvidas sobre a terapêutica que se fundamentou num jogo interactivo (ANEXO XII). Através de uma metodologia expositiva, activa e interrogativa, usando material como uma cartolina com números de 1 a 20, um dado, cartões com diferentes perguntas, de acordo com a temática e peões.

Cada cliente, a quando a sua vez, lançou o dado, após o lançamento retirou um cartão com uma questão, à qual teve que responder verdadeiro ou falso. Se acertava na resposta avançava o número de casas segundo o número do dado aquando o lançamento, se não mantinha-se no mesmo lugar. O vencedor foi aquele que chegou em primeiro ao número 20.

Foi elaborada a síntese sobre vantagens e desvantagens da terapêutica em tabela (ANEXO XIII), preenchida pelos clientes e conseqüentemente a avaliação da intervenção.

A quinta intervenção, I₅: **“Estratégias e questões a colocar para obter melhores resultados com a terapêutica”** (ANEXO XIV), foi realizada, no início da intervenção, a dinâmica de grupo “O Berço” (ANEXO XV), com duração de mais ou menos 20 minutos favorecendo o relaxamento corpóreo e a confiança nos outros.

Para tal, foi estendida uma colcha no chão e convidado um dos clientes a deitar-se nela. Os outros distribuíram-se à volta, agarrando nas extremidades e levantando o cliente alguns centímetros do chão. Lentamente, começaram a embala-lo, ao mesmo tempo que foi colocada uma música de fundo. Depois de alguns minutos, os clientes, cuidadosamente, pousaram o colega no chão, prestando particular atenção à sua cabeça. Cada um foi livre de experimentar a dinâmica, de querer confiar nos outros e deixar-se embalar.

No final houve partilha verbal entre o grupo da experiência.

A intervenção I₅ visava fornecer e estimular os clientes sobre as estratégias e questões a colocar para obter melhores resultados com a terapêutica. Assim como, promover a oportunidade de os clientes verbalizarem as estratégias que implementam no seu dia - a - dia que lhes permite não esquecer a toma da terapêutica, segundo os diferentes horários e plano terapêutico. E também, abordar as questões que colocam ao médico prescritor, fornecendo também estratégias e questões possíveis (ANEXO XVI) e potenciar a expressão de dúvidas recorrendo a uma metodologia expositiva, activa e interrogativa.

As estratégias facultadas em tabela foram:

- “Tomar a medicação diariamente à mesma hora;
- Integrar a toma da medicação nas rotinas diárias;
- Simplificar o regime (número de tomas) da medicação;
- Utilizar notas, calendários, caixas com divisórias e outras formas para se lembrar de fazer a medicação;
- Pensar nos benefícios da medicação.”
- As quais os clientes tiveram de assinalar se já as utilizavam ou, então, se gostariam de as utilizar ou melhorar a sua aplicação.
- As questões possíveis facultadas em tabela foram:
- “Como pode esta medicação melhorar-me? De que forma me vai ajudar?”

- Quanto tempo vai demorar para actuar? Quanto tempo antes irei sentir alguns dos benefícios?
- O que posso fazer se tiver efeitos secundários?
- Irei necessitar de fazer análises sanguíneas para verificar se tenho a concentração adequada de medicamento a nível sanguíneo?
- Que fazer se a medicação não resultar no meu caso?”

2.2 Intervenções Desenvolvidas na Equipa Comunitária

No contexto comunitário surgiu a necessidade de se proceder a adaptações das intervenções anteriores, designadamente: quanto ao número de intervenções, a duração das mesmas, adaptação dos conteúdos para contexto individual e retirada das dinâmicas de grupo.

Desta adaptação, surgiram as seguintes intervenções:

- I_{1a}: Metas e procedimentos a desenvolver ao longo das intervenções;
- I_{2a}: Informação/ Esclarecimento sobre a doença;
- I_{3a}: Informação sobre a terapêutica;
- I_{4a}: Crenças, vantagens e desvantagens da terapêutica.

Visto que iria intervir individualmente, tendo em conta a deslocação dos clientes à consulta de acompanhamento e concomitantemente para a realização da terapêutica injectável, pois devido aos fracos recursos económicos de cada um para a deslocação à equipa, a intervenção decorria sempre que os clientes se deslocassem à equipa no dia programado para a referida consulta.

Tal como no internamento e de forma a envolver o cliente, promovendo a sua responsabilização pela sua saúde, procedeu-se à realização de uma entrevista, neste contexto, devido ao condicionamento já referido, aquando da primeira intervenção I_{1a}: **“Metas e procedimentos a desenvolver ao longo das intervenções”** (ANEXO XVII). Foi aplicado, também neste momento, para posterior avaliação das intervenções o IAM.

Relativamente aos critérios de inclusão, os clientes encontravam-se em regime de ambulatório, na Equipa Comunitária de Saúde Mental e Psiquiatria de Carnaxide, do Hospital São Francisco Xavier, com o diagnóstico médico de “Psicose Esquizofrénica”, em fase estável. A selecção foi feita após consulta dos processos clínicos, foi dada

primazia aos clientes que apresentavam o diagnóstico de enfermagem: “*Controle Ineficaz do Regime Terapêutico*”, segundo a classificação das intervenções de enfermagem (NIC) (MCCLOSWEY & BULECHEL, 2004), de acordo com a minha orientadora.

As intervenções decorreram dentro do horário pré estabelecido num dos gabinetes da referida equipa, com o isolamento necessário á realização das mesmas, de forma a evitar interrupções e/ou constrangimento sonoro.

A intervenção I_{1a}, teve como finalidade esclarecer, estabelecer metas e explicar procedimentos a desenvolver na próxima intervenção, bem como a minha apresentação. Esta deveras importante, pois com alguns dos clientes este foi o primeiro contacto e com o qual foi possível personalizar as intervenções seguintes, de acordo com as necessidades de cada um. Foi, também, abordada a dinâmica das intervenções seguintes, tendo em conta a frequência, o horário e o local onde decorreriam futuramente.

A avaliação foi feita no final, através de questões colocadas ao cliente e elaborada a síntese, retendo os aspectos mais importantes a transitar para a próxima intervenção.

Posteriormente tendo em conta o que foi apreendido, individualizaram-se as intervenções de acordo com o estágio de cada cliente, sendo que, a alguns foi fornecida a educação sobre a doença, a outros foi dada educação sobre a terapêutica e com outros foram trabalhadas crenças, vantagens e desvantagens da terapêutica.

A intervenção I_{2a}: “**Informação/ Esclarecimento sobre a doença**” (ANEXO XVIII), na qual foi ministrada educação sobre a doença que segundo uma metodologia expositiva e interrogativa, foi definida a doença, descrição das causas, sintomas e tratamento através de recursos como o computador e diapositivos (ANEXO XIX).

A avaliação foi feita no final através de questões colocadas: “Quais os sintomas? Que tipos de esquizofrenia? Como se trata a esquizofrenia?” (ANEXO XIX).

A intervenção: I_{3a}: “**Informação sobre a terapêutica**” (ANEXO XX) cujo objectivo geral foi fornecer ao cliente educação sobre a terapêutica e efeitos secundários desta. Usando uma metodologia expositiva, activa e interrogativa, através de recursos e meios auxiliares como o computador, diapositivos e tabelas, foi proporcionada informação, incluindo as indicações e os efeitos secundários da terapêutica para o tratamento da esquizofrenia (ANEXO XXI). Proporcionando,

também, a oportunidade ao cliente de verbalizar a sua experiência relativamente aos vários fármacos, anteriormente, experienciados.

A avaliação foi feita ao longo da intervenção e também, após o preenchimento pelo cliente de tabelas II e III (ANEXO XXII), anteriormente, cedidas.

Na tabela I (ANEXO XXII) de uma forma sintetizada, foram abordados os grupos de psicofármacos: antipsicóticos, antidepressivos e ansiolíticos/ sedativos e os seus benefícios perante a sintomatologia da esquizofrenia.

Na tabela II foi pedido ao cliente que a preenche-se de acordo com os grupos de psicofármacos, já anteriormente referidos, e que nomeassem quais os medicamentos que faziam parte de cada grupo e que benefícios tinha obtido com a toma dos mesmos.

Na tabela III foi pedido que especifica-se quais os medicamentos que fazem parte de cada grupo: antipsicóticos, antidepressivos e ansiolíticos e sedativos, e referisse aos efeitos secundários já experienciados.

A intervenção I_{4a}: **“Crenças, vantagens e desvantagens da terapêutica”** (ANEXO XXIII), teve como objectivo geral: ajudar o cliente a considerar crenças, vantagens e desvantagens da terapêutica, através de um jogo (ANEXO XXIV). Usando uma metodologia expositiva, activa e interrogativa procurou-se promover a discussão sobre as crenças, expressão de dúvidas e posterior, síntese das vantagens e desvantagens da terapêutica em tabela (ANEXO XXV).

Usando uma cartolina com números de 1 a 20, um dado, cartões com diferentes perguntas, de acordo com a temática da intervenção e dois peões, um para mim e outro para o cliente. Cada um, aquando da sua vez, lançou o dado, após o lançamento retirou um cartão com uma questão, à qual teve que responder verdadeiro ou falso. Se acertava na resposta avançava o número de casas segundo o número do dado aquando do lançamento, se não, mantinha-se no mesmo lugar. O vencedor foi aquele que chegou em primeiro ao número 20.

As questões por mim retiradas eram devolvidas ao cliente para este responder e servir como fonte de estímulo para a discussão sobre as crenças, expressão de dúvidas.

2.3 Outra Actividade Desenvolvida

No sentido de enriquecer o corpo de conhecimentos sobre a “adesão ao regime terapêutico na pessoa com esquizofrenia”, participei num congresso: “Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental”, promovido pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem

de Saúde Mental. Entre outras palestras, a “ *Adherencia al Tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental*”, GARCIA *et al* (2010), foi a mais relevante para a mim, pois pude conhecer outras abordagem de profissionais de saúde, na promoção da “adesão ao regime terapêutico na pessoa com esquizofrenia”.

3. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após a implementação das intervenções, cabe agora analisar os resultados obtidos. Este processo exige-nos um confronto com as nossas expectativas iniciais e com as efectivamente ocorridas, conduzindo-nos a um caminho de reflexões. Pretendo assim, analisar este projecto sob vários olhares, com toda a individualidade subjacente, enquanto profissional e sob o olhar do cliente.

3.1 Resultados das Intervenções no Serviço de Internamento

Na intervenção I₁, confrontei-me com vários sentimentos e emoções, para além do medo, senti insegurança, inquietação, mas ao mesmo tempo curiosidade e expectativa face ao desenvolvimento da intervenção e do comportamento dos clientes, pois era a primeira vez que experienciava a situação. A dificuldade em conter alguns participantes e em estimular outros a participar na sessão, associada à minha ansiedade, gerou algum desconforto. Mas, simultaneamente, realização e motivação, ao sentir que conseguia sensibilizar os clientes a participar nas intervenções, ou seja, consegui atingir os objectivos propostos:

- Abordar a questão das dinâmicas das intervenções;
- Elaborar síntese desta intervenção;
- Recomendar anotar dúvidas para a próxima intervenção.

Apesar de ter atingido os objectivos penso que, deveria ter tido mais confiança em mim o que conseqüentemente, atenuaria os sentimentos que me inundaram no momento.

Após reflexão e crítica, numa próxima interacção, vou ter em conta o meu estágio de aprendizagem, de forma criar estratégias mais adaptativas, para gerir melhor os meus sentimentos e emoções, de forma a minimizar o desconforto sentido. Futuramente, considero que com a realização de mais intervenções em grupo poderei beneficiar de uma diminuição de ansiedade sentida.

O aspecto mais valorizado pelos clientes foi a partilha decorrente da realização desta intervenção, tendo um dos elementos sugerido a criação de um grupo de ajuda.

Aquando da intervenção I₂ pensei em como iria gerir a fraca adesão por parte do grupo. Sentia-me algo ansiosa, mas também curiosa pelo desenvolver da intervenção e

estrear-me na dinâmica de grupo “Relaxamento”. Relativamente à intervenção anterior, senti-me mais segura em relação ao grupo e ao meu desempenho.

Ao longo da intervenção senti-me motivada pela participação dos clientes. Embora algo defensiva com um elemento, pois receava que pudesse ter uma influência perturbadora sobre o grupo. Foi importante ter em conta a gestão das minhas atitudes e conduta de forma a transmitir mais confiança aos clientes, bem como, foi importante ter em conta a experiência pessoal de cada elemento.

A história em que o protagonista João, de 16 anos, vivenciou alguma da sintomatologia positiva que caracteriza a esquizofrenia, foi facilitadora para a compreensão dos sintomas e da própria doença, visto que a usei como complemento da minha explanação teórica.

Conseguí atingir os objectivos aos quais me propus: definir a doença, descrever causas, sintomas, tratamento e elaborar síntese da intervenção.

Nas respostas às questões colocadas: “Quais os sintomas? Que tipos de esquizofrenia? e Como se trata a esquizofrenia?”, o grupo, após partilha de informação entre si e com o meu suporte, conseguiu responder às questões. Considero que esta abordagem proporcionou uma maior motivação, interesse e coesão do grupo.

Na dinâmica de grupo “Relaxamento” foi muito interessante observar o comportamento de cada cliente, havendo elementos que conseguiram atingir os objectivos da dinâmica, os quais pude observar pela postura corporal, frequência respiratória e permanência de olhos fechados, entre outros aspectos. No entanto, houve alguns elementos que evidenciaram alguma tensão muscular, não fecharam os olhos e demonstraram mesmo alguma inibição e insegurança.

No final, através de discussão em grupo, procurei aprofundar as dificuldades encontradas durante o “Relaxamento”. Pude constatar diferentes opiniões, para alguns elementos tinha sido muito bom referindo também que se sentiam mais calmos, enquanto outros não se quiseram pronunciar. Apesar destas dificuldades, foi notória a melhoria da coesão do grupo.

No final desta intervenção, foi solicitado um comentário a cada cliente sobre o que tinha sido desenvolvido, pronunciando-se estes positivamente, destacando-se um maior conhecimento acerca do processo doença, beneficiando na sua adaptação à vivência no quotidiano. O que, pessoalmente, me motivou para a continuação do desenvolvimento de novas intervenções e do meu processo de aprendizagem.

Relativamente, ao tempo que tinha planeado para a intervenção, este foi excessivo, sendo que o desenvolvimento e conclusão foram desenvolvidos em 50 minutos, em vez, dos 80 minutos inicialmente previstos. Segundo, MCCLOSWEY & BULECHEL (2004), na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC): Ensino: Grupo 5604 refere: “ *encontrar-se em sessões de 1 a 2 horas, quando adequado (...)*”. Considero no entanto, que dadas as características deste público-alvo, uma intervenção de uma hora, incluindo uma dinâmica de grupo inicial, será a mais adequada devido ao défice de concentração e atenção por vezes apresentados.

Na intervenção I₃ senti-me mais confiante na sua implementação, bem como, interacção com o grupo. Durante a intervenção um elemento manifestou ansiedade, desalento relacionado com a falta de ocupação e a previsão de regresso a casa dos seus pais idosos. Situação esta que evidenciou novas necessidades que urgia satisfazer. Como tal, após a intervenção e fora do planeado, prolonguei a entrevista, de modo a escuta-lo activamente, favorecendo a expressão de emoções, sentimentos e clarificando a natureza dos problemas. De acordo com a avaliação efectuada, houve necessidade de articulação com a assistente social com vista a encontrar uma solução para a situação do cliente.

Senti-me mais tranquila, mas assolou-me um sentimento de impotência, pois as respostas sociais relatadas pela assistente social eram insuficientes, no entanto, a situação ficou sinalizada para continuidade dos cuidados pela equipa comunitária.

Considero, positivo o diagnóstico efectuado nesta situação, assim como o encaminhamento realizado. Apesar de este não responder, globalmente, às expectativas iniciais, senti que esta intervenção promoveu uma diminuição da ansiedade do cliente.

A dinâmica de grupo “A centopeia”, preconizada para cerca de 30 minutos, mas realizada em menos tempo, cerca de 15 minutos, devido à dimensão da sala e, que apesar, de desviar todas as cadeiras, não foi suficientemente ampla, obrigando a uma adaptação da dinâmica.

Foi importante observar as reacções dos clientes, quando foi pedido para se disporem, uns ao lado dos outros, ao longo de uma das paredes da sala, um dos elementos colocou-se numa das pontas, evitando sempre o contacto físico com os outros. Quando foi solicitado a cada um estabelecer o contacto com o seu colega do

lado, através dos braços ou das mãos, este elemento fê-lo com muita dificuldade. Observando-se que o fazia, somente, aquando do meu estímulo verbal.

Após o final da dinâmica, em contexto de partilha do que foi experienciado, o grupo manifestou dificuldade em manter o ritmo de caminhada homogéneo, realçando dificuldade em manter o equilíbrio, pelo qual evidenciei a importância da coesão e união do grupo.

A intervenção foi desenvolvida dando primazia à partilha de experiências entre os participantes, que conseqüentemente, complementaram a minha exposição, conseguindo, assim, atingir os objectivos que propus para a sessão:

- Fornecer informação sobre a terapêutica para o tratamento da esquizofrenia, incluindo indicações terapêutica e efeitos secundários;
- Promover oportunidade dos clientes partilharem a sua experiência com a terapêutica;
- Potenciar a expressão de dúvidas;
- Fazer leitura e síntese em grupo sobre as tabelas cedidas.

A avaliação, como já anteriormente descrito, foi feita ao longo da intervenção e com o preenchimento de tabelas pelos clientes. As quais forneci de uma vez só, o que se revelou excessivo, pois diminuiu a capacidade de concentração por parte dos clientes e foi mais moroso, pois tive que aguardar que cada um encontrasse a tabela para o respectivo momento.

A avaliação da intervenção pelo grupo foi positiva, pois expressaram aumento do conhecimento em relação à terapêutica e uma maior clarificação das dúvidas em relação aos efeitos secundários.

Na intervenção I₄ senti um maior conhecimento e consciência de mim, na identificação das minhas atitudes, sentimentos e postura o que beneficiou na relação terapêutica com o grupo.

A dinâmica de grupo “Fortaleza”, de forma a promover coesão do grupo através do contacto físico e incentivar um ambiente de descontração, foi uma boa escolha, como pude evidenciar no final da realização desta, pois como exigiu algum exercício físico, foi promotora de alívio de tensões e energia.

No final, reflectiu-se sobre o que cada um sentiu. Todo o grupo referiu que tinha gostado. *“É importante estarmos unidos, estarmos em grupo.” (...)* *“se estivermos*

unidos ninguém nos consegue separar e também foi muito divertido, sinto-me mais relaxado”.

Posteriormente após a dinâmica de grupo, num ambiente mais descontraído, iniciei a intervenção com o jogo que tinha elaborado de forma a trabalhar as crenças, vantagens e desvantagens da terapêutica. De acordo com GRAY *et al* (2010), é de crucial importância que a informação que se oferece aos clientes refira os benefícios e inconvenientes da toma da medicação, bem como, discutir as crenças.

Num determinado momento, um dos elementos pediu para sair, adequadamente, pedindo desculpa e referindo que queria descansar, respeitei a sua decisão. Restaram apenas três clientes, apesar de acordo com a classificação das intervenções de enfermagem (NIC), “Terapia de Grupo 5450: Aplicação de técnicas psicoterapêuticas a um grupo, inclusive a utilização de interações entre os seus membros.” (MCCLOSWEY & BULECHEL, 2004), o tamanho ideal do grupo deve ser de cinco a doze elementos, fiquei algo intimidada, mas prossegui o jogo.

No final, foi feita síntese em tabela, onde os clientes escreveram as “vantagens de fazer a medicação”, bem como, as suas desvantagens. Destacando-se as vantagens, permitindo, assim, uma maior tomada de consciência por parte dos clientes sobre os benefícios da terapêutica. Bem como relata GRAY *et al* (2009), a percepção dos benefícios da medicação, contribui para o aumento da adesão.

Considero que atingi os objectivos propostos para a intervenção:

- Promover síntese sobre prós e contras da terapêutica;
- Promover discussão sobre crenças sobre a terapêutica;
- Potenciar a expressão de dúvidas.

Esta intervenção foi muito interactiva, senti que os clientes também a tinham apreciado, apesar do número de elementos ser restrito. Observou-se uma grande motivação por parte dos mesmos, solicitando-me a repetição do jogo.

A intervenção ofereceu, para além da aprendizagem, um ambiente descontraído, favorecedor do aprofundar das relações de confiança. Para além que, foi muito motivadora da forma como decorreu e pela postura que os clientes apresentaram.

Na intervenção I₅ a dinâmica de grupo “O berço”, demorou menos tempo do que o preconizado, pois houve dois dos clientes que não quiseram participar.

No final, todos sentados em círculo, cada um verbalizou a sua experiência, referindo que se sentiram mais tranquilos e relaxados. Somente estes dois clientes não o quiseram fazer, pelo que foram respeitados.

Nesta intervenção senti um maior domínio na realização de dinâmicas de grupo. Sinto que desenvolvi estratégias comunicacionais, melhoria de processos adaptativos e mudanças a nível comportamental. Como também, desenvolvi conhecimentos que me permitiram uma postura reflexiva de modo a interagir em diferentes contextos.

Consegui atingir os objectivos propostos:

- Promover oportunidade de os clientes verbalizarem as estratégias implementadas no seu dia-a-dia e que questões colocam ao médico prescriptor;
- Fornecer estratégias e questões possíveis;
- Potenciar a expressão de dúvidas;
- Fazer leitura e síntese em grupo sobre as tabelas cedidas.

Os elementos do grupo avaliaram esta intervenção como um complemento para as estratégias já implementadas no dia-a-dia, sendo que para outros estas estratégias disponibilizadas eram desconhecidas, como também, para a maior parte do grupo as questões fornecidas.

3.1.1 Resultados da análise do IAM

Relativamente, à análise dos resultados obtidos com a aplicação do IAM, que como já foi referido, tem como objectivo avaliar uma ampla gama de atitudes e crenças acerca da terapêutica preditivas, ou não, da adesão da terapêutica, para além de servir como meio de avaliação das intervenções. No contexto de internamento, foi aplicado no início, em entrevista, antes de qualquer intervenção e no final, após desenvolvimento de algumas intervenções, antes da alta.

Houve clientes participantes em algumas das intervenções aos quais não consegui proceder à aplicação do IAM da alta, pelo facto de não me encontrar no ensino clínico aquando da alta.

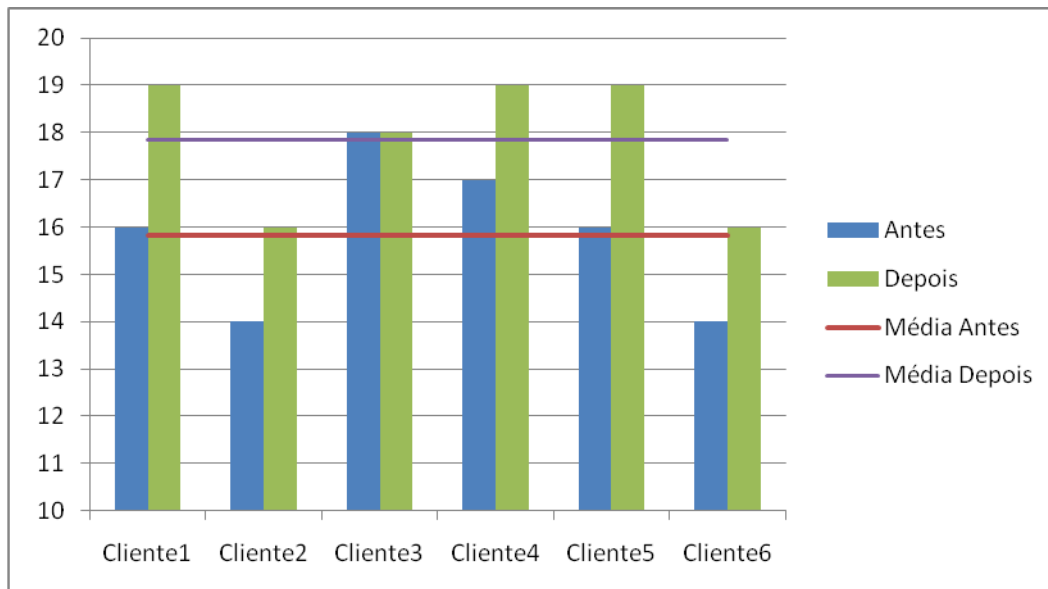


Gráfico 1 - Resultados do IAM em contexto de internamento.

Como se pode observar no gráfico 1, o cliente 1, antes das intervenções apresentou a pontuação de 16 pontos, ao final de quatro intervenções (I_1, I_2, I_3, I_4), apresentou uma pontuação de 19 pontos.

Para o cliente 2, verificou-se um ganho de dois pontos ao fim de três intervenções (I_1, I_2, I_3) passando de 14 para 16 pontos.

No caso do cliente 3, não se registou qualquer alteração após duas intervenções (I_4, I_5) mantendo a pontuação de 18 pontos.

Na análise ao cliente 4, observou-se uma melhoria de três pontos. Antes das intervenções apresentou a pontuação de 17 pontos, no final das intervenções (I_1, I_2, I_3) apresentou a pontuação de 19 pontos.

Relativamente ao cliente 5, verificou-se um ganho de três pontos durante as intervenções, passou de 16 para 19 pontos ao longo de quatro intervenções (I_1, I_2, I_3, I_4).

No que concerne ao cliente 6, após as intervenções (I_1, I_2, I_3) verificou-se uma melhoria de dois pontos passando de 14 para 16 pontos.

Concluindo-se que, em contexto de internamento, à excepção do cliente 3, os restantes cinco clientes, após beneficiarem de um mínimo três intervenções (I_1, I_2, I_3), apresentaram uma melhoria das atitudes e crenças acerca da terapêutica.

Como refere CARDOSO & GALERA (2005) as intervenções que empregavam combinações entre as estratégias educacionais e comportamentais foram efectivas em

8 de 12 estudos. Como também pude verificar, após a análise dos resultados do IAM, em regime de internamento houve aumento de dois pontos relativamente à média com as intervenções desenvolvidas integrando, como anteriormente já descrito, estratégias educacionais e comportamentais.

3.2 Resultado das Intervenções na Equipa Comunitária

Relativamente às intervenções da equipa comunitária, após a reestruturação das sessões fiquei receosa com a combinação da entrevista inicial com a intervenção I_{1a}. Este seria o primeiro contacto e se algo corresse menos bem, poderia comprometer as seguintes intervenções. Tive alguma dificuldade de adaptação e insegurança, mas relevante para o meu crescimento, ajudando na tomada de consciência de mim e das minhas dificuldades.

No decorrer das diversas intervenções individuais, as abaixo descritas foram sem dúvida as mais importantes para o meu crescimento enquanto estudante em aquisição de competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação particular de cuidados ao cliente, pois percepcionei a necessidade de flexibilizar os meus objectivos, de forma a responder às necessidades específicas de cada cliente. Procurando solucionar os problemas emergentes no momento, pois estes podiam comprometer a “adesão ao regime terapêutico”, futuramente.

Destaco a dificuldade manifestada, por uma das clientes, de gestão do stress relacionado com o Curso das Novas Oportunidades e com a solicitação de elaboração de um auto biografia, que posteriormente teria de apresentar a toda a turma a qual a deixava angustiada. Teria que reviver o seu passado sombrio do mundo das drogas, a relação tormentosa com o pai. Concomitantemente, vivenciava outros factores de stress, a dificuldade em lidar com o problema de saúde da sua filha e a dificuldade económica que comprometia a compra da terapêutica da filha. Estas situações eram vividas com níveis elevados de *stress*, manifestando-se, naquele momento, com a alteração do seu padrão de sono e conseqüentemente comprometimento da “adesão ao regime terapêutico”.

Após entrevista, tive que complementar o objectivo inicial da intervenção com outros objectivos decorrentes da situação actual da cliente, de modo a favorecer a resolução ou minimização dos problemas da cliente e promover a “adesão ao regime terapêutico”.

O tempo foi bem gerido e consegui integrar a intervenção e a entrevista adequadamente sem que houvesse sobreposição, mas sim um entrosamento e uma transição delicada.

Esta experiência foi positiva, para o meu crescimento e aquisição de competências, principalmente a nível da comunicação, bem como capacidade de reacção perante situações imprevistas e complexas e deveras importante para o meu auto conhecimento e consciência de mim, fazendo-me identificar, mais uma vez, as minhas emoções e sentimentos que podiam interferir na relação com o outro.

Também noutra intervenção, I_{2a}, pela informação recolhida pude validar que o cliente não possuía conhecimento sobre a doença, como tal, objectivei fornecer ao cliente educação sobre a doença, descrever as causas, sintomas, bem como tratamento. Esta intervenção, não decorreu como planeado, para além da falta de motivação do cliente para o escutar o que seria exposto, algo mais o inquietava, tinha necessidade de exprimir as suas preocupações. Aproveitou o momento e, angustiado, falou-me da filha, “ *...eu gostava de ter a minha filha comigo...*”. Considero ter sido importante aquele momento de partilha. Posteriormente, procurei elementos da sua vida que poderiam dar sentido aos seus esforços e que tornassem motivadores (a companheira, o apoio do pai).

Penso não ter atingido os objectivos aos quais inicialmente me propus com a intervenção. Mas esta experiência foi importante para o meu crescimento pessoal e profissional, consequentemente para o meu auto conhecimento e capacidade de reacção a situações imprevistas.

3.2.1 Resultados da análise do IAM

Relativamente à análise dos resultados obtidos com a aplicação do IAM na equipa comunitária, devido a uma escassez de tempo e aos factores anteriormente descritos, foi aplicado aquando da entrevista e da intervenção I_{1a}, e após a segunda intervenção individual.

Os clientes a seguir evidenciados obtiveram duas intervenções individuais, em que a primeira foi I_{1a} para todos os clientes e a segunda foi de acordo com avaliação decorrente da entrevista.

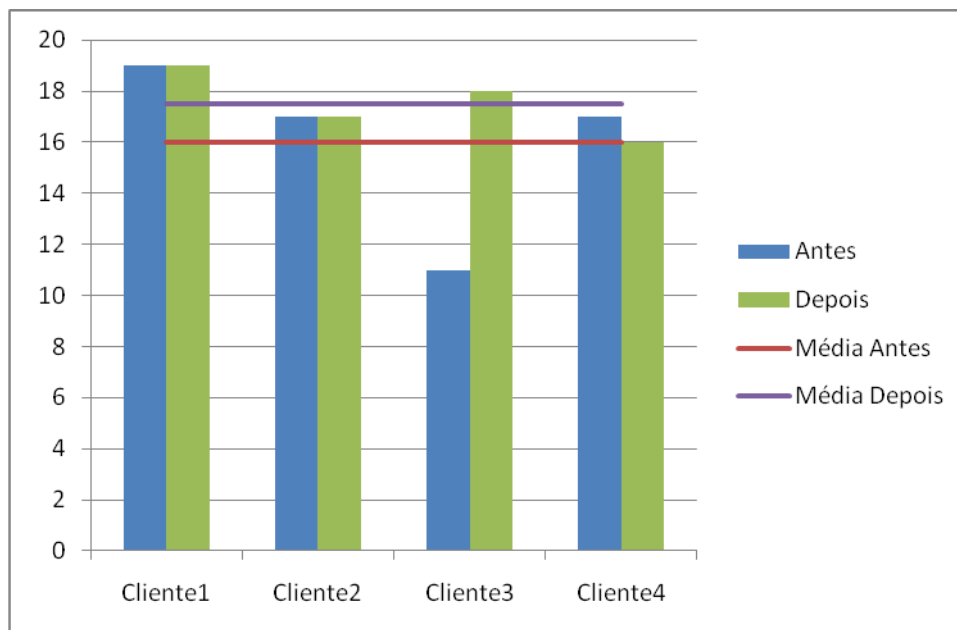


Gráfico 2 - Resultados do IAM em contexto de ambulatório.

Da análise do gráfico 2, podemos observar que o cliente 1 antes apresentou 19 pontos e após as duas intervenções (I_{1a}, I_{2a}) apresentou o mesmo resultado.

Relativamente ao cliente 2, antes apresentou 17 pontos e após as duas intervenções (I_{1a}, I_{3a}) manteve no final os mesmos 17 pontos.

O cliente 3 passou de 11 pontos para 18 pontos, após as duas intervenções (I_{1a}, I_{4a}).

No cliente 4 antes apresentou 17 pontos, após duas intervenções (I_{1a}, I_{2a}) apresentou no final 16 pontos.

Concluindo-se que, em contexto de ambulatório, à excepção do cliente 3, os restantes clientes não apresentaram uma melhoria das atitudes e crenças acerca da terapêutica.

Relativamente ao cliente 4, após a análise dos resultados antes e depois das intervenções, verificou-se uma perda na pontuação inicial, sendo este o único caso. Esta regressão na pontuação pode explicar-se pela instabilidade emocional do cliente no momento.

Podemos dizer que, tendo em conta a análise dos resultados obtidos nos dois contextos, internamento e ambulatório, somente duas intervenções individuais são insuficientes para que haja uma melhoria das atitudes e crenças acerca da terapêutica.

Como afirma, MATHIAS & CRUZ citado por FEIJÓ (2010), a abordagem em grupo é um importante contributo para motivar a adesão à terapêutica, aspecto que

também pude comprovar após a análise das médias dos resultados nos diferentes contextos. Este tipo de intervenções produziu melhores resultados quando aplicadas em grupo, como se evidenciou em contexto de internamento. À exceção de um cliente, todos os que beneficiaram de um mínimo de três intervenções em grupo, apresentaram uma melhoria das atitudes e crenças acerca da terapêutica.

4. CONCLUSÃO

A Saúde Mental, segundo a Organização Mundial de Saúde citado por Livro Verde (2005), remete-nos para um estado de bem-estar no qual a pessoa realiza as suas capacidades, enfrenta o stress normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e contribui para a comunidade em que se insere. Torna-se assim, uma área de especial enfoque para o bom funcionamento em sociedade e da sociedade em geral.

A análise da situação actual em Portugal que consta no resumo crítico do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (2008) regista uma resposta escassa às necessidades dos grupos vulneráveis, bem como um défice em acções de promoção da saúde mental e prevenção da doença. Surge assim, a minha meta de intervir na promoção “Adesão ao Regime Terapêutico na Pessoa com Esquizofrenia”.

As intervenções desenvolvidas, segundo uma abordagem individual e em grupo, integrando estratégias educacionais e comportamentais, proporcionaram-me a oportunidade de adquirir e desenvolver competências no que toca à prestação directa e especializada dos cuidados à pessoa com esquizofrenia, principalmente na promoção da “adesão ao regime terapêutico”.

Em contexto de internamento, tais intervenções realizadas em grupo e de acordo com as temáticas: “Metas e Procedimentos a desenvolver ao longo das intervenções”; “Informação/ Esclarecimento sobre a doença” e “Informação sobre a terapêutica”, tiveram um impacto positivo nos clientes, como foi evidente após a análise dos resultados e pelo cálculo das médias obtidas antes e depois da aplicação do IAM. Em regime de internamento houve um ganho de 2 pontos na média dos resultados, enquanto, em regime de ambulatório constatou-se um ganho de 1,5 pontos.

As dificuldades com que me deparei foram respeitantes à minha inexperiência, relativamente ao desenvolvimento de intervenções. Para GADAMER, BENNER & WRUBEL, citado por BENNER (2001), a experiência trata-se em melhorar teorias e noções pré – concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria.

Encontrando-me eu, segundo BENNER (2001), no estado de iniciado, que refere que as iniciadas não têm nenhuma experiência das situações com que elas possam ser confrontadas. Esta dificuldade foi superada com sucesso, consequência de uma apreciação crítico-reflexiva, relativamente ao trabalho desenvolvido e ao processo de

aprendizagem. Permitindo-me analisar e compreender as dificuldades com as quais me deparei e os sucessos que alcancei.

A competência no que toca os cuidados de enfermagem, de acordo com PHANEUF (2005), resulta de uma mobilização e combinação complexa entre os saberes científico, organizacional e técnico, e as capacidades pessoais. Esta dinâmica é investida de uma componente afectiva indissociável, sob pena de restringirmos os cuidados apenas ao tratamento da doença em detrimento do bem-estar da pessoa.

Ao longo deste percurso pude desenvolver determinadas competências, as quais serão descritas tendo em conta o Regulamento n.º 129/2011- “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental”.

Desenvolvi conhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e enfermeiro, à mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. Monitorizei as reacções realizando reflexões críticas acerca das minhas intervenções com as quais pude autoconsciencializar-me e identificar as minhas emoções, sentimentos, valores que poderiam interferir na relação terapêutica com o cliente, gerindo os fenómenos de transferência e contra – transferência, impasses ou resistências.

Nas intervenções desenvolvidas, particularmente, nas individuais, assisti a pessoa na optimização da saúde mental, recolhendo a informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental, mobilizando aptidões de comunicação, sensibilidade cultural, linguística, técnica da entrevista e de observação de forma a colmatar a repercussão para a saúde mental da interface entre o indivíduo, família e comunidade.

Neste sentido, ajudei a pessoa mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto, identificando os problemas e as necessidades específicas desta.

Prestei cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional com a implementação e o desenvolvimento de intervenções integradas de estratégias educativas e comportamentais para promover o conhecimento, compreensão e gestão dos problemas relacionados e consequentes da não “adesão ao regime terapêutico”. Utilizei, também, técnicas que permitiram o cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.

Sem dúvida que após o desenvolvimento destas competências, dos saberes anteriormente adquiridos até este ponto, concomitantemente com as aprendizagens que decorrem dos desafios, das exigências e possibilidades de evolução com que me fui deparando resultou daí, segundo BENNER (2001) um estado, no qual hoje me identifico de Proficiente. A enfermeira proficiente apercebe-se das situações como uma globalidade, orienta-se directamente sobre o problema, esta compreensão global, melhora o seu processo de decisão, permite saber quais dos muitos aspectos e atributos são importantes. Considero ter, no entanto, um longo caminho a prosseguir até chegar ao estado perito, segundo o mesmo autor.

É marcante, também, que tomemos consciência da importância na contribuição para a evolução da nossa profissão no sentido da eficiência crescente dos cuidados que prestamos. Como tal, é importante que nos consciencializemos sobre a importância da implementação de intervenções promotoras da “adesão ao regime terapêutico”. E ciente das implicações da não adesão terapêutica para a pessoa com esquizofrenia, seus familiares e cuidadores, na minha prática clínica diária, propus à minha chefe de serviço, após as alterações necessárias, a implementação deste conjunto de intervenções no serviço no qual desempenho funções.

Futuramente, seria importante realizar um trabalho de investigação para avaliar objectivamente o impacto do desenvolvimento destas intervenções.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, Pedro – **Esquizofrenia**, Príncipe Editora, Cascais, ISBN: 978-989-8131-63-8, 2010.

BAHLS, Saint – Clair; ZACAR, Flávia M. H. – **As intervenções Psicossociais no Tratamento da Esquizofrenia**, RUBS, Curitiba, v.2, n.1, 2006.

BECHELLI, L – **Neurolépticos : Efeitos terapêuticos e colaterais em doentes de esquizofrenia impacto nos serviços de saúde mental**, J Bras Psiquiatr 1986.

BENNER, Patricia – **De iniciado a Perito**, Quarteto Editora, Coimbra, ISBN: 972- 8535-97-X, 2001.

BUGALHO, António; CARNEIRO, António – **Intervenção para aumentar a adesão Terapêutica em Patologias Crónicas**, Lisboa: Outubro 2004,ISSN: 1074-308.

CIRICI, Roser - **La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos**, Ver Psiquiatria Fac Barna 2002.

CARDOSO, Lucinele; GALERA, Sueli – **Adesão ao tratamento psicofarmacológico** , 2006.

Código Deontológico do Enfermeiro, Ordem dos Enfermeiros – Estatuto, nova redacção conferida pela lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro.

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL – **Plano Nacional de Saúde Mental 2007 -2016** , Lisboa: Julho 2008, ISBN: 978- 989-95146-6-9.

DALERY, J. ; D`AMATO, T. – **A Esquizofrenia – Investigações Actuais e Perspectivas**, Climepsi Editores, 1ª Edição, Lisboa, 2001.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro.

FEIJÓ, Neide – **Os grupos como Instrumentos de Trabalho para a Enfermagem de Saúde Mental**, *In: Do Diagnóstico à intervenção em Saúde Mental*. ISBN: 978-989-96144-2-0 (2010).

GARCIA *et al* – **Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería em salud mental**, Actas Esp Psiquiatria 2010.

GRAY *et al* – **Enhancing Medication Adherence in People with Schizophrenia: An International Programme of Research**, Australian College of Mental Health Nurses, August 2009.

HOGAN *et al*, 1983 – Inventário das Atitudes para com a Medicação.

Livro verde - Melhorar a saúde mental da população Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia, Bruxelas, 2005.

MARI, Jair; LEITÃO, Raquel J.- **Epidemiologia da Esquizofrenia**, Ver Bras Psiquiatr, Suple 1, 2000.

MARTIJIN *et al* - **Medication Adherence in Schizophrenia: Exploring Patients', Carers' and Professionals' Views**, Schizophrenia Bulletin vol. 32 nº 4, 2006;

MASAND, P. – **Partial adherence to antipsychotic medication impacts the course of illness in patients with schizophrenia: a review**, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2009.

MCCLOSWEY, Joanne C.; BULECHEL, Gloria M. – **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**, 3ª Edição, Artmed 2004, Porto Alegre, ISBN 85-7307-819-7.

National Collaborating Center for Mental Health – The Nice Guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care, The Royal College of Psychiatrists, London: 2010.

PAZ, Fernando C.; BENNASAR, Miguel R. – **Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia y otros transtornos psiquiátricos**, ISBN: 978-84- 9751-192-6, 2007.

PEPLAU, Hildegard E. – Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinâmica, 1ª Edição, Barcelona: Ediciones Científicas y técnicas, 1992, ISBN: 84-458-0146-J.

PHANEUF, M. - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Tradução SALGUEIRO, N. Loures: Lusociência, 2005.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, Diário da República, 1.ª série — N.º 47 — 6 de Março de 2008.

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, n.º129/2011 Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011.

RICARDO, Sérgio; MACHADO, Susana; ARAÚJO, Sandra – **Esquizofrenia: Intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria**. In: **A Saúde Mental e o Equilíbrio Social**. Maia. ISBN: 978–989–20–1361–9 (2008).

ROSA, M. Alexandre; ELKIS, Hélio - **Adesão em Esquizofrenia**, Ver. Psiq. Clín.34, supl 2, 2007.

STUART, Gail e LARAIA, Michele - **Enfermagem Psiquiátrica – Princípios de Prática**. 6ª ed. Porto Alegre: Artemed Editora 2001, ISBN 85-7307-713-1;

ZYGMUNT *et al* - **Interventions to Improve Medication Adherence in Schizophrenia**, Amj Psychiatry, October 2002.

http://jpn.icicom.up.pt/2007/06/21/esquizofrenia_mulheres_recaem_menos_do_que_os_homens_.html , acessido a 19 de Junho de 2010.

<http://www.psiquiatriageral.com.br/esquizofrenia/aprendendodsm.htm> , acessido a 1 de Março de 2011.

Anexos

Anexo I: Inventário das Atitudes para com a Medicação

Anexo II: Plano de Intervenção I₁

Anexo III: Plano da Intervenção I₂

Anexo IV: Relaxamento

Anexo V: Esquizofrenia

Anexo VI: Planeamento da Intervenção I₃

Anexo VII: Centopeia

Anexo VIII: Terapêutica

Anexo IX: Tabelas

Anexo X: Planeamento da Intervenção I₄

Anexo XI: Fortaleza

Anexo XII: Jogo

Anexo XIII: Tabela

Anexo XIV: Planeamento da Intervenção I₅

Anexo XV: O Berço

Anexo XVI: Estratégias para obter os melhores resultados com a medicação.

Questões que pode colocar ao seu médico.

Anexo XVII: Planeamento Intervenção I_{1a}

Anexo XVIII: Planeamento da Intervenção I_{2a}

Anexo XIX: Esquizofrenia

Anexo XX: Planeamento da Intervenção I_{3a}

Anexo XXI: Terapêutica

Anexo XXII: Tabelas

Anexo XXIII: Planeamento da Intervenção I_{4a}

Anexo XXIV: Jogo

Anexo XXV: Tabela