



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA EM GRUPO:

Prestadores de Cuidados Informais da Pessoa com
Esquizofrenia

Marco Paulo Guerreiro de Sousa

Lisboa

Mai 2013



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA EM GRUPO:

Prestadores de Cuidados Informais da Pessoa com
Esquizofrenia

Marco Paulo Guerreiro de Sousa

Orientadora: Maria Isabel Costa

Co-Orientador: Miguel Narigão

Lisboa

Maior 2013

DEDICATÓRIA

Este trabalho não é apenas resultado de um empenho individual, mas sim de um conjunto de esforços que o tornaram possível e sem os quais teria sido muito mais difícil chegar ao fim desta etapa, que representa um importante marco na minha vida pessoal e profissional. Desta forma, manifesto a minha gratidão a todos os que estiveram presentes nos momentos de angústia, de ansiedade, de insegurança, de exaustão e de satisfação.

À minha Orientadora Mestre Isabel Costa e Coorientador Mestre Miguel Narigão, pela forma como me orientaram, pelo entusiasmo e motivação.

À instituição UNIR - Associação dos Doentes Mentais, Famílias e Amigos do Algarve, pela sua colaboração neste trabalho.

À Enfermeira Arlete Lourenço, pelo apoio, amizade, incentivo, e disponibilidade na orientação do estágio.

À Mestre Margarida Trindade pelo apoio, pela amizade, pelas palavras de incentivo, pela preocupação com o meu bem-estar nos momentos de fadiga e doença.

Ao grupo de Prestadores de Cuidados Informais, neste Programa, pois sem eles nada disto seria possível, o meu, especial, obrigado pela partilha de experiências e vivências.

A toda a minha família pelo apoio incondicional, acreditando sempre no meu esforço e empenho. Em especial, à minha mãe pela minha ausência durante estes tempos conturbados, mas também pela paciência, motivação, afeto, carinho e dedicação com que me apoiou ao longo deste percurso e nos momentos mais difíceis de exaustão. Ao meu pai, pela compreensão, mas sobretudo pelo exemplo de vida que sempre me incutiu.

Por fim, a todos os que colaboraram para que o estágio se tornasse uma realidade.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

% - Percentagem

APA – American Psychological Association

D.R – Diário da República

Dec. – Decreto

DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EE - Emoção Expressa

ENQ - Questionário de Avaliação de Necessidades Psicoeducacionais

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

I.P – Instituição Pública

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

nº - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

p. – página

PCIs– Prestadores de Cuidados Informais

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental

séc. – século

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

WHO – World Health Organization

RESUMO

O Estágio do curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da ESEL, para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, decorreu numa Instituição Particular de Solidariedade Social.

A intervenção foi a Psicoeducação e consistiu na aplicação de um Programa Psicoeducativo, adaptado de outros, dirigido a Prestadores de Cuidados Informais (PCIs) da pessoa com esquizofrenia, em grupo fechado, promovendo o conforto holístico, inspirando na Filosofia dos Cuidados Centrados na Família, na metodologia cognitivo-comportamental e no modelo de Chalifour (2008), com a periodicidade de sete sessões semanais. A problemática de partida incidiu em averiguar se o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica através da aplicação de um Programa Psicoeducativo poderá ajudar/apoiar os PCIs a lidar com a pessoa com perturbação de Esquizofrenia.

Tratou-se de uma amostra de conveniência composta por seis PCIs com idade $M=50,38$; de ambos os sexos. Através do Questionário de Avaliação de Necessidades Psicoeducacionais, de Santos & Xavier (2011), obteve-se as necessidades psicoeducacionais, para elaborar as temáticas das sessões do Programa. Utilizou-se os questionários de Avaliação das Sessões e Avaliação Global do Programa, para apurar a «resposta» à problemática de partida, através da análise qualitativa. Recorrendo ao ciclo reflexivo de Gibbs (1988) citado por (Santos, 2009), foi elaborada a parte descritiva e reflexiva das sessões.

O objetivo geral e os específicos foram atingidos, o grupo foi participativo e interessado, promoveu-se a escuta, a partilha de vivências e experiências, apresentaram-se problemas e descobriram-se alternativas. Apela-se à (re)aplicação deste ou de outros Programas, por forma a evidenciar a sua importância e utilidade na recuperação do doente mental/família e fundamentalmente contribuir para o avanço da Enfermagem, baseada na evidência. Considerando-se emergente a criação de grupos de ajuda mútua recorrendo a respostas sociais, como as IPSSs.

PALAVRAS-CHAVE: Prestador de Cuidados Informais; Psicoeducação; Esquizofrenia; Enfermagem; Saúde Mental e Psiquiátrica.

ABSTRACT

The ESEL's nursing master's degree internship in Mental Health and Psychiatry, for obtaining the Mental Health and Psychiatry Specialist Nurse Title, was held in a private institution of social solidarity (IPSS) in the Algarve.

The intervention consisted in the application of a Psychoeducational Program, made by the author, for informal caregivers of schizophrenic individuals, inspired by the cognitive behavioral methodology, lasting seven weekly sessions. The initial problem focused in assessing if the Mental Health and Psychiatry Nurse Specialist, through a psychoeducational program, could help/support relatives/caregivers coping with individuals with Schizophrenia. The sample was constituted by six informal caregivers with a mean age of approximately 50 ($M=50,38$); of both genders. Through the Psychoeducational Needs Assessment Questionnaire – Portuguese version (Santos & Xavier, 2011), psychoeducational needs were obtained to produce the program sessions. The Sessions' Assessment and the Program Assessment Questionnaires were also used to try to understand the problem, through a qualitative analysis. Gibbs's (1988) reflexive cycle was used to elaborate the internship report.

The general and specific objectives were attained, the group was participative and interested, active listening was promoted, common situations and life experiences were shared, problems were presented, alternatives were found. Thus, we urge to the (re)application of this program or similar ones, in order to point out its importance and usefulness in the rehabilitation of the mentally ill individual/family and to, fundamentally, contribute to the advance of the Nursing practice, based on evidence. I consider necessary the creation of psychoeducational support groups, employing social resources like a IPSS, in order to elicit the creation of mutual support groups.

KEY WORDS: Informal Care Provider; Psychoeducation; Schizophrenia; Nursing; Mental Health and Psychiatry.

ÍNDICE

Pág.

INTRODUÇÃO

PARTE I

1. OBJETIVOS DO PROJETO DE ESTÁGIO	12
---	-----------

PARTE II

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
---------------------------------	-----------

2.1. A Esquizofrenia	14
-----------------------------	-----------

2.2. Prestador de Cuidados Informais	16
--------------------------------------	----

2.3. Intervenções psicoeducativas em grupo, para familiares	17
---	----

PARTE III

3. METODOLOGIA	21
-----------------------	-----------

3.1 Implementação do programa	21
--------------------------------------	-----------

3.2. Os objetivos e atividades de preparação do programa	23
--	----

3.3. O Modelo de Enfermagem de referência	25
---	----

3.4. Atividades desenvolvidas ao longo do programa	28
--	----

PARTE IV

5. RESULTADOS OBTIDOS COM A APLICAÇÃO DO PROGRAMA PSICOEDUCATIVO	31
---	-----------

5.1. Competências alcançadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	31
--	-----------

5.2. Os objetivos alcançados	34
------------------------------	----

6. CONCLUSÃO	43
---------------------	-----------

7. BIBLIOGRAFIA	49
------------------------	-----------

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO I - Autorização dos autores para utilizar o Questionário de Avaliação de Necessidades Psicoeducacionais (ENQ), versão portuguesa de Santos e Xavier (2011), por Isabel Ana Afonso dos Santos.

ANEXO II - Guia para a intervenção com maiores em situação de incapacidade

ANEXO III - Lei nº 36/98 de 24 de Julho da Saúde Mental

APÊNDICE I – Consentimento Informado

APÊNDICE II - Instrumento dos dados sociodemográficos e Questionário de Avaliação de Necessidades Psicoeducacionais (ENQ), versão portuguesa de Santos e Xavier (2011)

APÊNDICE III - Questionário de Avaliação Individual da Sessão Psicoeducativa

APÊNDICE IV - Questionário de Avaliação Global do Programa Psicoeducativo

APÊNDICE V – Reflexões de cada sessão

APÊNDICE VI – Dados obtidos em ambiente SPSS

APÊNDICE VII – Sessões do Programa Psicoeducativo e respetivos planos de cada sessão

APÊNDICE VIII – A história

APÊNDICE IX – Folheto Informativo dos temas abordados na sessão

APÊNDICE X - Folheto informativo com vários contatos de Instituições para pessoas com doença mental, existentes na comunidade

APÊNDICE XI - Minuta de um requerimento para requerer o Internamento Compulsivo

APÊNDICE XII – Folheto informativo para divulgação do Programa

APÊNDICE XIII- Certificado de Participação do Programa Psicoeducativo

APÊNDICE XIV – Respostas do Questionário de Avaliação Individual de cada sessão e do Questionário de Avaliação Global do Programa Psicoeducativo

ÍNDICE DE TABELAS

Pag.

Tabela 1 -Necessidades psicoeducacionais selecionadas pelos inquiridos

28

INTRODUÇÃO

O presente relatório constitui-se num trabalho de análise das competências adquiridas, durante o estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), da Escola Superior de Saúde de Enfermagem de Lisboa (ESEL), para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que segundo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Dec. Lei 104/98 de 21 de Abril, artigo 7º, nº 3, p. 1742), o Enfermeiro Especialista deve adquirir “competência científica técnica e humana para prestar, para além de cuidados gerais, cuidados de Enfermagem especializados na sua área de especialidade”.

É de salientar que para este nível de operacionalização este relatório obedeceu a linhas orientadoras do plano de estudos do curso. Para identificar os problemas dos Prestadores de Cuidados Informais (PCIs) e as possíveis formas de os ajudar, fiz uma revisão da literatura, através de uma pesquisa de artigos nas bases de dados SciELO, EBSCO, CINAHL e MEDLINE with Full Text, assim como uma consulta bibliográfica em diversas monografias e periódicos. As palavras utilizadas nesta pesquisa foram selecionadas de acordo com a linguagem usada na literatura internacional, nomeadamente: nursing, family interventions, informal care provider; psychoeducation; schizophrenia; caregiver. Procurei através da análise dos resultados obtidos, identificar um construto teórico válido que me permitisse fundamentar e planear intervenções baseadas em evidência.

No final dos anos 90 (século XX) surgiram algumas preocupações, nomeadamente, a necessidade emergente de educação das famílias na área da saúde mental de forma a melhorar a qualidade de vida quer do doente quer dos prestadores de cuidados.

O governo português em resolução de Conselho de Ministros nº 49/2008 aprovou o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007/2016 que descreve a reorganização dos serviços de saúde mental e quais as matérias mais preocupantes da saúde mental dos cidadãos. A elaboração deste Plano contou com a participação de vários parceiros da saúde, inclusive a Ordem dos Enfermeiros (OE). O PNSM 2007/2016 realça a Picoeducação como uma área de interesse a desenvolver, quer seja na área da formação, quer na investigação, por parte dos profissionais de saúde (PNSM, 2008).

Neste sentido, visto que a Psicoeducação é uma área de intervenção da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e porque não tinha competências nesta área, desenvolvi o meu projeto tendo por base a aquisição destas competências como preconizado pela OE (2010).

As intervenções deste projeto foram inspiradas na abordagem cognitivo-comportamental, na Filosofia dos Cuidados Centrados na Família e no modelo existencial humanista de Chalifour (2008).

Desenvolvi um Programa Psicoeducativo, constituído por 7 sessões, com periodicidade semanal, baseado nos trabalhos desenvolvidos por outros, nomeadamente, Reis (2004), e do “Manual de Trabalho Versão 1.2 Cuidados Integrados e Recuperação (CIR)” da Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). Após a leitura e análise destes trabalhos e seguindo estas linhas orientadoras, optei por elaborar um Programa próprio porque, era necessário adaptá-lo o mais possível às necessidades psicoeducacionais identificadas no meu grupo alvo, que consistiu em Prestadores de Cuidados Informais (PCIs) da pessoa com esquizofrenia, em grupo fechado.

O interesse por esta área prendeu-se com a minha experiência profissional diária, que passa pelo desenvolvimento comunitário participativo numa Equipa de Saúde Mental Comunitária, e que veio reforçar a minha convicção que os PCIs das pessoas com esquizofrenia necessitam de (in)formação específica e de desenvolver competências de comunicação de modo a aprenderem a reduzir a sobre-estimulação, evitar a crítica hostil e o envolvimento emocional excessivo. Deste modo, necessitam de desenvolver o índice adequado de expectativas e não fazerem exigências de comportamento às quais a pessoa com esquizofrenia não possa corresponder. Concomitantemente nunca descurando o impacto que a esquizofrenia tem no contexto social e os vários fenómenos físicos e mentais estreitamente interligados, que afetam não só a pessoa doente, como também as suas famílias.

Nesta perspectiva faz-me sentido desenvolver intervenções no âmbito da Psicoeducação, visto que esta, segundo Figueiredo, Souza, JrDell’Áglio e Argimon, (2009), consiste em transmitir aos PCIs em grupo, informações sobre a etiologia, o funcionamento, o tratamento mais indicado e o prognóstico da doença, entre outras. Trata-se assim de uma abordagem orientada permitindo um enfoque no futuro, ideia corroborada por Pereira, Xavier, Neves, Corrêa e Fadden (2006), os quais referem que ao facilitar-lhes a informação necessária e ajudá-los a encontrar melhores estratégias de coping, influencia positivamente o curso da doença,

Em Portugal, existem, a partir de 1996, referências a trabalhos de investigação na área da Psicoeducação, no entanto, constata-se que existe uma lacuna na investigação e desenvolvimento desta temática (Pereira, Xavier, Neves, Corrêa & Fadden, 2006). Contudo, Mullen (2009), afirma que podem ser desenvolvidas várias intervenções pelo Enfermeiro, nomeadamente, a Psicoeducação dos PCIs da pessoa com perturbação de esquizofrenia.

Assim, no âmbito da promoção e proteção da saúde mental e no cuidar da perturbação de esquizofrenia, o Programa Psicoeducativo que defini partiu da seguinte permissa: o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica poderá, através da aplicação de um Programa Psicoeducativo ajudar/apoiar os Prestadores de Cuidados Informais a lidar com a pessoa com perturbação de Esquizofrenia.

Pretendi, com este programa, desenvolver competências especializadas que constam no Regulamento da Especialidade de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, nomeadamente, congregar e promover a coesão e o encontro de pessoas que partilhem de experiências e vivências similares. Ou seja, o encontro de um suporte alternativo, necessário para apoiar a construção, o desenvolvimento e o equilíbrio da sua própria identidade, nas mais variadas situações, e ainda, promover competências de comunicação, fomentando alterações no comportamento que possibilitem uma vivência quotidiana mais adaptativa dos PCIs.

Neste sentido, tenho como objetivo, promover a participação ativa dos PCIs no processo do cuidar/tratar da pessoa com esquizofrenia, enaltecendo a importância destes na sua recuperação.

Assim, o presente relatório encontra-se estruturado em quatro partes, a primeira é relativa aos objetivos propostos no projeto de estágio e os objetivos centrados na Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Na segunda parte, é feito o enquadramento teórico com sustentação científica relativa à temática abordada. A terceira parte contempla a metodologia utilizada para a elaboração e implementação do Programa Psicoeducativo. Na quarta e última parte, são apresentados os resultados obtidos (competências alcançadas, os objetivos alcançados e o contributo do programa para a Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica) e por último a conclusão.

PARTE I

1. OBJETIVOS DO PROJETO DE ESTÁGIO

Na unidade curricular Opção II do segundo semestre do primeiro ano do curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, tinha elaborado o Projeto de Estágio, que serviu para delinear o plano de ação, estratégico, composto pelos objetivos que me propus atingir, assim como, o que pretendia desenvolver no estágio.

A área de interesse incidia na prestação de cuidados à família em situações de grande complexidade, caminhando no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Tendo como finalidade, desenvolver competências especializadas na área de especialidade, para obter o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e o Grau de Mestre em Enfermagem.

Considerando a curiosidade e o interesse pessoal sobre Psicoeducação, especificamente com PCIs de pessoas com esquizofrenia, decidi aproveitar a oportunidade que a ESEL me deu, para elaborar e implementar um Programa Psicoeducativo, intitulado «Família Unida», aplicado numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) do Algarve, escolhida por trabalhar com pessoas identificadas com este tipo de psicopatologia. O programa aplicado foi elaborado com base noutros trabalhos, nomeadamente, de Reis (2004), e do «Manual de Trabalho Versão 1.2 Cuidados Integrados e Recuperação (CIR)», da (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

A escolha desta temática tem a ver com a minha experiência profissional, integrado numa equipa de saúde mental comunitária, que promove a proximidade com os PCIs da pessoa com esquizofrenia, estes, deparavam-se, diariamente com situações que os levavam a questionarem o seu modelo de ação, isto é, como agir, intervir e resolver situações no seu dia-a-dia com o seu familiar doente. Após a identificação, destas necessidades demonstradas pelos PCIs, foi meu objetivo pessoal, proporcionar-lhes um espaço no qual pudessem partilhar os seus problemas, desabafar, escutar as experiências e vivências de outros com situações similares, descobrirem alternativas e verem as suas dificuldades segundo diferentes pontos de vista.

Ao mesmo tempo puderem receber suporte sobre os recursos existentes e sobre como os vínculos da pessoa com perturbação de esquizofrenia-família poderão melhorar, ajudá-los a

conseguir o acesso a recursos apropriados, a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde e por último (re) aprenderem estratégias de coping de forma a tornar mais longos os períodos de estabilização da doença.

Para tal, defini como objetivo geral do projeto de estágio:

- promover a participação ativa dos PCIs da pessoa com esquizofrenia no processo do cuidar/tratar.

E como objetivos específicos:

- aplicar um Programa Psicoeducativo;
- elaborar um Programa Psicoeducativo para PCIs da pessoa com esquizofrenia;
- promover a comunicação mais clara e objetiva no contexto familiar;
- diminuir o stress e sobrecarga dos PCIs;
- aumentar os conhecimentos e reflexões de cada PCIs;
- melhorar as estratégias de coping.

Para a aplicação do Programa Psicoeducativo direcionado aos PCIs da pessoa com esquizofrenia, foram também, projetados, objetivos centrados nas competências especializadas e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que constam no Regulamento n.º 129/2011, de 18 de Fevereiro (2011), nomeadamente:

- tomada de consciência de mim enquanto pessoa e profissional durante a relação terapêutica;
- realizar uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental;
- implementar e desenvolver o projeto com vista à promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental;
- estabelecer diagnósticos de Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica;
- realização de intervenções psicoeducativas, com vista a assistir as famílias na otimização da sua saúde mental;
- educação para a saúde, e primordialmente congregar e promover a coesão e o encontro de pessoas que partilham de experiências e vivências similares, nomeadamente, para aqueles que reúnem a condição de PCIs de pessoas com perturbação de esquizofrenia.

PARTE II

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. A Esquizofrenia

Na opinião de Vedana e Miasso (2011, p. 31), a esquizofrenia, “afeta cerca de 1% da população mundial”. Há muito que é considerada uma perturbação crónica, que começa tipicamente na adolescência ou no início da idade adulta, caracterizando-se por distorções fundamentais do pensamento, da perceção e por emoções impróprias (World Health Report, 2001).

Foi na Grécia antiga que se iniciou o interesse pelo estudo da doença mental: filósofos como Sócrates e Platão destacaram a existência de uma forma de «loucura» tida como divina e, inclusivamente utilizavam a palavra «manikê» para designar tanto o «divinatório» como o «delirante» (Silveira & Braga, 2005). Surgiram os primeiros estudos publicados de Emil Kraepelin sobre esquizofrenia, datados de 1919, descrição que ainda hoje é aceite na comunidade científica (Silva, Gheno, Aguiar, Souza, Castro, & Alexandre, 2000).

Através do DSM-IV-TR é possível definir a perturbação da esquizofrenia da seguinte maneira:

os sintomas característicos da Esquizofrenia envolvem um conjunto de disfunções cognitivas e emocionais que incluem perceção, pensamento indutivo, linguagem e comunicação, comportamento, afeto, fluência e produção de pensamento e do discurso, capacidade hedónica, vontade e impulsos, e atenção (DSM-IV-TR, 2006, p.299).

Nenhum sintoma isolado é patognomónico de esquizofrenia, o diagnóstico envolve o reconhecimento de sinais e sintomas associados à incapacidade do funcionamento ocupacional ou social da pessoa. Os sintomas característicos são, os positivos e negativos, os positivos refletem um excesso ou distorção das funções normais, enquanto os negativos parecem refletir uma diminuição do conteúdo do pensamento (ideias delirantes), da perceção (alucinações), da linguagem e dos processos do pensamento (discurso desorganizado) e do autocontrolo do comportamento (comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico).

As ideias delirantes são falsas crenças que envolvem uma interpretação errada das perceções ou experiências (por exemplo, persecutório, de autorreferência, somático, religioso ou de grandeza), sendo as mais comuns, as ideias delirantes persecutórias.

Socialmente, a Esquizofrenia é distinguida das outras psicopatologias, como uma doença crónica, que provoca deterioração do funcionamento do doente e da relação deste com a família, causando diversos danos/perdas na estrutura familiar (Giacon & Galera, 2006). Os doentes que não tenham apoio/estímulo adequado por parte dos PCI, são mais inativos e passivos consequentemente, apresentam deficit nas habilidades básicas no contexto social (Vidal, Gontijo & Bandeira, 2008).

A OMS (2001) revela, preocupação com a problemática da doença mental no contexto social, recomendando que se avalie permanentemente os serviços e programas de saúde mental, num intuito integrativo, incluindo, para isso, a visão dos doentes e dos seus prestadores de cuidados informais e formais.

No que se refere aos efeitos sobre os prestadores de cuidados informais, importa avaliar, principalmente, a satisfação com os serviços prestados, a sobrecarga e a qualidade de vida. Relativamente aos doentes, a preocupação, tem a ver com o grau de autonomia, e principalmente, o comportamento social uma vez que existe a possibilidade de suicídio associado com tais problemas, o que indica uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais.

Na tentativa de se investigar estas questões, realizaram-se vários estudos acerca da comparação da evolução do comportamento social, os quais, mostram-nos que os “esquizofrênicos apresentam melhor evolução no afastamento social em relação a doentes com outros diagnósticos” (Vidal, Bandeira & Gontijo, 2007, p. 298). Contudo, a identificação de deficiências no funcionamento social é característico da pessoa com esquizofrenia, incluindo dificuldades nos relacionamentos no trabalho, no autocuidado e na participação em atividades recreativas e comunitárias (Vidal, Bandeira & Gontijo, 2007).

Ora, baseando-nos no supracitado, por um lado, posso inferir que a esquizofrenia interfere na interação entre doente e PCIs. Por outro, entendo que, doentes que têm apoio dos seus prestadores de cuidados informais apresentam mais possibilidades de realizar interações sociais e de aprender o que é prático.

Assim, as pessoas com esquizofrenia que não tenham apoio/estímulo adequado por parte dos PCIs, são mais inativos e passivos, consequentemente, não desenvolvem habilidades básicas para a vida social, ideia reforçada por Vidal, Gontijo e Bandeira (2008).

2.2. Prestador de Cuidados Informais

Cuidar de quem cuida é uma responsabilidade e deverá ser uma preocupação de todos os profissionais de saúde, em especial dos Enfermeiros, devendo ser a sua intervenção centrada no equilíbrio da dinâmica cuidador/cuidado.

Na atual conjuntura, despoleta-se a exigência real e potencial de cuidados complexos por longos períodos de tempo, onde as redes informais ocupam um lugar privilegiado nos cuidados à pessoa com esquizofrenia, para o qual o contributo do PCIs é fundamental na manutenção da sua qualidade de vida.

O cuidado informal sobrevém da prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte de familiares, que são a maior parte dos PCIs, podendo abranger amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, não remunerados pelos cuidados que prestam, assumindo assim o papel de cuidador informal (Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010). Este último, torna-se o «profissional oculto» dos cuidados à pessoa com esquizofrenia dependente, experienciando situações que se repercutem na sua qualidade de vida.

Neste contexto, é importante reconhecer as necessidades psicoeducacionais do prestador de cuidados, como uma área emergente de intervenção para os Enfermeiros que, tendo nas famílias os seus «parceiros» de cuidados, devem levar a cabo intervenções precoces, individuais e terapêuticas que evitem situações de risco. Em virtude dos constrangimentos no atual sistema de saúde, as famílias precisam mais do que nunca de suporte e informação, pois, quanto mais insuficientes e inadequados forem os recursos, mais intensos serão os cuidados a longo prazo prestados em casa.

Desde 1998, que o Estado Português, através do Ministério da Saúde, procura promover a participação ativa dos profissionais, familiares e doentes na proteção dos serviços de saúde mental. Este direito é consagrado na Lei n.º 36/98 de 24 de Julho da Saúde Mental. A necessidade de assegurar a participação da comunidade e dos cidadãos no funcionamento e gestão efetiva dos referidos serviços, mais especificamente, das associações de familiares e doentes, é mais uma vez afirmada na alteração e republicação de 2009.

No contexto de uma política integrada e transversal para a reabilitação e integração social das pessoas com doenças mentais, é determinante o papel da sociedade civil, em cooperação com o Estado, contando com a participação das pessoas com doenças mentais e

das suas famílias (ou representantes) na definição e desenvolvimento das políticas que se devem constituir como uma prioridade.

Nesta óptica, a participação comunitária surge como parte integrante dos valores e princípios defendidos pelo Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, que considera que as pessoas com perturbações mentais devem ser envolvidas e participar no planeamento e desenvolvimento dos serviços de que beneficiam.

2.3. Intervenções psicoeducativas em grupo, para familiares

Os PCIs de pessoas com perturbação de esquizofrenia devem ser considerados como parceiros importantes na prestação de cuidados de saúde mental, e estimulados a participar neste tipo de intervenção psicoeducativa, por forma a receberem o treino e a educação necessários.

Nesta perspectiva, surgiu o desenvolvimento e evolução de vários modelos de intervenções psicoeducativas para familiares de pessoas com esquizofrenia, destaque para os estudos desenvolvidos por Leff e Vaughn (1985); Hogarty, Kornblith e Greenwald (1995); Gingerich e Bellack (1995) e McFarlane, Dixon, Lukens e Lucksted (2003).

Nos Estados Unidos da América, iniciou-se desde há muito a procura e divulgação da utilidade de sessões de intervenção psicoeducativa dirigida a PCIs de pessoas com esquizofrenia. Esta forma de intervenção com os familiares deve ser efetuada por um ou dois técnicos de saúde, podendo ser Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica. As sessões têm um carácter informativo e educativo sobre o que é a doença, o tratamento e como lidar com a pessoa com esquizofrenia, ou seja, têm como foco de atenção a componente pedagógica e o suporte emocional ou misto.

A definição de psicoeducação varia consoante os objetivos e pressupostos que os profissionais pretendem alcançar, sendo a abordagem dos aspetos psicológicos o que mais diferencia a prática clínica. Assim, existem diferentes métodos e técnicas, dependendo do tipo de intervenção e de fundamentação teórica adotada (Menezes & Souza, 2011).

Segundo Figueiredo, Souza, JrDell'Áglio e Argimon, (2009) a psicoeducação consiste em transmitir à pessoa informações sobre a etiologia, o funcionamento, o tratamento mais indicado e o prognóstico da doença, entre outras. Para Gonçalves-Pereira e Sampaio (2011,

p.6) a “psicoeducação entende-se, especificamente, o trabalho com famílias para transmitir conhecimento sobre a doença mental (...) e melhorar as competências para lidar com ela”.

As intervenções psicoeducativas dirigidas por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, incorporaram estes princípios na sua abordagem global, até porque um vasto corpo de investigação tem demonstrado que, ao ir de encontro às necessidades das famílias contribui-se também, de forma evidente, para melhorar a situação do doente e o bem-estar da família num todo (Dixon & Lehman, 1995; McFarlane, Dixon, Lukens & Lucksted, 2003).

Yacubian & Neto (2001) defendem que a psicoeducação, traz benefícios quer para o doente quer para os PCIs, pois diminui recaídas e reinternamentos nos doentes, e reduz a sobrecarga, e permite acesso a informação científica pelos PCIs.

Santana (2011) defende a mesma ordem de ideias, afirmando que, é uma estratégia prática que permite aos familiares aumentarem conhecimentos sobre a doença, o que fazer em situações de crise, diminuir a sobrecarga e o stress familiar, promoverem a adesão terapêutica nos seus familiares doentes, assim como a troca de experiências com outros PCIs. Yacubian e Neto (2001) referem ainda, que as metas da psicoeducação pretendem abarcar as expectativas dos PCIs no sentido de implementar recursos na luta contra a doença e favorecer uma melhor interacção intra e extra familiar. Além disso, Pheula & Isolan (2007) apoiam, que a psicoeducação pode mudar comportamentos, tendo como consequência o êxito no tratamento.

Para além de fornecerem informação, estas sessões atuam diretamente nas necessidades psicoeducacionais dos familiares, estimulam a partilha de experiências e vivências entre estes, incluem sessões de resolução de problemas, bem como treino de competências sociais sob orientação do Enfermeiro. Estes programas destinam-se a grupos de famílias, com o doente incluído, ou apenas a familiares, sem a presença daquele, ambos permitem a aquisição de inúmeras competências, entre elas, como agir quando a pessoa com esquizofrenia recusa efetuar o tratamento.

Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling e Engel (2001), são de opinião que as intervenções psicoeducativas com os PCIs da pessoa com esquizofrenia diminuem o número de recaídas assim como as taxas de hospitalização, mais, estes autores observam que a taxa de reincidência pode ser reduzida em 20% e se as intervenções com os familiares de pessoas com esquizofrenia tiverem uma duração superior a três meses, o efeito será mais evidente. No

entanto, Fadden (1998) defende que a adesão por parte dos familiares a este tipo de intervenção é fraca e não parece alterar o curso clínico da perturbação da esquizofrenia.

São muitos os formatos de Programas Psicoeducativos, podendo haver ênfase em programas pedagógicos ou em programas de trabalho das emoções, normalização ou reformulação positiva de atitudes e modelagem dos níveis de Emoções Expressas (EE). Alguns estudos revelam que a EE dos familiares está associada ao risco de recaída da pessoa com esquizofrenia.

Num estudo desenvolvido por Kavanagh (1992) foram avaliados e quantificados três aspetos relacionados com as recaídas nas famílias: os comentários críticos, a hostilidade e a sobre implicação emocional. Nos familiares em que a EE era elevada, 50% das pessoas com esquizofrenia tiveram recaídas, por oposição, nos familiares que apresentavam EE baixa, apenas 23% das pessoas com esquizofrenia tiveram recaídas. Verificando-se, assim, que a EE dos familiares funciona como um fator de stress que pode contribuir para as recaídas da pessoa com esquizofrenia.

Um estudo desenvolvido por Bauml, Frobose, Kraemer, Rentrop, e Pitschel-Walz (2006) mostrou que num período de dois anos em que um Programa Psicoeducativo foi aplicado a familiares de pessoas com esquizofrenia revelou reduções significativas das taxas de reinternamentos de 58% para 41%, assim como, também, reduziu o encurtamento do período de dias de internamentos no hospital, passando de 78 para 39 dias. Pheula e Isolan (2007) apoiam que a Psicoeducação pode mudar comportamentos, tendo como consequência o êxito do tratamento.

Em Portugal, existem referências a partir de 1996, a trabalhos de investigação nesta área. As conclusões apontam para que as intervenções psicoeducativas para familiares, sobretudo as que utilizam metodologias de grupo, deverão ser proporcionadas a familiares ou outras pessoas do relacionamento da pessoa com esquizofrenia, pelos seus efeitos benéficos no processo de recuperação e melhoria do bem-estar das famílias e, mais uma vez o papel dos Enfermeiros é relevante para este tipo de intervenções.

Contudo, Brito (2005) defende que continua a ser necessário, em Portugal, fazer-se investigação sobre a aplicação de intervenções dirigida a grupos de famílias, com especial atenção para a identificação e análise dos fatores processuais e de implementação dessas intervenções.

Assim, atendendo aos estudos e às suas conclusões optei por direcionar a minha intervenção psicoeducativa aos PCIs da pessoa com perturbação de esquizofrenia, sem a presença do doente, porque, por um lado, posso usar os meus conhecimentos, competências e atitudes para estabelecer uma relação verdadeiramente terapêutica, segundo as necessidades e dificuldades psicoeducacionais que os PCIs apresentam.

Em síntese, a intervenção psicoeducacional tem um papel fundamental para os PCIs, pois, fornece apoio, suporte emocional e informação (Toseland & Rossiter, 1989). Assim como, é notória a evidência dos benefícios, da intervenção psicoeducacional, no envolvimento dos familiares no tratamento da pessoa com Esquizofrenia (Leff & Vaughn, 1985).

Justifica-se então, a necessidade, por parte dos Enfermeiros, desenvolverem Programas Psicoeducativos direcionados aos PCIs da pessoa com esquizofrenia.

PARTE III

3. METODOLOGIA

3.1 Implementação do programa

A escolha do local para a realização do estágio e aplicação do Programa foi uma Instituição Particular de Solidariedade Social bem como pessoa Coletiva de Utilidade Pública, localizada no Algarve.

A instituição tem por objetivos prioritários promover a integração social da pessoa com doença mental assim como da própria família; promover apoio psicoterapêutico individual e coletivo; promover a plena participação social das pessoas com doenças mentais; promover e defender a Saúde Mental na Comunidade e defender os direitos da pessoa com esquizofrenia mental e dos seus familiares.

A sua ação reflete-se, também, num Fórum Socio-Ocupacional (segundo o Despacho Conjunto nº 407/98 – D.R., II Série, nº 138, de 18 de Junho) e num Protocolo Atípico, assinado com o Instituto de Solidariedade e Segurança Social, I.P, com capacidade para 22 doentes. Na Instituição existem doentes com perturbação de esquizofrenia, o que tornou mais fácil a minha aproximação aos PCIs da pessoa com esquizofrenia, visto que, esta instituição já conta com alguns anos de experiência no terreno e possui bastantes contatos com familiares, e os seus objetivos vão de encontro aos por mim definidos neste Programa Psicoeducativo.

Para concretizar este meu projeto, e após ter selecionado o tema, contactei informalmente a Instituição acima referida, expliquei os objetivos do Programa, apresentei os instrumentos de trabalho e explicitiei a colaboração pretendida por parte da mesma. Referi também os procedimentos a seguir na aplicação dos instrumentos de forma a uniformizar os mesmos.

Posteriormente e para salvaguardar quaisquer questões éticas, entreguei o projeto de estágio onde constava a justificação do Programa e a relevância da recolha da assinatura dos participantes no documento intitulado Consentimento Informado (Apêndice I). Isto porque, para se trabalhar em ambiente terapêutico é condição essencial constituírem-se alianças, baseadas na confiança, segurança e empatia, tendo sempre presente a confidencialidade necessária para se constituir o mesmo. Por isso, a necessidade de informar os participantes dos riscos e benefícios de participarem no Programa Psicoeducativo, sobre a

confidencialidade, explicando que as observações e outros registos que permitam colher dados serão anónimos e serão somente utilizados no contexto do presente relatório. Manter-se-á sempre a confidencialidade no que respeita à preservação de informações privadas e íntimas (Mendes, 2009).

Referi, ainda, quais os critérios de exclusão e inclusão dos inquiridos, sendo os de exclusão, aqueles que não respondam à totalidade dos questionários; os que não são cuidadores de pessoas com o diagnóstico de perturbação de esquizofrenia; e aqueles cuja disponibilidade profissional e pessoal não lhes permita participarem no Programa no período de tempo estipulado para o estágio.

Por outro lado, os critérios de inclusão: ser PCIs da pessoa com esquizofrenia (membro efetivo do agregado familiar, amigo, vizinho, entre outros) e ter idade ≥ 18 anos.

Considerando a bibliografia consultada sobre Psicoeducação, optou-se preferencialmente que o grupo não excedesse os 12 e tivesse no mínimo oito PCIs (Lucchese & Barros, 2002). Ficou definido que, uma vez iniciado o Programa, o grupo seria fechado, isto é, o grupo que inicia o programa será o mesmo que o termina.

De imediato, a Direção da Instituição respondeu com parecer favorável à aplicação do Programa Psicoeducativo, nas suas instalações para os familiares dos doentes com perturbação da esquizofrenia que frequentam a mesma e/ou outros que possam não frequentar a mesma Instituição. De seguida, comuniquei a mesma intenção ao docente orientador que não levantou qualquer tipo de objeção e procedeu-se ao contato formal entre a ESEL e a instituição, assim como à orientadora no estágio, com o mesmo propósito, ao qual a Instituição, mais uma vez, deu parecer favorável. Sem mais demoras, passei à recolha da amostra.

Os familiares foram contactados via telefone e à posteriori o Questionário de Avaliação das Necessidades Psicoeducacionais (ENQ), versão portuguesa de Santos e Xavier (2011), foi enviado em envelope fechado, através do doente que depois o devolveu à Instituição, em envelope fechado. Consegui uma amostra de conveniência composta por oito PCIs de pessoas com esquizofrenia. Todos os dados referentes ao diagnóstico da pessoa com esquizofrenia foram confirmados pela Diretora Técnica da instituição após consulta dos respetivos processos, isto para evitar enviesamentos entre o diagnóstico médico e o referido pelos PCIs.

Não posso deixar de referir que atendendo ao facto de não ter sido possível contactar, todos os PCIs dos doentes que frequentam a instituição, porque, na sua maioria, a deslocação dos mesmos, do domicílio para a instituição é assegurada por esta, fui confrontado com a dificuldade de efetuar a entrevista de seleção para participação no Programa Psicoeducativo, pessoalmente, assim como entregar, a alguns, os questionários das necessidades psicoeducacionais.

Para ultrapassar esta dificuldade, os PCIs foram contactados telefonicamente e o instrumento de avaliação das necessidades psicoeducacionais foi enviado em envelope fechado, através do doente, que depois os devolveu em envelope também fechado. No entanto, foi com alguma dificuldade que consegui formar o grupo, nos contactos efetuados, foram muitos aqueles que disseram que não podiam vir, uns por se encontrarem a trabalhar, outros por não puderem deixar os seus familiares sozinhos, e outros que não chegaram a entregar o Questionário das Necessidades Psicoeducacionais.

3.2. Os objetivos e atividades de preparação do programa

Após esta fase fiz um reajustamento do projeto de estágio e estruturei os objetivos face ao campo de estágio e aos dados obtidos até esta parte do processo. Assim, defini como objetivo **geral**:

- promover a participação ativa dos PCIs da pessoa com esquizofrenia no processo do cuidar/tratar da pessoa com esquizofrenia.

E como, objetivos **específicos**:

- promover a comunicação mais clara e objetiva no contexto familiar; aliviar o stress, e sobrecarga dos familiares;
- aumentar o conhecimento e reflexões de cada familiar;
- ajudar a melhorar as estratégias de coping;
- aumentar os conhecimentos dos familiares relativos a todos os aspetos da doença, para melhor aceitação da mesma;
- ajudar reconhecer os sintomas apresentados pelas pessoas com esquizofrenia de modo a que as necessidades básicas sejam compreendidas e aceites pela família;
- ajudar a (re)aprenderem a lidar melhor com a situação;

- reforçar a importância da terapêutica no tratamento da doença e na prevenção das recaídas;
- desmistificar estigmas sobre a doença mental; diminuir a culpabilidade;
- permitir o convívio e a partilha de experiências e vivências;
- promover a aprendizagem com os elementos do grupo;
- fazer entender aos familiares que não estão sós no processo de cuidar da pessoa com esquizofrenia.

Estes objetivos serviram também, como base de sustentação para o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista, por forma a obter o título de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Após definidos os objetivos e para atingir os mesmos, planeei as atividades para organização e orientação das sessões do Programa Psicoeducativo.

Primeiro tive que identificar os problemas e as necessidades específicas dos participantes do grupo, para tal comecei por elaborar um instrumento que caracterizasse a amostra, intitulado «dados sociodemográficos» e que foi aplicado (Apêndice II). É composto por 10 questões de resposta fechada que foram trabalhadas em ambiente “IBM - Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20 para o Windows.

Em seguida fui saber quais as necessidades psicoeducacionais da amostra, e tive que aplicar um instrumento que avaliasse as mesmas. Confrontado com a escassez em Portugal de instrumentos específicos de avaliação de necessidades educacionais de pessoa com esquizofrenia e respectivos cuidadores, tinha duas alternativas: criar um novo instrumento ou utilizar um instrumento já existente, optei pela utilização do Questionário de Avaliação de Necessidades Psicoeducacionais (ENQ), versão portuguesa de Santos e Xavier (2011) por forma de diminuir o risco de criar um questionário pouco adequado ao principal objetivo estabelecido e além disso, este instrumento já está validado para a população portuguesa (Apêndice II). Contactei um dos autores da ENQ que autorizou a aplicação do instrumento (Anexo I). Este questionário é composto por 45 necessidades educacionais, e todas as necessidades educacionais foram avaliadas recorrendo à escala tipo Likert, mensurável de 1 (nada interessado) a 5 (muito interessado).

Elaborei também, inspirado em outros questionários que encontrei na bibliografia consultada, o Questionário de Avaliação Individual da Sessão Psicoeducativa (Apêndice III),

adaptado de Guerra e Lima (2005) para os PCIs avaliarem o que apreenderam em cada sessão, o instrumento é aplicado no final das mesmas e é composto por duas questões de resposta aberta: “Na sessão de hoje aconteceu algo ou ouviu algo que considerou especialmente importante?”; “De que forma o que aprendeu hoje pode ser útil na sua situação em particular?”. Após aplicação, foi feito o tratamento qualitativo às respostas dadas pelos PCIs.

Houve a necessidade de construir um instrumento para que os PCIs fizessem a avaliação global do Programa, por forma a verificar se consegui, com o Programa Psicoeducativo, atingir os objetivos inicialmente propostos. Deste modo apliquei o instrumento Questionário de Avaliação Global do Programa Psicoeducativo, adaptado de Yin e Oliveira, (2004) (Apêndice IV), na última sessão do Programa, composto por sete questões de resposta aberta: “Após ter participado nas sessões psicoeducacionais, como avalia este Programa?”; “As sessões foram importantes para si? Em que sentido?”; “Houve alguma contribuição nas sessões para si como pessoa? Se sim, quais foram?”; “Na sua opinião, houve alguma mudança na interação familiar após a participação neste Programa Psicoeducativo?”; “Quais eram os seus pensamentos sobre a Esquizofrenia antes do trabalho Psicoeducativo? E hoje?”; “Quais eram os seus sentimentos sobre a doença do (a) seu familiar, antes do Programa Psicoeducativo? E hoje?”; e por fim, “Que aspetos, a seu ver, são importantes e não foram abordados nas sessões?”. A todas as questões foi feito tratamento qualitativo.

Por fim, recorrendo ao ciclo reflexivo de Gibbs (1988) citado por (Santos, 2009), foram elaboradas reflexões após cada sessão (Apêndice V), uma vez que este ciclo constitui uma ajuda na construção do meu processo reflexivo.

3.3. O Modelo de Enfermagem de referência

Sendo que estar em relação com os outros advém das experiências profissionais e da formação que cada um constrói ao longo do seu percurso, e que cada um vai intervir a partir das suas inspirações e orientações num modelo de ajuda com o qual se identifique, para o desenvolvimento deste Programa inspirei-me na Filosofia dos Cuidados Centrados na Família e no modelo de corrente de pensamento «Existencial Humanista», utilizado e desenvolvido, nomeadamente por Chalifour (2008). Este tem uma abordagem centrada na pessoa, estabelece diferenças e ligações que existem entre: a comunicação corrente, a relação de ajuda profissional, a entrevista e a intervenção psicoterapêutica.

O modelo consiste em três premissas básicas e fundamentais, uma relacionada com a pessoa ajudada, outra com o aspeto relacional e outra com o interveniente que favorece a relação. Para a prática da Enfermagem parece-me ser um processo interpessoal por meio do qual, o Enfermeiro pode obter crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional e através deste, o mesmo pode promover o empowerment dos PCIs, visto que estes são parte elementar do plano de cuidados da pessoa com perturbação de esquizofrenia.

No Modelo Existencial Humanista, temos como clientes o grupo de PCIs, que necessitam de ajuda e são considerados como um sistema aberto que possuem características ligadas à hereditariedade e ao seu desenvolvimento (biológico, cognitivo, social, afetivo e espiritual), têm experiências de vida diversificadas, sensações (cinco sentidos, sentido interno), percebem (está atento a sensações), pensam (atribui significados), sentem (vive emoções), têm motivação (tem necessidades, valores, gostos, intencionalidades) e por último, manifestam comportamentos (diz, faz) que favorecem a sua adaptação e a sua atualização contudo, podem desenvolver algumas situações de crises psicossociais ao longo do seu ciclo vital (Chalifour, 2008).

No modelo referido, o conceito de Saúde e Doença são apresentados como duas circunstâncias diferentes, caracterizam o bem-estar e o desconforto. Mas, além do conceito genuíno, o autor pretende que, quer na saúde quer na doença, desenvolvam em si, capacidades de ajuda que lhes proporcionem interação com o meio (envolvendo os outros), querendo dizer com isto que em ambas as condições (saúde/doença) é necessário reconhecer a visão holística para cada uma destas, ou seja, independentemente da condição em que se encontrem, na perspectiva de Chalifour (2008), a atenção dedicada a cada pessoa, para um ou vários aspetos da sua experiência, deve ser com o objetivo de o ajudar a reconhecer-se a si próprio e assim reativar os seus processos psicológicos internos, para atualizar o seu potencial.

Para Chalifour (2008) o interveniente (Enfermeiro) é considerado como o segundo componente do modelo de relação de ajuda profissional, que possui características idênticas às do cliente (PCIs) e as suas expectativas pessoais e profissionais terão repercussões sobre a forma e sobre a qualidade da sua relação com aquele. Scharfetter (2005, p. 56) defende que o enfermeiro “deve possibilitar aos outros a comunicação das suas dificuldades, bem como proporcionar-lhe um ambiente de crescente confiança e uma abertura progressiva”.

O interveniente deve possuir certos conhecimentos: de si, do seu papel, de conceitos teóricos necessários às suas intervenções e do funcionamento dos processos em curso numa

relação de ajuda. Assim como, deve saber comunicar, quer verbalmente (colocar questões, emitir feedback, refletir, fazer sínteses, revelar-se informar) quer não verbalmente (gestos, mímicas e voz), ou seja, a comunicação estabelecida com o outro é parte da estrutura do papel do Enfermeiro no processo de cuidar e está maioritariamente associada à qualidade da relação estabelecida.

Relativamente (terceiro componente do modelo), o contexto (Programa Psicoeducativo) e o ambiente da relação (espaço) onde se desenvolveram as intervenções, com o grupo, Chalifour (2008) refere que quer o contexto quer o ambiente em que é estabelecida a relação, ambos têm uma influência direta nos objetivos, na estrutura das trocas das experiências e vivências e no resultado destas, isto porque, se por um lado a influência é positiva, a relação é estabelecida com sucesso, por outro lado, se a influência for negativa pode colocar em risco a qualidade da relação entre o Enfermeiro e os PCIs.

Quer isto dizer que, qualquer que seja o ambiente ou contexto “deve-se procurar estabelecer uma relação terapêutica com o outro, fazendo-o sentir-se à vontade para se exprimir e partilhar as suas experiências e vivências” (Trzepacz & Baker, 2001, p. 17). Ideia que partilho como fundamental, por um lado para o sucesso e por outro para o que é esperado numa relação de ajuda profissional com um grupo de PCIs.

Os objetivos propostos com o Programa Psicoeducativo vão de encontro ao modelo adotado, visto que os mesmos centram-se numa relação de ajuda profissional, que para Chalifour (2008) deverão: favorecer a presença de um contacto físico e de um contacto afetivo; assegurar que os clientes se sintam compreendidos e entendidos; que o serviço oferecido seja personalizado e responda às expectativas dos clientes; estabelecer um clima de confiança, de calor e de respeito; favorecer a participação dos clientes, promovendo a aprendizagem e desenvolvimento dos mesmos, sendo o pretendido com o Programa Psicoeducativo.

Resumindo, estes conhecimentos avançados e as competências especializadas associadas, traduzem a complexidade dos problemas sobre os quais o Enfermeiro Especialista se debruça e o modelo apresentado dá o necessário suporte teórico às intervenções implementadas, de modo a conceber e implementar o Programa de intervenção de forma autónoma como documentado no presente relatório.

3.4. Atividades desenvolvidas ao longo do programa

Para desenvolver as atividades de acordo com os objetivos e metodologia definidos anteriormente, procurei perceber quais os principais temas a abordar no Programa Psicoeducativo, solicitei à população-alvo para responder ao ENQ, ajudando-me desta forma na preparação das sessões que compõem o Programa Psicoeducativo.

Após ter na minha posse os questionários respondidos, em ambiente SPSS tratei os dados (Apêndice VI), que resultaram nas necessidades psicoeducacionais consideradas pelos PCIs, dos dados obtidos selecionei os itens com $\underline{M} \geq 4$, que correspondem aos temas que utilizei para elaborar as sessões do Programa Psicoeducativo e que se podem ver na tabela seguinte.

Tabela 1-Necessidades psicoeducacionais selecionadas pelos inquiridos

ENQ'- Áreas com maior interesse em saber mais	Média	Moda
Sinais precoces de doença e de recaída	4,00	5
O stress e a doença	3,63	5
Melhorar a comunicação com os familiares	3,88	5
Tratamento durante o dia (unidade/hospital de dia)	4,00	5
Reabilitação vocacional	4,25	5
Alternativas residências	3,88	5
Lidar com a depressão e os pensamentos de suicídio	3,88	5
Ansiedade e ataques de pânico	2,88	5
Problemas de sono	3,50	5
Falta de interesse e motivação	3,50	5
Abordagens alternativas de tratamento	4,38	5
Internamento compulsivo	4,38	5
Obter o que necessita dos serviços de saúde mental	4,50	5
Organizações de apoio familiar e aconselhamento jurídico	3,88	5
Hospitalização psiquiátrica	4,00	5
Investigação recente sobre a doença mental	4,63	5
O que acontece quando os pais morrem	4,88	5
Lidar com o estigma da doença mental	4,63	5
Melhorar os relacionamentos sociais	4,00	5

N = 8; Missing values = 0

Após selecionados os temas, procedi à elaboração e planificação das sessões do Programa Psicoeducativo “Família Unida” (Apêndice VII). Optei na Primeira Sessão, que esta fosse uma sessão de apresentação, os temas a debater e/ou (re)aprender ao longo das sete

sessões realizadas uma vez por semana, tendo como denominação “Introdução ao Programa Psicoeducativo”.

Na primeira sessão utilizei, em suporte de papel, a história de um rapaz (Apêndice VIII) que conta o surgimento da perturbação de esquizofrenia, a apresentação consistiu na leitura, em voz alta, de excertos da história, pelos participantes, informando os presentes que estes excertos representam uma história comum experienciada por qualquer um dos participantes. Foi, ainda, realizada a projeção de um mini-filme, sobre a pessoa com esquizofrenia.

No final desta sessão entreguei, também, um folheto informativo com os principais temas abordados durante a sessão (Apêndice IX).

Para as sessões seguintes, agrupei os temas respeitando aquilo que considerei ser uma sequência lógica de raciocínio e deste modo, elaborei a segunda sessão, intitulada “A Esquizofrenia – questões práticas”, com os temas “Investigação recente sobre a doença mental”, “Lidar com o estigma da doença mental” e “O que acontece quando os pais morrem?”. Nesta sessão recorri a um livro, que entreguei aos participantes, «Guia para a intervenção com maiores em situação de incapacidade» (Anexo II), que achei pertinente, na pesquisa bibliográfica que fiz, sobre a questão, o que acontece após a morte dos progenitores, visto o livro dar algumas respostas em relação a este tema.

Para preparar a Terceira Sessão, intitulada “O tratamento na Esquizofrenia” baseei-me no tema “Abordagens Alternativas de Tratamento”.

Na preparação da Quarta Sessão, denominada “A Crise na pessoa com esquizofrenia” e seguindo a sequência lógica de raciocínio anterior foi utilizado o tema “Sinais precoces de doença e de recaída”; na preparação da Quinta sessão, intitulada “Reabilitação da pessoa com esquizofrenia” agrupei o tema “Tratamento durante o dia (unidade/hospital de dia)” com o tema “Reabilitação Vocacional” mais os temas “Melhorar os relacionamentos sociais” e “Obter o que necessita dos serviços de saúde mental”, nesta sessão tentei ainda, dar a conhecer algumas das instituições existentes na comunidade, distribuindo um folheto informativo com vários contatos de algumas dessas instituições (Apêndice X).

No que concerne à elaboração da Sexta Sessão com o nome “Lei da Saúde Mental - Internamento e Tratamento compulsivo” utilizei o tema “Internamento Compulsivo”. Outras dúvidas que os participantes disseram ter, relativas a esta temática, estavam relacionadas com a elaboração do requerimento a pedir a avaliação clínico-psiquiátrica de urgência e diziam ter

dificuldades em formalizar o pedido e a quem dirigi-lo. Neste sentido, elaborei uma minuta de um requerimento, com um texto base, direcionado ao Delegado de Saúde e outro para ser entregue diretamente às autoridades policiais (Apêndice XI) a requerer o internamento compulsivo de urgência nas situações previstas na lei da Saúde Mental (Lei nº 36/98 de 24 de Julho) (Anexo III). Após ter as sessões preparadas elaborei um folheto informativo para divulgação do Programa Psicoeducativo “Família Unida” (Apêndice XII).

Para a preparação da Sétima e última sessão, intitulada “Avaliação Global do Programa”, optei por propor aos PCIs que avaliassem globalmente o Programa que foi apresentado ao longo das sete semanas, preenchendo o Questionário de Avaliação Global do Programa Psicoeducativo, isto para permitir aos PCIs que se pronunciassem sobre a experiência comum e a partir daí, possibilitar chegar a uma resposta à questão de partida, assim como aos objetivos por mim propostos.

Depois do preenchimento do mesmo, e sendo a última sessão, procedi à entrega de um certificado de participação (Apêndice XIII) a todos os PCIs, este certificado não estava previsto no projeto, mas achei pertinente a sua entrega, visto ser um documento que marca, de alguma forma, a presença dos participantes no grupo, assim como, simbolicamente, representa as vivências e partilhas que foram feitas durante as sete sessões.

PARTE IV

5. RESULTADOS OBTIDOS COM A APLICAÇÃO DO PROGRAMA PSICOEDUCATIVO

5.1. Competências alcançadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Na generalidade, os cuidados de Enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde. Mas, quando cuidados por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, as pessoas que se encontram a viver processos de transição ou alteração no seu projeto de vida, o Enfermeiro Especialista foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, alteração ou doença mental (Regulamento n.º 129/2011).

A implementação deste Programa Psicoeducativo permitiu-me, desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, nomeadamente, competências de âmbito psicoterapêutico, fazer um juízo clínico singular nesta especificidade do cuidar e fazer uma avaliação abrangente das necessidades psicoeducacionais em saúde mental de grupo, o que fez deste estágio uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade.

Durante este processo de cuidar, tentei desenvolver com o grupo de PCIs uma compreensão e intervenção terapêutica mais eficaz na promoção, proteção, prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial, através do desenvolvimento das intervenções psicoeducacionais.

Estas intervenções possibilitaram-me estabelecer relações de confiança e parceria com o grupo de PCIs, assim como aumentar-lhes o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrarem novas vias de resolução dos mesmos, visando contribuir para a adequação das respostas, face aos problemas específicos relacionados com a perturbação de esquizofrenia (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como propósito evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa com a perturbação, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.

Mobilizei, neste Programa, um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos, conseguindo fazer o julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos

num conjunto de competências clínicas especializadas na área da Psicoeducação. É no agir em situação que se desenvolvem as competências.

As atividades estabelecidas, não só permitiram ao grupo, durante o processo terapêutico, a partilha de experiências e vivências, que se traduziu na aquisição de novos conhecimentos quer na relação intrapessoal, quer nas relações interpessoais, como a mim desenvolver competências de âmbito Psicoeducativo.

A reflexão das competências adquiridas durante a elaboração do Programa Psicoeducativo e agora neste documento, traduzem uma análise de autodesenvolvimento e estabeleceram pontes entre a minha formação inicial, a experiência profissional e a formação avançada adquirida, algo que imprimimos em todas as nossas ações. Foram, assim, promovidos o autoconhecimento, a autorreflexão e análise, outra mais-valia deste meu processo formativo. Assim, fui capaz, através da reflexão, identificar emoções, sentimentos e valores durante a relação terapêutica estabelecida com o grupo, executando uma avaliação global que permitiu uma descrição clara da história de saúde mental do grupo.

A preparação teórico-científica que adquiri e a transferência desses conhecimentos para o contexto da prática de cuidados e o desenvolvimento de competências técnicas e conceptuais contribuíram para que nas intervenções aplicadas aos PCIs mobilizasse os recursos teóricos e técnicos adquiridos, necessários para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Estabeleci o diagnóstico de saúde mental do grupo, identifiquei problemas e necessidades sendo as mais evidentes, a falta de conhecimentos relacionados com a perturbação de esquizofrenia, nomeadamente, a doença em si, sinais e sintomas, sinais de recaída, mitos, efeitos secundários da medicação, como agir em situação de crise, e falta de espaços de partilha, escuta e apoio solidário.

Encontrei como dificuldades sociais, manifestadas pelos PCIs, questões relacionadas essencialmente com as alterações do comportamento da pessoa com perturbação de esquizofrenia, os baixos rendimentos económicos, a dificuldade em lidar com os sentimentos de pena, culpa e medo, assim como, a enorme dificuldade que tiveram, aquando do surgimento da doença no seio familiar, em aceitar a mesma.

Coordenei o grupo de PCIs de forma a conseguir um bom nível de participação, interesse e envolvimento utilizando uma comunicação assertiva, que de um modo geral, todos os participantes tiveram facilidade em cumprir as regras de funcionamento e as atividades

propostas. Verificamos assim, que ao se estabelecer uma boa comunicação esta permite-nos obter uma relação de proximidade e de qualidade, assim como, desenvolver competências comunicacionais que são indispensáveis para este tipo de intervenção.

De facto, os aspetos identificados por mim na aplicação deste Programa Psicoeducativo são verificados em outros estudos já efetuados, por exemplo num estudo sobre a convivência do doente mental no seu ambiente familiar, onde as autoras Catena e Galera (2002) entrevistaram 20 familiares por forma a obterem as perceções de como é cuidar do doente mental. Através da análise de conteúdo dos relatos identificaram cinco temas relacionados com o cuidar do doente mental: a responsabilização pelas atividades de vida diárias do doente; cuidar do doente é uma sobrecarga; desconhecimento sobre como cuidar; dificuldade em lidar com comportamentos diferentes e por último o cuidado não explicitado que foi explicado como resignação ou aceitação dos familiares em relação ao doente. O estudo revelou, também a necessidade de uma maior intervenção por parte dos Enfermeiros, educando os familiares sobre o cuidar de pessoas com doença mental e ajudá-los a compreender os seus sentimentos em relação ao seu familiar doente.

Neste âmbito, as sessões psicoeducativas realizadas em grupo sobre a esquizofrenia tinham como objetivo aumentar os conhecimentos sobre doença e melhorar as competências para lidarem, da melhor forma possível, com a pessoa com esquizofrenia. Isto porque a Psicoeducação segundo Bauml, Frobose, Kraemer, Rentrop, e Pitschel-Walz (2006) parece promover o empowerment das famílias, visto que permite quer ao doente quer aos seus familiares adquirem um maior poder e controlo sobre a sua vida, proporcionando quer o ganho de conhecimentos quer o desenvolvimento de competências, que lhes permitam a tomada de decisão e a participação efetiva no seu projeto de saúde. Este processo pode assim ser utilizado intencionalmente pelo Enfermeiro como uma ferramenta promotora de educação para a saúde.

As sessões efetuadas em grupo (seis familiares) ultrapassaram as minhas expectativas atendendo à sua participação e interação no grupo. Pelo feedback que obtive das famílias, posso concluir que estes momentos Psicoeducativos foram um contributo importante quer na aquisição/aprofundamento de conhecimentos, quer na partilha das suas dificuldades e necessidades, constituindo um momento de alívio da sobrecarga a que estão sujeitas no seu quotidiano. E a mim, permitiu-me tomar consciência, durante a relação terapêutica, das

emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que interferiram na relação terapêutica estabelecida com os participantes neste Programa Psicoeducativo.

Os participantes referiram que este tipo de intervenção já deveria ter sido iniciado há mais tempo e que deveria ser extensiva a outras famílias, e mostraram interesse em continuar a participar em sessões deste tipo.

Fiquei satisfeito ao ver a participação crescente de cada prestador de cuidados informais, bem como, com o sentimento coletivo de satisfação e proximidade. Um grupo de ajuda mútua não foi criado na sua verdadeira filosofia, devido à limitação temporal do estágio, no entanto, foi manifestada a vontade quer por mim, quer pelos familiares em criar um grupo de suporte.

Aquando das sessões psicoeducativas, as famílias demonstraram interesse em participar na criação do referido grupo, o qual permitirá o alívio da sobrecarga física e emocional e consequentemente melhorar a qualidade de vida e o bem-estar individual e familiar, inclusive ficou o convite para participarem num próximo grupo, como preletores e testemunhos para os próximos participantes.

5.2. Os objetivos alcançados

Primeiramente quero pronunciar-me relativamente ao grande objetivo proposto no Projeto de Estágio, que era elaborar um Programa Psicoeducativo para PCIs da pessoa com esquizofrenia e aplicar o mesmo, e referir que foi alcançado como já referido anteriormente neste relatório. Tenho a acrescentar que o Programa Psicoeducativo aqui descrito vai de encontro ao que é suposto neste tipo de intervenções com grupos de familiares. Uma vez que foi aplicado a PCIs de pessoas com perturbação de esquizofrenia sem a presença do doente, e que o formato respeita a informação sobre a doença, etiologia, terapêutica, serviços, lei da saúde mental e aborda o treino de comunicação (Pereira, Xavier, Neves, Corrêa, & Fadden, 2006).

No intuito de responder à problemática de partida: o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica poderá, através da aplicação de um Programa Psicoeducativo ajudar/apoiar os PCIs a lidar com a pessoa com perturbação de Esquizofrenia?, assim como, verificar os objetivos (geral e específicos) propostos inicialmente no projeto de estágio e deste Programa Psicoeducativo “Família Unida” aqui descrito, irei «responder», após a análise

qualitativa das respostas dadas pelos PCIs no Questionário de Avaliação de cada sessão e do Questionário de Avaliação Global do Programa Psicoeducativo (Apêndice XIV), com alguns excertos, das afirmações dos principais interessados recolhidos, que considerei serem os que respondem aos mesmos e demonstram que os mesmos foram alcançados.

Recordando o objetivo geral em que se pretendeu promover a participação ativa dos PCIs da pessoa com esquizofrenia no processo do cuidar/tratar, o mesmo foi alcançado porque os participantes evidenciaram que:

“**É muito importante para nós familiares**” participar em grupos do género, porque permite-nos adquirir “**mais conhecimentos** sobre a doença” assim como, é importante “**ouvir as opiniões de várias pessoas**” que partilham vivências similares.

Mencionaram ainda sentirem-se ajudados “**Ajuda-nos a crescer como cuidadoras**” (...) “**Como pessoa**” (...) e “**com estes ensinamentos fiquei muito mais informada**” (...) é “**importante perceber como lidar com o doente**” (...) e “**hoje vejo a doença do meu filho de outra maneira**”.

Estes relatos evidenciam que os PCIs intervieram ativamente nas sessões, sentiram-se acolhidos ao ver outros que partilham as mesmas inquietações e deste modo foram ajudados a procurar manter uma participação ativa no processo de cuidar dos seus familiares, ideia também corroborada por Pereira, Xavier, Neves, Corrêa, e Fadden (2006).

Assim como, nestes relatos, demonstram que as intervenções do Programa Psicoeducativo, centraram-se na população alvo e na participação ativa destes através da psicoeducação para a cidadania e empoderamento dos participantes no processo do cuidar/tratar com vista ao bem-estar e saúde mental quer para os PCIs quer para de quem cuidam.

Relativamente aos objetivos específicos, sendo o primeiro promover a comunicação mais clara e objetiva no contexto familiar este foi alcançado visto ter-se constatado que:

“é importante **permitir o convívio e a partilha de experiências e promover a aprendizagem com os elementos do grupo**” (...) “Achei importante **a maneira como expressamos as nossas opiniões com o doente**, muitas vezes **provocam momentos de ansiedade e possivelmente uma recaída**” (...) “**é importante a comunicação**”; (...) “**A aliança familiar é uma condição essencial** para a recuperação e reabilitação do doente” (...) “é importante a maneira como **ensinar o meu familiar a ser responsável** pelos seus atos e a **ser autónomo**” (...) “**nunca criticar**, antes tratá-lo com carinho”.

Verificou-se que os participantes partilharam as suas angústias, receios e medos, foram identificadas no aqui e agora as emoções, os sentimentos, os valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação entre o doente e os PCIs. Juntos procuraram alternativas para as soluções apresentadas. A partilha entre os PCIs, revela-se de grande importância, uma vez que é possível contribuir para que os PCIs expressem emoções e normalizem sentimentos.

Os estudos apontam para a importância da comunicação nas relações entre o doente e os familiares e que a qualidade da comunicação dessas relações poderá ser diferente consoante o tipo de perceção que os familiares têm sobre a doença (Reis, 2004). E, que, pelos relatos verificados posso inferir que contribuí para uma comunicação mais clara e objetiva que se irá refletir em contexto familiar. Para este objetivo mobilizei aptidões de comunicação e linguística.

Relativamente ao objetivo aliviar o stress e sobrecarga dos familiares, atingi o mesmo, visto que os participantes referiram na avaliação das sessões, estas terem contribuído para diminuir a sobrecarga:

“agora sei como falar e lidar com o meu filho” (...) “com os conhecimentos adquiridos podem **ajudar-nos a diminuir o stress**” (...) podemos **“ajudar os doentes a ocupar o tempo e de certa forma «esquecer» um pouco a doença**” (...) **“a nós não nos sobcarrega tanto”**.

Os relatos vão de encontro aos resultados evidenciados num estudo de Pereira, Xavier, Neves, Corrêa, e Fadden (2006) no qual referem que as Intervenções em Grupos de Familiares podem diminuir os níveis de sobrecarga. Neste sentido, verifica-se pelos relatos, que a implementação deste programa visou a redução de fatores de stress, a gestão de conflitos e comportamentos que possam aliviar o stress e sobrecarga dos PCIs.

O objetivo, potenciar o conhecimento e reflexões de cada familiar foi alcançado visto que os participantes evidenciaram que:

“O testemunho do meu sobrinho sobre a impressão/perceção que ele tem das «vozes» que a mãe “ouve” (...) **“A aliança familiar é uma condição essencial a diminuição do estigma”** (...) **“Foi muito importante tudo aquilo que aprendi hoje, vejo a doença do meu filho de outra maneira”** (...) **“Atualização de conhecimentos e debate de ideias faz-nos refletir** acerca de como cuidamos dos nossos filhos”.

Os relatos vão de encontro à ideia defendida por Yacubian e Neto (2001) que afirmam que a psicoeducação torna os PCIs aptos a controlarem o curso da doença e capacita-os para

prevenir os doentes de recaídas e até mesmo, quando esta surge adquirem conhecimentos para poderem alertar os profissionais de saúde das mesmas.

O objetivo, ajudar a encontrar estratégias de coping para melhor cuidar foi atingido visto que os participantes salientaram o seguinte:

“Sobre a **emotividade expressa dos familiares**, agora sei melhor **como falar e lidar com o meu filho**” (...) “Sim, quando o doente entra em crise devemos manter a calma e **perceber como lidar com o doente**”. (...) “**Perguntar como o podemos ajudar**” (...) “**é útil saber como recorrer aos serviços de saúde**”, (...) “**nunca criticar**, antes trata-lo com carinho e se preciso pedir ajuda” (...) “as **informações** fornecidas podem ser **bastante uteis, para** auxiliar os familiares no **processo de adaptação à doença e readaptação**” (...) “**umenta os conhecimentos** relativos a todos os aspetos da doença, **para melhor aceitação da mesma**” (...) “**ter mais respeito pelos comportamentos dele**” (...) “**é útil na medida em que me ajuda a compreender melhor o comportamento** do meu filho” (...) “Vai servir para saber **lidar melhor com o meu filho**” (...) “**Ajuda-me como cuidadora. Obrigada**”.

Verifica-se que a psicoeducação ajuda os PCIs a encontrarem estratégias de coping para melhor cuidarem, tendo como finalidade ajudar a pessoa com esquizofrenia a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere.

O objetivo, reconhecer os sintomas apresentados pelas pessoas com esquizofrenia de modo a que as necessidades básicas sejam compreendidas e aceites pela família foi alcançado uma vez que os participantes referiram que:

“agora estou com mais **atenção aos sintomas da doença**” (...) “**é importante dar apoio ao doente e saber aceitar**” (...) “**é muito importante a família estar informada sobre os sintomas e os sinais de uma recaída**” (...) “Sim, **fiquei com mais conhecimentos** acerca dos sintomas da esquizofrenia e **como cuidar melhor** do meu filho, **é muito importante para nós familiares**” (...) “**estar atenta e saber agir**” (...) “vamos estar todos **mais atentos e empenhados** em compreender para que tudo corra bem” (...) “Como pessoa **compreendi** que devemos ser **mais tolerantes** com as pessoas que têm este tipo de doença” (...) “agora sei que **é importante conter a emotividade expressa, e perceber como lidar com o doente**”.

Através destes relatos podemos verificar que promovi e reforcei a integração familiar, as capacidades dos PCIs com estratégias de empoderamento, que permitem desenvolver-lhes conhecimentos e capacidades para detetarem precocemente mudanças no estado de saúde

mental do seu familiar doente, assim como, promovi fatores de proteção, para que as necessidades básicas da pessoa com esquizofrenia sejam compreendidas e aceites pelos PCIs. E assim aumentam e mantêm as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade e exclusão social. Os PCIs da pessoa com esquizofrenia devem ser considerados como um alicerce do tratamento e reabilitação da pessoa doente, mas para isso, é imprescindível receberem informações básicas sobre os sintomas, decurso e tratamento da doença, para com maior precisão poderem supervisionar a manifestação de recaídas e a eficácia da terapêutica.

Verifica-se assim, a eficácia da psicoeducação para familiares, uma vez, que tem mostrado alguma evidência de que ocorra maior redução nos níveis de recaída na pessoa com esquizofrenia cujos familiares participam em grupos deste género, quando comparados a pessoas que seguem apenas o tratamento farmacológico (McFarlane, Dixon, Lukens, & Lucksted, 2003).

O objetivo (re)aprenderem a lidar melhor com a situação foi atingido uma vez que os participantes referiram o seguinte:

“mais conhecimentos acerca de **lidar melhor** com o doente, que é muito importante para nós familiares” (...) **“Sim, foi bom saímos destas sessões com maior conhecimento”** (...) **“Muito educativo, muito emotivo, muito importante, Quero mais...”** (...) **“O que aprendi pode ser-me muito útil** um dia que o meu filho tenha uma recaída, aí **vou saber como agir e fiquei mais esclarecida**” (...) **“A lidar com a doença e ter mais conhecimentos a respeito dos comportamentos dele”** (...) **“saber interagir de forma correta”** (...) **“aprendi que com muito amor, paciência e união, a pessoa com esquizofrenia torna-se um ser especial na minha vida”**

Pelos relatos verifica-se que as intervenções psicoeducativas fornecem antecipadamente orientações aos PCIs, por forma a promover a saúde mental, o conhecimento, a compreensão e a gestão efetiva dos problemas relacionados com a esquizofrenia, visando respostas adaptativas que permitem os PCIs (re)aprenderem a lidar melhor com a situação de doença.

Nunes, Meira e Martins (2009), defendem que da mesma forma que os conhecimentos e a capacidade de os mobilizar na ação são fundamentais para o exercício autónomo e interdependente de cada indivíduo, também as competências relacionadas com a capacidade de liderança, a antecipação das situações, habilidades de reflexão e de tomada de decisão o são.

Relativamente ao objetivo reforçar a importância da terapêutica no tratamento da doença e na prevenção das recaídas foi alcançado uma vez que os participantes referiram:

“Sim, **tomar a medicação sempre** a horas certas” (...) “Sim, tudo **o que se falou sobre a medicação** para a esquizofrenia **foi muito importante** para mim” (...) “**tinha inúmeras dúvidas** e penso que **aprendi mais** um pouco” (...) “Foi **importante conhecer** qual a **reação** que o doente pode ter **quando deixa de tomar os medicamentos** e poder **reconhecer os sintomas** para poder rapidamente consultar o médico” (...) “**muito útil saber como agir** e fiquei mais esclarecida sobre a medicação que ele faz” (...) “**A informação respeitante à terapêutica é extremamente importante**”.

Verifico que os relatos vão de encontro os do estudo efetuado por McFarlane, Dixon, Lukens, e Lucksted (2003) quando fizeram a comparação entre dois estudos, em que num primeiro estudo as pessoas com esquizofrenia recebiam tratamento, envolvendo pouca ou nenhuma sessão psicoeducativa com familiares, incluindo o doente. E no segundo estudo, os mesmos autores testaram os componentes do primeiro, convidando os familiares a participar de ambos os grupos familiares, excluindo o doente.

Quando os dados de ambos os estudos foram comparados, verificaram que a taxa de recidivas em 2 anos foi de 75% para os doentes em que apenas receberam tratamento, e para os estudos em que os familiares participaram em sessões de psicoeducativas, apenas 40% tiveram recidivas. Entendo por isso, que o fato de se aplicar intervenções psicoeducativas aos familiares, o doente tem menos probabilidade de ter novamente uma recaída.

Fica assim comprovado que através desta intervenção consegui ensinar os PCIs, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas), educá-los e ajudá-los na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas, reforçando assim, a importância da terapêutica no tratamento da doença e na prevenção das recaídas.

No objetivo, desmistificar estigmas sobre a doença mental: sugeri aos presentes que comentassem as temáticas que se iam abordando e fundamentalmente, que tipos de opinião tinham acerca do papel que os familiares devem ter na vida do doente. Verificou-se nas expressões faciais de alguns dos presentes um sentimento de alguma tristeza, e nos instrumentos de avaliação registaram que “...o meu filho não seria ninguém, acredito que ninguém o ajudaria, ...**dizem que é maluco**” (...) “**muitas pessoas não compreendem esta doença**, chamam os nossos filhos de malucos”, “...isso **custa-nos bastante**” (...) “já **passei**

por situações constrangedoras”, nomeadamente “pessoas próximas de mim afastaram-se do meu ciclo de amigos por não aceitarem o meu filho doente” (...) **“isto é triste, não basta a doença dele, se não, a doença não ser aceite, pela maioria das pessoas”**.

Transpareceu no grupo o quanto o estigma da esquizofrenia é uma barreira para aqueles que se tentam reabilitar e é também um problema muito real para os familiares. Apesar das profundas mudanças pelas quais a família está passando, muitos PCIs ainda vivenciam sentimentos de culpa, revolta, tristeza, medo e frustração. Da mesma forma que a pessoa com esquizofrenia sofre duas vezes, pela doença e pelo preconceito, a família também sofre duas vezes, com a doença do filho e com a discriminação da sociedade.

Relativamente ao objetivo, diminuir a culpabilidade foi alcançado uma vez que os participantes consideram que:

“é importante compreender como se desenvolve e como aparece a doença” (...) “Ao fazer o relato acerca do meu filho, **senti-me bem ao falar dele**” (...) **“A partilha de experiências, revela-se muito útil na contenção desses mesmos familiares, permitindo que integrem os acontecimentos de vida, de uma forma mais funcional e com um menor grau de sentimentos de culpa, frequentemente sentidos”** (...) **“Hoje penso que com acompanhamento dos familiares e medicação adequada para os doentes, as pessoas com esta doença podem fazer uma vida normal, como outra qualquer”** (...) **“A partilha de experiências engrandece-nos”**.

A culpa reflete o processo vivido por muitos familiares que passam a sentir-se responsabilizados pelo surgimento da doença no seu familiar doente, contudo, ficou descrito que as sessões contribuíram para diminuir sentimentos de culpabilidade, o que se pode verificar em estudos, que os familiares que recebem este tipo de educação tornam-se mais capacitados para melhor cuidarem e diminuí-les o sentimento de culpa por terem um familiar doente (Mueser, Bellack, Wade, Sayers & Rosenthal, 1992). Verificou-se que a intervenção permitiu aos PCIs libertarem tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.

Em suma, fazer entender aos familiares que não estão sós no processo de cuidar da pessoa com esquizofrenia a resposta a este objetivo foi unânime e refletiu-se em relatos como, “Achei bom e muito bem apresentado, gostei da maneira como os diversos temas foram apresentados e me **ajudaram a lidar melhor** com o meu filho” (...) **“saem destas sessões com um maior conhecimento”** (...) **“Muito educativo, muito emotivo, muito importante, Quero mais...”** (...) **“Foi muito importante o que aprendi no Programa, ajudou-me**

bastante” (...) **“Muito bom. Foi bastante informativo” (...)** **“Hoje penso que as pessoas com esta doença podem fazer uma vida normal, como outra qualquer” (...)** **“gera amor, partilha, proteção e muita, muita união entre os familiares.** Bem hajam a todos os intervenientes neste grupo Psicoeducativo” (...)

“Não sabia o que fazer e hoje aprendi a lidar com a doença”.

Fica também evidenciado, que através destes grupos psicoeducativos podemos contribuir para aliviar alguns sentimentos desagradáveis, fornecer informações científicas e fundamentalmente dar a conhecer que existem outras pessoas com a doença e outros PCIs que sofrem com a mesma doença e assim perceberem que não estão sozinhos no cuidar da pessoa com esquizofrenia (Yacubian & Neto, 2001).

Perante o exposto, verificou-se que o Enfermeiro através da Psicoeducação tem um papel fundamental na capacitação PCIs, nos cuidados que prestam à pessoa com perturbação de esquizofrenia, visto que, fornece apoio de suporte emocional e informação às famílias (Toseland & Rossiter, 1989). Consegui proporcionar conhecimentos de serviços/recursos aos PCIs envolvidos no cuidar da pessoa com perturbação de esquizofrenia.

As intervenções psicoeducativas aumentaram o conhecimento sobre a perturbação de esquizofrenia, entre os familiares, e que segundo Pfammatter, Junghan e Brenner, (2006) este aumento do conhecimento sobre a doença causa uma melhoria substancial na reinserção social da pessoa com esquizofrenia.

Proporcionei momentos de partilha de vivências e experiências, que são também uma forma de aprendizagem. Permitiu-me, como Enfermeiro, captar, detetar e sentir as necessidades reais e potenciais dos PCIs e produzir reconhecimento social por aquilo que desenvolvi junto e para os PCIs participantes neste grupo.

Além disso, a elaboração deste Programa Psicoeducativo, conduziu-me, no caminho da investigação e no desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, orientada pelos resultados das intervenções de Enfermagem, visando aumentar o conhecimento da Enfermagem e concomitantemente, o aumento das minhas competências como Enfermeiro dentro desta área de especialização.

Desenvolvi conhecimentos e competências especializadas nesta área de intervenção, que me ajudaram a ser crítico, capaz de definir e utilizar indicadores que me permitiram, avaliar as necessidades psicoeducacionais dos PCIs, ideia também corroborada por Benner

(2001) a qual defende que o enfermeiro deve ter a capacidade de ser crítico e saber utilizar e definir indicadores por forma a fazer uma avaliação sistemática da saúde das pessoas.

Para concluir, posso inferir que o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica pode, através da aplicação de um Programa Psicoeducativo, ajudar/apoiar os PCIs a lidar com a pessoa com perturbação de Esquizofrenia.

6. CONCLUSÃO

Muito bom, foi ter o privilégio de escutar a partilha de vivências e experiências de cada Prestador de Cuidados Informais, que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional e verificar o encorajamento entre todos. Criou-se uma atmosfera segura, não julgadora das desigualdades, conseguiu-se partilhar os problemas e preocupações, assim como, as alegrias e vitórias. Foi enriquecedor ter a oportunidade de experimentar a intervenção psicoeducacional em grupo, usualmente feita de forma individual com o doente, com o familiar do doente ou ambos, porém com um grupo maior permite-nos sem dúvida, passar a mensagem a mais pessoas de uma só vez.

Foi benéfico oferecer aos familiares um espaço de partilha de situações comuns, possibilidade de apresentar problemas, desabafar, escutar as experiências dos outros que vivem situações similares, descobrir alternativas, ver as suas dificuldades, segundo diferentes pontos de vista e receber informação sobre alguns recursos existentes; foi bom receber o feedback seguinte: “...antes de o ouvir tinha apenas uma vaga ideia”, ou que “...já tinham pesquisado e encontrado informação parecida àquela que foi transmitida aqui”; foi bom ouvir que “...agora sim, certas situações fazem mais sentido”, houve clarificação de ideias; foi bom moderar o grupo apenas no necessário, foi bom utilizar uma escuta ativa, sempre que os PCIs verbalizavam as suas experiências, tentava fazer uma reflexão imediata de cada situação e finalizava, as ideias dos PCIs, clarificando com um exemplo abordado na sessão, assim como com alguns exemplos ocorridos na minha prática diária.

Esta «cumplicidade» gerada entre Enfermeiro/população-alvo veio permitir que as sessões que compõem este Programa Psicoeducativo alcançassem uma utilidade maior (e melhor) para todos os presentes; pois não iriam ser abordados temas que não lhes interessassem, mas sim os desejados e em alguns casos foi relatado que há muito tempo que ambicionavam ser esclarecidos neste ou naquele tema, mas o seu pedido nunca foi atendido ao longo destes anos e como tal iria, à partida, garantir uma maior adesão e qui çá interesse em partilhar com o grupo de pares as experiências já vividas e ainda por viver com a pessoa com esquizofrenia.

O que considereei menos positivo foi, o total da amostra não ter comparecido, apesar do compromisso assumido, no entanto, fiquei satisfeito que os restantes tivessem colaborado no programa; gostaria que o grupo tivesse sido maior o que me permitiria, alcançar um maior

número de PCIs, assim como, as partilhas de vivências e experiências seriam mais diversificadas; foi um contratempo a demora dos familiares-cuidadores em responderem o ENQ e o tempo de demora na devolução do mesmo e alguns dos ENQ recolhidos não terem sido preenchidos na íntegra o que levou à sua invalidação. O fato do grupo de PCIs final (N=6) ter sido considerado um grupo pequeno, segundo Lucchese e Barros (2002) não deveria exceder os 12 e devia ter no mínimo oito PCIs, os resultados obtidos com esta aplicação do Programa Psicoeducativo não permite a extrapolação dos mesmos.

Como dificuldades, insuficiências, limitações percebidas ao desenvolver este Programa, senti como primeira limitação encontrada, não ter sido possível contactar pessoalmente, todos os familiares dos doentes com perturbação de esquizofrenia, que frequentam a instituição, porque, na sua maioria, a deslocação dos doentes, domicílio-instituição e vice-versa é assegurada pela própria instituição, e desta forma não pude efetuar a entrevista de seleção para participação no Programa Psicoeducativo, assim como entregar o exemplar do Questionário de Avaliação de Necessidades Psicoeducacionais (ENQ) pessoalmente. O que considerei positivo nesta experiência foi ter a oportunidade de aplicar um Programa Psicoeducativo criado por mim, no local escolhido por mim e ter na orientadora o apoio incondicional; foi bom, também, não ter ocorrido qualquer entrave aquando da assinatura do consentimento informado por parte dos PCIs para integrarem este Programa Psicoeducativo; foi bom ter um grupo participativo e interessado.

A nível sinto que “sou outro” – cresci, aprendi, ouvi experiências únicas, intensas, “vi” sofrimento nas palavras dos PCIs, “vi” (des)confiança nos serviços de saúde mental; assisti a momentos de raiva, desprezo, ódio – porque não?! Pela forma como os seus familiares foram ao longo da evolução da doença da pessoa com esquizofrenia tratados... “vi” dor, arrependimento (por terem, pelo menos uma vez, sentido necessidade de recorrer ao internamento compulsivo do seu filho, irmão)... “vi” amor, preocupação, mas acima de tudo uma FAMÍLIA UNIDA – porque neste contexto foram uma «família», pois todos partilharam o que têm em comum: são PCIs da pessoa com esquizofrenia, só eles sabem o quão penoso isso é; já todos eles vivenciaram o mesmo, são «mestres» na sua própria arte de cuidar: para o bem e para o mal – mas ali estavam meritoriamente, todas as semanas, sedentos de aprendizagem sobre esta temática mas muito receosos do amanhã incerto sobre o que será do seu familiar quando cá já não estiverem.

A acrescentar, a esquizofrenia é uma perturbação em que a intervenção farmacológica é fundamental, mas não suficiente, as famílias têm um papel muito significativo e participativo para a recuperação da pessoa com esquizofrenia e recorrendo à Psicoeducação o Enfermeiro pode ir de encontro às necessidades dos PCIs dando o suporte que os ajude a desempenhar esse papel tão importante que têm na recuperação da pessoa com esquizofrenia.

Considero necessária a criação de grupos de suporte Psicoeducativo, recorrendo a respostas sociais, como a referida instituição, de forma a dinamizar a criação de grupos de ajuda mútua, que em minha opinião, constituir-se-ão como um instrumento fundamental de contributo para a inclusão das pessoas com esquizofrenia na sociedade e para os familiares uma forma de suporte, ideia também corroborada por Giacon e Galera (2006, p. 289) defendendo que uma adaptação mais positiva, do prestador de cuidados, “pode ser de grande valor para a recuperação e inclusão da pessoa com esquizofrenia e para a qualidade de vida de todo o grupo familiar”. Defendo, ainda, maior assiduidade das Equipas de Saúde Mental Comunitárias no terreno para uma maior proximidade com o doente e com os PCIs, e em particular que o Enfermeiro da equipa seja Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Relativamente aos objetivos de estágio foram alcançados, assim como, os objetivos do Programa Psicoeducativo “Família Unida”.

Consegui promover a participação ativa dos PCIs da pessoa com esquizofrenia no processo do cuidar/tratar. Os participantes entenderam a importância que a comunicação tem nas relações entre doente/familiar e que a qualidade desta é importante no desenvolver dessas relações, daí a necessidade de uma comunicação mais clara e objetiva no contexto familiar.

Fica também evidenciado que este tipo de intervenção pode contribuir para aliviar o stress e sobrecarga dos familiares, como confirmaram os PCIs que participaram no grupo. Ficou claro, ao longo do relatório, que potencieei o conhecimento e a reflexão de cada familiar, assim como os ajudei a encontrarem estratégias de coping para melhor cuidar dos seus familiares com a doença.

Era objetivo, que os PCIs fossem capazes de reconhecer os sintomas apresentados pelas pessoas com esquizofrenia de modo a que as necessidades básicas fossem compreendidas e aceites pela família, o que constatei pois conseguiram reconhecer esses mesmos sintomas e a importância que os mesmos têm na prevenção de recaídas e na compreensão dos comportamentos da pessoa com esquizofrenia face à sintomatologia da doença. O que desta forma contribuiu para (re)aprenderem a lidar melhor com cada situação e

com a pessoa doente. Foi também objetivo reforçar a importância da terapêutica no tratamento da doença e na prevenção das recaídas e verificou-se que o mesmo foi atingido, os participantes referiram que ficaram mais esclarecidos e entendem agora que a medicação é extremamente importante no processo de reabilitação do doente.

O estigma da esquizofrenia é uma barreira para aqueles que se tentam reabilitar e é também um problema muito real para os familiares. Apesar das profundas mudanças pelas quais a família está passando, muitos PCIs ainda vivenciam sentimentos de responsabilização, culpabilização, revolta, tristeza, medo e frustração. Da mesma forma, que a pessoa com esquizofrenia sofre duas vezes, pela doença e pelo preconceito, a família também sofre duas vezes, com a doença do filho e com a discriminação da sociedade.

A culpa por ter um filho doente, reflete ainda, o processo vivido por muitos familiares, contudo, ficou descrito que as sessões contribuíram para diminuir sentimentos de culpabilidade, o que se pode verificar em estudos, que os familiares que recebem este tipo de educação se tornam mais capacitados para melhor cuidarem e diminuí-les o sentimento de culpa por terem um familiar doente (Mueser, Bellack, Wade, Sayers, & Rosenthal, 1992).

Resumindo, ficou evidenciado que através da participação dos PCIs em grupos psicoeducativos podemos contribuir para aliviar alguns sentimentos desagradáveis, fornecer informações científicas, dar a conhecer que existem outras pessoas com a doença e outros PCIs que sofrem com a mesma doença e fundamentalmente, perceberem que não estão sozinhos no cuidar da pessoa com esquizofrenia ideia corroborada pelos autores Yacubian e Neto (2001) e que o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica pode, através da aplicação de um Programa Psicoeducativo, ajudar/apoiar os PCIs a lidar melhor com a pessoa com perturbação de Esquizofrenia.

Identifico-me com este trabalho de criação de grupos de familiares da pessoa com esquizofrenia, que se assume como um veículo para a sistematização da minha intervenção e, ainda como instrumento fundamental para a (re)estruturação da saúde mental dos familiares e dos próprios indivíduos de quem eles cuidam. A perturbação de esquizofrenia tem grande impacto no estabelecimento de relações interpessoais e desta forma na criação/mobilização do grupo Psicoeducativo, num ciclo que reforça a saúde/doença mental.

Ainda assim, considero pertinente, num grupo futuro, inter-relacionar os familiares com os doentes, em dois momentos distintos, com a avaliação das necessidades psicoeducacionais de ambos.

Não posso deixar de apelar à replicação deste ou de outros Programas do gênero, por forma a evidenciar a sua importância e utilidade na recuperação do doente mental e toda a sua família e fundamentalmente contribuir para o avanço da Enfermagem, baseado na evidência.

Em termos de vivências, partilhas e as próprias expectativas para este Programa estas foram superadas, no entanto, tenho consciência que cada pessoa é uma pessoa, logo se tivesse que aplicar o Programa Psicoeducativo “Família Unida” de novo, com outro grupo de familiares, as coisas iriam de certeza decorrer de forma diferente, pois é sabido que as atitudes, as vivências, as histórias de cada um iriam ser as suas histórias e não as do grupo que agora terminou.

A flexibilidade e a criatividade com que me consegui adaptar a situações novas e a necessidades inesperadas que me foram colocadas, permitiu-me dar resposta às exigências que se colocam no quotidiano da ação do Enfermeiro Especialista.

Uma vez que a Psicoeducação se baseia no princípio de proporcionar maior suporte e informação sobre qualquer tipo de doença, a sua etiologia, manifestação clínica, curso da doença, prognóstico e tratamentos (Figueiredo, Souza, JrDell’Áglio & Argimon, 2009), consideramos, modestamente, que com a elaboração e aplicação deste Programa Psicoeducativo, e conseqüente Relatório de Estágio, possamos estar a «contribuir» para a investigação e desenvolvimento do papel da Enfermagem na área da saúde mental.

A nível profissional, penso ter alcançado os objetivos necessários para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, isto porque no Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, onde consta o regulamento e o perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental, lê-se que este, deve possuir “um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades atuando, especificamente, junto do doente, indivíduo, família ou grupos em situações de crise ou risco, no âmbito da sua especialidade”, sendo o que se verificou, com a aplicação deste Programa Psicoeducativo, junto destes PCIs.

Ao longo deste estágio reuni competências especializadas necessárias que me permitem a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Sou agora e daqui em diante, capaz de proporcionar informação nas várias áreas, necessárias, aos cuidados a prestar ao doente mental; promover uma adaptação mais positiva, do PCIs, visando a recuperação e inclusão da pessoa com esquizofrenia e assim melhorar a

qualidade de vida de todo o grupo familiar. E também inculcar em quem cuida, que o ato de cuidar seja mais do que um momento de atenção e zelo, uma vez que, este destaca-se pelo seu caráter afetivo, demonstrado pela característica relativa à sensibilidade e solidariedade do ser humano ao cuidar do outro (Amendoeira, 2009).

Como futuro Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, penso que serei capaz de participar na determinação da relação custos/benefícios dos cuidados a prestar, bem como contribuir, inserido numa equipa multidisciplinar, na definição de necessidades de cuidados de saúde para a comunidade em geral, implementar planos terapêuticos e programas na minha área de especialidade, assim como, possuir competências acrescidas, que me permitem responder de uma forma dinâmica às necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexidade permanente dos conhecimentos, contextos e práticas (OE, 2007). Ou seja, este estágio e a implementação do Programa Psicoeducativo permitiu-me, agir a partir da compreensão profunda da situação, adquirir conhecimento a nível, teórico e prático, em que o primeiro residiu na aquisição do estabelecimento entre causa e efeito entre os conhecimentos teóricos e práticos, originando o «saber», e o segundo, foi adquirido pela experiência, levando-me ao registo do «saber-fazer», ideia corroborada por Benner (2001).

7. BIBLIOGRAFIA

- Amendoeira, J. (2009). Ensino de Enfermagem: Perspectivas de Desenvolvimento. *Pensar Enfermagem*. Lisboa. Vol. 13, nº 1, p. 1-12.
- American Psychological Association [APA] (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th Ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, H., Goolishian, H., e Winderman, L. (1986). Problem Determined Systems: Toward Transformation in Family Therapy. *Journal of Strategic Systemic & Therapies*, 5(4), 1–13. Acedido em 14-06-2012 Disponível em: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1988-14509-001>.
- Bauml, J., Frobose, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families. *Schizophrenia Bulletin*. 32(S1), 1-9, DOI:10.1093/schbul/sbl017.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto, 2001.
- Brito, M. (2005 Novembro). Intervenções para Famílias de Pessoas com Esquizofrenia, [texto completo]. Programa de Doutoramento em Enfermagem, Revisão Quasi-Sistemática da Literatura. 2-65. Acedido em 08-01-2013. Disponível em: <http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/169671.PDF>
- Caldas de Almeida, J.M. e Xavier, M. (2010). Comunicação apresentada na FCM-UNL em Lisboa.
- Catena, R.M., Galera, S.A.F. (2002 Jan-Mar). Doente Mental e Família: Estes Desconhecidos. *Acta Paulista de Enfermagem* 15, 53-8. Acedido em 12-12-2012. Disponível em: <http://www.unifesp.br/acta/sum.php?volume=15&numero=1&item=res7.htm>
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Volume 1. Lisboa: Lusodidacta
- Cheniaux, E. (2005). Psicopatologia descritiva: existe uma linguagem comum. *Revista Brasileira de Psiquiátrica*. 27(2), 157-162. DOI:10.1590/S1516-44462005000200017.

- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2010). Cuidados Integrados e Recuperação (CIR): Manual de Trabalho Versão 1.2., Lisboa: Ministério da Saúde.
- Cruz, D. C. M., Loureiro, H. A. M., Silva, M. A. N. C. G. M. M., e Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*. 3(2), 127-136. Acedido em 18-01-2013. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a14.pdf>
- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril de (1998). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto. *Diário da República I Série, N.º 93*. (21-04-1998), 1739-1757.
- Dixon, L.B., e Lehman, A. F. (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bull.* 21:631-43. Acedido em 14-06-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8749890>.
- Fadden, G. (1998). Research update: psychoeducational family interventions. *Journal of Family Therapy*, 20(1), 293–309. DOI: 10.1111/1467-6427.00088.
- Figueiredo, A. L., Souza, L., Jr Dell'Áglio, J. C., Argimon, I. I. L. (2009). O uso da Psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 9, 15-24. Acedido em 06-05-2012. Disponível em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/viewFile/412/306>
- Focchi, G. R. A., e Ferrari, M. C. L. (1998). Esquizofrenia de início na infância: relato de caso. *Revista NeuroPsiquiátrica da Infância e adolescência*. 6(1) 12:15. Acedido em 27-04-2012. Disponível em: http://www.Psiquiátricainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed_06_1/in_15_05.pdf.
- Fortin, M.F. (2003). O processo de investigação: da concepção à realização. (3ª Ed). Loures: Lusociência.
- Giacon, B. C. C., e Galera, S. A. F., (2006). Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de Enfermagem. *Revista de Enfermagem, São Paulo*. 40(2):286-91. Acedido em 27-04-2012. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/251.pdf>.
- Gingerich, S. L., e Bellack, A.S. (1995). Research-based family intervention for the treatment of schizophrenia. *The Clinical Psychologist*, (48), 24-27. Acedido em 27-05-2012. Disponível em: http://www.apa.org/divisions/div12/rev_est/res_fam_schiz.html.

- Gonçalves-Pereira, M., e Sampaio, D. (2011). Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 3-10. Acedido em 03-03-2013. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252011000100002&lng=pt&nrm=iso>.
- Guerra, M. P. (1997). Orientações teóricas para a formação de grupos de suporte para seropositivos ao vírus HIV. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2(2), 371-380. Acedido em 05-12-2012. Disponível em: <http://catbib.cmbeja.pt/MULTIMEDIA/ASSOCIA/CDU/159PSICOLOGIA/ORIENTACOESTEORICAS.PDF>.
- Guerra, M., Lima, L. (2005). *Intervenção Psicológica em Grupos em Contextos de Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Hogarty, G. E., Kornblith, S. J., Greenwald, D. (1995). Personal Therapy: a disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(3), 379-393. Acedido em 27-05-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7481569>.
- Kavanagh, D. J. (1992 Maio). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal Psychiatry*, (160), 601-20. Acedido em 26-12-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1591571>
- Kavanagh, D. J. (1992 Maio). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal Psychiatry*, 160, 601-20. Acedido a 26-12-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1591571>.
- Leff, J., e Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. Guilford Press. Nova Iorque. Acedido em 27 - 5 - 2012. Disponível em: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=5848504>.
- Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (2009). *Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril*. Diário da República, 1.ª Série, N.º 180 (16-09-2009), 6528-6550.
- Lei n.º 36/98 de 24 de Julho (1998). *Lei de Saúde Mental*. Diário da República I Série, N.º 169 (24-07-1998), 3544-3550.

- Lucchese, R., Barros, S. (2002). Grupo operativo como estratégia pedagógica em um curso de graduação em Enfermagem: um continente para as vivências dos alunos quartanistas. *Ver. Esc. Enfermagem*. **36**(1), 66-74. **DOI:** 10.1590/S0080-62342002000100010
- Mateus, M. D., Santos, J. Q., e Mari, J. J. (2005). Popular conceptions of schizophrenia in Cape Verde, Africa. *Revista Brasileira de Psiquiátrica*. **27**(2), 101-107. **DOI:** 10.1590/S1516-44462005000200006.
- McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., e Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 223-245. Acedido em 07/07/2012 de ProQuest Social Science Journals. Disponível em: <http://www.psychodyssey.net/wp-content/uploads/2011/07/Familypsychoeducation-and-schizophrenia-A-review-of-the-literature.pdf>.
- Mendes, G. (2009). A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de Enfermagem. *Texto contexto - Enfermagem*. **18**. 165-169. **DOI:** 10.1590/S0104-07072009000100020
- Menezes, S. L., e Souza, M. C. B. M. (2011). Grupo de psicoeducação no transtorno afetivo bipolar: reflexão sobre o modo asilar e o modo psicossocial. *Revista da Escola Enfermagem USP*, 45(4), 996-1001. **DOI:** 10.1590/S0080-62342011000400029.
- Mueser, K. T., Bellack, A. S., Wade, J. H., Sayers, S. L., Rosenthal, C. K. (1992). An assessment of the educational needs of chronic psychiatric patients and their relatives. *British Journal of Psychiatry*, 160, 674–680. Acedido em 07-07-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1591577>
- Mueser, K., Torrey, W.C., Lynde, D., Singer, P., e Drake, R.E. (2003). Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness: Behavior Modification. Sage Publications. **27**(3), 387-411. **DOI:** 10.1177/0145445503253834
- Mullen, A. (2009). Mental health nurses establishing psychosocial interventions within acute inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, **18**(2), 83-90. **DOI:** 10.1111/j.1447-0349.2008.00578.x.
- Nunes, F. M. F., Meira, P. M. F. P., Martins, A. G. G. (2009). Manual de trauma. (5º ed.). Lisboa: Lusociência

- Ordem dos Enfermeiros (2007). Desenvolvimento Profissional – Individualização das Especialidades em Enfermagem: Fundamentos e Proposta de Sistema. Acedido em 03-04-2012. Disponível em: <http://www.ordemEnfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDPIndividualizacaoEspecialidades.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Colégio da Especialidade em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, Lisboa. Acedido em 21-06-2012. Disponível em: http://www.ordemEnfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- Organização Mundial da Saúde (2001). Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova conceção, nova esperança. Genebra. Acedido em 27-04-2012. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- Pereira, M.G., Xavier, M., Neves, António., Corrêa, B.B., e Fadden, G. (2006). Intervenções Familiares na Esquizofrenia: Dos Aspectos Teóricos À Situação Em Portugal, Artigo Revisão. *Acta Medica Portugal*. 19,1-8. Acedido em 28-05-2012. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/1/001-008.pdf>
- Pfammatter, M., Junghan, U. M., & Brenner, H. D. (2006). Efficacy of Psychological Therapy in Schizophrenia: Conclusions From Meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*. **32**(1), S64–S80, **DOI**: 10.1093/schbul/sbl030
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lisboa: Lusodidacta
- Pheula, G. F., e Isolan, L. R. (2007). Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes. *Revista Psiquiátrica Clínica* **34**(2), 74-83. **DOI**: 10.1590/S0101-60832007000200003
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., Engel, R.R. (2001).The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia--a meta-analysis. *SchizophrBull*. 27(1), 73-92. Acedido em 20-12-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11215551>.

- Portugal. Direção Geral da Saúde - Relatório Mundial da Saúde: saúde mental, nova conceção, nova esperança. 1.^a ed, Lisboa: DGS, OMS, 2001.
- Regulamento n.º 129/2011, de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, 2.^a série, N.º 35, (18-02-2011), 8669-8673.
- Reis, F. (2004). Intervenção psicoeducativa nas famílias de esquizofrénicos. Serviço de Psiquiátrica do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E. *Psilogos*. 1(1): 19-41. Acedido em 22-01-2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.10/602>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 (2008). Aprovação do Plano Nacional de Saúde Mental, para o período de 2007 a 2016. Diário da República I série, N.º 47 (06-03-2008) 1395-1409.
- Royal College of Nursing (2010). *Community nursing: transforming health care. Pillars of the community*, RCN: London, 1. 1-11. Acedido em 10-04-2013. Disponível em: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0010/415918/004165.pdf
- Santana, A. F. O. (2011). *Psicoeducação para pacientes psiquiátricos e seus familiares*. psicologia.pt. Acedido em 5-06-2011. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0252.pdf>.
- Santos, Elvira M. M. (2009). *A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico: Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem*. Dissertação à obtenção do grau de Doutor. Aveiro. Apresentada à Universidade de Aveiro.
- Santos, I. A. P. A. (2011). *Avaliação das necessidades educacionais dos cuidadores de pessoas com esquizofrenia: Contribuição para a validação de um questionário*. Dissertação de Mestrado. Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas Universidade Nova de Lisboa.
- Santos, J., Saraiva, C., Sousa, L. (2005 Dezembro). *Emoção Expressa: caracterização, estabilidade e importância no para-suicídio recorrente*. *Revista Referência*. 2, 39-51. Acedido em 20-11-2012. Disponível em: http://felizmente.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=61&id_revista=4&id_edicao=12
- Scharfetter, C. (2005). *Introdução à psicopatologia geral*. 3.^a ed. Lisboa: Climepsi.

- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto.
- Silva, A. L.F., Gheno, Giovani Z., Aguiar, Paulo R. D. C., Lopes, R., Souza, M., Castro, Elizabeth C., Alexandre, C. O. P., (2000). *Esquizofrenia*; Fundação faculdade federal de ciências médicas de Porto Alegre. Porto alegre. Acedido em 26-05-2012. Disponível em: <http://genetica.ufcspa.edu.br/seminarios%20textos/Esquizofrenia.pdf>.
- Silveira, L. C., e Braga, V. A. B. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. **13**(4), 591-595. DOI:10.1590/S0104-11692005000400019.
- Toseland, R. W., e Rossiter, C. M. (1989). Group interventions to support family caregivers: A review and analysis. *The Gerontologist*, **29**(4), 438-448. DOI: 10.1093/geront/29.4.438.
- Trzepacz, P. T., Baker, R. W. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climepsi.
- Vedana, K. G. G., e Miasso, A. I. (2011). A terapêutica medicamentosa pode alterar o prognóstico da esquizofrenia? A perspectiva de pacientes e familiares. *Saúde & Transformação Sociedade*. Florianópolis, 1(3), 31-36. Acedido em 26-05-2012. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/2653/265319573006.pdf>
- Vidal, C. E. L., Bandeira, M., e Gontijo, E. D. (2008). Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiátrica* **57**. 70-79. DOI: 10.1590/S0047-20852008000100013.
- Vidal, C. E. L., Gontijo, E. C. D. M., & Bandeira, M. B. (2007). Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados. *Revista de Psiquiátrica do Rio Grande do Sul*. **29**(3), 294-304. DOI: 10.1590/S0101-81082007000300009.
- World Health Organization (WHO). (2001). *Mental health: new understanding, new hope*. Acedido em 10-05-2012. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf.
- Yacubian, J., & Neto, F. L. (2001). *Psicoeducação Familiar*. *Família Saúde e Desenvolvimento*. 3(2), 98-108. Acedido em 18-05-2012. Disponível em: http://www.faesul.org.br/arquivos/psicoeducacao_familiar.pdf.

Yin, M. L. Y., Oliveira, M. G. (2004). Relato de uma Experiência Psicoeducacional Com Familiares de Portadores de Transtornos do Humor. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(1), 135-142. Acedido em 04-04-2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151755452004000100011&lng=pt.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO I

Autorização dos autores para utilizar o Questionário de Avaliação de Necessidades Psicoeducacionais (ENQ), versão portuguesa de Santos e Xavier (2011), por Isabel Ana Afonso dos Santos.

Bom dia Marco,

Muito obrigada pelo interesse em dar continuidade à validação do ENQ Terei todo o gosto em disponibilizar-lhe o ENQ que está a seu presentemente utilizado em trabalhos de investigação de outros profissionais de saúde.

Vou tentar localizar os mail's destas pessoas para que as possa também contactar e saber se alguma delas propõe mais alterações à minha versão, para além das que concluí que seria importante fazer em aplicações futuras Em relação a bibliografia, é mais complicado porque tenho mais de 400 referências no meu trabalho Sem saber exactamente qual o objectivo do seu trabalho não consigo ajudar Envio-lhe para já o resumo da minha tese e peço-lhe que me volte a contactar para lhe enviar cópia do ENQ que não tenho agora comigo Cumprimentos
Isabel Ana

Em 05/06/12, Marco sousa<marcodesousa10@hotmail.com> escreveu:

>

>

> Boa tarde Enfermeira Isabel Santos Como é de seu conhecimento visto
> que o Profº Miguel Narigão já lhe falou do meu interesse na
> Intervenção Psicoeducativa. O meu nome é Marco, sou enfermeiro no
> Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, do Hospital de Faro e
> estou a frequentar o curso de mestrado em Enfermagem na área de
> especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na ESEL,
> neste momento estou a elaborar o meu projecto de estágio. No qual, o
> Profº Miguel Narigão é meu orientador do projecto e de estágio, ele
> indicou-me o seu contacto, visto que o seu trabalho desenvolve-se em
> torno desta temática e eu tenho alguma dificuldade relativa em
> arranjar instrumentos de avaliação de necessidades dos familiares e
> das intervenções na área da educação para a saúde/psicoeducação, neste
> sentido, gostaria de pedir ajuda na obtenção de instrumentos de
> avaliação. Onde posso encontrar, bibliografia, se tem alguns que me
> possa fornecer, etc.Muito obrigado pela sua disponibilidade,
> atenciosamente. Marco Sousa
> Date: Thu, 31 May 2012 12:29:26 +0100
> Subject: Fwd: Mestrado
> From: mnarigao@gmail.com
> To: marcodesousa10@hotmail.com
>

ANEXO II

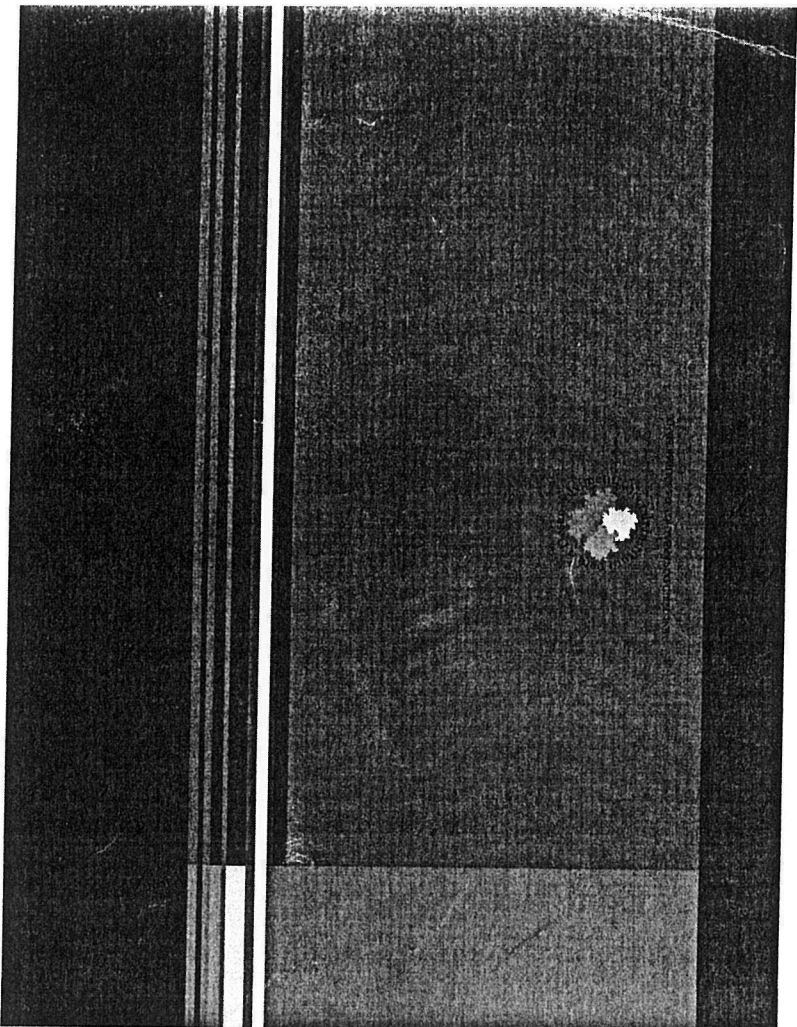
Guia para a intervenção com maiores em situação de incapacidade

GUIA PARA A INTERVENÇÃO
COM MAIORES EM SITUAÇÃO

GUIA

Ficha Técnica

- Edição: **IDS - Instituto para o Desenvolvimento Social**
Rua Castilho, nº 5 - 3º
1250-066 Lisboa
Telf.: 213 184 900 Fax: 213 139 559
E-mail: ids@seg-social.pt
- Projecto Crativo: **Luis Santos**
- Impressão:
- Tiragem: **10.000**
- Depósito Legal:
- Data da 1ª edição: **Março de 2002**



Contactos úteis

Instituto para o Desenvolvimento Social e Dependência

Rua Castilho nº 5 3º
1250-066 Lisboa
Telf: 213 184 900
Fax: 213 184 951

Provedoria de Justiça – Linha do Cidadão Idoso

Rua do Pau da Bandeira nº 9
1249-080 Lisboa
Telf: 213 958 875

Fundação Cartão do Idoso

Av. Almirante Reis nº 243
1000-051 Lisboa
Telf: 218 460 876

Associação dos Amigos e Familiares dos Doentes de Alzheimer

Av. de Cautz Norte – Quinta do Loureiro
Lote 1 Lojas 1 e 2
1350-Lisboa
Telf: 213 610 460/8
Fax: 213 610 469

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

Presidência do Conselho de Ministros
Rua Prof. Gomes Teixeira
1399-022 Lisboa
Telf: 213 927 600

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

Rua do Comércio, 56 - 5º
1100-150 Lisboa
Telf: 218 884 732 / 218 876 351
Fax: 218 876 351

Índice

<input type="checkbox"/> Introdução	5
<input type="checkbox"/> O que é uma situação de incapacidade?	6
<input type="checkbox"/> Como se diagnostica a incapacidade?	7
Diagnóstico clínico	7
Diagnóstico social	8
<input type="checkbox"/> Que consequências tem o diagnóstico de incapacidade?	9
Os limites da intervenção da família	9
Os limites da intervenção dos profissionais, dirigentes e proprietários de estabelecimentos e serviços	9
<input type="checkbox"/> O que é a gestão de negócios?	10
<input type="checkbox"/> Como deve actuar o gestor de negócios?	11
<input type="checkbox"/> O que deve conter o processo individual?	12
<input type="checkbox"/> O que é a interdição e a inabilitação?	13
<input type="checkbox"/> Como se decreta a interdição e a inabilitação?	15
<input type="checkbox"/> O que são a Tutela e a Curatela?	20
<input type="checkbox"/> Novas tendências para o futuro	25
<input type="checkbox"/> Anexos	25
Casos práticos	27
Modelos de requerimento ao Ministério Público	29
Legislação	30
Documentação de organizações internacionais	32
Bibliografia com interesse	33
Sites	34
Contactos úteis	35
	37

Introdução

Num momento em que a promoção da inclusão é o grande objectivo das sociedades europeias, determinadas a vencer a exclusão e em construir uma sociedade onde todos têm lugar, a intervenção junto daqueles que se encontram em situação de maior vulnerabilidade torna-se mais do que nunca urgente.

Neste grupo incluem-se os maiores que em virtude de doença, deficiência ou dependência se encontram numa situação de incapacidade e necessitam de uma protecção jurídica mais forte, por forma a verem salvaguardados os seus direitos e defendidos os seus interesses.

Em Portugal estima-se que existam mais de 60 mil cidadãos que se encontram em situação de incapacidade para gerir a sua pessoa e bens de forma consciente e mais de 80% não possuem representante legal que possa, legitimamente, assumir a gestão da sua vida e do seu património.

Trata-se de uma situação que viola os mais elementares direitos de cidadania e põe em causa a qualidade de vida destes indivíduos, exigindo das famílias e dos prestadores de cuidados formais uma intervenção para a qual não estão preparados e para qual não estão juridicamente mandatados.

A elaboração deste manual pretende facilitar a sua actuação, harmonizando procedimentos, fornecendo instrumentos de trabalho e pistas de reflexão de modo a que seja possível intervir com rigor e visando, sempre que possível, a promoção da autonomia.

Tendo por base as novas linhas estratégicas de evolução nesta matéria, o Instituto para o Desenvolvimento Social pretende contribuir para um reforço dos direitos fundamentais e para o combate à discriminação.

5

Sites

- <http://psydoc.fr/broca/inserm.fr/AFp/protrnal/ActProMaj3.html> - Colóquio sobre a protecção dos maiores
- http://www.udaf-fnistere.asso.fr/web_udaf/udaf29/Items_exterieures/biobauer.htm - União departamental das Associações familiares
- http://www.guidesocial.ch/Documents/1/1_29.htm - Tutela e Curatela na ordem jurídica suíça
- <http://www.chebutco.nsc.ca/Law/LRC/summary2A2.html> - reforma legal na Nova Escócia
- http://www.alzheimer-europe.org/Fr_menu.html - Site da Alzheimer europe
- http://www.coe.int/t/E/Committee_of_Ministers/publicDocuments/ - Site do Conselho da Europa

35

Bibliografia

- Teoria Geral do Direito Civil – Carvalho Fernandes, Luis A. – Vol I- Tomo I – edição da AAFDL, 1983
- L’Avenir des Tutelles – Sassier, M., Fosier, T., Nogues, H., Brovelli, G. –edições Dunod, 2000
- Elderly people and the law – Ashton, Gordon – edições Butterworths, 1995
- Droit et personnes agées – in “Gérontologie et société” n° 93 – Fondation Nationale de Gérontologie, 2000
- Law and finance in retirement – Costello, John – Balckhall publishing, 2000
- La protection des droits et des libertés des citoyens agées – Delperée, Nicole
- Relatório da Comissão de Juristas – elaborado no âmbito do API - 1999

○ que é uma situação de incapacidade ?

De acordo com a **Recomendação nº R (99) 4 do Comité de Ministros aos Estados membros sobre os Princípios relativos à protecção jurídica dos Maiores Incapazes, são maiores incapazes, as pessoas com mais de 18 anos que, “em razão de uma alteração ou de uma insuficiência das suas faculdades pessoais, não se encontram em condições de compreender, exprimir ou tomar, de forma autónoma, decisões relativas à sua pessoa e ou aos seus bens, não podendo, em consequência, proteger os seus interesses.”**

A incapacidade não se confunde com a dependência, que é um “estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de uma assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os actos correntes da vida”, como decorre da Recomendação nº R (98) 9, da Comissão dos Ministros aos Estados Membros. Podemos dizer que todas as pessoas em situação de incapacidade estão dependentes, mas nem todas as pessoas em situação de dependência são incapazes.

Segundo o **Código Civil Português (artigo 138º)**, “podem ser interditos do exercício dos seus direitos todos aqueles que por anomalia psíquica, surdez-mudez ou cegueira se mostrem incapazes de governar suas pessoas e bens”.

Apesar da legislação portuguesa sobre esta matéria apresentar algumas fragilidades e certa desadequação face à realidade actual e aos desafios que os prestadores de cuidados enfrentam hoje, contém as disposições essenciais para a designação de um representante legal e para assegurar o legítimo suprimento da vontade destes cidadãos.

6 Neste sentido e, até que se verifique a desejada revisão legal é à luz das disposições vigentes que

Como se diagnostica a incapacidade ?

1 - Diagnóstico Clínico

A incapacidade só pode ser determinada com base num diagnóstico clínico!

Só a observação clínica pode determinar a existência de uma doença, deficiência ou situação de dependência suficientemente grave para ocasionar uma situação de incapacidade.

Muitas vezes as pessoas podem apresentar sintomas susceptíveis de serem confundidos com a sintomatologia de uma demência mas só um médico pode confirmar esse diagnóstico e determinar a extensão das suas consequências.

Por isso o diagnóstico clínico deve conter a indicação da causa da incapacidade e sua extensão, designadamente os efeitos ao nível da gestão da pessoa e dos seus bens referindo, expressamente, as áreas em que a pessoa precisa de apoio.

Sempre que um familiar ou um profissional verifique que o adulto apresenta sinais que podem comprometer a livre e esclarecida formação e/ou expressão da vontade deve, de imediato, solicitar ao médico que normalmente acompanha a pessoa ou a um especialista da área da saúde mental, o respectivo relatório clínico.

7

Documentos de organizações internacionais

- Conferência de Haia sobre direito internacional privado - 1999
- Documento do Conselho da Europa sobre protecção dos direitos humanos e a dignidade da pessoa portadora de desordem mental - 2000
- Actas do colóquio do Conselho da Europa sobre violência no seio da família – 1997
- Livro branco do Conselho da Europa sobre a protecção dos direitos do homem e da dignidade das pessoas que padecem de distúrbios mentais – 2000
- Recomendação do Conselho da Europa sobre dependência – 1999
- Recomendação R(99) do Conselho da Europa sobre protecção jurídica dos maiores incapazes – 1999
- Recomendações da Alzheimer Europe sobre Turcaia. Restrição da liberdade de movimentos e bioética - 2000

33

Legislação

- Teoria Geral do Direito Civil – Carvalho Fernandes, Luis A. – Vol I - Tomo I – edição da AAFDL, 1983
- L’Avenir des Tutelles – Sassier, M., Fosier, T., Nogués, H., Brovelli, G. –edições Dunod, 2000
- Elderly people and the law – Ashton, Gordon – edições Butterworths, 1995
- Droit et personnes âgées – in “Gérontologie et société” n° 93 – fondation nationale de gérontologie, 2000
- Law and finance in retirement – Costello, John – Balckhall publishing, 2000
- La protection des droits et des libertés des citoyens âgées – Delperée, Nicole
- Relatório da Comissão de Juristas – elaborado no âmbito do API - 1999

Como se diagnostica a incapacidade?

2- Diagnóstico Social

Para além do diagnóstico clínico é importante proceder a uma caracterização social do indivíduo em situação de incapacidade, por forma a fornecer ao Tribunal as informações suficientes para que este conheça melhor a pessoa em causa e possa decidir quem assumirá as funções de tutor ou curador.

1 - A família deve por isso fornecer todos os dados relevantes relativamente a:

- Situação patrimonial do indivíduo;
- Constituição do agregado familiar;
- Rede informal de apoio;
- Rede formal de apoio;
- Residência;

2 – Caso o indivíduo em situação de incapacidade seja utente de uma resposta social, a entidade responsável por esta deve, igualmente, elaborar relatório social sobre as questões que se prendem com o tipo de cuidados prestados.

3 – Sempre que o indivíduo em situação de incapacidade seja isolado, ou a sua família não assuma a iniciativa de proceder ao suprimento da incapacidade, devem os serviços responsáveis pela prestação de cuidados proceder à elaboração do diagnóstico social.

Modelo de requerimento ao ministério público a apresentar por uma instituição

Exmo Senhor
Procurador da República
da Comarca de.....

de _____ de _____

Assunto : Interdição de _____ (nome do interditando)

A _____ (designação da instituição) é uma _____ (indicar a natureza jurídica), que actua na área da prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência, no âmbito das valências de _____.

No contexto da sua actividade vem prestando apoio ao cliente supra-referido, que não se encontra em condições de gerir a sua pessoa e bens em virtude de _____ (indicar causa da incapacidade).

Trata-se de _____ (caracterização do cliente indicando sexo, idade, situação familiar e situação sócio/económica)

Neste sentido e dada a necessidade de garantir a sua representação legal e a consequente salvaguarda dos seus direitos, solicita-se a interposição urgente de uma acção de interdição (ou de inabilitação), juntado, em anexo os seguintes documentos probatórios _____ (indicar os documentos que se juntam).

Com os melhores cumprimentos

30

O que é a gestão de negócios ?

A gestão de negócios é uma figura jurídica regulada nos artigos 464º e seguintes do Código Civil.

Verifica-se uma gestão de negócios quando uma pessoa assume a direcção de negócio alheio no interesse e por conta do respectivo dono, sem para isso estar autorizada.

O familiar, profissional, dirigente ou proprietário de um estabelecimento ou serviço, quando necessitarem de tomar decisões relativas às pessoas e bens dos maiores em situação de incapacidade actuam como gestores de negócios, considerando-se "negócio", neste contexto, a vida do indivíduo incapaz.

Nos termos do artigo 465º do Código Civil, o gestor deve :

- *Conformar-se com o interesse e a vontade real ou presumível do dono do negócio, sempre que esta não seja contrária à lei ou à ordem pública, ou ofensiva dos bons costumes ;*
- *Avisar o dono do negócio, logo que seja possível, de que assumiu a gestão;*
- *Prestar contas, findo o negócio ou interrompida a gestão, ou quando o dono as exigir;*
- *Prestar a este todas as informações relativas à gestão;*
- *Entregar-lhe tudo o que tenha recebido de terceiros no exercício da gestão ou o saldo das respectivas Contas, com os juros legais relativamente às quantias em dinheiro, a partir do momento em que a entrega haja de ser efectuada."*

Segundo o artigo 466º do Código Civil o " gestor responde perante o dono do negócio, tanto pelos danos a que der causa, por culpa sua, no exercício da gestão, como por aqueles que causar com a injustificada interrupção dela."

10

Como deve actuar o gestor de negócios ?

No caso específico dos maiores em situação de incapacidade, o familiar ou profissional que assumir o papel de gestor de negócios deve procurar agir com bom senso e procurando cumprir as seguintes linhas de actuação :

- Intervir apenas em caso de urgência;
- Garantir a qualidade de vida do incapaz;
- Evitar tomar decisões que afectem irreversivelmente a vida ou o património do incapaz;
- Procurar conhecer e respeitar, sempre que possível, a vontade real e presumível do maior incapaz;
- Garantir a transparência da gestão, aconselhando-se com outras pessoas que constituam a rede informal de apoio do incapaz, sobre as decisões tomadas ou a tomar que afectem com mais relevância a vida do maior com incapacidade;
- Criar e manter actualizado um processo individual do incapaz, perceptível, que constitua um documento caracterizado do indivíduo, no qual devem ser registados todos os dados relevantes para a intervenção, quer ao nível pessoal, quer ao nível financeiro.

111

Casos Práticos

M está numa fase precoce da doença de Alzheimer e está preocupada com o seu futuro. Como deve a família acautelar a sua protecção jurídica face a uma futura demência ?

Apesar da lei portuguesa não permitir que o indivíduo escolha o seu futuro tutor, M deve ser aconselhada a declarar expressamente os seus desejos no que se refere à nomeação de um eventual tutor, destino dos bens e tipo de prestação de cuidados que preferia, por forma a facilitar a decisão judicial e ajudar o seu representante legal a cumprir a sua vontade, quando já não a puder expressar.

X reside com uma filha e está em situação de incapacidade. Esta pretende vender a habitação do pai e com o rendimento suportar os encargos com o lar onde pretende colocá-lo. Pode fazê-lo ?

Não. A qualidade de descendente não legitima a tomada de decisões relativas à gestão da pessoa e bens de um indivíduo incapaz. A filha deve iniciar desde logo o processo de suprimento da incapacidade, pois só o tutor poderá tomar as duas decisões – a da alienação do imóvel (com autorização do tribunal) e a da colocação do incapaz num lar.

J sofre de demência há vários anos mas nunca foi declarado interdito, nem possui representante legal. Reside num lar de idosos e quem assume a gestão da sua pessoa e bens, sem legitimidade é a directora do lar. O que fazer para regularizar esta situação ?

Se J não possui família ou esta não se mostra disponível para iniciar o processo de suprimento da incapacidade, a directora deve fazê-lo com urgência, nos termos deste guia. Até que seja nomeado tutor, a directora assume as funções de gestor de negócios.

A está demente e reside sózinho criando perigo para a vizinhança. A instituição que lhe presta apoio domiciliário quer colocá-lo, contra sua vontade no lar. Pode fazê-lo ?

A forma correcta de actuar em caso de emergência é o recurso à Lei da Saúde Mental, solicitando o acolhimento compulsivo, pois até à declaração de interdição por sentença judicial, apesar de se encontrar em situação de demência, o indivíduo não pode sofrer qualquer restrição aos seus direitos.

29

Anexos

<input type="checkbox"/>	Casos práticos	29
<input type="checkbox"/>	Modelos de requerimento ao Ministério Público	30
<input type="checkbox"/>	Legislação	32
<input type="checkbox"/>	Documentação de organizações internacionais	33
<input type="checkbox"/>	Bibliografia com interesse	34
<input type="checkbox"/>	Sites	35
<input type="checkbox"/>	Contactos úteis	37

O que deve conter o processo individual ?

O processo individual do maior em situação de incapacidade deve conter :

Dados de Identificação do Incapaz:

- Nome;
- Sexo;
- Estado Civil;
- Data de nascimento;
- Naturalidade (freguesia, concelho e distrito);
- Nacionalidade;
- Nº de Bilhete de Identidade;
- Nº de Cartão de Contribuinte;
- Morada da Residência;
- Datas dos diagnósticos de situação de incapacidade.

Dados relativos à situação financeira e patrimonial:

- Inventário dos bens identificáveis que o cliente possui;
- Indicação das contas bancárias movimentadas pelo gestor de negócios;
- Mapa de movimentos financeiros mensais, com indicação das quantias, datas dos movimentos e respectiva justificação;
- Documentos comprovativos das despesas efectuadas com o cliente;
- Documentos comprovativos dos rendimentos do cliente.

A gestão do processo individual do incapaz deve ser realizada pelo gestor de negócios, com observação do disposto na Lei de Protecção de Dados Pessoais.

Quando o incapaz se encontrar acolhido num estabelecimento e o gestor de negócios for um funcionário do referido estabelecimento os dados atrás referidos fazem parte do Processo Individual.

[2]

[2]

— O que é a interdição e a inabilitação ?

O que é a Interdição ?

Considera-se interdição a declaração judicial da incapacidade aplicada a maiores e vem regulada nos artigos 138º a 151º do Código Civil.

Quem pode ser interdito ?

Podem ser interditos do exercício dos seus direitos todos aqueles, mesmo que sejam maiores, que, em virtude de anomalia psíquica, surdez-mudez ou cegueira, se mostrem incapazes de governar as suas pessoas e bens.

Mas essas causas devem ser incapacitantes, actuais e permanentes.

Que consequências tem a interdição ?

Em consequência de uma sentença de interdição o interdito é equiparado ao menor:

Consequências na capacidade de gozo dos interditos por anomalia psíquica :

- Não podem casar (artigo 1601º alínea b);
- Não podem perfiar (artigo 1850º nº 1);
- Não podem testar (artigo 2189º, alínea b);
- Não podem exercer o poder paternal (artigo 1913º nº 1 alínea b);
- Não podem ser tutores (artigo 1933º nº 1 alínea a), nem vogais do conselho de família (artigo 1953º nº 1), nem administradores de bens (artigo 1970º).

Consequências na capacidade de exercício – O interdito sofre de incapacidade genérica de exercício.

São anuláveis os negócios jurídicos celebrados pelo interdito, depois do registo da sentença de interdição.

13

Neste sentido torna-se urgente proceder a uma alteração legislativa que reveja o processo de suprimento da incapacidade, o perfil e condições de desempenho dos tutores e vogais do conselho de família e o estatuto do interdito, de modo a garantir a sua plena inclusão social e o respeito pela sua qualidade de cidadão e sujeito de direitos.

26

Novas tendências para o futuro

O número crescente de indivíduos incapazes de gerir a sua pessoa e bens e a dificuldade sentida pelos familiares e profissionais em ultrapassar as consequências dessa incapacidade originaram, um pouco por todo o mundo, uma reflexão em torno dos mecanismos legais existentes e da necessidade de os reformular e adaptar à nova realidade tendo em conta cinco aspectos complementares :

- Alteração dos modelos de família e dos papéis dos seus membros;
- Alteração da máquina judicial e necessidade de aproximação dos magistrados à realidade social;
- Aumento da longevidade dos indivíduos em situação de incapacidade;
- Crescente intervenção das entidades da sociedade civil no domínio da prestação de cuidados;
- Adopção de uma perspectiva da cidadania inclusiva.

Neste sentido o **Comité de Ministros do Conselho da Europa, emitiu em 29 de Fevereiro de 1999 a Recomendação n.º R (99) 4 sobre os princípios relativos à Protecção Jurídica dos Maiores Incapazes, documento que vem apresentar pistas de revisão urgentes e ambiciosas, da legislação portuguesa em vigor sobre esta matéria.**

As novas tendências apontam essencialmente para :

- Máxima preservação da capacidade;
- Reforço dos direitos do incapaz;
- Maior proporcionalidade entre as medidas aplicadas e o grau de incapacidade;
- Flexibilidade dos mecanismos processuais;
- Acompanhamento e avaliação das medidas;
- Qualificação dos representantes legais;

29

O que é a Inabilitação ?

A inabilitação constitui o segundo tipo de declaração judicial da incapacidade e foi concebida para solucionar situações de menor gravidade, resultantes de deficiências de ordem física, psíquica ou de hábitos de vida, encontrando-se regulada nos artigos 152 a 156º do Código Civil.

Quem pode ser inabilitado ?

Podem ser inabilitados do exercício dos seus direitos :

- Os indivíduos cuja anomalia psíquica, surdez-mudez ou cegueira, embora de carácter permanente não seja de tal modo grave que justifique a sua interdição;
- Os indivíduos que, por habitual prodigalidade ou pelo abuso de bebidas alcohólicas ou de estupefacientes, se mostrem incapazes de gerir convenientemente o seu património.

Mas as causas que determinam a inabilitação devem apresentar as características da prejudiciabilidade, actualidade e permanência.

Que efeitos tem a inabilitação ?

Os efeitos da inabilitação na capacidade de gozo :

- Inabilitados em geral – não podem ser nomeados tutores, vogais do conselho de família, nem administrador de bens;
- Inabilitados por outra causa que não seja anomalia psíquica – Inibição legal parcial do poder paternal;
- Inabilitados por anomalia psíquica – para além dos efeitos comuns aos outros inabilitados, não podem casar e têm inibição legal total do poder paternal;
- Inabilitados por prodigalidade – não podem interferir na administração de bens dos pupillos se forem tutores ou protutores, nem administradores de bens.

No que respeita à capacidade de exercício, cabe ao juiz através da sentença definir a dimensão da incapacidade.

14

Como se decreta a interdição e a inabilitação ?

A interdição e a inabilitação são decretadas por sentença judicial, na sequência de um processo judicial próprio.

Quem pode intentar uma acção especial de interdição ou inabilitação ?

De acordo com os artigos 141º e 156º, ambos do Código Civil, podem intentar uma acção especial de interdição ou inabilitação:

- O cônjuge do interditando ou inabilitando;
- O tutor ou curador;
- Qualquer parente sucessível;
- O Ministério Público.

O valor da acção é de 14.963,94 euros, sendo por isso obrigatória a constituição de advogado nos termos do artigo 32º n.º 1 alínea a) e 955º do Código de Processo Civil.

Se o interditando ou inabilitando for menor, apenas podem requerer a sua interdição ou inabilitação os progenitores que exerceram o poder paternal e o Ministério Público.

Caso a família não possa ou não queira intentar directamente a acção, pode ser elaborada participação ao Ministério Público, quer pelos familiares com legitimidade para interpor a acção, quer por outras pessoas interessadas, em particular pelos prestadores de cuidados que actuam junto do interditando.

15

Como funciona o Conselho de Família ?

O Conselho de Família é convocado por determinação do Tribunal ou do Ministério Público ou a requerimento de um dos vogais, do tutor, do administrador de bens ou do próprio interdito. A convocatória deve ter a indicação do objecto principal da reunião e deverá ser enviada com oito dias de antecedência (artigos 1951º, 1952º e 1954º do Código Civil).

Os vogais do Conselho de Família são obrigados a comparecer pessoalmente e a falta injustificada às reuniões do conselho de família torna o faltoso responsável pelos danos que o interdito venha a sofrer (artigos 1957º e 1958º do Código Civil).

24

O tutor pode ser remunerado ?

O tutor tem o direito a receber uma remuneração, cujo montante será definido pelo tribunal, ouvido o conselho de família, não podendo a remuneração exceder a décima parte dos rendimentos líquidos dos bens do interdito (artigo 1942º do Código Civil).

O tutor tem igualmente direito a ser indemnizado relativamente às despesas que legalmente haja feito, nos termos do disposto no artigo 1946º do Código Civil.

O tutor deve prestar contas ?

De acordo com o estipulado no artigo 1944º do Código Civil, o tutor deve prestar contas ao tribunal sempre que lhe for exigido e quando terminar a gerência.

O tutor é responsável ?

O artigo 1945º do Código Civil estipula que o tutor é responsável pelo prejuízo que por dolo ou culpa causar ao incapaz.

O que é o conselho de família ?

É um órgão consultivo de apoio ao exercício da tutela, composto por dois vogais escolhidos pelo tribunal entre os parentes e afins do interdito, ou por outras pessoas na falta destes e pelo agente do Ministério Público, que preside.

Ao conselho de família compete vigiar o modo como são desempenhadas as funções de tutor, sendo a fiscalização exercida com carácter permanente, por um dos vogais que se denomina protutor.

23

Em que tribunal pode ser intentada a acção ?

De acordo com o disposto nos artigos artigo 66º e 85º nº1 do Código de Processo Civil, o tribunal competente é o tribunal cível do domicílio do interdito ou inabilitando.

Existe prazo para intentar esta acção ?

Não existe qualquer prazo para interpor uma acção de interdição ou inabilitação.

“Contra” quem pode ser intentada uma acção de interdição ou inabilitação ?

A acção pode ser intentada “contra” maiores e “contra” menores mas, neste último caso, apenas no ano anterior à maioridade, nos termos do artigo 138º nº 2 do Código Civil. Neste caso só têm legitimidade para interpor a acção os progenitores que exerçam o poder paternal e o Ministério Público.

Qual a marcha do processo ?

Petição Inicial

A interposição da acção inicia-se com uma petição inicial, nos termos do artigo 944º do Código de Processo Civil, dirigida ao Juiz do respectivo tribunal cível e que deve conter :

- Justificação da sua legitimidade para propor a acção;
- Os factos que fundamentam o pedido de interdição ou inabilitação;
- O grau de incapacidade do interdido ou inabilitando;
- Indicação das pessoas que, segundo a lei, devem compor o conselho de família e exercer a tutela ou curatela;

16 A petição deve concluir com o pedido de interdição ou inabilitação,

Publicidade

Apresentada a petição, o juiz procederá à sua análise e se a mesma tiver os requisitos acima indicados, determinará a publicidade da acção através da afixação de editais no tribunal e na sede da junta de freguesia da residência do requerido (interditando ou interdito), e de um anúncio num dos jornais mais lidos do respectivo círculo judicial, com menção do nome deste e do objecto da acção (artigo 945º);

Parecer do conselho de família

Posteriormente é solicitado o parecer do conselho de família sobre o pedido de interdição,

Citação e contestação

Em seguida, o requerido é citado para contestar a acção no prazo de trinta dias (artigo 946º do C.P.C.);

Esta citação é efectuada pessoalmente pelo funcionário judicial, excepto no caso do processo se basear em prodigalidade do requerido, caso em que este será citado por via postal (artigo 946º do C.P.C.);

Se o requerido estiver impossibilitado de receber a citação, o juiz designa, como curador provisório, a pessoa a quem provavelmente competirá a tutela ou a curatela, que não seja o requerente da acção.

O mesmo acontece se o requerido, apesar de regularmente citado, não tiver constituído advogado no referido prazo de trinta dias de contestação.

Se houver contestação por parte do requerido e apenas nos casos de se tratar de uma acção por mera prodigalidade, o processo segue os termos normais de uma acção cível ordinária, nos termos dos artigos 508º e seguintes do Código de Processo Civil.

17

- Receber do interdito, directamente ou por interposta pessoa, quaisquer liberalidades, por acto entre vivos ou por morte, se tiverem sido feitas depois da sua designação e antes da aprovação das respectivas contas.

Que actos do tutor dependem de autorização do tribunal?

Nos termos dos artigos 1938º e 1939º nº 1 do Código Civil, o tutor precisa da autorização do tribunal para:

- alienar ou onerar bens do interdito, salvo tratando-se de alienação onerosa de bens susceptíveis de deterioração;
- votar nas assembleias gerais das sociedades, deliberações que importem a sua dissolução;
- adquirir estabelecimento comercial ou industrial ou continuar a exploração do que o interdito tiver recebido por doação ou sucessão;
- entrar em sociedade em nome colectivo ou em comandita simples ou por acções;
- contrair obrigações cambiais ou resultantes de qualquer título transmissível ou por endosso;
- garantir ou assumir dívidas alheias;
- contrair empréstimos;
- contrair obrigações cujo cumprimento se deva verificar depois da maioridade;
- ceder direitos de crédito;
- repudiar herança ou legado;
- aceitar herança, doação ou legado com encargos;
- locar bens, por prazo superior a seis anos;
- convencionar ou requerer em juízo a divisão de coisa comum ou a liquidação e partilha de patrimónios sociais;
- negociar transacção ou comprometer-se em árbitros relativamente aos actos atrás referidos;
- adquirir bens, móveis ou imóveis, como aplicação dos capitais do incapaz;
- contrair ou solver obrigações salvo quando respeitem a alimentos do incapaz ou se mostrem necessárias à administração do seu património;
- intentar acções, salvo as destinadas à cobrança de prestações periódicas e aquelas cuja demora possa causar prejuizo.

21

Quem se pode escusar a ser tutor ?

Podem escusar-se da tutela nos termos do artigo 1934º do Código Civil, enquanto se mativer o motivo da escusa:

- O Presidente da República e os membros do Governo;
- Os bispos e sacerdotes que tenham cura de almas, bem como os religiosos que vivam em comunidade;
- Os militares em serviço activo;
- Os que residam fora da comarca onde o menor tem a maior parte dos bens;
- Os que tiverem mais de três descendentes a seu cargo;
- Os que exerçam outra tutela ou curatela;
- Os que tenham mais de sessenta e cinco anos;
- Os que não sejam parentes ou afins em linha recta do menor, ou seus colaterais até ao quarto grau;
- Os que, em virtude de doença, ocupações profissionais absorventes ou carência de meios económicos, não possam exercer a tutela sem grave incómodo ou prejuízo.

Que poderes tem o tutor ?

De acordo com o artigo 1935º do Código Civil o tutor tem os mesmos direitos e obrigações que têm os pais no contexto do poder paternal, com algumas especificidades e deve exercer a tutela com a diligência de um bom pai de família.

Que actos são proibidos ao tutor ?

- Dispor a título gratuito dos bens do interdito;
- Tomar de arrendamento ou adquirir, directamente ou por interposta pessoa bens ou direitos do interdito, ou tornar-se cessionário de créditos ou outros direitos;
- Celebrar em nome do interdito contratos que o obriguem pessoalmente à prática de certos actos, excepto quando as obrigações sejam necessárias à sua educação, estabelecimento ou ocupação.

[21]

Interrogatório e exame do requerido

- Em quaisquer outros casos, haja ou não contestação, proceder-se-á, seguidamente, ao interrogatório e exame do requerido (artigos 948º e 949º do C.P.C.). O interrogatório visa averiguar a existência e grau de incapacidade do requerido e é feito pelo juiz com assistência dos representantes do requerido, do autor e do perito ou peritos nomeados.

O exame, que se realizará logo que possível a seguir ao interrogatório, tem idênticos objectivos, do qual será elaborado relatório dos peritos.

- Quando conclua pela necessidade de interdição ou inabilitação, o relatório pericial deve precisar, sempre que possível, o tipo, grau e extensão, a data provável do seu início e os meios de tratamento a utilizar (artigos 950º e 951º do Código de Processo Civil).

Sentença

- No caso de o interrogatório e o exame fornecerem elementos suficientes e se a acção não tiver sido contestada, o juiz pode decretar imediatamente a interdição e a inabilitação.
- Tendo havido contestação, a causa segue os normais termos do processo ordinário cível, sendo a sentença proferida após julgamento (artigo 952º).
- Em qualquer das situações, a sentença que decretar a interdição ou inabilitação definitiva ou provisória, fixará, sempre que seja possível, a data do início da incapacidade e designará o tutor e o protutor ou curador que poderão ser os indicados na petição inicial.
- Na sentença o juiz decretará a interdição ou inabilitação, consoante o grau de incapacidade do requerido e independentemente do solicitado na petição inicial.

[18]

- No caso de inabilitação, juiz especificará os actos que devem ser autorizados ou praticados pelo curador (artigos 964º do CPC e 154º n.º 1 do Código Civil).
- Da sentença cabe recurso que pode ser interposto pelo requerido ou pelo requerente, recurso este que tem efeito suspensivo.

Providências Provisórias

- Tutela provisória**
- Em qualquer altura do processo pode o juiz, por si próprio ou a requerimento das partes, proferir uma decisão provisória nomeando um tutor provisório ao requerido que pode, em nome deste e com autorização do tribunal praticar todos os actos urgentes em relação à pessoa e bens do requerido e cujo adiamento lhe possa causar prejuízo (artigo 953º n.º 1 do CPC e 142º e 156º ambos do Código Civil).
- Desta decisão provisória cabe recurso que não tem efeito suspensivo (953º n.º 2 do CPC).

19

O que são a tutela e a curatela ?

A tutela é o meio adequado para suprir a incapacidade por interdição e a curatela o meio adequado para suprir a inabilitação.

O regime da tutela é definido por referência ao poder paternal, apesar das especificidades que o legislador definiu, tendo em conta a situação diversa do interdito.

A administração do património do inabilitado é entregue, no todo ou em parte ao curador, aplicando-se com as necessárias adaptações o regime das interdições.

Quem pode ser tutor ?

Podem ser tutores todos os indivíduos à excepção dos referidos no artigo 1933º do Código Civil :

- menores não emancipados, os interditos e os inabilitados;
- os notoriamente dementes ainda que não interditos ou inabilitados;
- as pessoas de mau procedimento ou que não tenham modo de vida conhecido;
- os que tiverem sido inibidos ou se encontrarem total ou parcialmente suspensos do exercício do poder paternal;
- os que tiverem sido removidos ou se encontrarem suspensos de outra tutela ou do conselho de família por falta de cumprimento das respectivas obrigações;
- os divorciados e os separados judicialmente de pessoas e bens por sua culpa;
- os que tenham demanda pendente com o incapaz ou com seus pais, ou a tenham tido há menos de cinco anos;
- aqueles cujos pais, filhos ou cônjuges tenham, ou hajam tido há menos de cinco anos, demanda com o incapaz ou seus pais;
- os que sejam inimigos pessoais do incapaz ou dos seus pais;
- os que tenham sido excluídos pelo pai ou mãe do incapaz, nos mesmos termos em que qualquer deles pode designar tutor;
- os magistrados judiciais ou do Ministério Público que exerçam funções na comarca do domicílio do incapaz ou na da situação dos seus bens.

20

ANEXO III

Lei nº 36/98 de 24 de Julho da Saúde Mental

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Lei n.º 36/98

de 24 de Julho

Lei de Saúde Mental

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea *c*) do artigo 161.º, das alíneas *a*) e *b*) do n.º 1 do artigo 165.º e do n.º 3 do artigo 166.º da Constituição, para valer como lei geral da República, o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objectivos

A presente lei estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental.

Artigo 2.º

Protecção e promoção da saúde mental

1 — A protecção da saúde mental efectiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive.

2 — As medidas referidas no número anterior incluem acções de prevenção primária, secundária e terciária da doença mental, bem como as que contribuam para a promoção da saúde mental das populações.

Artigo 3.º

Princípios gerais de política de saúde mental

1 — Sem prejuízo do disposto na Lei de Bases da Saúde, devem observar-se os seguintes princípios gerais:

- a*) A prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social;
- b*) Os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível;
- c*) O tratamento de doentes mentais em regime de internamento ocorre, tendencialmente, em hospitais gerais;
- d*) No caso de doentes que fundamentalmente careçam de reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes.

2 — Nos casos previstos na alínea *d*) do número anterior, os encargos com os serviços prestados no âmbito da reabilitação e inserção social, apoio residencial e reinserção profissional são comparticipados em termos a

definir pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde, segurança social e emprego.

3 — A prestação de cuidados de saúde mental é assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspectos médicos, psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação.

Artigo 4.º

Conselho Nacional de Saúde Mental

1 — O Conselho Nacional de Saúde Mental é o órgão de consulta do Governo em matéria de política de saúde mental, nele estando representadas as entidades interessadas no funcionamento do sistema de saúde mental, designadamente as associações de familiares e de utentes, os subsistemas de saúde, os profissionais de saúde mental e os departamentos governamentais com áreas de actuação conexas.

2 — A composição, as competências e o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde Mental constam de decreto-lei.

Artigo 5.º

Direitos e deveres do utente

1 — Sem prejuízo do previsto na Lei de Bases da Saúde, o utente dos serviços de saúde mental tem ainda o direito de:

- a*) Ser informado, por forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis;
- b*) Receber tratamento e protecção, no respeito pela sua individualidade e dignidade;
- c*) Decidir receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, salvo quando for caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros;
- d*) Não ser submetido a electroconvulsivoterapia sem o seu prévio consentimento escrito;
- e*) Aceitar ou recusar, nos termos da legislação em vigor, a participação em investigações, ensaios clínicos ou actividades de formação;
- f*) Usufruir de condições dignas de habitabilidade, higiene, alimentação, segurança, respeito e privacidade em serviços de internamento e estruturas residenciais;
- g*) Comunicar com o exterior e ser visitado por familiares, amigos e representantes legais, com as limitações decorrentes do funcionamento dos serviços e da natureza da doença;
- h*) Receber justa remuneração pelas actividades e pelos serviços por ele prestados;
- i*) Receber apoio no exercício dos direitos de reclamação e queixa.

2 — A realização de intervenção psicocirúrgica exige, além do prévio consentimento escrito, o parecer escrito favorável de dois médicos psiquiatras designados pelo Conselho Nacional de Saúde Mental.

3 — Os direitos referidos nas alíneas *c*), *d*) e *e*) do n.º 1 são exercidos pelos representantes legais quando os doentes sejam menores de 14 anos ou não possuam o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento.

CAPÍTULO II

Do internamento compulsivo

SECÇÃO I

Disposições gerais

Artigo 6.º

Âmbito de aplicação

1 — O presente capítulo regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica.

2 — O internamento voluntário não fica sujeito ao disposto neste capítulo, salvo quando um internado voluntariamente num estabelecimento se encontre na situação prevista nos artigos 12.º e 22.º

Artigo 7.º

Definições

Para efeitos do disposto no presente capítulo, considera-se:

- a) Internamento compulsivo: internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica grave;
- b) Internamento voluntário: internamento a solicitação do portador de anomalia psíquica ou a solicitação do representante legal de menor de 14 anos;
- c) Internando: portador de anomalia psíquica submetido ao processo conducente às decisões previstas nos artigos 20.º e 27.º;
- d) Estabelecimento: hospital ou instituição análoga que permita o tratamento de portador de anomalia psíquica;
- e) Autoridades de saúde pública: as como tal qualificadas pela lei;
- f) Autoridades de polícia: os directores, oficiais, inspectores e subinspectores de polícia e todos os funcionários policiais a quem as leis respectivas reconhecerem aquela qualificação.

Artigo 8.º

Princípios gerais

1 — O internamento compulsivo só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado e finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa.

2 — O internamento compulsivo só pode ser determinado se for proporcionado ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa.

3 — Sempre que possível o internamento é substituído por tratamento em regime ambulatorio.

4 — As restrições aos direitos fundamentais decorrentes do internamento compulsivo são as estritamente necessárias e adequadas à efectividade do tratamento e à segurança e normalidade do funcionamento do estabelecimento, nos termos do respectivo regulamento interno.

Artigo 9.º

Legislação subsidiária

Nos casos omissos aplica-se, devidamente adaptado, o disposto no Código de Processo Penal.

SECÇÃO II

Dos direitos e deveres

Artigo 10.º

Direitos e deveres processuais do internando

1 — O internando goza, em especial, do direito de:

- a) Ser informado dos direitos que lhe assistem;
- b) Estar presente aos actos processuais que directamente lhe disserem respeito, excepto se o seu estado de saúde o impedir;
- c) Ser ouvido pelo juiz sempre que possa ser tomada uma decisão que pessoalmente o afecte, excepto se o seu estado de saúde tornar a audição inútil ou inviável;
- d) Ser assistido por defensor, constituído ou nomeado, em todos os actos processuais em que participar e ainda nos actos processuais que directamente lhe disserem respeito e em que não esteja presente;
- e) Oferecer provas e requerer as diligências que se lhe afigurem necessárias.

2 — Recai sobre o internando o especial dever de se submeter às medidas e diligências previstas nos artigos 17.º, 21.º, 23.º, 24.º e 27.º

Artigo 11.º

Direitos e deveres do internado

1 — O internado mantém os direitos reconhecidos aos internados nos hospitais gerais.

2 — O internado goza, em especial, do direito de:

- a) Ser informado e, sempre que necessário, esclarecido sobre os direitos que lhe assistem;
- b) Ser esclarecido sobre os motivos da privação da liberdade;
- c) Ser assistido por defensor constituído ou nomeado, podendo comunicar em privado com este;
- d) Recorrer da decisão de internamento e da decisão que o mantenha;
- e) Votar, nos termos da lei;
- f) Enviar e receber correspondência;
- g) Comunicar com a comissão prevista no artigo 38.º

3 — O internado tem o especial dever de se submeter aos tratamentos medicamente indicados, sem prejuízo do disposto no n.º 2 do artigo 5.º

SECÇÃO III

Internamento

Artigo 12.º

Pressupostos

1 — O portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos

dicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado.

2 — Pode ainda ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado.

Artigo 13.º

Legitimidade

1 — Tem legitimidade para requerer o internamento compulsivo o representante legal do portador de anomalia psíquica, qualquer pessoa com legitimidade para requerer a sua interdição, as autoridades de saúde pública e o Ministério Público.

2 — Sempre que algum médico verifique no exercício das suas funções uma anomalia psíquica com os efeitos previstos no artigo 12.º pode comunicá-la à autoridade de saúde pública competente para os efeitos do disposto no número anterior.

3 — Se a verificação ocorrer no decurso de um internamento voluntário, tem também legitimidade para requerer o internamento compulsivo o director clínico do estabelecimento.

Artigo 14.º

Requerimento

1 — O requerimento, dirigido ao tribunal competente, é formulado por escrito, sem quaisquer formalidades especiais, devendo conter a descrição dos factos que fundamentam a pretensão do requerente.

2 — Sempre que possível, o requerimento deve ser instruído com elementos que possam contribuir para a decisão do juiz, nomeadamente relatórios clínico-psiquiátricos e psicossociais.

Artigo 15.º

Termos subsequentes

1 — Recebido o requerimento, o juiz notifica o internando, informando-o dos direitos e deveres processuais que lhe assistem, e nomeia-lhe um defensor, cuja intervenção cessa se ele constituir mandatário.

2 — O defensor e o familiar mais próximo do internando que com ele conviva ou a pessoa que com o internando viva em condições análogas às dos cônjuges são notificados para requerer o que tiverem por conveniente no prazo de cinco dias.

3 — Para os mesmos efeitos, e em igual prazo, o processo vai com vista ao Ministério Público.

Artigo 16.º

Actos instrutórios

1 — O juiz, oficiosamente ou a requerimento, determina a realização das diligências que se lhe afigurem necessárias e, obrigatoriamente, a avaliação clínico-psiquiátrica do internando, sendo este para o efeito notificado.

2 — No caso previsto no n.º 3 do artigo 13.º, o juiz pode prescindir da avaliação referida no número anterior, designando de imediato data para a sessão conjunta nos termos do artigo 18.º

Artigo 17.º

Avaliação clínico-psiquiátrica

1 — A avaliação clínico-psiquiátrica é deferida aos serviços oficiais de assistência psiquiátrica da área de residência do internando, devendo ser realizada por dois psiquiatras, no prazo de 15 dias, com a eventual colaboração de outros profissionais de saúde mental.

2 — A avaliação referida no número anterior pode, excepcionalmente, ser deferida ao serviço de psiquiatria forense do instituto de medicina legal da respectiva circunscrição.

3 — Sempre que seja previsível a não comparência do internando na data designada, o juiz ordena a emissão de mandado de condução para assegurar a presença daquele.

4 — Os serviços remetem o relatório ao tribunal no prazo máximo de sete dias.

5 — O juízo técnico-científico inerente à avaliação clínico-psiquiátrica está subtraído à livre apreciação do juiz.

Artigo 18.º

Actos preparatórios da sessão conjunta

1 — Recebido o relatório da avaliação clínico-psiquiátrica, o juiz designa data para a sessão conjunta, sendo notificados o internando, o defensor, o requerente e o Ministério Público.

2 — O juiz pode convocar para a sessão quaisquer outras pessoas cuja audição reputar oportuna, designadamente o médico assistente, e determinar, oficiosamente ou a requerimento, que os psiquiatras prestem esclarecimentos complementares, devendo ser-lhes comunicado o dia, a hora e o local da realização da sessão conjunta.

3 — Se houver discordância entre os psiquiatras, apresenta cada um o seu relatório, podendo o juiz determinar que seja renovada a avaliação clínico-psiquiátrica a cargo de outros psiquiatras, nos termos do artigo 17.º

Artigo 19.º

Sessão conjunta

1 — Na sessão conjunta é obrigatória a presença do defensor do internando e do Ministério Público.

2 — Ouvidas as pessoas convocadas, o juiz dá a palavra para alegações sumárias ao mandatário do requerente, se tiver sido constituído, ao Ministério Público e ao defensor e profere decisão de imediato ou no prazo máximo de cinco dias se o procedimento revestir complexidade.

3 — Se o internando aceitar o internamento e não houver razões para duvidar da aceitação, o juiz providencia a apresentação deste no serviço oficial de saúde mental mais próximo e determina o arquivamento do processo.

Artigo 20.º

Decisão

1 — A decisão sobre o internamento é sempre fundamentada.

2 — A decisão de internamento identifica a pessoa a internar e especifica as razões clínicas, o diagnóstico clínico, quando existir, e a justificação do internamento.

3 — A decisão é notificada ao Ministério Público, ao internando, ao defensor e ao requerente. A leitura da decisão equivale à notificação dos presentes.

Artigo 21.º

Cumprimento da decisão de internamento

1 — Na decisão de internamento o juiz determina a apresentação do internado no serviço oficial de saúde mental mais próximo, o qual providencia o internamento imediato.

2 — O juiz emite mandado de condução com identificação da pessoa a internar, o qual é cumprido, sempre que possível, pelo serviço referido no número anterior, que, quando necessário, solicita a coadjuvação das forças policiais.

3 — Não sendo possível o cumprimento nos termos do número anterior, o mandado de condução pode ser cumprido pelas forças policiais, que, quando necessário, solicitam o apoio dos serviços de saúde mental ou dos serviços locais de saúde.

4 — Logo que determinado o local definitivo do internamento, que deverá situar-se o mais próximo possível da residência do internado, aquele é comunicado ao defensor do internado e ao familiar mais próximo que com ele conviva, à pessoa que com ele viva em condições análogas às dos cônjuges ou a pessoa de confiança do internado.

SECÇÃO IV

Internamento de urgência

Artigo 22.º

Pressupostos

O portador da anomalia psíquica pode ser internado compulsivamente de urgência, nos termos dos artigos seguintes, sempre que, verificando-se os pressupostos do artigo 12.º, n.º 1, exista perigo iminente para os bens jurídicos aí referidos, nomeadamente por deterioração aguda do seu estado.

Artigo 23.º

Condução do internando

1 — Verificados os pressupostos do artigo anterior, as autoridades de polícia ou de saúde pública podem determinar, oficiosamente ou a requerimento, através de mandado, que o portador de anomalia psíquica seja conduzido ao estabelecimento referido no artigo seguinte.

2 — O mandado é cumprido pelas forças policiais, com o acompanhamento, sempre que possível, dos serviços do estabelecimento referido no artigo seguinte. O mandado contém a assinatura da autoridade competente, a identificação da pessoa a conduzir e a indicação das razões que o fundamentam.

3 — Quando, pela situação de urgência e de perigo na demora, não seja possível a emissão prévia de mandado, qualquer agente policial procede à condução imediata do internando.

4 — Na situação descrita no número anterior o agente policial lavra auto em que discrimina os factos, bem como as circunstâncias de tempo e de lugar em que a mesma foi efectuada.

5 — A condução é comunicada de imediato ao Ministério Público com competência na área em que aquela se iniciou.

Artigo 24.º

Apresentação do internando

O internando é apresentado de imediato no estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo do local em que se iniciou a condução, onde é submetido a avaliação clínico-psiquiátrica com registo clínico e lhe é prestada a assistência médica necessária.

Artigo 25.º

Termos subsequentes

1 — Quando da avaliação clínico-psiquiátrica se concluir pela necessidade de internamento e o internando a ele se opuser, o estabelecimento comunica, de imediato, ao tribunal judicial com competência na área a admissão daquele, com cópia do mandado e do relatório da avaliação.

2 — Quando a avaliação clínico-psiquiátrica não confirmar a necessidade de internamento, a entidade que tiver apresentado o portador de anomalia psíquica restitui-o de imediato à liberdade, remetendo o expediente ao Ministério Público com competência na área em que se iniciou a condução.

3 — O disposto no n.º 1 é aplicável quando na urgência psiquiátrica ou no decurso de internamento voluntário se verifique a existência da situação descrita no artigo 22.º

Artigo 26.º

Confirmação judicial

1 — Recebida a comunicação referida no n.º 1 do artigo anterior, o juiz nomeia defensor ao internando e dá vista nos autos ao Ministério Público.

2 — Realizadas as diligências que reputar necessárias, o juiz profere decisão de manutenção ou não do internamento, no prazo máximo de quarenta e oito horas a contar da privação da liberdade nos termos dos artigos 23.º e 25.º, n.º 3.

3 — A decisão de manutenção do internamento é comunicada, com todos os elementos que a fundamentam, ao tribunal competente.

4 — A decisão é comunicada ao internando e ao familiar mais próximo que com ele conviva ou à pessoa que com o internando viva em condições análogas às dos cônjuges, bem como ao médico assistente, sendo aquele informado, sempre que possível, dos direitos e deveres processuais que lhe assistem.

Artigo 27.º

Decisão final

1 — Recebida a comunicação a que se refere o n.º 3 do artigo anterior, o juiz dá início ao processo de internamento compulsivo com os fundamentos previstos no artigo 12.º, ordenando para o efeito que, no prazo de cinco dias, tenha lugar nova avaliação clínico-psiquiátrica, a cargo de dois psiquiatras que não tenham procedido à anterior, com a eventual colaboração de outros profissionais de saúde mental.

2 — É ainda correspondentemente aplicável o disposto no artigo 15.º

3 — Recebido o relatório da avaliação clínico-psiquiátrica e realizadas as demais diligências necessárias, é designada data para a sessão conjunta, à qual é correspondentemente aplicável o disposto nos artigos 18.º, 19.º, 20.º e 21.º, n.º 4.

SECÇÃO V

Casos especiais

Artigo 28.º

Pendência de processo penal

1 — A pendência de processo penal em que seja arguido portador de anomalia psíquica não obsta a que o tribunal competente decida sobre o internamento nos termos deste diploma.

2 — Em caso de internamento, o estabelecimento remete ao tribunal onde pende o processo penal, de dois em dois meses, informação sobre a evolução do estado do portador de anomalia psíquica.

Artigo 29.º

Internamento compulsivo de inimputável

1 — O tribunal que não aplicar a medida de segurança prevista no artigo 91.º do Código Penal pode decidir o internamento compulsivo do inimputável.

2 — Sempre que seja imposto o internamento é remetida certidão da decisão ao tribunal competente para os efeitos do disposto nos artigos 33.º, 34.º e 35.º

SECÇÃO VI

Disposições comuns

Artigo 30.º

Regras de competência

1 — Para efeitos do disposto no presente capítulo, tribunal competente é o tribunal judicial de competência genérica da área de residência do internando.

2 — Se na comarca da área de residência do internando existir tribunal judicial de competência especializada em matéria criminal, a competência é atribuída a este.

Artigo 31.º

Habeas corpus em virtude de privação da liberdade ilegal

1 — O portador de anomalia psíquica privado da liberdade, ou qualquer cidadão no gozo dos seus direitos políticos, pode requerer ao tribunal da área onde o portador se encontrar a imediata libertação com algum dos seguintes fundamentos:

- Estar excedido o prazo previsto no artigo 26.º, n.º 2;
- Ter sido a privação da liberdade efectuada ou ordenada por entidade incompetente;
- Ser a privação da liberdade motivada fora dos casos ou condições previstas nesta lei.

2 — Recebido o requerimento, o juiz, se o não considerar manifestamente infundado, ordena, se necessário por via telefónica, a apresentação imediata do portador da anomalia psíquica.

3 — Juntamente com a ordem referida no número anterior, o juiz manda notificar a entidade que tiver o portador da anomalia psíquica à sua guarda, ou quem puder representá-la, para se apresentar no mesmo acto munida das informações e esclarecimentos necessários à decisão sobre o requerimento.

4 — O juiz decide, ouvidos o Ministério Público e o defensor constituído ou nomeado para o efeito.

Artigo 32.º

Recorribilidade da decisão

1 — Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, da decisão tomada nos termos dos artigos 20.º, 26.º, n.º 2, 27.º, n.º 3, e 35.º cabe recurso para o Tribunal da Relação competente.

2 — Tem legitimidade para recorrer o internado, o seu defensor, quem requerer o internamento nos termos do artigo 13.º, n.º 1, e o Ministério Público.

3 — Todos os recursos previstos no presente capítulo têm efeito meramente devolutivo.

Artigo 33.º

Substituição do internamento

1 — O internamento é substituído por tratamento compulsivo em regime ambulatorio sempre que seja possível manter esse tratamento em liberdade, sem prejuízo do disposto nos artigos 34.º e 35.º

2 — A substituição depende de expressa aceitação, por parte do internado, das condições fixadas pelo psiquiatra assistente para o tratamento em regime ambulatorio.

3 — A substituição é comunicada ao tribunal competente.

4 — Sempre que o portador da anomalia psíquica deixe de cumprir as condições estabelecidas, o psiquiatra assistente comunica o incumprimento ao tribunal competente, retomando-se o internamento.

5 — Sempre que necessário, o estabelecimento solicita ao tribunal competente a emissão de mandados de condução a cumprir pelas forças policiais.

Artigo 34.º

Cessaçao do internamento

1 — O internamento finda quando cessarem os pressupostos que lhe deram origem.

2 — A cessaçao ocorre por alta dada pelo director clínico do estabelecimento, fundamentada em relatório de avaliação clínico-psiquiátrica do serviço de saúde onde decorreu o internamento, ou por decisão judicial.

3 — A alta é imediatamente comunicada ao tribunal competente.

Artigo 35.º

Revisão da situação do internado

1 — Se for invocada a existência de causa justificativa da cessaçao do internamento, o tribunal competente aprecia a questão a todo o tempo.

2 — A revisão é obrigatória, independentemente de requerimento, decorridos dois meses sobre o início do internamento ou sobre a decisão que o tiver mantido.

3 — Tem legitimidade para requerer a revisão o internado, o seu defensor e as pessoas referidas no artigo 13.º, n.º 1.

4 — Para o efeito do disposto no n.º 2 o estabelecimento envia, até 10 dias antes da data calculada para a revisão, um relatório de avaliação clínico-psiquiátrica elaborado por dois psiquiatras, com a eventual colaboração de outros profissionais de saúde mental.

5 — A revisão obrigatória tem lugar com audição do Ministério Público, do defensor e do internado, excepto se o estado de saúde deste tornar a audição inútil ou inviável.

SECÇÃO VII

Da natureza e das custas do processo

Artigo 36.º

Natureza do processo

Os processos previstos no presente capítulo têm natureza secreta e urgente.

Artigo 37.º

Custas

Os processos previstos neste capítulo são isentos de custas.

SECÇÃO VIII

Comissão de acompanhamento

Artigo 38.º

Criação e atribuições

É criada uma comissão para acompanhamento da execução do disposto no presente capítulo, seguidamente designada por «comissão».

Artigo 39.º

Sede e serviços administrativos

Por despacho conjunto dos Ministros da Justiça e da Saúde são definidos os serviços de apoio técnico e administrativo à actividade da comissão, bem como a respectiva sede.

Artigo 40.º

Composição

A comissão é constituída por psiquiatras, juristas, por um representante das associações de familiares e utentes de saúde mental e outros técnicos de saúde mental, nomeados por despacho conjunto dos Ministros da Justiça e da Saúde.

Artigo 41.º

Competências

Incumbe especialmente à comissão:

- Visitar os estabelecimentos e comunicar directamente com os internados;
- Solicitar ou remeter a quaisquer entidades administrativas ou judiciárias informações sobre a situação dos internados;
- Receber e apreciar as reclamações dos internados ou das pessoas com legitimidade para requerer o internamento sobre as condições do mesmo;

d) Solicitar ao Ministério Público junto do tribunal competente os procedimentos judiciais julgados adequados à correcção de quaisquer situações de violação da lei que verifique no exercício das suas funções;

e) Recolher e tratar a informação relativa à aplicação do presente capítulo;

f) Propor ao Governo as medidas que julgue necessárias à execução da presente lei.

Artigo 42.º

Cooperação

1 — Para os fins previstos na alínea e) do artigo anterior, os tribunais remetem à comissão cópia das decisões previstas no presente capítulo.

2 — É dever das entidades públicas e privadas dispor à comissão toda a colaboração necessária ao exercício da sua competência.

Artigo 43.º

Base de dados

A comissão promoverá, nos termos e condições previstos na legislação sobre protecção de dados pessoais e sobre o sigilo médico, a organização de uma base de dados informática relativa à aplicação do presente capítulo, a que terão acesso entidades públicas ou privadas que nisso tenham interesse legítimo.

Artigo 44.º

Relatório

A comissão apresenta todos os anos ao Governo, até 31 de Março do ano seguinte, um relatório sobre o exercício das suas atribuições e a execução do disposto no presente capítulo.

CAPÍTULO III

Disposições transitórias e finais

SECÇÃO I

Disposições transitórias

Artigo 45.º

Disposições transitórias

1 — Os processos instaurados à data da entrada em vigor do presente diploma continuam a ser regulados pela Lei n.º 2118, de 3 de Abril de 1963, até à decisão que aplique o internamento.

2 — Os estabelecimentos hospitalares que tenham doentes internados compulsivamente ao abrigo da lei referida no número anterior, no prazo de dois meses após a entrada em vigor da presente lei, comunicam ao tribunal competente a situação clínica desses doentes e os fundamentos do respectivo internamento e identificam o processo onde tenha sido proferida a decisão que o determinou.

3 — Quando a decisão de internamento seja proferida após a entrada em vigor da presente lei, o prazo referido no número anterior conta-se após o início da execução da decisão que tenha determinado o internamento.

4 — O tribunal solicita à entidade que determinou o internamento o processo em que a decisão foi proferida e, uma vez recebido, dá cumprimento ao disposto no artigo 35.º da presente lei.

SECÇÃO II

Disposições finais

Artigo 46.º

Gestão do património dos doentes

A gestão do património dos doentes mentais não declarados incapazes é regulada por decreto-lei.

Artigo 47.º

Serviços de saúde mental

A organização dos serviços de saúde mental é regulada por decreto-lei.

Artigo 48.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor seis meses após a sua publicação.

Artigo 49.º

Revogação

É revogada a Lei n.º 2118, de 3 de Abril de 1963.

Aprovada em 18 de Junho de 1998.

O Presidente da Assembleia da República, *António de Almeida Santos*.

Promulgada em 8 de Julho de 1998.

Publique-se.

O Presidente da República, JORGE SAMPAIO.

Referendada em 14 de Julho de 1998.

O Primeiro-Ministro, *António Manuel de Oliveira Guterres*.



DIÁRIO DA REPÚBLICA

Depósito legal n.º 8814/85

ISSN 0870-9963

AVISO

Por ordem superior e para constar, comunica-se que não serão aceites quaisquer originais destinados ao *Diário da República* desde que não tragam aposta a competente ordem de publicação, assinada e autenticada com selo branco.

Os prazos para reclamação de faltas do *Diário da República* são, respectivamente, de 30 dias para o continente e de 60 dias para as Regiões Autónomas e estrangeiro, contados da data da sua publicação.

PREÇO DESTE NÚMERO 76\$00 (IVA INCLUÍDO 5%)

Diário da República Electrónico: Endereço Internet: <http://www.incm.pt> • Correio electrónico: dre@incm.pt • Linha azul: 0808 200 110



IMPRESA NACIONAL-CASA DA MOEDA, E. P.

LOCAIS DE INSCRIÇÃO DE NOVOS ASSINANTES, VENDA DE PUBLICAÇÕES, IMPRESSOS E ESPÉCIMES NUMISMÁTICOS

- Rua de D. Francisco Manuel de Melo, 5 — 1099 Lisboa Codex
Telef. (01)387 30 02 Fax (01)384 01 32
- Rua da Escola Politécnica, 135 — 1250 Lisboa
Telef. (01)397 30 35/(01)397 47 68 Fax (01)396 94 33 Metro — Rato
- Rua do Marquês de Sá da Bandeira, 16-A e 16-B — 1050 Lisboa
Telef. (01)353 03 99 Fax (01)353 02 94 Metro — S. Sebastião
- Rua de D. Filipa de Vilhena, 12 — 1000 Lisboa
Telef. (01)796 55 44 Fax (01)797 68 72 Metro — Saldanha
- Avenida do Engenheiro Duarte Pacheco — 1070 Lisboa
(Centro Comercial das Amoreiras, loja 2112)
Telef. (01)387 71 07 Fax (01)353 02 94
- Avenida Lusitana — 1500 Lisboa
(Centro Colombo, loja 0.503)
Telefs. (01)711 11 19/23/24 Fax (01)711 11 21 Metro — C. Militar
- Praça de Guilherme Gomes Fernandes, 84 — 4050 Porto
Telef. (02)205 92 06/(02)205 91 66 Fax (02)200 85 79
- Avenida de Fernão de Magalhães, 486 — 3000 Coimbra
Telef. (039)2 69 02 Fax (039)3 26 30

APÊNDICE I
Consentimento Informado

Consentimento Informado

Uma vez que tem um familiar com doença mental grave a sua colaboração é preciosa.

Pedimos-lhe que leia toda a informação presente neste documento e que coloque todas as questões que entender, antes de assinar.

A **Finalidade** deste programa é contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao cidadão. E prevê-se que exista uma ampla participação de todos, incluindo a sua.

Riscos e Benefícios de Participar no Programa

1.º A sua participação neste estudo não tem riscos.

2.º A sua colaboração pode trazer enormes contributos aos cuidados e à profissão de enfermagem, ao doente e principalmente si próprio(a).

Confidencialidade

As observações e outros registos que permitam colher dados serão anónimos. Os dados tratados neste programa serão também anónimos e somente utilizados no contexto do presente estudo. Manter-se-á sempre a confidencialidade no que respeita á preservação de informações privadas e íntimas.

Natureza Voluntária do Programa

Tem plena liberdade na aceitação e possibilidade de abandono, do estudo sem restrições ou consequências, se assim e quando o entender.

Afirmação do Consentimento

Eu, _____ li toda a informação anterior. Coloquei todas as questões e recebi as respostas. Eu aceito participar neste estudo.

Assinatura _____ Data _____

APÊNDICE II

Instrumento dos dados sociodemográficos e Questionário de Avaliação de Necessidades Psicoeducacionais (ENQ), versão portuguesa de Santos e Xavier (2011)



PROGRAMA PSICOEDUCACIONAL

3º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria

Lisboa 2012

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Chamo-me Marco Paulo Guerreiro de Sousa e estou a frequentar o 2º ano do 3º curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e no presente curso é exigida a realização de um estágio, para a obtenção do título de enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A temática a desenvolver durante o estágio, incide em Intervenções com familiares da pessoa com doença de Esquizofrenia, mais propriamente **“Psicoeducação dirigida a grupos de familiares da pessoa com esquizofrenia”**.

O objetivo central é desenvolver a implementação de um programa psicoeducacional, mas para tal é necessário a verificação de necessidades/sugestões psicoeducacionais dos familiares da pessoa com esquizofrénico, uma vez que, as pessoas com doença psiquiátrica, bem como as suas famílias, têm, frequentemente, necessidade de informação acerca da doença e de como lidar mais eficazmente com o seu familiar doente.

Neste sentido, gostaríamos de avaliar qual o seu interesse na aprendizagem de algumas áreas relacionadas com a doença mental.

Este questionário é composto por questões de resposta aberta e fechada todas direcionadas para a problemática em questão.

Todos os dados obtidos neste estudo serão tratados de forma confidencial e a divulgação dos resultados manterá o anonimato dos participantes.

Deste modo, solicito a sua colaboração, respondendo às questões apresentadas, pois só assim me será possível a sua concretização.

Desde já agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Os melhores cumprimentos,

O Enfermeiro
Marco Paulo Guerreiro de Sousa

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- 1- **Idade:** _____
- 2- **Sexo:** Masculino (___) Feminino (___)
- 3- **Grau de parentesco com o doente:** _____
- 4- **Estado civil:** Casado (___) Divorciado (___) Viúvo (___) Solteiro (___)
- 5- **Escolaridade:**
Analfabeto (___) 1º Ciclo (educação ensino básico) (___) 2º Ciclo (ensino preparatório 5º e 6º ano) (___) 3º
Ciclo (7º, 8º e 9º ano) (___) Ensino Secundário (12º ano) (___) Bacharelato/Licenciatura (___)
Mestrado/Doutoramento (___)
- 6- **Situação laboral:** _____
Empregado: Sim (___) Não (___)
- 7- **Sítio/ local onde vive:** _____
- 8- **Número de pessoas que vivem em casa:** _____
- 9- **Casa própria** (___) **Casa alugada** (___)
- 10- **Quem é o cuidador principal do doente?**
Mãe (___) Pai (___) Ambos (___) Outro _____
- 11- **Quantas vezes o doente esteve internado?**
Nenhuma (___) Uma (___) Duas (___) Três (___) Mais de três (___)
- 12- **Quanto tempo é que dedica diariamente, de atenção, ao doente?**
Até 6 horas (___) de 6 a 12 horas (___) de 13 a 18 horas (___) Superior a 18 horas (___) Nenhum (___)

QUESTIONÁRIO

EDUCATIONAL NEEDS QUESTIONNAIRE

(ENQ)

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES

PSICOEDUCACIONAIS

Versão original (1992) – Mueser et al. (Pennsylvania)

Versão portuguesa (2011) – Isabel Ana Santos & Miguel Xavier

Por favor classifique o seu interesse em saber mais sobre cada uma das áreas seguintes numa escala de 1 (não interessado) a 5 (muito interessado), colocando um círculo em volta do número que melhor descreve o seu interesse.

1	2	3	4	5
nada interessado	pouco interessado	algo interessado	bastante interessado	muito interessado

1.	Qual a frequência da doença e o que costuma acontecer quando uma pessoa a tem	1	2	3	4	5
2.	Como se fazem os diagnósticos psiquiátricos	1	2	3	4	5
3.	Sintomas da doença	1	2	3	4	5
4.	Como é que o doente sente a sua própria doença	1	2	3	4	5
5.	Teorias biológicas	1	2	3	4	5
6.	Genética e vulnerabilidade à doença	1	2	3	4	5
7.	Medicações psiquiátricas	1	2	3	4	5
8.	Efeitos secundários da medicação	1	2	3	4	5
9.	Sinais precoces de doença e de recaída	1	2	3	4	5
10.	O <i>stress</i> e a doença	1	2	3	4	5
11.	Modos de lidar mais eficazmente com o <i>stress</i>	1	2	3	4	5
12.	Melhorar a comunicação com os familiares	1	2	3	4	5

13.	Estratégias para a resolução de problemas	1	2	3	4	5
14.	Estabelecer limites ao comportamento do doente	1	2	3	4	5
15.	Promover atividades de lazer e de entretenimento	1	2	3	4	5
16.	Melhorar os relacionamentos sociais	1	2	3	4	5
17.	Tratamento durante o dia (unidade/hospital de dia)	1	2	3	4	5
18.	Reabilitação vocacional	1	2	3	4	5
19.	Alternativas residenciais	1	2	3	4	5

Por favor classifique o seu interesse em saber mais sobre cada uma das áreas seguintes numa escala de 1 (não interessado) a 5 (muito interessado), colocando um círculo em volta do número que melhor descreve o seu interesse.

1	2	3	4	5
nada interessado	pouco interessado	algo interessado	bastante interessado	muito interessado

20.	Melhoria de competências para uma vida independente	1	2	3	4	5
21.	Melhoria da aparência pessoal e higiene	1	2	3	4	5
22.	Lidar com a depressão e os pensamentos de suicídio	1	2	3	4	5
23.	Abuso de drogas/álcool	1	2	3	4	5
24.	Ansiedade e ataques de pânico	1	2	3	4	5
25.	Raiva, violência, comportamento agressivo	1	2	3	4	5
26.	Alucinações persistentes	1	2	3	4	5
27.	Delírios persistentes	1	2	3	4	5
28.	Problemas de sono	1	2	3	4	5
29.	Isolamento e evitamento social	1	2	3	4	5
30.	Incapacidade para sentir prazer	1	2	3	4	5
31.	Falta de interesse e motivação	1	2	3	4	5
32.	Problemas de concentração	1	2	3	4	5
33.	Abordagens alternativas de tratamento	1	2	3	4	5

34.	Internamento compulsivo no hospital	1	2	3	4	5
35.	Obter o que necessita dos serviços de saúde mental	1	2	3	4	5
36.	Solicitar apoio financeiro	1	2	3	4	5
37.	Organizações de apoio familiar e aconselhamento jurídico	1	2	3	4	5
38.	Organizações de auto ajuda de doentes	1	2	3	4	5

Por favor classifique o seu interesse em saber mais sobre cada uma das áreas seguintes numa escala de 1 (não interessado) a 5 (muito interessado), colocando um círculo em volta do número que melhor descreve o seu interesse.

1	2	3	4	5
nada interessado	pouco interessado	algo interessado	bastante interessado	muito interessado

39.	Hospitalização psiquiátrica	1	2	3	4	5
40.	Gerir o excesso de cansaço	1	2	3	4	5
41.	Investigação recente sobre a doença mental	1	2	3	4	5
42.	O que acontece quando os pais morrem	1	2	3	4	5
43.	Lidar com o aumento de peso	1	2	3	4	5
44.	Planear/lidar com as férias	1	2	3	4	5
45.	Lidar com o estigma da doença mental	1	2	3	4	5

Muito obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE III

Questionário de Avaliação Individual da Sessão Psicoeducativa

Questionário de Avaliação da Sessão Psicoeducativa

Responda de forma sucinta às seguintes questões.

1. Na sessão de hoje aconteceu algo ou ouviu algo que considerou especialmente importante?

2. De que forma o que aprendeu hoje pode ser útil na sua situação em particular?

Data: ____ / ____ / ____

APÊNDICE IV

Questionário de Avaliação Global do Programa Psicoeducativo

Questionário de Avaliação Global do Programa Psicoeducativo

Responda de forma sucinta às seguintes questões.

- Após ter participado nas sessões psicoeducacionais, como avalia este programa?

- As sessões foram importantes para si? Em que sentido?

- Houve alguma contribuição nas sessões para si como pessoa? Se sim, quais foram?

- Na sua opinião, houve alguma mudança na interação familiar após a participação neste programa psicoeducativo?

- Quais eram os seus pensamentos sobre a Esquizofrenia antes do trabalho psicoeducativo? E hoje?

- Quais eram os seus sentimentos sobre a doença do (a) seu familiar, antes do trabalho psicoeducativo? E hoje?

- Que aspectos, a seu ver, são importantes e não foram abordados nas sessões?

Data: ____/____/____

APÊNDICE V
Reflexões de cada sessão

1ª Sessão

Recorri ao ciclo reflexivo de Gibbs, (1988) em todas as sessões para elaborar as reflexões.

Reflexão

(O discente e a Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria Arlete Lourenço deslocaram-se à UNIR com uma hora de antecedência a fim de prepararem a sala de 24 m², o projetor, a mesa e cadeiras, panfletos e outros documentos de apoio devidamente autorizados pela Direção desta instituição).

Na primeira sessão, dos dez inquiridos compareceram seis pessoas, os que reuniam a condição de progenitores, totalizavam quatro; um reuniu a condição de irmã e o último, a condição de filho. Houve uma tolerância de 15 minutos atendendo ao tráfego e ao facto de terem confirmado a sua presença.

A sessão decorreu numa sala ampla, com cadeiras, confortáveis, colocadas em meia-lua, para que fosse possível ter uma boa visibilidade para todos os participantes e vice-versa. Foi feita a projeção dos slides numa das paredes, situada do meu lado direito, com o fundo branco, a escolha desta parede permitiu que todos tivessem a visibilidade necessária para ver a projeção, a imagem era nítida e sem contrastes, não causando desconforto visual.

Comecei por distribuir as etiquetas autocolantes de identificação para colocação numa zona visível do tronco com o primeiro nome de cada um dos presentes, escrito manualmente.

Iniciei a sessão, (re)apresentando-me e a minha Orientadora, a Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria Arlete Lourenço, fiz os agradecimentos aos presentes e à UNIR pela colaboração e cedência do espaço, seguindo-se a apresentação do Programa em si (número de sessões, temáticas, horários e procedimentos).

A sessão foi constituída por duas partes: na primeira, após a apresentação iniciei com um exercício tipo «quebra-gelo», tendo sido estipulado um tempo máximo de três minutos que consistiu em pedir aos participantes que se juntassem em pares para se conhecerem um pouco melhor, seguindo as diretrizes constadas no diapositivo número cinco da primeira sessão (“Como se chama?; Qual o seu grau de parentesco com a pessoa com esquizofrenia?; Qual é o primeiro nome do seu familiar / amigo com esquizofrenia?”). De realçar que este exercício foi recebido com entusiasmo pelos participantes, tendo sido cumprido o seu propósito pois conseguiu-se uma uniformização dos papéis sociais, originando o tratamento na primeira pessoa.

Terminado este exercício, passei à apresentação propriamente dita, que consistiu na leitura em voz alta de trechos de uma história sobre um indivíduo do género masculino que despoletou Esquizofrenia. Comecei por entregar dois trechos em suporte papel a cada participante, onde constava o relato que cada um tinha que ler. Cada participante leu duas falas e as que sobraram acabei por dar à minha orientadora, visto terem faltado participantes. Aconteceu um episódio caricato no qual o antepenúltimo participante acabou por ler o trecho que competia ao penúltimo participante uma vez que deparou-se com o facto de se ter esquecido dos seus óculos de leitura! Esta situação revelou um espírito de entreajuda e de alguma cumplicidade entre os dois elementos do género masculino presentes na sessão.

No final da leitura, retomei a palavra e informei os presentes que estes trechos perfazem uma história comum experienciada por qualquer um dos presentes e como tal, já havia falado com o Monitor de Pintura da associação para à posteriori, ser criado com os utentes um painel que deverá ficar exposto numa das salas.

Posto isto, prossegui com o Programa utilizando um método mais expositivo, através da projeção dos diapositivos resultantes das necessidades referidas aquando do preenchimento do ENQ por estes.

As informações a transmitir cumpriram a sequência programada, iniciando pela definição de conceitos-chave, tais como, sinais e sintomas (positivos e negativos) da doença; fatores contributivos para a sua manifestação; o primeiro episódio; a prevalência; o impacto da doença no

quotidiano e resultados estatísticos de estudos recentes nesta área, culminado com a projeção de um mini-filme e algum texto, ao qual foram acrescentados efeitos sonoros que simulavam alucinações auditivas características da pessoa com Esquizofrenia, segundo os relatos existentes.

Para que a projeção deste último causasse o efeito desejado, foram propositadamente desligadas as luzes da sala criando-se um ambiente de penumbra. Este facto propiciou um momento de silêncio, de expectativa e curiosidade por parte dos presentes. O desfecho deste mini-filme caracterizou-se pela presença de um som perturbador, causador de stress, angústia e revelador do eventual sofrimento da pessoa com Esquizofrenia inesperado, apoiado pelo gradual aumento da intensidade deste «ruído» que ecoou por toda a sala. Finda a apresentação, acenderam-se as luzes e de imediato esclareci que este som aterrador foi propositadamente ali apresentado com o intuito dos presentes experienciarem, por segundos, parte do enorme sofrimento vivido pela pessoa com Esquizofrenia e elucidei que qualquer pessoa, independentemente do seu estatuto/papel social poderá vir a despoletar pelo menos uma vez na vida um surto psicótico.

De seguida, sugeri aos presentes que comentassem o que sentiram, se acreditam que é mais ou menos este tipo de «vozes», «ruídos», «assobios», «conversas» que o seu familiar com doença mental experienciava?

Verificou-se nas expressões faciais de cada um dos presentes um sentimento de algum cepticismo que como não foi verbalizado de imediato abordei o elemento mais novo e na categoria de filho questionei-o se acreditava que eram aquelas alucinações auditivas que ele considerava que a mãe experienciava. Em negação imediata, o jovem verbalizou que não acreditava que eram assim...reportando-se a experiência que vivencia na casa da avó materna parece-lhe que a mãe se refere a experiências vivenciadas no passado, na sua adolescência, e de imediato emocionou-se, começando a chorar...não conseguiu dizer mais nada...tendo esta «explosão de emoções» sido contida e aceite pelo restante grupo.

Outros familiares entretanto mencionaram a sua experiência pessoal, permitindo ao jovem participante recompor-se e continuar a sessão.

Após esta parte, já passando ligeiramente do tempo exposto para o fim da primeira parte, fizemos uma pausa de 5 minutos, acordado com os participantes, tendo saído todos da sala.

A segunda parte foi realizada num método mais ativo e participativo com os familiares, não querendo com isto dizer que na primeira parte isso não tenha acontecido, contudo, tentei nesta parte dar mais ênfase ao espírito de iniciativa, favorecer uma relação mais informal, deixando lugar à iniciativa e autonomia, promovendo aos participantes a partilha de experiências e vivências de cada um, como familiares de uma pessoa com esquizofrenia.

Para tal, organizei as cadeiras, colocando-as em forma de círculo, coloquei uma cadeira para me sentar junto dos participantes com o intuito de ficarmos ao mesmo nível de contato visual e dei início à segunda parte lançando alguns tópicos abordados nos slides anteriormente e a história sobre o rapaz com a doença de esquizofrenia, inicialmente contada pelos participantes.

O decorrer desta parte foi um misto de recordações, dúvidas, emoções e de grande partilha entre os participantes.

Os familiares começaram por relatar entre si, como foi que tudo começou. A maioria referia que os familiares saíram de casa sem avisar e que tiveram muito tempo sem saberem do seu paradeiro, e diziam “era um sofrimento constante” ... “uma angústia”. Alguns referiram que este tipo de sessões deveria ter acontecido nessa altura, uma vez que desconheciam por completo que doença é que os familiares tinham e não sabiam como lidar com a mesma. Outros reviam os seus familiares nos temas abordados, diziam “ele já teve esses sintomas (...)não sai do quarto (...) ...nem querem falar (...) ...o meu filho já disse que o queria envenenar com a comida”.

O participante que é filho de uma pessoa com esquizofrenia, reagiu com alguma emoção, quando partilhavam entre todos, que já ouviram e viram os seus familiares a falar sozinhos, referiam “mantêm um diálogo (...) parece que alguém está com eles (...) vamos lá ver o que se passa e não está ninguém (...) disfarçam como se nada fosse (...) têm vergonha”. Este rapaz começou a dizer que não acredita que a mãe ouça vozes ou fale com essas mesmas vozes, “ela fala de coisas do passado, coisas estranhas, por vezes não a entendo” e neste momento a emoção prevaleceu mais uma vez, as lágrimas

caíam no seu rosto, ouve um momento de silêncio, mas rapidamente os outros começaram a conversar e a mudar de assunto. Outra participante chorava ao olhar para o rapaz, que já não falava, apenas lacrimejava e soluçava, e continuamente todos desviavam a atenção do rapaz, olhavam-no e conformam-se com o que assistiam, parecia uma forma de aceitação, davam-lhe liberdade, alguém referia que já sentira o mesmo. E começaram por falar com ele sobre outras questões. Ele começou a falar, parecia aliviado, a normalidade do grupo voltou.

A hora de terminar, aproximava-se, a minha orientadora falava com os participantes lançava algumas questões. Todos pareciam motivados, colaboravam, respeitavam a oportunidade de cada um poder falar.

Terminei com uma questão: o que é ser familiar de uma pessoa com esquizofrenia?

A resposta, maioritária, “é um sofrimento até à nossa morte, nem podemos morrer descansados, o que será dos nossos filhos, depois de nós partirmos?”.

O que estou a pensar e a sentir?

Antes do início da sessão pensava constantemente se os participantes viriam, se estariam à hora marcada, isto porque, foi com alguma dificuldade que consegui formar o grupo. Nos contactos efetuados, previamente, foram muitos aqueles que disseram que não podiam vir, uns por se encontrarem a trabalhar, outros por referirem não poder deixar os seus familiares sozinhos, outros por dizerem apenas que não tinham tempo a perder, inclusive outros a quem expliquei o propósito do programa e a quem entreguei o Questionário das Necessidades Psicoeducacionais, não os chegaram a entregar e rejeitavam novos contactos. Isso deixava-me com alguma preocupação.

Sentia ansiedade, interrogava-me se iria conduzir de forma clara e objetiva a sessão. Pensava no tom de voz que iria utilizar. Conseguirei ser capaz de cativar a atenção dos participantes, escutarão com atenção? Serei capaz de dominar o grupo e não ser o dominado? Muitas interrogações vinham ao meu pensamento.

Ao olhar para os participantes do grupo senti que consumiam as minhas energias, todos estavam focados em mim, isso fez-me sentir alguma tensão nos ombros, mas controlei a situação olhando e para todos e não me centrando em alguns apenas, aliás, ao olhar para todos sentia que não perdia o controlo na atenção demonstrada pelos participantes, não dava espaço para dispersão entre eles.

Foi um turbilhão de pensamentos e sentimentos que se apoderaram do meu corpo e do meu pensamento. Mais, todo o meu corpo vibrava, só queria começar para que tudo terminasse.

No momento de começar, só pensava no que tinha de dizer, não me podia esquecer da minha apresentação, da orientadora, do programa e dos agradecimentos à UNIR pela colaboração e a todos pelo facto de terem vindo.

Naquele turbilhão de emoções, dei início à sessão, dando comigo a falar baixo e parecia que gaguejava, olhava para todos e reparei que estavam focados em mim, era o centro de atenção, o que fez com que sentisse uma enorme responsabilidade e tensão. Os níveis de tensão diminuíram quando dei o tempo para se conhecerem. Foi neste momento que refleti, pensei no que tinha dito e o modo como o tinha dito, verifiquei logo que me havia esquecido de agradecer à UNIR pela colaboração, contudo, pensei que ficaria para o fim.

Neste momento, observava os participantes e via-os com um ar de quem estavam um pouco envergonhados. Pedi colaboração da orientadora e exemplifiquei como teriam que fazer, orientei-os para que iniciassem os primeiros, após ter exemplificado, pareceram-me mais tranquilos.

Esclareci com todos que poderiam interromper sempre que fosse necessário, caso não entendessem algum conceito ou para esclarecimento de dúvidas. Via-os atentos, fazia-se silêncio. Na perspectiva de Chalifour (1993, p.207), “o silêncio não consiste somente em não falar, ele é feito de interesse e atenção para que o cliente comunique; é também feito de presença de si e da disponibilidade a tudo ao que percebe, pensa, sente na qualidade de ajudante no momento em que o cliente se exprime”. Confesso que por momentos o silêncio incomodou-me, questionava-me a mim mesmo se estaria a ser claro ou se não estavam a entender, senti a necessidade de quebrar e perguntar se estavam a perceber, a acompanhar o meu ritmo.

Perante alguns temas fui interrompido, os participantes reviam os seus familiares naquele assunto e davam alguns exemplos. Tentava perante estas interrupções não perder o raciocínio para dar uma continuidade lógica ao assunto. Sentia nos participantes uma enorme vontade de partilharem as suas experiências, tinha que os orientar para poder avançar, dizia-lhes que iríamos ter tempo para partilhar as experiências na segunda parte, reforçava que era importante a ideia e que não a esquecessem de referir na segunda parte, visto ser o momento que podiam partilhar as experiências e vivências com cada um dos participantes.

O momento mais crítico e de grande emotividade, foi na abordagem do mais jovem do grupo, na condição de filho (o doente é a mãe), chorou ao falar da mãe, não acreditava que a mãe ouvisse ou que até poderia falar com essas vozes, associava essas alucinações auditivas a, "...coisas do passado, (...) coisas estranhas, (...) por vezes não a entendo" (sic), dizia que não queria acreditar nisso, que não era possível. Por momentos fiquei estático, arrepiei-me, o participante mostrava um sofrimento constante, os outros participantes olhavam-no, e partilhavam as suas experiências com ele, parecia que o acalmava. Sentia vontade de me levantar, tocar-lhe, dizer-lhe que se acalmasse, mas ao mesmo tempo, pensava que isso iria coloca-lo numa posição constrangedora em relação aos outros, ele olhou-me fiz-lhe um sinal de coragem, ele aceitou e limpou as lágrimas, baixou a cabeça, mudamos de assunto e todos aderiram ao tema, inclusive o rapaz. Ainda pensei em perguntar-lhe o que estava a sentir no momento, mas como já estavam outros com a «lágrima no olho», decidi não fazê-lo, porque pensei que iria ser desestabilizador para o grupo.

Outra situação que me deixou embaraçado, por momentos, foram algumas intervenções da orientadora, sentia que perdia o controlo do grupo e isso deixava-me com um sentimento de domínio sobre mim, era suposto eu dominar, conduzir a sessão. Tinha receio em cortar a conversa, pois os participantes tinham interesse em ouvir e responder, assim como eu, mas devia ter contornado, aproveitando a deixa e passar a ser eu a conduzir o momento.

Senti que o tempo passou muito rapidamente, acho que este sentimento foi generalizado, mesmo após os participantes terem sido informados que o

tempo, estipulado, já tinha terminado passou 20 minutos para além do acordado inicialmente, o grupo mantinha a necessidade de continuar a falar.

O que foi bom e mau na experiência?

Mau, foi os restantes participantes não terem comparecido, o grupo seria maior e a informação chegava a um maior número de familiares, também as partilhas seriam mais variadas. Contudo, o grupo que se formou é bastante participativo e demonstra-se motivado interessado em saber mais sobre a doença.

É um grupo pequeno, desigual em termos de escolaridade, idades e grau de parentesco, vivem em contextos diferentes, mas verificou-se o encorajamento entre todos, criou-se uma atmosfera segura, não julgadora das desigualdades, conseguiram partilhar os seus problemas e preocupações assim como as alegrias e vitórias.

Desnecessária a ansiedade sentida no inicialmente, visto ter sido a primeira vez que fiz algo do género, acho que foi normal.

Que sentido podemos encontrar na situação?

Podemos encontrar vários sentidos neste tipo de intervenção, nesta primeira sessão pude constatar vários.

A necessidade que os familiares têm em falar sobre a doença dos seus familiares doentes, as dificuldades que encontram no Sistema Nacional de Saúde, a diminuição de apoios, que dizem ser cada vez menor, más políticas de saúde mental, a escassez instituições adequadas para a doença mental grave, foram inúmeras as situações que relataram e que os preocupam bastante. Perante isto verifica-se claramente a necessidade de suporte emocional, psicológico, social e económico que estas famílias acarretam.

Proporcionar aos participantes informação necessária que lhes permita exercer um maior controlo da saúde e doença dos seus familiares doentes que é um dos pilares básicos que sustenta a promoção e educação para a saúde mental, bem como do estabelecimento de novas formas de desenvolvimento do conhecimento empírico.

Transmitir informação apropriada e necessária para a clarificação de ideias pré-concebidas e erróneas relativas à doença de esquizofrenia, alguns participantes referiam não saber os vários fatores que contribuem para o aparecimento da doença.

Ajudar a identificar competências relacionais, comunicacionais e de colaboração entre pessoas que têm em comum uma pessoa com esquizofrenia na família, permitindo com isto, que se coloquem no lugar do outro, ao conhecer como vivem a mesma situação.

A problemática do estigma em torno da doença mental, situação preocupante para todos os familiares presentes, comentaram alguns problemas, que outros, externos à família, lhes causaram e inclusive alguns problemas que tiveram com familiares diretos.

A oportunidade de experimentar a intervenção em grupo, usualmente apenas faço individualmente com o doente ou com o familiar do doente ou ambos, desta forma permite-nos passar a mensagem a mais pessoas de uma só vez.

Oferecer aos familiares um espaço de partilha de situações comuns, de apresentar problemas, desabafar, escutar as experiências dos outros que vivem situações similares, descobrir alternativas, ver as suas dificuldades segundo diferentes pontos de vista e receber informação sobre alguns recursos existentes, mas principalmente um momento no qual se pode trabalhar as dificuldades que apresentam na relação com os seus familiares doentes.

Permite-nos perceber que tipo de vínculo existe entre o familiar/doente, e desta forma tentar ajudá-los a reforçar ou melhorar esse vínculo. Promovendo os vínculos de confiança e de comunicação entre os familiares, para que possam partilhar as suas angústias e procurar, juntos, alternativas para a solução dos conflitos que se apresentam a partir da doença mental dos seus familiares doentes.

Ter um único objetivo e ser único a todos, ou seja, que a mesma mensagem transmitida chegue a todos e entendida da mesma forma, isso foi evidente, referiam que, “antes de o ouvir tinha apenas uma vaga ideia”, ou que “já tinham pesquisado e encontrado informação parecida àquela que foi transmitida aqui”, naquele momento todos ficaram a saber o mesmo e podem

transmitir a outros familiares com mais certezas, também referiram que agora as certas situações lhes faziam mais sentido, houve clarificação de ideias.

Estruturar e direcionar o grupo apenas no necessário, utilizei uma escuta ativa, sempre que verbalizavam as suas experiências, neste momento, tentava fazer uma reflexão imediata de cada situação e finalizava, a ideia do participante, clarificando com um exemplo abordado na sessão, assim como utilizei alguns exemplos ocorridos na minha prática diária.

Estabelecer uma relação terapêutica dando ênfase à confiança, por forma a permitir a exteriorização das vivências e emoções de cada participante, tal qual as sentiam.

Podemos encontrar na situação um grande contributo para o desenvolvimento pessoal e profissional, foi o meu caso.

Que mais poderia ter feito?

Poderia ter sido mais interativo

que estavam concentrados e que lhes transmitia segurança através das minhas palavras.

Embora que, inicialmente, manifestasse algum nervosismo, foi sentido de forma diferente da primeira sessão, sentia-o como uma responsabilidade, não podia falhar em nada, pois isso colocava muito a perder, visto ter ganho a confiança dos participantes.

No momento de começar, só pensava no que tinha de dizer, não me podia esquecer dos agradecimentos à UNIR pela colaboração e a todos pelo facto de terem vindo.

No início da sessão, comecei com um tom de voz baixo mas depressa coloquei a voz num tom mais alto. Olhava para todos e reparei que estavam focados em mim, era o centro de atenção, o que fez com que sentisse uma enorme responsabilidade e tensão. Os níveis de tensão foram diminuindo no início da sessão.

Esclareci com todos que poderiam interromper sempre que fosse necessário, caso não entendessem algum conceito ou para esclarecimento de dúvidas. Via-os atentos, fazia-se silêncio. Confesso que por momentos o silêncio incomodou-me, questionava-me a mim mesmo se estaria a ser claro ou se não estavam a entender, senti a necessidade de quebrar e perguntar se estavam a perceber, a acompanhar o meu ritmo.

Perante alguns temas fui interrompido, os participantes reviam os seus familiares naquele assunto e davam alguns exemplos. Tentava perante estas interrupções não perder o raciocínio para dar uma continuidade lógica ao assunto. Sentia nos participantes uma enorme vontade de partilharem as suas experiências, tinha que os orientar para poder avançar, dizia-lhes que iríamos ter tempo para partilhar as experiências na segunda parte, reforçava que era importante a ideia e que não a esquecessem de referir na segunda parte, visto ser o momento que podiam partilhar as experiências e vivências com cada um dos participantes.

Um dos momentos mais críticos e de grande emotividade, foi na abordagem do de uma das participantes quando referia que a medicação deixava a sua irmã muito mal "...recordo que quando tomava aquele medicamento, passados alguns momentos ela caía no chão, isso deixava-me abalada (...) ...não posso com aquele medicamento (...) ela ficava muito mal e

isso incomodava-nos a todos os que estavam lá em casa”. Isto demonstra que não só a pessoa com esquizofrenia sofre com os efeitos secundários, mas também os familiares que assistem aos cenários criados pelos doentes quando estão sob os efeitos da medicação.

Senti que o tempo passou muito rapidamente, acho que este sentimento foi generalizado, mesmo após os participantes terem sido informados que o tempo, estipulado, já tinha terminado passou 20 minutos para além do acordado inicialmente, o grupo mantinha a necessidade de continuar a falar.

3ª Sessão

Reflexão

Na terceira sessão, compareceram os sete familiares, a sessão decorreu na mesma sala, com a mesma disposição e mesmo cenário utilizado na sessão anterior, isto para não criar um ambiente desconhecido uma vez que os participantes já estavam familiarizados com o espaço.

Utilizei a mesma forma de projeção dos slides na parede tal como nas outras sessões.

Novamente foram distribuídas as etiquetas autocolantes de identificação para colocação numa zona visível do tronco com o primeiro nome de cada um dos presentes, escrito manualmente.

A temática desta sessão, tinha uma continuação lógica das anteriores, esta com o tema, «A Importância do tratamento/terapêutica na Recuperação e Prevenção das recaídas» e os sub-temas: Os fármacos; O tratamento/terapêutica na prevenção das recaídas; Antipsicóticos Clássicos/1ª Geração; Antipsicóticos Atípicos/2ª Geração; Apresentação das fórmulas dos antipsicóticos; Vantagens da medicação Depôt; Efeitos secundários dos antipsicóticos, em geral; Síndrome Maligno dos Neurolépticos; Electroconvulsivoterapia; Durante quanto tempo deverá ser feita a medicação; Que motivos levam o doente a não cumprir a medicação.

Apesar desta temática não ter sido evidenciada na ENQ, foi elaborada visto ter grande importância na recuperação do doente. Pretendeu-se que todos obtivessem mais conhecimentos acerca da medicação e de como esta pode contribuir para o seu processo de recuperação. Fornecer informação adequada sobre a medicação para a doença mental incluindo as respectivas vantagens e desvantagens.

Promover oportunidade dos familiares falarem abertamente acerca das suas crenças sobre a medicação e a sua experiência com os vários tratamentos. Ajuda-los a considerarem as vantagens e desvantagens dos seus familiares a fazerem a medicação correta e de uma forma regular.

2ª Sessão

Reflexão

Na segunda sessão, compareceram os sete familiares, a sessão decorreu na mesma sala, com a mesma disposição e mesmo cenário utilizado na sessão anterior, isto para não criar um ambiente desconhecido uma vez que os participantes já estavam familiarizados com o espaço.

Utilizei a mesma forma de projeção dos slides na parede tal como na primeira sessão.

Novamente foram distribuídas as etiquetas autocolantes de identificação para colocação numa zona visível do tronco com o primeiro nome de cada um dos presentes, escrito manualmente.

A temática desta sessão, tinha uma continuação lógica da anterior, por tema, a Esquizofrenia – Questões Práticas. Mais uma vez fiz os agradecimentos aos presentes e à UNIR pela colaboração e cedência do espaço, seguindo-se a apresentação da sessão em si e procedimentos.

A sessão foi constituída também por duas partes, tal como na primeira sessão: após a apresentação do tema iniciei com a projeção dos slides alusivos aos temas a bordar. Nesta sessão já não foi necessário recorrer ao quebra-gelo, visto que o grupo já apresentava coesão e espírito de partilha.

Posto isto, prossegui com o Programa utilizando o método mais expositivo, através da projeção dos diapositivos resultantes das necessidades referidas aquando do preenchimento do ENQ por estes, nesta sessão foi dado mais ênfase á importância e envolvimento que a família deve ter no cuidar da pessoa com esquizofrenia.

As informações a transmitir cumpriram a sequência programada, Esquizofrenia e o papel da Família; Fatores que podem contribuir para o controlo da doença; O porquê do abandono da medicação; Quando há recusa de tomar a medicação deve-se colocar a medicação na comida; Conselhos práticos, para evitar o abandono da medicação; Porque é que os doentes com esquizofrenia, habitualmente fumam muito; O doente com esquizofrenia pode conduzir um automóvel; Os doentes com esquizofrenia são violentos; Deve dizer-se ao doente que sofre de Esquizofrenia; Alterações do sono na

esquizofrenia; Porque razão o diagnóstico é igual para todos e o comportamento é diferente; A família deve ocupar-se de todas as coisas do doente; O que acontece quando os pais morrem e por último, o estigma em torno da esquizofrenia.

De seguida, sugeri aos presentes que comentassem as temáticas que se iam abordando e fundamentalmente, que tipos de opinião tinham acerca do papel que os familiares devem ter na vida do doente.

Verificou-se nas expressões faciais de alguns dos presentes um sentimento de alguma tristeza, no rosto de uma das participantes as lágrimas corriam, comentado que "... o meu filho não seria ninguém, acredito que ninguém o ajudaria (...) dizem que é maluco (...)". Subentende-se o recalco da estigmatização da esquizofrenia. A maioria referia que tinham que ajudar ao máximo, o seu papel é primordial na vida dos seus filhos.

A grande questão que se colocava, era o que seria dos seus filhos depois de partirem, não sabemos o que vai ser dos nossos filhos. Quem os irá ajudar. Esta questão surgiu na maior parte do tempo disponibilizado para esta sessão.

Após esta parte, já passando ligeiramente do tempo exposto para o fim da primeira parte, fizemos uma pausa de 5 minutos, acordado com os participantes, tendo saído todos da sala.

A segunda parte foi, também ela realizada num método mais ativo e participativo com os familiares, tentei mais uma vez, nesta parte, dar mais ênfase ao espírito de iniciativa, favorecer uma relação mais informal, deixando lugar à iniciativa e autonomia, promovendo aos participantes a partilha de experiências e vivências de cada um, como familiares de uma pessoa com esquizofrenia.

Para tal, organizei as cadeiras, colocando-as em forma de círculo, coloquei uma cadeira para me sentar junto dos participantes com o intuito de ficarmos ao mesmo nível de contato visual e dei início à segunda parte lançando alguns tópicos abordados nos slides, anteriormente, e fiz referência à importância da toma da medicação, ao sono na pessoa com esquizofrenia e ao estigma que ainda se faz sentir em torno das pessoas que sofrem de esquizofrenia.

O decorrer desta parte foi um misto de recordações, dúvidas, emoções e de grande partilha entre os participantes.

Os familiares começaram por relatar entre si, como foi quando os filhos tiveram que efetuar medicação pela primeira vez. A maioria referia que os familiares não queriam tomar os medicamentos, muitos deles diziam não estarem doentes e que não necessitavam de medicamentos, alguns recordavam, “...querem é drogar-me (...) outros contavam que os medicamentos faziam muito mal aos filhos, tinham muitos efeitos secundários, recordavam momentos em que os filhos se babavam, “... lembro-me de ver o meu filho todo urinado e tremia muito, a desfigurada, com olhos revirados para cima e a língua de fora...” (sic). Era um sofrimento vê-los naquele estado, não é como agora, em que os medicamentos já são diferentes, embora alguns ainda façam alguns efeitos secundários que os deixam mal.

Relativamente ao sono os familiares referiam que alguns não dormiam muito, outros que dormiam até demais, mas que tinha a ver com os medicamentos. Recordavam que não dormiam quando já estavam em fase de descompensação, “..,o meu já esteve dois dias sem dormir, como é que ele consegue” (...) durante a noite anda pelo quarto, fala, tem a luz acesa, enfim”.

O estigma foi uma temática que me pareceu ver um clima perturbador entre os familiares, diziam que sofreram e ainda continuam a sofrer com isso. Muitas pessoas não compreendem esta doença, “chamam os nossos filhos de malucos” isso custa-nos bastante (...)”. Uma participante emociona-se porque diz ter passado por situações constrangedoras, nomeadamente pessoas próximas de si afastarem do seu ciclo de amigos por não aceitarem o filho doente “sabe isto é triste, não basta a doença dele, se não ser uma doença aceite, pela maioria das pessoas”.

Pareceu ficar no ar que o estigma da esquizofrenia é uma barreira para aqueles que se tentam reabilitar e é também um problema muito real para os familiares. Demonstraram claramente a sua preocupação com as dezenas de conceitos errados sobre a doença. Deixaram claro que é uma doença que não é bem compreendida pela maioria das pessoas e que é muito temida. Falaram que muitas das notícias que passam na televisão deixam uma ideia errada do que é a esquizofrenia “... Associam os nossos filhos a crimes particularmente assustadoras e a histórias bizarras e violentas...” (...) “..Isso não é verdade... “

Verifica-se o desconhecimento acerca da doença uma vez que a maioria dos doentes não é violento a não ser em sua própria defesa. O efeito que a esquizofrenia tem sobre as pessoas, difere entre elas, daí a dificuldade que grande parte da população, em geral, tem em compreender as ações de alguém que num estado psicótico profundo e cujo pensamento está completamente confuso, pode ter publicamente.

A hora de terminar, aproximava-se, todos pareciam motivados, colaboravam, respeitavam a oportunidade de cada um poder falar.

Entreguei um pequeno livro, «Guia para a intervenção com maiores em situação de incapacidade», que achei pertinente, na pesquisa bibliográfica que fiz, sobre a questão, o que acontece após a morte dos progenitores, visto dar algumas respostas em relação a este tema, e uma oportunidade de dar a conhecer aos familiares questões relacionadas com os que se encontram em situação de maior vulnerabilidade, nomeadamente questões na ordem da proteção jurídica, para que sejam salvaguardados os direitos e defendidos os interesses dos seus familiares.

Os familiares aceitaram com grande interesse este «Guia» e disseram desconhecer grande parte do seu conteúdo.

Terminei com uma questão: o que é que acontece depois dos pais partirem em que a resposta ficou no ar, é a grande preocupação dos familiares, à qual dizem não conseguir ver respostas nem saber o que fazer. Alguns diziam que ficavam aterrorizados só de pensar que isso vai acontecer. Muitos referiam que tudo têm feito para assegurar um futuro aos seus filhos.

O que estou a pensar e a sentir?

Antes do início da sessão pensava constantemente se os participantes viriam, se estariam à hora marcada, embora na última sessão tivessem confirmado a sua presença na próxima sessão.

Durante o decorrer da sessão, houve algumas mudanças, no entanto, continuei a sentir, quando o meu olhar cruzava com o dos participantes, que consumiam as minhas energias, todos estavam focados em mim, mas desta vez já não sentia aquela tensão nos ombros, como na primeira sessão, percebi

No início da sessão, fiz os agradecimentos aos presentes e à UNIR pela colaboração e cedência do espaço, seguindo-se a apresentação da sessão em e procedimentos. A sessão foi constituída também por duas partes, tal como na nas anteriores: após a apresentação do tema iniciei com a projeção dos slides alusivos aos temas a bordar.

Posto isto, prossegui com o Programa utilizando o método expositivo, através da projeção dos diapositivos e demonstrativo utilizando algumas caixas de medicamentos. Nesta sessão foi dado mais ênfase á importância do tratamento/terapêutica na Recuperação e Prevenção das recaídas do doente, como referido anteriormente.

De seguida, sugeri aos presentes que comentassem as temáticas que se iam abordando e fundamentalmente que tipo de opinião tinham acerca da medicação que os seus familiares tomam.

Verificou-se que a maioria estava familiarizada com a medicação dos seus familiares, embora apresentassem desconhecimento na diferença entre o nome comercial e o princípio ativo dos medicamentos. Foi feita uma abordagem geral aos medicamentos mais usuais no tratamento da esquizofrenia assim como os efeitos secundários, mais frequentes dos medicamentos.

Alguns dos participantes questionaram sobre que tipo de abordagens alternativas de tratamento existiam e fi-los entender que existem outras formas alternativas, mas que passam pela reabilitação e que não substituem a medicação, esta é fundamental no tratamento e estabilização e recuperação da pessoa com esquizofrenia. Verifiquei nas expressões faciais de alguns dos presentes um sentimento de alguma tristeza, e alguns verbalizaram "...pensava que existia um medicamento que curava a doença". Outros interrogavam se "...a ciência está tão avançada, será que não existe um medicamento que cure a doença?". É bastante evidente a esperança destes familiares na descoberta de uma cura para a doença, a angustia com que vivenciam o incerto relativamente ao avanço na área da farmacologia. Achei importante neste momento, fazer uma ressalva em relação ao medicamentos que existem, explicando-lhes que conseguem tratar os sintomas positivos e negativos da doença. Uma vez que são estes sintomas que fazem com que o doente tenha os comportamentos estranhos, bizarros. E que estes sintomas da doença têm

tratamento. Ficou claro que a toma dos medicamentos é de grande importância, pois diminuem significativamente os sintomas, e em alguns casos desaparecem por completo, o que permite ao doente levar uma vida como outra pessoa que não tem a doença.

Uma das participantes interrompe dizendo que o filho toma uma injeção e que está na escola a frequentar um curso, "...foi graças ao medicamento que ele conseguiu estabilizar e foi para o curso, mas engordou um pouco...". Outros referiram que têm algumas dificuldades em fazer com que os seus doentes tomem os medicamentos. Grande parte dos familiares participantes no grupo referiram que o maior problema foi no início da doença, em que os seus familiares não admitiam sofrer de esquizofrenia e que não aceitavam os medicamentos, um participante relatava "...ele dizia que queriam droga-lo com os comprimidos, os médicos é que deviam tomar os medicamentos".

Após esta parte, fizemos uma pausa de 10 minutos, acordado com os participantes, tendo saído todos da sala.

A segunda parte da sessão foi, também ela, realizada num método ativo e participativo com os familiares, tentei mais uma vez, dar ênfase ao espírito de iniciativa, favorecer uma relação mais informal, deixando lugar à iniciativa e autonomia, promovendo aos participantes a partilha de experiências e vivências de cada um, como familiares de uma pessoa com esquizofrenia.

Novamente, organizei a sala com a mesma disposição como nas outras sessões, as cadeiras em forma de círculo mais uma cadeira para me sentar junto dos participantes, quando se sentiu que todos estavam preparados foram lançados os tópicos abordados nos slides, anteriormente, e reforcei a importância que os medicamentos têm na recuperação do doente e estabilização da doença.

O decorrer desta parte foi um misto de recordações, dúvidas, emoções e de grande partilha entre os participantes.

Os familiares começaram por relatar entre si, como foi quando os filhos tiveram que tomar a medicação pela primeira vez. A maioria referia que os familiares não queriam tomar os medicamentos, muitos deles diziam não estarem doentes e que não necessitavam de medicamentos, alguns recordavam, "...querem é drogar-me (...) outros contavam que os medicamentos faziam muito mal aos filhos, tinham muitos efeitos secundários,

recordavam momentos em que os filhos se babavam, “... lembro-me de ver o meu filho todo urinado e tremia muito, a desfigurada, com olhos revirados para cima e a língua de fora...” (sic). Era um sofrimento vê-los naquele estado, não é como agora, em que os medicamentos já são diferentes, embora alguns ainda façam alguns efeitos secundários que os deixam mal.

Relativamente à electroconvulsivoterapia foi uma temática abordada com alguma dúvida por parte dos participantes, comentavam o quanto deveria ser doloroso para os doentes ao serem submetidos a choques elétricos. Tive que explicar-lhes mais uma vez que a técnica não dolorosa, uma vez que o doente está sobre o efeito de anestesia e que os resultados em alguns casos são tidos com grande sucesso. No entanto alguns familiares lembravam casos, no passado, que algumas pessoas ficaram com queimaduras após o tratamento. Isto evidencia a imagem negativa dos tratamentos e mitos em torno do tratamento que era dado aos doentes no antigamente.

A hora de terminar, aproximava-se, todos pareciam motivados, colaboravam, respeitavam a oportunidade de cada um poder falar.

Entreguei em suporte de papel os temas apresentados na sessão e curiosamente uma das participantes disse que quando chegava a casa entregava o material que lhe era fornecido ao marido para ele ler. O que demonstra que não só a informação é transmitida no grupo mas que continua a ter repercussões fora do grupo.

4ª Sessão

Reflexão

Na quarta sessão, compareceram os sete familiares, a sessão decorreu na mesma sala, com a mesma disposição e mesmo cenário utilizado na sessão anterior, isto para não criar um ambiente desconhecido uma vez que os participantes já estão familiarizados com o espaço.

Utilizei a mesma forma de projeção dos slides na parede tal como nas outras sessões.

Novamente foram distribuídas as etiquetas autocolantes de identificação para colocação numa zona visível do tronco com o primeiro nome de cada um dos presentes, escrito manualmente.

A temática desta sessão, tinha uma continuação lógica das anteriores, esta com o tema, «Do desenvolvimento da doença à crise/recaída» e os sub-temas: O início da doença; A fase aguda da Doença; A fase da estabilização e manutenção; A recaída; A emotividade expressa pelas Famílias na recaída; A crise; Como reconhecer os sinais de Crise recaída da doença; Quando ocorrer a situação de crise; Plano de Emergência; No Hospital e o ambiente hospitalar.

Com a temática desta sessão pretendeu-se ir de encontro das necessidades evidenciadas, pelos prestadores de cuidados informais quando responderam à ENQ, relativamente às temáticas abordadas nesta sessão.

De seguida, sugeri aos presentes que comentassem as temáticas que se iam abordando e fundamentalmente que tipo de opinião que tinham acerca das mesmas.

Começaram a surgir os primeiros relatos acerca do início da doença, os familiares frequentemente relatavam quando começaram a aperceber-se que algo não estava bem com o seu filho(a). Alguns referiram que o seu familiar não estava apenas passando por uma fase, não era algo passageiro. Outros afirmaram que foram apanhados completamente de surpresa. Tinham várias dúvidas de início, porque não sabiam se era um comportamento pontual, ou da própria idade de adolescente, ou se era alguma coisa que se estava a instalar para ficar.

Curiosamente, a maioria dos familiares evidenciou que se aperceberam e tomaram consciência de que os seus familiares não estavam bem, quando estes saíram de casa e foram para paradeiro incerto sem avisar a família, Alguns comentavam que "...foi um horror, não soube dele por mais de 1 mês, um sofrimento". Uma participante referiu que o filho foi para Itália e andou por lá duas semanas sem saber nada dele, "... fui informada pela polícia do seu paradeiro". Todos os participantes no grupo passaram pelo mesmo episódio, ou seja todos os familiares doentes saíram de casa sem avisar.

Outro dado, importante, que referiram, foi que após terem andado fora de casa e regressaram, tudo mudou, "...nunca mais foi o mesmo, tornou-se uma pessoa diferente, na relação connosco (pais), com os amigos, primos, todos os que nos rodeiam". Os participantes falavam do assunto com muita tristeza, observava algumas lágrimas no rosto de alguns.

Outra participante comentava que quando soube onde o filho estava, foi ao seu encontro, comentava que "no caminho até Lisboa, não me lembro por onde passei, perdi o sentido das coisas, tinha receio de ele estar mal, ferido, sujo, passou tanta coisa pelo pensamento, só queria chegar junto dele, abraçá-lo, beijá-lo, saber se estava vivo". Verifica-se momentos de grande emoção entre todos os outros participantes, diziam que sentiram a mesma sensação. Comentavam que tinha sido os piores momentos das suas vidas.

Num dos casos presentes, após a saída de uma pessoa com esquizofrenia de casa sem avisar, quando voltou, vinha grávida. O participante no grupo na condição de filho foi fruto dessa saída da sua mãe. Este momento marcou pela emotividade expressa pela tia e sobrinho, ambos familiares e participantes no grupo, o participante que era filho ficou a conhecer pormenores da história da sua mãe, nesta sessão que desconhecia completamente.

Um dos pontos mais críticos desta sessão foi quando se abordou o temática sobre o ambiente familiar, um dos participantes começou a relatar a experiência negativa que o seu filho passara num dos internamentos. Dizia que o filho tinha umas feridas nos pés e atribuía a culpa aos Enfermeiros, dizendo que nada faziam para tratar das feridas, "o meu filho teve sérios problemas devido às feridas, ainda hoje sofre por causa disso". Observava a sua forma irritada como abordava o assunto, demonstrava grande revolta, "nem posso

pensar no assunto, aqueles Enfermeiros iam matando o meu filho, não tinham sensibilidade, e o meu filho nem se queixava, coitadinho (...) sempre que ia visitá-lo, lá estava ele, sentado pouco andava, e não dizia nada (...) o médico, esse, dizia que a culpa era dos Enfermeiros”. O neste momento limitei-me a escutar o participante, parecia que nunca havia falado nem tido a oportunidade de falar com Enfermeiros e numa situação similar, do seu caso em particular, verifiquei, também que existia um índice elevado de “emoção expressa”. Falou mais de cinco minutos, movimentava-se na cadeira, esbracejava, era algo que o incomodava bastante. Quando achei oportuno, interrompi o seu discurso tentando acalmá-lo, e explicando-lhe que há 30 anos atrás tudo era diferente e que não me estava a rever no sucedido, hoje nada disso aconteceria assim, contudo tentei perceber porque razão o médico lhe dizia que a culpa era dos Enfermeiros, respondia que eles é que executavam os tratamentos. Irritado continuava com um discurso depreciativo, relativo aos Enfermeiros, “...o meu filho é assim por causa dos Enfermeiros”. Interroguei mais uma vez se o médico observava as feridas com frequência e se prescrevia algum tratamento, respondia-me que não, “...isso era com os Enfermeiros, foram eles os culpados”. Tentei explicar-lhe que os Enfermeiros executam e aplicam tratamentos, apenas sob prescrição médica, contrariamente não o fazem sem prescrição, no entanto os Enfermeiros são autónomos em muitas das suas intervenções. Disse-lhe que no seu caso em particular não sabia o que se tinha passado nem de forma a situação se desenrolou, mas deixei claro quais os procedimentos de hoje. Pareceu-me, que o participante, ficou mais calmo após aquela explosão de emoções, os restantes participantes comentaram também o assunto, alguns até atribuíam as culpas ao médico, “...ele é que mandava, os Enfermeiros faziam o que o médico dizia para fazer”, outros partilharam experiências negativas, e outros diziam que as suas experiências tinham sido positivas.

Quanto à intervenção do familiar referida anteriormente, ficou claro que existe um índice elevado de “emoção expressa” nas famílias visto que este conceito define-se pelo índice global das emoções, atitudes e comportamentos demonstrados pelos membros de uma família face ao doente e aos intervenientes no processo do cuidar/tratar. O Sr. J. apresentou comentários

críticos, comunicação desagradável e super-envolvimento. Ficou provado que existe uma estreita relação entre o nível de “emoção expressa” por parte da família e a evolução da doença. Foram identificados três componentes importantes da “emoção expressa”: os comentários críticos, a hostilidade e o controlo excessivo. Famílias com ambiente caloroso, afetuoso e amistoso têm taxas mais baixas de recaída. Compreendendo melhor o doente, os seus comportamentos, a evolução da doença, assim como, a resposta ao tratamento instituído.

Após esta parte, fizemos uma pausa de 10 minutos, acordado com os participantes, tendo saído todos da sala.

A segunda parte da sessão foi, também ela, realizada num método ativo e participativo com os familiares, tentei mais uma vez, dar ênfase ao espírito de iniciativa, favorecer uma relação mais informal, deixando lugar à iniciativa e autonomia, promovendo aos participantes a partilha de experiências e vivências de cada um, como familiares de uma pessoa com esquizofrenia.

Novamente, organizei a sala com a mesma disposição como nas outras sessões, as cadeiras em forma de círculo mais uma cadeira para me sentar junto dos participantes, quando se sentiu que todos estavam preparados foram lançados os tópicos abordados nos slides, anteriormente, e reforcei a importância que os medicamentos têm na recuperação do doente e estabilização da doença.

O decorrer desta parte foi um misto de recordações, dúvidas, emoções e de grande partilha entre os participantes.

Alguns familiares começaram por relatar entre si, como é que se apercebem dos primeiros sinais de recaída. A maioria referia que os familiares deixam de tomar os medicamentos, dizendo que não têm doença nenhuma, outros dizem que apresentam comportamentos estranhos. Uma das participantes relata que o filho “...começa com uma grande agitação, anda de um lado para o outro em casa, nem lhe posso dizer nada entra logo para a agressividade verbal (...) outra familiar dizia que o filho isola-se, “...recusa em sair de casa ou de estar com outros, não consigo tirá-lo de casa, não vai à rua (...) é um sofrimento constante para mim e para ele (...) nem tomar banho ele quer, deixa logo crescer a barba”.

A hora de terminar, aproximava-se, todos pareciam motivados, colaboravam, respeitavam a oportunidade de cada um poder falar.

Entreguei em suporte de papel os temas apresentados na sessão e curiosamente uma das participantes disse que quando chegava a casa entregava o material que lhe era fornecido ao marido para ele ler. O que demonstra que não só a informação é transmitida no grupo mas que continua a ter repercussões fora do grupo.

5ª Sessão

Reflexão

Na quinta sessão, apenas compareceram seis dos sete familiares, o Sr. J. que na sessão anterior tinha falado manifestado o seu descontentamento com o internamento do seu filho, não veio assistir a esta sessão. Aguardamos alguns minutos pela sua chegada mas como não aparecia, começamos a sessão. Esta decorreu na mesma sala, com a mesma disposição das cadeiras e o mesmo cenário utilizado na sessão anterior, isto para manter o ambiente acolhedor e conhecido a que os participantes já estavam habituados.

Utilizei, novamente a mesma forma de projeção dos slides na parede tal como nas outras sessões.

Foram distribuídas as etiquetas autocolantes de identificação para colocação numa zona visível do tronco com o primeiro nome de cada um dos presentes, escrito manualmente.

A temática desta sessão, tinha uma continuação lógica das anteriores, esta com o tema, «**Reabilitação**» e como sub-temas: Objetivos gerais da reabilitação na esquizofrenia e que tipo de estruturas de reabilitação e apoio existentes na comunidade.

Com a temática desta sessão pretendeu-se, também, ir de encontro às necessidades evidenciadas, pelos prestadores de cuidados informais quando responderam à ENQ, relativamente às «Alternativas residências; Abordagens alternativas de tratamento e como obter o que necessita dos serviços de saúde mental, assim como promover a educação e ajuda ao doente/família na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas; Tentei ainda, com esta sessão, esclarecer algumas dúvidas e dar a conhecer algumas das instituições existentes na comunidade, distribuindo um folheto com vários contatos de algumas dessas instituições.

De seguida, sugeri aos presentes que comentassem as temáticas que se iam abordando e fundamentalmente que tipo de opinião que tinham acerca das mesmas.

Começamos por referir que a esquizofrenia por si mesma pode ser causadora de limitações e *deficits* importantes., pelas suas características e como tal requer uma abordagem terapêutica abrangente, sendo por isso necessário intervir não só ao nível farmacológico, controlando os sintomas da doença, mas também ao nível social, psicoterapêutico, psicoeducativo, familiar e ocupacional, ou seja, no fundo incentivar os familiares a trabalharem junto dos doentes questões relacionadas com a Reabilitação.

Alguns familiares começaram por referir que não basta controlarmos os sintomas da doença se não apoiarmos o doente na sua integração social. Os doentes devem ter uma oportunidade para desempenhar um papel ativo na sociedade. Uma das participantes disse que "...o meu filho está a frequentar um curso de cozinha e isso é muito bom para ele, convive com outras pessoas e até namora, uma colega que também tem o diagnóstico de esquizofrenia" num tom alegre esta mãe riu-se e disse que gostava que eles se entendessem. Acrescentou ainda que lhe agradava aquele relacionamento, porque o filho contava-lhe que se apoiava muito na namorada e vice-versa. Foram abordados vários assuntos e referiram que a medicação e a aderência à mesma tem sido possível trabalhar junto dos doentes. Estes comentários evidenciam uma consciencialização por parte da família o quanto é importante a toma da medicação.

Não posso deixar de referir que contactei o Sr. J. telefonicamente no dia seguinte a perguntar que lhe tinha acontecido algo, e isso não lhe permitiu comparecer na sessão, referiu que ficou adoentado e que viria na próxima sessão. O certo é que nunca mais compareceu às sessões. Penso que talvez tenha vergonha de ter dito o que se passou e fez com que não quisesse vir mais, no entanto era sabido que o Sr. J. e a sua esposa estavam a passar por uma situação conjugal conflituosa e isso também tenha sido um fator contributivo para que o Sr. J. não viesse às sessões, uma vez que não tinha com quem deixar o filho.

6ª Sessão

Reflexão

Na sexta sessão, compareceram os seis familiares, a sessão decorreu na mesma sala, com a mesma disposição e o mesmo cenário utilizado na sessão anterior, isto para não criar um ambiente desconhecido uma vez que os participantes já estão familiarizados com o espaço. Mais uma vez o Sr. J. não compareceu, foi contactado telefonicamente e referiu que não poderia vir, aliás, disse que não contássemos mais com ele, por razões pessoais não poderia vir. Respeitei a sua decisão.

Utilizei a mesma forma de projeção dos slides na parede tal como nas outras sessões.

Novamente foram distribuídas as etiquetas autocolantes de identificação para colocação numa zona visível do tronco com o primeiro nome de cada um dos presentes, escrito manualmente.

A temática desta sessão, tinha uma continuação lógica das anteriores, esta com o tema, «Lei da Saúde Mental / Internamento Compulsivo».

Com a temática desta sessão pretendeu-se ir de encontro das necessidades evidenciadas, pelos prestadores de cuidados informais quando responderam à ENQ, relativamente a esta temática.

De seguida, sugeri aos presentes que comentassem as temáticas que se iam abordando e fundamentalmente que tipo de opinião tinham acerca das mesmas. Entreguei inicialmente um documento onde constava a Lei da Saúde Mental em vigor, a Lei nº 36/98 de 24 de Julho, isto porque a sessão tinha o propósito de dar a conhecer aos participantes a Lei e saber como interpreta-la, com o objetivo de ajudar os familiares a conseguirem o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde dos seus familiares com esquizofrenia, neste caso, saberem como requerer o internamento compulsivo nas situações previstas na lei da Saúde Mental relativas a este tipo de internamento.

A maioria dos participantes começaram por referir que desconheciam a Lei, e muito menos saber interpretá-la. Tinham conhecimento do internamento

compulsivo, visto que alguns já passaram por esse processo, mas não sabiam de que Lei é que se baseavam para tal procedimento. Houve quem mencionasse que seria o último recurso a recorrer, "...isso é terrível, o meu filho ser exposto a tanta humilhação, (...) e depois vem a polícia, é algemado, (...) que sofrimento isso me causa". Uma participante relembra, chorando, um episódio do seu filho e diz que foi das experiências mais negativas que teve quando necessitou de acionar o internamento compulsivo, referia ser dramático e penoso para todos. "...naquele momento causava-me sofrimento em mim e ao meu filho, não suportava ouvi-lo dizer que não era criminoso e que não tinha feito nada de mal, dizia que não estava doente". É evidente o recalcamento nas famílias aquando têm de recorrer a este tipo de intervenção, principalmente quando há o envolvimento das autoridades policiais. Contudo pareceu-me que os participantes, presentes, tinham consciência da necessidade de recorrerem a este tipo de ajuda, visto que os doentes chegam a um ponto de degradação tão elevada que é necessário acionar o internamento compulsivo.

A experiência demonstra o quanto é difícil a convivência com uma pessoa com esquizofrenia e como se vão deteriorando as relações, que dessa maneira não contribuem para uma melhoria do processo de doença e em muitas ocasiões podem ser desencadeantes de crises que acabam em internamentos compulsivos, por sua vez danificadores da relação. Verifica-se pelo fato dos familiares terem de pedir o internamento compulsivo, o que pode gerar um conflito grave na família, vivido com grande sofrimento e culpabilidade.

Outras dúvidas que os participantes disseram ter, estavam relacionadas com a elaboração do requerimento, os participantes diziam ter dificuldades em formalizar o pedido e a quem dirigi-lo. Neste sentido já tinha elaborado uma minuta de um requerimento, com um texto básico, direcionado ao delegado de saúde e outro para ser entregue diretamente às autoridades policiais (Anexo?). Após esta parte, fizemos uma pausa de 10 minutos, acordado com os participantes, tendo saído todos da sala.

A segunda parte da sessão foi, também ela, realizada num método ativo e participativo com os familiares, tentei mais uma vez, dar ênfase ao espírito de iniciativa, favorecer uma relação mais informal, deixando lugar à iniciativa e autonomia, promovendo aos participantes a partilha de experiências e vivências de cada um, como familiares de uma pessoa com esquizofrenia.

Novamente, organizei a sala com a mesma disposição como nas outras sessões, as cadeiras em forma de círculo mais uma cadeira para me sentar junto dos participantes, quando se sentiu que todos estavam preparados foram lançados os tópicos abordados nos slides, anteriormente, e reforcei a importância que os medicamentos têm na recuperação do doente e estabilização da doença.

O decorrer desta parte foi um misto de recordações, dúvidas, emoções e de grande partilha entre os participantes.

Alguns familiares começaram por relatar entre si, como é que foi vivenciar um episódio em que tiveram de pedir ajuda às autoridades de saúde. Constatou-se que é uma decisão consciente por parte dos familiares, mas não aceite pelos mesmos, visto lhes causar um grande sofrimento, "...sei que tenho de fazê-lo para bem dele, mas dói muito, é uma dor inexplicável". As famílias não só sofrem com o pedido de internamento compulsivo, como manifestam também algum ressentimento de medo e culpa. Referiam que "...tenho medo que descubra que fui eu que fiz o pedido, (...) deixa de confiar em mim e isso deixa-me com sentimento de culpa por ter que ir com os policiaes para o hospital e passar por essa vergonha".

A hora de terminar, aproximava-se, todos pareciam motivados, para terminar entreguei em suporte de papel os temas apresentados na sessão.

7ª Sessão

Reflexão

Esta sessão foi dedicada apenas aos agradecimentos e despedida do grupo assim como ao preenchimento do Questionário de Avaliação Global do Programa Psicoeducativo.

Fizemos uma síntese do programa, nomeadamente da importância que este tipo de intervenção em grupo tem, como pode contribuir para o desenvolvimento de cada um e para o seu empoderamento como cuidadores no âmbito da saúde mental, visando a redução de fatores de stress, a gestão de conflitos e comportamento abusivo como a violência, que por muitos cuidadores é evidenciada.

Tentamos nesta sessão realizar uma sistematização dos temas abordados nas sessões, analisando alguns dados e momentos mais marcantes.

Baseados na evidência, pelos relatos que foram feitos, sintetizamos alguns pontos vista de forma a promover e proteger a saúde mental. Também ficou explícito que todos podemos prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, e fundamentalmente promover a funcionalidade, as capacidades e a qualidade de vida da pessoa com esquizofrenia, assim como, da família. Posto isto, os familiares participantes no grupo psicoeducativo, responderam aos questionários.

APÊNDICE VI

Dados obtidos em ambiente SPSS

		Sinais precoces de doença e de recaída	O stress e a doença	Melhorar a comunicação com os familiares
N	Valid	8	8	8
	Missing	0	0	0
Média		4,00	3,63	3,88
Moda		5	5	5

Tratamento durante o dia (unidade/hospital de dia)	Reabilitação vovacional
8	8
0	0
4,00	4,25
5	5

Alternativas residências	Lidar com a depressão e os pensamentos de suicidio
8	8
0	0
3,88	3,88
5	5

Ansiedade e ataques de pânico	Problemas de sono
8	8
0	0
2,88	3,50
5	5

Falta de interesse e motivação	Abordagens alternativas de tratamento	Internamento compulsivo
8	8	8
0	0	0
3,50	4,38	4,38
5	5	5

Obter o que necessita dos serviços de saúde mental	Organizações de apoio familiar e aconselhamento jurídico	Hospitalização psiquiátrica
8	8	8
0	0	0
4,50	3,88	4,00
5	5	5

Investigação recente sobre a doença mental	O que acontece quando os pais morrem	Lidar com o estigma da doença mental
8	8	8
0	0	0
4,63	4,88	4,63
5	5	5

Melhorar os relacionamentos sociais
8
0
4,00
5

Statistics

		Qual frequência da doença e o que costuma acontecer quando uma pessoa a tem	Como é que o doente sente a sua própria doença	Teoria biológicas	Genética e vulnerabilidade à doença	Medicações psiquiátricas
N	Valid	8	8	8	8	8
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		4,13	3,50	3,63	3,63	4,13
Mode		4	4	4	4	4

Statistics

		Efeitos secundários da medicação	Sinais precoces de doença e de recaída	O stress e a doença	Modos de lidar mais eficazmente com o stress	Melhorar a comunicação com os familiares
N	Valid	8	8	8	8	8
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		4,25	4,00	3,63	3,50	3,88
Mode		4	5	5	4	5

Statistics

		Estratégias para a resolução de problemas	Estabelecer limites ao comportamento do doente	Promover atividades de lazer e entretenimento	Tratamento durante o dia (unidade/hospital de dia)	Reabilitação vocacional
N	Valid	8	8	8	8	8
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		4,25	4,00	4,25	4,00	4,25
Mode		4	4	4	5	5

Statistics

		Alternativas residências	Melhoria de competências para uma vida independente	Melhoria da aparência pessoal e higiene	Lidar com a depressão e os pensamentos de suicídio	Abuso de drogas/álcool
N	Valid	8	8	8	8	8
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		3,88	4,13	3,88	3,88	3,25

Mode	5	4	4	5	4
------	---	---	---	---	---

Statistics

		Ansiiedade e ataques de pânico	Alucinações persistentes	Delírios persistentes	Problemas de sono	Isolamento e evitamento social
N	Valid	8	8	8	8	8
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		2,88	3,00	3,00	3,50	3,38
Mode		5	4	4	5	4

Statistics

		Incapacidade para sentir prazer	Falta de interesse e motivação	Problemas de concentração	Abordagens alternativas de tratamento	Internamento compulsivo
N	Valid	8	8	8	8	8
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		3,25	3,50	3,63	4,38	4,38
Mode		4	5	4	5	5

Statistics

		Obter o que necessita dos serviços de saúde mental	Organizações de apoio familiar e aconselhamento jurídico	Organizações de autoajuda de doentes	Hospitalização psiquiátrica	Gerir o excesso de cansaço
N	Valid	8	8	8	8	8
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		4,50	3,88	4,13	4,00	3,50
Mode		5	5	4	5	4

Statistics

		Investigação recente sobre a doença mental	O que acontece quando os pais morrem	Lidar com o aumento de peso	Planear/lidar com as férias	Lidar com o estigma da doença mental
N	Valid	8	8	8	8	8
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		4,63	4,88	4,00	3,38	4,63
Mode		5	5	4	4	5

Statistics

	Melhorar os relacionamentos sociais
--	-------------------------------------

N	Valid	8
	Missing	0
Mean		4,00
Mode		5

APÊNDICE VII

Sessões do Programa Psicoeducativo e respectivos planos de cada sessão

Programa psicoeducativo «Família unida»

1ª Sessão:

- Agenda:
- Hora de início (18:30)
- Pausa (19:15 às 19:30)
- Hora do fim (20:00)
- A sessão será composta por uma mistura de educação e discussões orientadas.

- Tema:

Introdução ao programa

1

Temas das Sessões

1ª Sessão: Introdução ao programa

2ª Sessão: A Esquizofrenia – Questões práticas

3ª Sessão: O tratamento na Esquizofrenia

4ª Sessão: A Crise na pessoa com Esquizofrenia

5ª Sessão: Reabilitação da pessoa com Esquizofrenia

2

Temas das Sessões (cont)

6ª Sessão: Lei da Saúde Mental - Internamento compulsivo e tratamento compulsivo

7ª Sessão: Encerramento - Avaliação do grupo com os elementos do grupo

3

Programa “Família unida”

- Programa visa proporcionar apoio, educação e ferramenta para os familiares e amigos de pessoas que experimentam graves e persistentes problemas de saúde mental, especialmente de psicose (esquizofrenia).

4

Vamos conhecer-nos...

Como se chama?

Qual o seu grau de parentesco com a pessoa com esquizofrenia?

Qual é o primeiro nome do seu familiar / amigo com Esquizofrenia?

5

O que é a Saúde Mental?

- É sentirmo-nos bem connosco próprios e na relação com os outros.
- É sermos capazes de lidar de forma positiva com as adversidades.
- É termos confiança e não termos o futuro.
- Mente sã em corpo são!

6

O que é a Doença Mental?

- Perturbação que afeta o comportamento emocional, social e intelectual;
- Manifesta-se em determinado momento ao longo da vida, antes do qual não existiam alterações ou perda de capacidades.

7

O que é a Esquizofrenia?

- São distorções fundamentais e características do pensamento e da perceção e por afeto inadequado ou embotado.
- A consciência clara e a capacidade intelectual estão usualmente mantidas, embora certos *deficits* cognitivos possam surgir ao longo do tempo.

8

(CID-10, 2010)

O que é a Esquizofrenia? (cont)

- Pensamentos, atos e sentimentos podem ser vivenciados com conhecidos ou outras pessoas.
- Ocorrem alucinações, principalmente visuais e auditivas.
- Não existe nenhuma análise laboratorial para diagnosticar a doença.

9

(CID-10, 2010)

COMO SURGE?

Vários fatores estão envolvidos no diagnóstico:

- Fatores Biológicos;
- Fatores Genéticos;
- Abuso de Substâncias (drogas, álcool);
- Fatores Sociais;
- Acontecimentos de Vida.

10

FACTORES BIOLÓGICOS

- Complicações no período pré-natal (hipoxia, desnutrição materna e exposição ao álcool e tabaco);
- Hipoxia pós-natal, desnutrição na infância e disfunções no córtex pré-frontal, relacionadas à hipoatividade serotoninérgica e à hiperatividade dopaminérgica.
- Hipoxia: é a diminuição do aporte de oxigénio às células.

11

FACTORES GENÉTICOS

- Baixa expressão do gene transportador de serotonina;
- Polimorfismo nos genes dos receptores de dopamina [DRD2 e DRD4] e no gene transportador de dopamina);
- Estima-se que a componente genética represente 70% a 80% da susceptibilidade total para desenvolver a doença;

12

(Vallada Filho e Sampaia, 2000)

FACTORES GENÉTICOS (cont)

Tabela - Risco para desenvolvimento de esquizofrenia ao longo da vida em parentes de pacientes esquizofrênicos (modificado de Gottesman, 1991).

Grau de parentesco	Risco para esquizofrenia (%)
Primeiro grau	
Pais	6
Filhos (pais não afetados)	13
Filhos (com pai e mãe esquizofrênicos)	46
Irmãos	9
Irmãos (com um progenitor afetado)	17
Segundo grau	
Meio-irmãos	6
Netos	5
Sobrinhos	4
Tios	2
Terceiro Grau	
Primos	2
População geral	1

13

(Adaptado de Vallada e Samaia, 2000)

ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

- Há fortes evidências de que o uso de certas drogas podem desencadear o aparecimento ou recidiva da esquizofrenia em algumas pessoas;
- Uso de drogas para superar os sentimentos negativos associados às medicações antipsicóticas;
- Num estudo recente, verificou-se 60% das pessoas com esquizofrenia consomem substâncias, e em 37% foi despoletado a doença por consumirem substâncias.

14

(Vallada e Samaia, 2000)

FACTORES SOCIAIS

- Os principais prejuízos na interação social estão associados a problemas no relacionamento com os pais na infância;
- Pais violentos e negligentes não conseguem transmitir valores aos seus filhos.
- A não satisfação do trabalho;

15

FACTORES SOCIAIS (cont)

- O *stress* no trabalho e a vulnerabilidade ao *stress*;
- A fadiga crónica;
- A ansiedade, o neuroticismo e a extroversão;
- O auto-conceito e o *coping* pobres (o sentido que o indivíduo dá perante cada situação).

16

ACONTECIMENTOS DE VIDA

- São especialmente os negativos;
- A vulnerabilidade ao stress;
- A perda de um ente querido;
- Parecem fazer-se acompanhar de um desconforto emocional significativo e podem aumentar a probabilidade do indivíduo desenvolver problemas mentais.

17

Sinais que manifestam a Esquizofrenia?

- Podem ser identificados pelo olhar, pelo comportamento, emoções, funcionamento cognitivo e social, tais como:
- Conversas com vozes;
- Idealizam fortemente uma crença, falsa (ilusão) ou algo que ouvem, vêm ou sentem que não existe (alucinações);

18

Sinais que manifestam a Esquizofrenia? (cont)

- Comportamento estranho/bizarro por causa de delírios ou alucinações;
- Ser distraído e incapaz de se concentrar;
- Comportar-se como se estivessem a ser perseguidos, enganados, ou espiados;
- Ser excessivamente sensível e desconfiado;

19

Sinais que manifestam a Esquizofrenia? (cont)

- O comportamento de acordo com a sua crença;
- Paranoia;
- Humor irritável;
- Agressividade - a pessoa pode ter medo por causa da ilusão e pode agir fora de si.

20

Sinais que manifestam a Esquizofrenia? (cont)

Sintomas Positivos	Sintomas Negativos
Alucinações; Delírios; Pensamento desorganizado; Comportamento bizarro; Paranoia / medo.	Afeto embotado; Alogia (pobreza de pensamento); Anedonia (perda de interesse); Baixa energia; Isolamento social e emocional.

21

Sinais que manifestam a Esquizofrenia? (cont)

Funcionamento Cognitivo	Funcionamento Social
Falta de concentração e memória; Dificuldade em abstrair-se; Dificuldade em ficar atento; Velocidade de processamento da informação diminuída.	Isolamento da família e amigos; Mau relacionamento social e no trabalho; Dificuldades na escola.

22

Primeiro surto psicótico

- Primeiro episódio ou "surto" refere-se à primeira vez que alguém experimenta sintomas psicóticos;
- As pessoas vítimas de um primeiro episódio podem não entender o que está a acontecer;
- Quanto mais cedo é detetado e tratado, mais rápida pode ser a recuperação.

23

Com que frequência pode ocorrer a Esquizofrenia?

- Cerca de 3% das pessoas podem experimentar um episódio psicótico no decorrer da sua vida;
- O primeiro episódio ocorre geralmente na adolescência ou início da idade adulta;
- Ocorre em todas as culturas e níveis de desenvolvimento socioeconómico;
- Afeta homens e mulheres.

24

(Giacon & Galera, 2006).

Qual é o impacto da Esquizofrenia no Quotidiano?

- Pode ter impacto a nível social, afetivo e comportamental.
- Fundamentalmente é uma doença crónica que pode provocar deterioração no funcionamento do doente e da família, causando diversos danos/perdas na estrutura familiar, assim como, nas habilidades de todo o grupo.

25

(Giacom & Galera, 2006).

Sabia que?

Das 10 principais causas de incapacidade no mundo, cinco são doenças mentais:

- A depressão major;
- Esquizofrenia;
- O transtorno bipolar;
- Transtorno por uso de substâncias;
- Transtorno obsessivo-compulsivo.

26

Estimativas

- A Esquizofrenia afeta cerca de 1% da população mundial;
- Transtornos do humor afetam cerca de 10% da população mundial;
- Os transtornos de ansiedade afetam cerca de 12%, da população mundial.

27

O Filme

- [A ESQUIZOFRENIA.flv](#)

28

Pausa

- 10 minutos

29

Discussão e partilha de experiências

Obrigado

30

Bibliografia

- Afonso, P. (2010). Esquizofrenia: Para além dos mitos, descobrir a doença. Cascais: Principia.
- Giacon, B. C. C. & Galera, S. A. F. (2006). Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 40(2), 286-91. Acedido a 26-12-2012 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342006000200019.
- Hipólito, M. C. (2003). Guia para familiares de doentes mentais. Lisboa: Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental (FNAFSAM).
- Vallada Filho, H. P. & Samaia, H. (2000 Maio). Esquizofrenia: aspectos genéticos e estudos de fatores de risco. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 22, suppl.1, 2-4. Acedido em 05-01-213. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000500002>.
- CID-10 - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Acedido a 26-12-2012 Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#F20-F29>.

31

Curso	IIIº Mestrado em Enfermagem na área de especialização Saúde Mental e Psiquiátrica em enfermagem
Módulo	Unidades Curricular: Estágio
Tema da sessão	Introdução ao programa
População alvo	Orientadora e participantes do grupo
Formador	Marco Sousa
Duração	60 minutos apresentação + 50 minutos de partilha de experiências e vivências, dúvidas e esclarecimentos.
Data	10 de Janeiro de 2013
Horário	18h30 às 20h30
Local	Loulé, nas instalações da UNIR- Associação do Doentes Mentais, Famílias e Amigos do Algarve.
Objetivos gerais	<p>No final desta sessão os formandos deverão ser capazes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa visa proporcionar apoio, educação e ferramenta para os familiares e amigos de pessoas que experimentam graves e persistentes problemas de saúde mental, especialmente de psicose (esquizofrenia). • Descrever conhecimentos sobre esquizofrenia; • Refletir sobre a importância da aplicação do programa psicoeducativo; • Fornecer informação adequada sobre as temáticas abordadas; • Promover oportunidade das pessoas falarem abertamente acerca das suas crenças e a sua experiência com os vários temas. • Ajudar as pessoas a considerarem as vantagens e desvantagens de

fazer medicação.

- Ajudar as pessoas a desenvolver estratégias *coping*.

Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/ meios didáticos	Formador	Tempo
Introdução	Apresentação do programa	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	6 Min
	Apresentação da sessão	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Apresentação dos objetivos e dos intervenientes	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	4 Min
Desenvolvimento	O que é a Saúde Mental	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	O que é a Esquizofrenia	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Como surge	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Fatores biológicos	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Fatores genéticos	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Abuso de substâncias	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Fatores sociais	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Acontecimentos de vida	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Sinais que manifestam a Esquizofrenia	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min

Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/ meios didáticos	Formador	Tempo
Desenvolvimento	Primeiro surto psicótico	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Com que frequência pode ocorrer a Esquizofrenia	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Qual é o impacto da Esquizofrenia no Quotidiano	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Sabia que	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Estimativas	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	O Filme				10 min.
Pausa					10 min.
Conclusão	Partilha de experiências e vivências	Expositivo e Interrogativo		Marco Sousa	40 min.
	Esclarecimento de dúvidas	Expositivo e Interrogativo		Marco Sousa	10 min

Fatores que podem contribuir para o controlo da doença (cont)

- Aprender a detetar e a pedir ajuda, quando surgirem os sinais precoces de recaída;
- Inculcar no doente que deve respeitar a medicação prescrita;
- A importância da toma regular dos medicamentos.

5

O porquê do abandono da medicação?

Podem ser várias as razões, tais como:

- A negação da própria doença;
- O sentimento que já está curado e não necessita dos medicamentos;
- O receio da dependência dos fármacos;
- Pelos efeitos secundários que os fármacos provocam.

6

Quando há recusa de tomar a medicação deve-se colocar a medicação na comida?

Não deve ser tomada esta medida, pode ser ineficaz por várias razões:

- As melhorias clínicas podem ser superficiais;
- O doente não acredita na sua doença, visto andar equilibrado (falsamente) sem tomar medicamentos;
- Não existe controlo efetivo das dosagens;

7

Quando há recusa de tomar a medicação deve-se colocar a medicação na comida? (cont)

- A situação clínica pode agravar-se caso o doente descubra que está a ser enganado;
- Vai aumentar a desconfiança;
- Não é um método que promova a aliança terapêutica.

8

Conselhos práticos para evitar o abandono da medicação

- Não seja autoritário ou agressivo com o doente;
- Tente explicar que caso este abandone a medicação, haverá necessidade de ser internado;
- Explique que as vozes, as insónias, os medos, etc, poderão voltar a aparecer;
- Evite colocar a medicação na comida, é apenas uma solução temporária;
- Dê o exemplo de alguém conhecido que tenha outra doença e que toma medicação todos os dias.

9

Conselhos práticos para evitar o abandono da medicação (cont)

- Informe o médico psiquiatra e/ou o enfermeiro assistente do doente.
- O fato de o doente deixar a medicação por alguns dias não implica necessariamente uma recaída, mas deve informar o doente que pode acontecer caso o abandono se prolongue.
- Pode estar implícito o abandono pelas várias vezes ao dia que faz a medicação, peça ao médico que simplifica as tomas.

10

Porque é que os doentes com esquizofrenia, habitualmente fumam muito?

- O tabaco contém nicotina e esta substância parece estar implícita no alívio dos sintomas extrapiramidais secundários à medicação.
- Diminui os níveis de ansiedade.

Glaseman, 1993)

11

O doente com esquizofrenia pode conduzir um automóvel?

- Depende muito de cada caso e do estado clínico em que se encontra o doente;
- Na fase de descompensação não devem conduzir, pois poderão colocar terceiros em perigo;
- Doentes a tomar medicamentos cujo o efeito interfere na condução, não podem conduzir;
- Não existem contra-indicações absolutas para a condução de veículos, desde que o doente se encontre clinicamente controlado.

12

Os doentes com esquizofrenia são violentos?

- São feitas algumas associações entre a esquizofrenia e determinados comportamentos agressivos ou marginais;
- As alterações do comportamento estão implícitas aos sintomas da doença, mas não significa que os doentes tenham contornos violentos ou agressivos;
- Alguns comportamentos mais violentos são fruto das ideias delirantes ou das alucinações que a doença provoca;

13

Os doentes com esquizofrenia são violentos? (cont)

- A violência poderá surgir num clima de ansiedade e medo;
- Poderão reagir de forma violenta como forma defensiva, visto que é frequente sentirem-se perseguidos ou ameaçados;
- Quando surgem momentos de violência, o doente está psicótico e deve ser tratado em ambiente hospitalar.

14

Deve dizer-se ao doente que sofre de Esquizofrenia?

- É fundamental que a pessoa seja informada sobre o seu diagnóstico;
- A notícia deve ser dada numa fase de estabilização;
- Não somente é importante informar do diagnóstico, como deve ser informado dos sintomas positivos e negativos, da importância do tratamento, das recaídas, etc.

15

Deve dizer-se ao doente que sofre de Esquizofrenia? (cont)

- A consulta com o médico é o momento que o doente e a família têm para apresentar dúvidas;
- É importante que o doente saiba pelo médico do que por outras vias, por vezes não correspondem com a realidade do doente;

16

Deve dizer-se ao doente que sofre de Esquizofrenia? (cont)

- A verdade deve ser dita, promovendo a esperança e determinação em tratar a doença;
- Reforça a aliança terapêutica com todos;
- Aumenta a participação do doente no seu tratamento;
- Responsabiliza o doente na adesão à terapêutica.

17

Alterações do sono na esquizofrenia

- São observadas alterações, relativas à qualidade, do sono na pessoa com esquizofrenia;
- A esquizofrenia está associada a alterações do sono, nomeadamente:
- À insónia;
- Ao tempo que a pessoa com esquizofrenia demora em adormecer (numa pessoa sem a doença 10-20 minutos) no doente mais de 30 minutos chegando aproximadamente às 2 horas.

18

(Kathleen et al, 2005)

Alterações do sono na esquizofrenia (cont)

- Durante o surto psicótico o doente tem dificuldade em adormecer;
- Apresentam uma diminuição do tempo total de sono (normal 8 horas);
- Sono de má qualidade, não reparador;
- A insónia severa pode ser um sinal de recaída.
- A maior parte dos doentes toma medicação para dormir.

19

(Chouinard et al, 2004)

Alterações do sono na esquizofrenia (cont)

- O sono é essencial no nosso bem estar físico e social;
- Os doentes devem ter um sono regular;
- Devem evitar alterar os horários de dormir e acordar;
- Deve ser comunicado ao médico sempre que surjam alterações quer no início, quer no decorrer do sono.

20

Porque razão o diagnóstico é igual para todos e o comportamento é diferente?

- Porque o doente não é um «diagnóstico»;
- Mesmo em fase de descompensação, ele continua a ser ele mesmo;
- Cada pessoa adoece de modo diferente;
- O tratamento para uma pessoa não é igual para outra;
- Cada pessoa reage de forma diferente ao tratamento.

21

A família deve ocupar-se de todas as coisas do doente?

- Não, o que se pretende é uma maior independência;
- A doença é mais uma circunstância da pessoa;
- O doente tem a sua dignidade íntegra assim como deve ter a sua opinião, poder de decisão e de agir;
- Após uma crise não deve considerar o doente incapaz, deve sim dar-lhe tarefas ajustadas às suas possibilidades;
- Não trabalhar as capacidades do doente é torná-lo dependente.

22

O que acontece quando os pais morrem

- É importante reabilitar a pessoa ao máximo possível;
- As famílias têm grandes preocupações relativas ao futuro dos seus doentes, nomeadamente:
- Gastar mal o dinheiro, com coisas supérfluas;
- Desconhecidos aproveitarem-se das suas incapacidades;
- O que possa ocorrer ao bens deixados pela família;

23

O que acontece quando os pais morrem (cont)

- Existem algumas sugestões, nomeadamente:
- Solicitar a incapacidade parcial do doente, que em termos legais poderá salvaguardar algumas atitudes tomada pelo doente;
- Procurar ajuda junto das instituições competentes para dar apoio nesta matéria;
- Assegurar o futuro do seu familiar com alguém da sua confiança, instituições, etc...

24

O estigma da esquizofrenia

- O estigma da esquizofrenia é uma barreira para aqueles que tentam reabilitar-se.
- É também um problema muito real para as suas famílias.
- A esquizofrenia é uma doença que não é bem compreendida e é muito temida.
- A maioria das pessoas não têm conhecimento sobre a doença e fazem elações erradas.

25

O estigma da esquizofrenia (cont)

- Para a população em geral é difícil compreender as ações de alguém em estado psicótico, cujo pensamento está completamente confuso.
- Muitos acreditam que a esquizofrenia é o resultado de maus tratos dos pais ou de um trauma de infância.
- As famílias culpabilizam-se e isso torna-se um grande obstáculo para procurar e receber apoio.

26

O estigma da esquizofrenia (cont)

- Além da história de culpa, os sintomas da própria doença podem muitas vezes aumentar o estigma da esquizofrenia.
- O comportamento estranho e imprevisível, mau funcionamento ou falta de bons hábitos de saúde podem ser perturbadores para os outros.
- Notícias sobre atos de violência ou de suicídios cometidos por pessoas com esquizofrenia servem para aumentar o estigma, mesmo que involuntariamente.

27

O estigma da esquizofrenia (cont)

- Para as famílias é, muitas vezes, difícil lidar com o estigma.
- Alguns tentam esconder a doença na família, enquanto outros preferem falar abertamente sobre isso.
- Parte do estigma da esquizofrenia é não saber o que é a doença.

28

Pausa

- 10 minutos

Discussão e partilha de experiências

Obrigado

Curso	IIIº Mestrado em Enfermagem na área de especialização Saúde Mental e Psiquiátrica em enfermagem
Módulo	Unidades Curricular: Estágio
Tema da sessão	Introdução ao programa
População alvo	Orientadora e participantes do grupo
Formador	Marco Sousa
Duração	60 minutos apresentação + 50 minutos de partilha de experiências e vivências, dúvidas e esclarecimentos.
Data	10 de Janeiro de 2013
Horário	18h30 às 20h30
Local	Loulé, nas instalações da UNIR- Associação do Doentes Mentais, Famílias e Amigos do Algarve.
Objetivos gerais	<p>No final desta sessão os formandos deverão ser capazes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa visa proporcionar apoio, educação e ferramenta para os familiares e amigos de pessoas que experimentam graves e persistentes problemas de saúde mental, especialmente de psicose (esquizofrenia). • Descrever conhecimentos sobre esquizofrenia; • Refletir sobre a importância da aplicação do programa psicoeducativo; • Fornecer informação adequada sobre as temáticas abordadas; • Promover oportunidade das pessoas falarem abertamente acerca das suas crenças e a sua experiência com os vários temas. • Ajudar as pessoas a considerarem as vantagens e desvantagens de

fazer medicação.

- Ajudar as pessoas a desenvolver estratégias *coping*.

Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/ meios didáticos	Formador	Tempo
Introdução	Apresentação do programa	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	6 Min
	Apresentação da sessão	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Apresentação dos objetivos e dos intervenientes	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	4 Min
Desenvolvimento	O que é a Saúde Mental	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	O que é a Esquizofrenia	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Como surge	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Fatores biológicos	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Fatores genéticos	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Abuso de substâncias	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Fatores sociais	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Acontecimentos de vida	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Sinais que manifestam a Esquizofrenia	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min

Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/ meios didáticos	Formador	Tempo
Desenvolvimento	Primeiro surto psicótico	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Com que frequência pode ocorrer a Esquizofrenia	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Qual é o impacto da Esquizofrenia no Quotidiano	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Sabia que	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Estimativas	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	O Filme				10 min.
Pausa					10 min.
Conclusão	Partilha de experiências e vivências	Expositivo e Interrogativo		Marco Sousa	40 min.
	Esclarecimento de dúvidas	Expositivo e Interrogativo		Marco Sousa	10 min

Programa psicoeducativo «Família unida» 3ª Sessão: Tratamento

- Agenda:
- Hora de início (18:30)
- Pausa (19:30 às 19:45)
- Hora do fim (20:45)
- A sessão será composta por uma mistura de educação e discussões orientadas.

- Tema:

Importância do tratamento/terapêutica na Recuperação e Prevenção das recaídas

1

OBJETIVOS GERAL

Pretende-se com esta sessão que todos vós obtenham mais conhecimentos acerca da medicação e de como esta pode contribuir para o seu processo de recuperação.

2

Objetivos:

- Fornecer informação adequada sobre a medicação para a doença mental incluindo as respectivas vantagens e desvantagens.
- Promover oportunidade das pessoas falarem abertamente acerca das suas crenças sobre a medicação e a sua experiência com os vários tratamentos.

3

Objetivos (cont):

- Ajudar as pessoas a considerarem as vantagens e desvantagens de fazer medicação.
- Ajudar as pessoas que fazem medicação a desenvolver estratégias para o fazerem de uma forma regular

4

Os fármacos

- Tudo mudou a partir de 1951 com a descoberta do antipsicótico clorpromazina que trata os sintomas.
- Os antipsicóticos têm um efeito não só na fase aguda da doença, mas também na fase de manutenção.

5

Os fármacos (cont.)

- Previnem o aparecimento de novos surtos psicóticos.
- Ao fim de 5 anos após a recuperação de um surto psicótico, cerca de 80% dos doentes têm uma recaída e o risco de recaída aumenta 5 vezes caso deixem a medicação.

(Robinson, Woerner, Delman, & Kane, 2005)

6

O tratamento/terapêutica na prevenção das recaídas

- O tratamento passa obrigatoriamente pela toma da medicação, conjuntamente com o acompanhamento psiquiátrico, de enfermagem, psicológico e reabilitação.
- Os medicamentos não curam a doença, tratam, diminuem os sintomas positivos e negativos da doença.

7

O tratamento/terapêutica na prevenção das recaídas (cont.)

Vantagens de tomar a medicação:

- Diminui o número de internamentos;
- Diminui a duração dos internamentos;
- Devolve os doentes às famílias.

8

Os fármacos

- Antipsicóticos Clássicos (1ª Geração)
- Antipsicóticos Atípicos (2ª Geração)

(Robinson, Woerner, Delman, & Kane, 2005)

9

Antipsicóticos Clássicos/1ª Geração

- Permitem melhorar significativamente o comportamento e a agitação dos doentes;
- Os efeitos secundários incómodos e em alguns casos pouco toleráveis;
- Tremores nos membros superiores;
- Movimentos involuntários da boca e língua.
- Baixa eficácia nos sintomas negativos

10

Antipsicóticos Clássicos/1ª Geração (Cont.)

- São eficazes, particularmente, nos sintomas positivos da doença:
- Alucinações;
- Delírios;
- Pensamento desorganizado;
- Comportamento bizarro;
- Paranoia / medo.

11

Antipsicóticos Clássicos/1ª Geração (Cont.)

Designação Química	Designação comercial
Clorpromazina	Largatil
Flufenazina	Anatenzol
Flupentixol	Fluanxol
Haloperidol	Haldol
Sulpiride	Dogmatil
Thiorodazina	Melleril
Zuclopentixol	Cisordinol

12

Antipsicóticos Atípicos/2ª Geração

- São igualmente eficazes para o tratamento.
- Controlam os sintomas positivos.
- Apresentam menos efeitos secundários a nível dos efeitos extrapiramidais.
- Os doentes toleram melhor.
- Têm algum efeito sobre os sintomas negativos.

13

Antipsicóticos Atípicos/2ª Geração (cont.)

Designação Química	Designação comercial
Amisulprida	Amitrex
Aripiprazole	Abilify
Clozapina	Leponex
Olanzapina	Zyprexa
Paliperidona	Invega
Quetiapina	Seroquel
Risperidona	Risperdal
Sertindole	Serdolect
Ziprazidona	Zeldox
Zotiepina	Zoleptil

14

Apresentação das fórmulas dos antipsicóticos

- Via oral { Comprimidos ou drageias
Solução oral
- Via intramuscular (injeção)
- Via Endovenosa (pela veia)

15

Via Oral

É a forma mais utilizada

- Alguns comprimidos são orodispersíveis (de absorção rápida, desfazem-se rapidamente na boca), o que impede o doente de não os engolir.
- Existem comprimidos de ação prolongada, isto permite que o doente tome apenas uma toma diária.

16

Solução oral

- Quando se pretende administrar uma dose mais baixa;
- Quando o doente não quer comprimidos.

Via intramuscular ou endovenosa

- São vias em que o medicamento quando administrado tem efeito rápido;
- Existem antipsicóticos que são administrados através de injeção os Depôt (têm ação prolongada, 1 mês, 3 semanas, 15 dias).

17

Vantagens da medicação Depôt

- Melhora a adesão terapêutica;
- É mais cómoda a administração;
- Mantém a concentração do medicamento por mais tempo;
- Diminui o número de recaídas;

18

Vantagens da medicação Depôt (cont)

- Adequado aos doentes que não aderem à medicação oral;
- Pode ser administrado no domicílio;
- Só pode ser administrada pelos Enfermeiros;
- Permite um acompanhamento mais próximo dos Enfermeiros.

19

Efeitos secundários dos antipsicóticos, em geral

- Rigidez muscular dos braços, pescoço;
- Revirar dos olhos;
- Tremores das mãos;
- Aumento do peso;
- Alterações hormonais pode provocar produção de leite nas mulheres e alterações menstruais;

20

Efeitos secundários dos antipsicóticos, em geral (cont)

- Disfunção sexual, desinteresse e impotência sexual;
- Obstipação;
- Visão desfocada ou turva;
- Boca seca;
- Dificuldade em urinar;
- Aumento da produção de saliva;
- Inquietação constante (Acatisia).

21

Síndrome Maligno dos Neurolépticos É raro mas grave:

Sintomas Clínicos

- Febre;
- Rigidez muscular;
- Alteração do estado de consciência;
- Aumento dos batimentos cardíacos;
- Hipo ou Hipertensão arterial;
- Tremores;
- Incontinências dos esfíncteres;
- Sialorreia (aumento da saliva).

22

Electroconvulsivoterapia (ECT)

- Indução, através de um estímulo elétrico de uma crise convulsiva;
- Desde o início da sua utilização até à data ainda é um método eficaz no tratamento da esquizofrenia;
- A técnica é realizada com anestesia geral, relaxamento dos músculos e controlo dos sinais vitais, assim como dos parâmetros electroencefalográficos.

23

Em que casos é que se recorre à electroconvulsivoterapia (ECT)?

- Em situações em que o doente não responde à terapêutica farmacológica;
- Na forma de Esquizofrenia catatónica (o doente está praticamente imóvel);
- Em depressão severa com risco de suicídio;
- Quando o doente apresenta sintomas psicóticos.
- As sessões são de 6 a 12 e ocorrem 2 a 3 vezes por semana.

24

Contra indicações da ECT

- Enfarte do miocárdio;
- Insuficiência cardíaca congestiva;
- Aneurismas;
- Lesão tumoral no cérebro.

25

Durante quanto tempo deverá ser feita a medicação?

- Cada caso é um caso;
- Deve ser considerado o risco benefício;
- Após um primeiro surto pode ser durante 1 a 2 anos;
- Se houver episódios agudos (mais surtos) é para toda a vida.

26

Que motivos levam o doente a não cumprir a medicação

- Efeitos secundários dos medicamentos;
- Remissão dos sintomas da doença;
- Dificuldades no relacionamento médico-família-doente;
- Consumo de álcool ou drogas;
- Falta de informação;

27

Que motivos levam o doente a não cumprir a medicação (cont)

- Recaída súbita;
- Ausência de autocritica face à doença;
- Receio de ficar dependente dos medicamentos;
- Ideias delirantes relativamente aos fármacos (por ex: que pode ser tóxicos).

28

Pausa

- 10 minutos

29

Discussão e partilha de experiências

Obrigado

30

Bibliografia

Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia – Para além dos mitos, descobrir a doença*. Cascais: Príncipeia.

Hipólito, M. C. (2003). *Guia para familiares de doentes mentais*. Lisboa: Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental (FNAFSAM).

Robinson, Delbert G., Woerner, M. G., Delman, Howard M., & Kane, J. M. (2005) Pharmacological Treatments for First-Episode Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 31(3), 705–722, [Doi:10.1093/schbul/sbi032](https://doi.org/10.1093/schbul/sbi032).

31

Curso	IIIº Mestrado em Enfermagem na área de especialização Saúde Mental e Psiquiátrica em enfermagem
Módulo	Unidades Curricular: Estágio
Tema da sessão	Importância do tratamento/terapêutica na Recuperação e Prevenção das recaídas
População alvo	Orientadora e participantes do grupo
Formador	Marco Sousa
Duração	60 minutos apresentação + 50 minutos de partilha de experiências e vivências, dúvidas e esclarecimentos.
Data	24 de Janeiro de 2013
Horário	18h30 às 20h30
Local	Loulé, nas instalações da UNIR- Associação do Doentes Mentais, Famílias e Amigos do Algarve.
Objetivos gerais	<p>No final desta sessão os formandos deverão ser capazes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informação adequada sobre as temáticas abordadas; • Promover oportunidade das pessoas falarem abertamente acerca das suas crenças e a sua experiência com os vários temas. • Ajudar as pessoas a considerarem as vantagens e desvantagens de fazer medicação. • Ajudar as pessoas a desenvolver estratégias <i>coping</i>.

Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/ meios didáticos	Formador	Tempo
Introdução	Apresentação da sessão	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Apresentação dos objetivos	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	2 Min
Desenvolvimento	Os fármacos	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	4 Min
	O tratamento/terapêutica na prevenção das recaídas	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	4 Min
	Antipsicóticos Clássicos/1ª Geração	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Antipsicóticos Atípicos/2ª Geração	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Apresentação das fórmulas dos antipsicóticos	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Via Oral	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Solução oral	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Via intramuscular ou endovenosa	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Vantagens da medicação Depôt	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Efeitos secundários dos antipsicóticos, em geral	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min

Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/ meios didáticos	Formador	Tempo
	Síndrome Maligno dos Neurolépticos É raro mas grave	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Electroconvulsivoterapia	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Em que casos é que se recorre à electroconvulsivoterapia	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Contra indicações da ECT	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Durante quanto tempo deverá ser feita a medicação?	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Que motivos levam o doente a não cumprir a medicação	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
Pausa					10 min.
Conclusão	Partilha de experiências e vivências	Expositivo e Interrogativo		Marco Sousa	40 min.
	Esclarecimento de dúvidas	Expositivo e Interrogativo		Marco Sousa	10 min

Programa psicoeducativo «Família unida» 4ª Sessão:

- Agenda:
 - Hora de início (17:30)
 - Pausa (18:30 às 18:45)
 - Hora do fim (19:45)
 - A sessão será composta por uma mistura de educação e discussões orientadas.
- Tema:
Do desenvolvimento da doença à crise/recaída

1

O início da doença

- Tem início habitualmente na fase final da adolescência ou no início da idade adulta.
- Pode ser súbito e manifestar-se rapidamente, evoluindo em escassos dias ou semanas.
- Ou pode ocorrer de forma mais lenta e insidiosa, demorando meses ou anos até que se faça o diagnóstico.

2

O início da doença (cont)

- Neste último caso pode passar despercebido aos pais, amigos, colegas e professores, isto porque o comportamento da pessoa vai-se alterando de forma mais lenta.
- Cerca de 1/3 dos casos apresenta-se na forma lenta e 2/3 na forma aguda.

(Moreno, 2007)

3

A fase aguda da Doença

- É a fase mais ativa da doença.
- Predomina a sintomatologia psicótica característica da esquizofrenia.
- Nesta fase os doentes são levados pela família a uma consulta de psiquiatria ou aos serviços de urgência hospitalar.

4

A fase aguda da Doença (cont)

- O quadro psicótico, nesta fase já tem um período grande de evolução.
- Nesta fase, raramente, o doente tem consciência do seu estado mental e que está doente.
- Torna-se difícil nesta fase, a aceitação do doente para a terapêutica.

5

A fase da estabilização e manutenção

- Com a terapêutica adequada e a melhoria da sintomatologia da doença, principalmente os sintomas positivos controlados, passa-se para a fase de tratamento de manutenção e prevenção da recaída.
- Nesta fase podem ocorrer alguns sintomas, mas com menos intensidade.

6

A fase da estabilização e manutenção (cont)

- A fase da manutenção pode perdurar semanas, meses ou anos;
- A medicação é imprescindível para a prevenção da recaída;
- A pessoa com esquizofrenia pode passar longos períodos sem sintomas ou apenas com sintomas residuais;

7

A recaída

- Podem surgir recaídas ao longo do tempo.
- Mesmo que o doente cumpra a medicação, pode acontecer, estas não são tão intensas como as que nos casos em que o doente não toma medicação.

8

A recaída (cont)

- É urgente a intervenção terapêutica.
- A taxa de recaída dos doentes não medicados, por mês é cerca de 10%. (Davis et al, 2003)
- Somente 40-50% dos doentes tomam regularmente a medicação. (Mitchell & Selmes, 2007).

9

A emotividade expressa pelas Famílias na recaída

- Alguns estudos revelam que a emotividade expressa dos familiares da pessoa com esquizofrenia está associada a risco de recaída dos doentes.
- Foram avaliadas e quantificadas 3 aspetos relacionadas com as recaídas nas famílias:
 - Comentários críticos;
 - Hostilidade;
 - Sobre-implicação emocional.

(Amaresha & Venkatasubramanian, 2012)

10

A emotividade expressa pelas Famílias na recaída (cont)

- Nos familiares em que a emotividade expressa era elevada, 48% dos doentes tiveram recaídas.
- Nos familiares que apresentavam emotividade expressa baixa, apenas 21% dos doentes tiveram recaídas.
- Verifica-se que a emotividade expressa dos familiares para com os doentes funciona como um fator de stress que pode contribuir para as recaídas.

11

(Kavanagh, 1992)

A crise

- Momentos de descompensação, onde a doença se apresenta no seu estado mais agudo.
- Situações em que não só o doente entra em pânico, mas também o resto da família.
- Momentos de dor, angústia e desorientação para todos.

12

Como reconhecer os sinais de Crise recaída da doença

- Comportamento estranho ou bizarro;
- Agitação, agressividade ou medo;
- Isolamento, recusa em sair de casa ou de estar com outros;
- Abandono do trabalho ou da escola;
- Descuidado da higiene pessoal ou da aparência;
- Insónia ou perturbação do sono;

13

Como reconhecer os sinais de Crise recaída da doença (cont)

- Ideias estranhas ou discurso incoerente;
- Alteração da sensibilidade à luz ou ao barulho;
- Excessivas preocupações religiosas;
- Dificuldade na concentração ou olhar fixo e vazio;
- Abuso do álcool ou outras substâncias;
- Exageros ou restrições alimentares.

14

Quando ocorrer a situação de crise

- Procure manter a calma;
- Crie um ambiente tranquilo em casa e com poucos estímulos;
- Desligue televisão, rádio ou coloque o volume baixo;
- Fale em voz baixa e não discuta;
- Mostre compreensão e não tente debater ideias que lhe pareçam estranhas ou bizarras;

15

Quando ocorrer a situação de crise (cont)

- Peça ajuda a um familiar ou amigo de confiança do doente;
- Contacte o médico e/ou enfermeiro assistente;
- Tente levar o doente ao serviço de psiquiatria da sua área de residência;
- Caso o doente recuse a medicação e não haja alternativa, deverá iniciar o processo de internamento compulsivo.

16

Plano de Emergência

As famílias devem ter um plano de emergência pronto para utilizar quando ocorre um episódio de crise:

- Tenha uma lista de números de telefone acessível:
 - nº da polícia,
 - do hospital e serviço de psiquiatria,
- Em caso de tentativa de suicídio ou algo que considere muito grave ligue o 112.

17

Plano de Emergência (cont)

- Contacto de um familiar ou amigo do seu doente, que ele tenha confiança, para o ajudar.
- Deve informar a polícia em caso de o doente se mostrar muito agressivo.
- Fale com o doente sobre o que se está a passar e que vai tomar algumas medidas, pode ser menos assustador para o doente e este acalmar-se.

18

No Hospital e o ambiente hospitalar

- A hospitalização deve ser considerada necessária para obter um diagnóstico preciso.
- O ambiente hospitalar permite a observação intensiva do doente e permite efetuar exames clínicos, necessários para o diagnóstico.
- O doente não deve ter com ele bens de valor, o hospital não se responsabiliza pelos mesmos.

19

No Hospital e o ambiente hospitalar (cont)

- Todos os bens que o doente tiver na sua posse no momento do internamento é feito um espólio e fica sob a guarda do hospital.
- Os familiares poderão requerer os bens no serviço de urgência ou local para o devido efeito.
- O doente pode ter alguns bens na sua posse desde que o mesmo se responsabilize pelos mesmos.

20

No Hospital e o ambiente hospitalar (cont)

- Deve ser o indispensável, tais como: peças de vestuário, produtos de higiene pessoal, alguns alimentos, água e sumo.
- É importante a presença de um familiar no momento do internamento, porque tem que dar informação acerca do doente, nomeadamente: um contato telefónico, medicação atual, outras doenças, alergias, etc..

21

No Hospital e o ambiente hospitalar (cont)

- As famílias devem estabelecer uma comunicação eficaz com os técnicos do hospital.
- A maioria dos familiares chegam ao hospital em estado de pânico e choque, querem saber automaticamente o que está acontecendo, devem manter a calma, serão dadas as informações necessárias, após estabilização do doente.

22

No Hospital e o ambiente hospitalar (cont)

- Reconheça que a equipa hospitalar está ali para ajudar o seu doente.
- Procure estabelecer uma "parceria" entre o psiquiatra, o seu parente e você mesmo.

23

No Hospital e o ambiente hospitalar (cont)

- Saiba o nome do médico psiquiatra, do enfermeiro, e assistente social. São os técnicos responsáveis pelo tratamento do seu doente.
- Deve falar com eles, se tiver quaisquer dúvidas e preocupações.
- Lembre-se que a quantidade de informação que você recebe pode ser limitada pelas restrições de confidencialidade.

24

Pausa

- 10 minutos

25

Discussão e partilha de experiências

Obrigado

26

Bibliografia

- Alfonso, P. (2010). Esquizofrenia – Para além dos mitos, descobrir a doença. Cascais: Principia.
- Amaresha A. C., Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview. *Indian J Psychol Med*, 34, 12-20- Doi: 10.4103/0253-7176.96149
- Davis JM, Chen N. (2003). Choice of maintenance medication for schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 64(suppl. 16), 24-33. Acedido a 26-12-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14680416>.
- Hipólito, M. C. (2003). Guia para familiares de doentes mentais. Lisboa: Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental (FNAFSAM).
- Kavanagh, D. J. (1992 Maio). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry*, (160), 601-20. . Acedido a 26-12-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1591571>
- Mitchell, A. J. & Selmes, T. (2007). Why don't patients take their medicine? Reasons and solutions in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13,336-346. Doi: 10.1192/apt.bp.106.003194.
- Moreno, Alfonso C. (2007). *Las Esquizofrenias Sus Hechos Y Valores Clinicos*. Barcelona: Masson.

27

Curso	IIIº Mestrado em Enfermagem na área de especialização Saúde Mental e Psiquiátrica em enfermagem
Módulo	Unidades Curricular: Estágio
Tema da sessão	Do desenvolvimento da doença à crise/recaída
População alvo	Orientadora e participantes do grupo
Formador	Marco Sousa
Duração	60 minutos apresentação + 50 minutos de partilha de experiências e vivências, dúvidas e esclarecimentos.
Data	31 de Janeiro de 2013
Horário	18h30 às 20h30
Local	Loulé, nas instalações da UNIR- Associação do Doentes Mentais, Famílias e Amigos do Algarve.
Objetivos gerais	<p>No final desta sessão os formandos deverão ser capazes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informação adequada sobre as temáticas abordadas; • Promover oportunidade das pessoas falarem abertamente acerca das suas crenças e a sua experiência com os vários temas. • Ajudar as pessoas a considerarem as vantagens e desvantagens de fazer medicação. • Ajudar as pessoas a desenvolver estratégias <i>coping</i>.

Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/ meios didáticos	Formador	Tempo
Introdução	Apresentação da sessão	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Apresentação dos objetivos	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	2 Min
Desenvolvimento	O início da doença	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	4 Min
	A fase aguda da Doença	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	4 Min
	A fase da estabilização e manutenção	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	A recaída	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	A emotividade expressa pelas Famílias na recaída	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	6 Min
	A crise	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	6 Min
	Como reconhecer os sinais de Crise recaída da doença	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	6 Min
	Quando ocorrer a situação de crise	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	6 Min
	Plano de Emergência	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	6 Min
	No Hospital e o ambiente hospitalar	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	6 Min

Pausa					10 min.
Conclusão	Partilha de experiências e vivências	Expositivo e Interrogativo		Marco Sousa	40 min.
	Esclarecimento de dúvidas	Expositivo e Interrogativo		Marco Sousa	10 min

Programa psicoeducativo «Família unida» 5ª Sessão: Reabilitação

- Agenda:
- Hora de início (17:30)
- Pausa (18:30 às 18:45)
- Hora do fim (19:45)
- A sessão será composta por uma mistura de educação e discussões orientadas.
- Tema:

Reabilitação

1

Reabilitação

- Ter a doença de Esquizofrenia já foi sinónimo de exclusão social.
- Os doentes eram metidos em hospitais psiquiátricos ou asilos para o resto das suas vidas.
- Esta prática contribuía para o agravamento da desinserção social.

2

Reabilitação

- É verdade que a doença por si mesma pode ser causadora de limitações e *deficits* importantes.
- Muitos doentes não aprendiam ou esqueciam os comportamentos necessários para conseguirem ter êxito nas interações sociais e nas relações interpessoais.
- Após um internamento prolongado, apenas 25-30% conseguem voltar a trabalhar, e ao fim de 1 ano estes valores reduzem para metade.

(Alfonso, 2006 citando Glynn & Mackain, 1992).

3

Reabilitação

- A esquizofrenia, pelas suas características, requer uma abordagem terapêutica abrangente.
- É necessário intervir não só ao nível farmacológico, controlando os sintomas da doença, mas também ao nível social, psicoterapêutico, psicoeducativo, familiar e ocupacional.
- Os doentes devem ter uma oportunidade para desempenhar um papel ativo na sociedade.

4

Reabilitação

- Em Portugal estimou-se que 3984 doentes estavam internados em hospitais psiquiátricos no ano de 1970 e no ano de 1993 o número de doentes internados reduziu para 2449.
- No Censo Psiquiátrico de 2001, as esquizofrenias foram, no conjunto dos internamentos, das consultas e das urgências, as patologias mais frequentes (21,2%), sendo a principal causa de internamento (36,2%) e a terceira nas consultas (12,4%).

5

(Direção Geral da Saúde, 2004).

Reabilitação

- Retirar simplesmente os Doentes com esquizofrenia dos hospitais psiquiátricos para a comunidade, sem lhes darmos apoio diferenciado e continuado, não é suficiente.
- O processo de reabilitação deve ser contínuo, apontando para o aumento da autonomia, realização pessoal e qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia.

6

Reabilitação

- A demora média dos internamentos com diagnóstico de esquizofrenia, foi, no ano de 2002, de 35,4 dias (sendo a demora média global dos internamentos psiquiátricos de 20,0 dias).

7

(Direção Geral da Saúde, 2004)

Objetivos gerais da reabilitação na esquizofrenia

- Permitir uma reinserção e integração social do doente;
- Diminuir as incapacidades resultantes da doença;
- Diminuir o número de recaídas e de internamentos;
- Proporcionar uma maior autonomia socioeconómica;
- Melhorar o desempenho dos papéis sociais;
- Melhorar a qualidade de vida do doente e o grau de autossatisfação.

8

Para atingir os objetivos

- Foram criadas uma série de estruturas terapêuticas de reabilitação e de apoio:
 - Hospitais de dia;
 - Centros de dia;
 - Fóruns socio-ocupacionais;
 - Unidades de vida apoiada;
 - Empregos apoiados.

9

Estruturas de reabilitação e apoio comunitário

- Promovem intervenções:
 - Terapêuticas;
 - Psicológicas;
 - Sociais;
 - Familiares.
- Com o objetivo de consolidar a desinstitucionalização, evitar o aparecimento de «novos doentes crónicos» e aos mesmo tempo prevenir a incapacidade que esquizofrenia acarreta.

10

Estruturas de reabilitação e apoio comunitário (cont)

- Facilitam um contato mais próximo com as famílias e com a própria rede de apoio social.
- São locais de melhor aceitação pelos doentes e menos estigmatizadores.
- Promovem um maior sucesso no tratamento da doença.

11

Hospitais de Dia

- É um local terapêutico a tempo parcial, com uma equipa de profissionais de saúde (Psiquiatra, Enfermeiros, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, entre outros).
- Com uma perspectiva de trabalho em equipa, multidisciplinar, destinado a proporcionar aos doentes, um programa terapêutico-reabilitativo abrangente.

12

Hospitais de Dia (cont)

- Os doentes frequentam o hospital de dia como transição do internamento para os cuidados em regime ambulatorio na comunidade.
- As atividades terapêuticas são diferenciadas e incluem cuidados médicos, de enfermagem, psicossociais e ocupacionais.

13

Hospitais de Dia (cont)

- São trabalhadas várias temáticas individualizadas ou em grupo, tais como:
 - > terapêutica farmacológica;
 - > psicoterapia;
 - > terapia familiar;
 - > terapia ocupacional;
 - > e programas psicoeducativos.

14

Hospitais de Dia (cont)

- As atividades desenvolvidas normalmente são:
 - > Em horário laboral;
 - > Em dias úteis.
- Facilitam as idas a casa do doente, diariamente e aos fins de semana;
- Promovem o contato com a família e a comunidade onde o doente está integrado.

15

Centros de dia

- São estruturas terapêuticas integradas na rede de cuidados psiquiátricos, destinadas a fornecer uma série de cuidados de reabilitação.
- São compostas por vários técnicos.
- São destinados a pessoas integradas, estabilizadas clinicamente e que tenham algum suporte familiar.
- Fornecem apoio alimentar e de cuidados de higiene.
- Dão suporte psicossocial complementar à terapêutica farmacológica.

16

Fóruns socio-ocupacionais

- Localizam-se na comunidade.
- Têm como destinatários pessoas com doença mental grave, com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial.
- Com disfuncionalidades na área relacional, ocupacional e de integração social.

17

Fóruns socio-ocupacionais (cont)

- Têm por finalidade a promoção da autonomia, a estabilidade emocional e a participação social, com vista à integração social, familiar e profissional.
- Promovem várias atividades ocupacionais manuais ou intelectuais.
- Promovem a auto-estima e a tomada de decisões.

18

Unidades de vida apoiada/treino residencial (UVAP)

- Apresentam diferentes níveis de intervenção dos técnicos.
- Localizam-se, na sua maioria, na comunidade e asseguram a prestação de serviços médicos e sociais.

19

Unidades de vida apoiada/treino residencial (cont)

- São de quatro tipos:
 - as residências autónomas;
 - as residências de apoio moderado;
 - as residências de apoio máximo;
 - as residências de treino de autonomia, com objetivos diferentes das anteriores.

20

As atividades promovidas na UVAP

- Participação nas atividades da vida diária;
- Higiene e cuidados pessoais;
- Gestão do tempo;
- Gestão do dinheiro;
- Gestão de medicamentos;
- Utilização de recursos de apoio social;
- Integração em atividades comunitárias convencionais associativas, culturais, recreativas e desportivas.

21

Equipas de Saúde Mental Comunitárias (ESMC)

- Atuam no domicílio, auxiliam na supervisão e gestão da medicação e asseguram o apoio regular nos cuidados pessoais e nas atividades da vida diária, gestão doméstica e financeira, compras, confeção de alimentos, tratamento de roupas, manutenção da habitação, utilização dos transportes públicos e outros recursos comunitários.

22

Objetivos Gerais das ESMC

- Diagnosticar e encaminhar situações/problema no âmbito das perturbações mentais dos indivíduos num determinado sector geo-demográfico.
- Conceber e desenvolver atividades terapêuticas, quer isoladamente quer em articulação com outras entidades, no domínio da Saúde Mental.

23

Objetivos Gerais das ESMC (cont)

- Potenciar a capacidade de resposta do Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria/Hospital a situações do domínio da Saúde Mental identificadas pelos técnicos da instituição e de outras instituições da comunidade.
- Implementar estratégias recuperação/prevenção nos domínios Médico, Psicológico, Enfermagem, Terapia Ocupacional e Social junto dos doentes e suas famílias.

24

A Equipa de Saúde Mental Comunitária (ESMC) é composta por:

- 1 Médico Psiquiatra;
- 1 Enfermeiro;
- 1 Psicóloga Clínica;
- 1 Assistente Social;
- 1 Terapeuta Ocupacional.

25

Encontrar os serviços e apoios adequados

- Solicite a informação a um funcionário do hospital público local mais próximo (o da sua área de residência);
- Peça a informação a um funcionário do hospital público local mais próximo com serviço de psiquiatria e saúde mental;
- Contacte o Centro de Saúde da sua área de residência;
- Contacte a linha de saúde direta 808 24 24 24.

26

Pausa

- 10 minutos

27

Discussão e partilha de experiências

Obrigado

28

Bibliografia

- Afonso, P. (2010). Esquizofrenia – Para além dos mitos, descobrir a doença. Cascais: Principia.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2010). CIR: Cuidados Integrados e Recuperação: Manual de Trabalho Versão 1.3., Lisboa: Ministério da Saúde.
- Hipólito, M. C. (2003). Guia para familiares de doentes mentais. Lisboa: Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental (FNAFSAM).
- Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental (2004). Lisboa: Direção Geral da Saúde

Curso	IIIº Mestrado em Enfermagem na área de especialização Saúde Mental e Psiquiátrica em enfermagem
Módulo	Unidades Curricular: Estágio
Tema da sessão	Reabilitação
População alvo	Orientadora e participantes do grupo
Formador	Marco Sousa
Duração	60 minutos apresentação + 50 minutos de partilha de experiências e vivências, dúvidas e esclarecimentos.
Data	7 de Fevereiro de 2013
Horário	18h30 às 20h30
Local	Loulé, nas instalações da UNIR- Associação do Doentes Mentais, Famílias e Amigos do Algarve.
Objetivos gerais	<p>No final desta sessão os formandos deverão ser capazes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informação adequada sobre as temáticas abordadas; • Promover oportunidade das pessoas falarem abertamente acerca das suas crenças e a sua experiência com os vários temas. • Ajudar as pessoas a considerarem as vantagens e desvantagens de fazer medicação. • Ajudar as pessoas a desenvolver estratégias <i>coping</i>.

Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/ meios didáticos	Formador	Tempo
Introdução	Apresentação da sessão	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Apresentação dos objetivos	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	2 Min
Desenvolvimento	Reabilitação	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	4 Min
	Objetivos gerais da reabilitação na esquizofrenia	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	4 Min
	Para atingir os objetivos	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	4 Min
	Estruturas de reabilitação e apoio comunitário	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	4 Min
	Hospitais de Dia	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	4 Min
	Centros de dia	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	4 Min
	Fóruns socio-ocupacionais	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	4 Min
	Unidades de vida apoiada/treino residencial (UVAP)	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	4 Min
	As atividades promovidas na UVAP	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	4 Min
	Equipas de Saúde Mental Comunitárias (ESMC)	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	4 Min

Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/ meios didáticos	Formador	Tempo
	Objetivos Gerais das ESMC	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	4 Min
	Composição da Equipa de Saúde Mental Comunitária (ESMC)	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	4 Min
	Encontrar os serviços e apoios adequados	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
Pausa					10 min.
Conclusão	Partilha de experiências e vivências	Expositivo e Interrogativo		Marco Sousa	40 min.
	Esclarecimento de dúvidas	Expositivo e Interrogativo		Marco Sousa	10 min

Programa psicoeducativo «Família unida» 6ª Sessão:

- Agenda:
 - Hora de início (18:30)
 - Pausa (19:30 às 19:45)
 - Hora do fim (20:45)
 - A sessão será composta por uma mistura de educação e discussões orientadas.
- Tema:
Lei da Saúde Mental / Internamento Compulsivo

1

Lei da Saúde Mental

- A legislação sobre a possibilidade de internar um doente compulsivamente começou a desenvolver-se por volta de 1960 nos EUA.
- Em Portugal, começa a desenvolver-se esta área passados 3 anos, e “foi um dos primeiros países europeus a adoptar uma lei nacional (1963) de acordo com os princípios da sectorização”

(Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2007)

2

Lei da Saúde Mental (cont)

- Nos anos 90, surge em Portugal a nova legislação de saúde mental, a Lei nº 36/98 e o Decreto-lei nº 35/99.
- O indivíduo passa a poder ser internado compulsivamente ou ser submetido a um tipo de tratamento obrigatório.
- Desde que para isso possua uma doença mental e esta seja tratável, represente perigo para o próprio ou para terceiros, recuse o consentimento, tenha incapacidade para tomar decisões e a hospitalização seja a medida menos restritiva possível para o doente.

3

Lei da Saúde Mental (cont)

- Hoje em dia, as Leis em Saúde Mental existem em praticamente todos os países modernos.
- Em Portugal, a posição de um doente com doença psiquiátrica internado numa instituição contra a sua vontade é regulada por leis e baseada na opinião da entidade competente, o Tribunal.
- A Lei da Saúde Mental em vigor é a Lei nº 36/98 de 24 de Julho.

4

Internamento Compulsivo

- Estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais.
- Há a necessidade de tratamento e consequentemente surge algumas formas de o fazer, nomeadamente através do internamento compulsivo.

5

(Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2007).

O que é o Internamento Compulsivo?

- É o internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica grave, devendo para isso, de acordo com a mesma lei, tratar-se de um portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial.

6

(Lei nº 36/98 de 24 de Julho, artigo 12º, nº1)

O que é o Internamento Compulsivo? (cont)

- E que recuse submeter-se ao necessário tratamento médico, pode ser internado em estabelecimento adequado, podendo ainda ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado.

7

(Lei nº 36/98 de 24 de Julho, artigo 12º, nº1)

Só quando existe hétero-agressividade é que se pedir o internamento compulsivo?

- Existem situações em que os doentes apresentam sinais de descompensação e não estão agressivos.
- No entanto necessitam de serem internados para compensar o estado mental.
- A Lei da Saúde Mental prevê essa situação, uma vez que o internamento visa proteger a pessoa, antes que esta possa lesar-se a si mesma, terceiros ou a bens patrimoniais.

8

Quem é que pode requerer o internamento compulsivo?

- Tem legitimidade para tal, o representante legal do indivíduo portador de anomalia psíquica, tais como:
- Os pais no exercício do poder parental;
- Os tutores de menores ou de indivíduos interditos;
- Os cuidadores de indivíduos inabilitados;
- O cônjuge e/ou os parentes sucessíveis (descendentes, ascendentes, irmãos e seus descendentes até ao quarto grau);

9

Quem é que pode requerer o internamento compulsivo? (cont)

- As autoridades de saúde pública;
- As autoridades Policiais;
- O Ministério Público;
- O Médico assistente do doente;
- O Enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, como terapeuta de referência.

10

Quem não pode pedir o internamento compulsivo

- Um vizinho;
- Um amigo;
- Companheiro(a) em união de facto.

11

Como requerer o internamento compulsivo de Urgência

- Deve ser exposto de forma escrita, sem qualquer formalidade.
- Descrever a situação por forma a justificar a necessidade de internamento.
- Juntar ao requerimento relatórios psiquiátricos ou outros elementos de ordem clínica (por ex: a nota de alta do último internamento).

12

A quem se pode recorrer para pedir o internamento compulsivo?

- Ao Centro de Saúde da área de residência (Delegado de Saúde Pública);
- Às Autoridades Policiais;
- Ao médico psiquiatra assistente do doente;
- À Equipa de Saúde Mental Comunitária da sua área de residência.

13

Onde é que o doente é internado?

- Os doentes internados compulsivamente não devem ser diferentes dos outros.
- O doente é apresentado no serviço de urgência de saúde mental mais próximo da sua área de residência.
- Caso não haja médico psiquiatra de urgência no momento da sua apresentação, deverá ser conduzido ao Hospital mais próximo.
- Após avaliação clínico-psiquiatra, pelo médico psiquiatra, o doente deverá ser conduzido ao hospital mais próximo possível da área de residência.

14

Características psicopatológicas da pessoa para o Internamento Compulsivo

- Devem existir critérios médicos que determinem a gravidade da doença psiquiátrica e a avaliação da terapêutica que está a ser ministrada ao doente.
- O internamento compulsivo terá lugar sempre que o doente seja alvo de um mandado e/ou processo de internamento compulsivo por reunir as condições previstas na Lei de Saúde Mental, conforme referido anteriormente.

15

Desenvolvimento do processo do internamento compulsivo de Urgência

- De acordo com o artigo 22.º da Lei n.º 36/98, de 24 de Julho:
- O requerente faz o pedido do internamento compulsivo às autoridades competentes;
- As autoridades solicitam ao tribunal a emissão do mandado de condução;
- O tribunal emite o mandado de condução para as autoridades policiais;

16

Desenvolvimento do processo do internamento compulsivo de Urgência (cont)

- As autoridades policiais fazem-se acompanhar do doente ao serviço de urgência psiquiátrico mais próximo deste;
- No serviço de urgência o médico psiquiatra faz uma avaliação clínico-psiquiatra;
- Após avaliação psiquiátrica, se existirem os critérios obrigatórios para o internamento, o tribunal é informado no momento (por fax) que o doente fica internado compulsivamente.

17

Desenvolvimento do processo do internamento compulsivo de Urgência (cont)

- O processo finda após estabilização do doente e este aceite cumprir o tratamento.
- Caso o doente no momento a avaliação clínico-psiquiatra aceite ficar voluntariamente internado, o médico psiquiatra informa o tribunal, no momento, e finda o processo.

18

Tratamento em Regime Compulsivo

- O processo para o tratamento em regime compulsivo tem início quando o doente está internado em regime de internamento compulsivo.
- Antes da alta do doente é-lhe proposto um tratamento, e para tal o doente tem que assinar o consentimento informado que aceita fazer o tratamento.
- Caso o médico verifique que não haja adesão à terapêutica instituída, informa o tribunal que o doente substitui o internamento pelo tratamento em regime compulsivo.

19

Tratamento em Regime Compulsivo (Cont)

- O doente tem alta do internamento, regressa ao seu lar, mas continua em regime compulsivo a efetuar tratamento.
- O tratamento é normalmente injetável, e é efetuado pelos enfermeiros.
- Os Enfermeiros avaliam o cumprimento ou não do tratamento prescrito.
- Caso haja recusa do doente para que lhe seja administrada a medicação, é informado o tribunal do não cumprimento.

20

Tratamento em Regime Compulsivo (Cont)

- O tribunal emite um mandado de condução às autoridades policiais;
- As autoridades policiais fazem-se acompanhar do doente junto do local de administração da terapêutica.
- Os Enfermeiros administram a terapêutica e fazem seguir informação do cumprimento ao tribunal.
- Durante este processo o doente é sujeito a avaliações clínico-psiquiatras, periódicas.

21

Pausa

- 10 minutos

22

Discussão e partilha de experiências

Obrigado

23

Bibliografia

- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2010). CIR: Cuidados Integrados e Recuperação: Manual de Trabalho Versão 1.3., Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 35/99 de 5 de Fevereiro (1999). Estabelece a organização da prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental. *Diário da República I Série*, Nº 30 (5-2-1999), 676-681.
- Lei n.º 36/98 de 24 de Julho (1998). Lei de Saúde Mental. *Diário da República I Série*, Nº 169 (24-07-1998), 3544-3550.

24

Curso	IIIº Mestrado em Enfermagem na área de especialização Saúde Mental e Psiquiátrica em enfermagem
Módulo	Unidades Curricular: Estágio
Tema da sessão	Lei da Saúde Mental / Internamento Compulsivo
População alvo	Orientadora e participantes do grupo
Formador	Marco Sousa
Duração	60 minutos apresentação + 50 minutos de partilha de experiências e vivências, dúvidas e esclarecimentos.
Data	14 de Fevereiro de 2013
Horário	18h30 às 20h30
Local	Loulé, nas instalações da UNIR- Associação do Doentes Mentais, Famílias e Amigos do Algarve.
Objetivos gerais	<p>No final desta sessão os formandos deverão ser capazes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informação adequada sobre as temáticas abordadas; • Promover oportunidade das pessoas falarem abertamente acerca das suas crenças e a sua experiência com os vários temas. • Ajudar as pessoas a considerarem as vantagens e desvantagens de fazer medicação. • Ajudar as pessoas a desenvolver estratégias <i>coping</i>.

Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/ meios didáticos	Formador	Tempo
Introdução	Apresentação da sessão	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	3 Min
	Apresentação dos objetivos	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	2 Min
Desenvolvimento	Lei da Saúde Mental	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	5 Min
	Internamento Compulsivo	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	5 Min
	O que é o Internamento Compulsivo	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	5 Min
	Só quando existe hétero-agressividade é que se pedir o internamento compulsivo?	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	5 Min
	Quem é que pode requerer o internamento compulsivo?	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	5 Min
	Quem não pode pedir o internamento compulsivo	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	5 Min
	Como requerer o internamento compulsivo de Urgência	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	4 Min

Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/ meios didáticos	Formador	Tempo
Desenvolvimento	A quem se pode recorrer para pedir o internamento compulsivo?	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	4 Min
	Onde é que o doente é internado?	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	4 Min
	Características psicopatológicas da pessoa para o Internamento Compulsivo	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	4 Min
	Desenvolvimento do processo do internamento compulsivo de Urgência	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	5 Min
	Tratamento em Regime Compulsivo	Expositivo	Apresentação PowerPoint	Marco Sousa	4 Min
Pausa					10 min.
Conclusão	Partilha de experiências e vivências	Expositivo e Interrogativo		Marco Sousa	40 min.
	Esclarecimento de dúvidas	Expositivo e Interrogativo		Marco Sousa	10 min

APÊNDICE VIII

A história

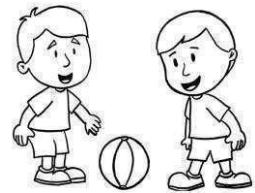


Sou o Pedro, o filho mais novo de três irmãos. O meu pai é Engenheiro e a minha mãe é professora. Com exceção da minha mãe que sofre de depressão recorrente, não existem antecedentes de doenças psiquiátricas na família. O meu pai desconfia dos psiquiatras e atribui a depressão da minha mãe a uma fragilidade de carácter negado, deste modo, a existência de uma doença.

1

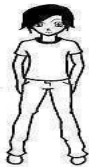


A minha infância foi igual à maioria de todas as outras crianças. Fui bom aluno, era sociável na escola e fazia amizades com facilidade, tinha bons amigos.



2

Na adolescência tive alguns conflitos com a minha mãe, gostava de ser mais independente e de sair à noite com os meus amigos. Muito do meu tempo livre era passado em frente ao computador, a jogar jogos, e falar com os meus amigos no Facebook.



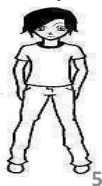
3

O meu pai costumava chegar mais tarde a casa, e dizia que estava muito cansado. Sentia um afastamento do meu pai. As poucas vezes que falávamos, era para resolver conflitos que tinha com a minha mãe, isto porque ela dizia que eu era rebelde. Apesar dos conflitos com a minha mãe a maior parte da educação, que recebi, foi dada por ela.



4

Tenho de vos confessar, por vezes sentia tristeza e um vazio interior. Nestas alturas, enchia-me de raiva e dizia para comigo mesmo: "não quero ser mau como a minha mãe", Sabem naquela altura não entendia que, o que ela queria, era o melhor para mim. Sempre tive o sonho de ser engenheiro como o meu pai. Na escola secundária, no 12º ano, temos que fazer exames de acesso à universidade, então tinha que estudar muito para obter bons resultados. Recordo que nesta altura nem falava com os amigos do Facebook, todo o tempo que tinha era para estudar.



5

Foi nesta altura que comecei a sentir-me esquisito. Ia para as aulas e distraía-me com facilidade, perdia a lógica no pensamento, pensava noutros assuntos, tudo parecia confuso. A determinada altura dei comigo a ficar sozinho num canto da escola, não procurava os amigos e sempre que eles me procuravam, dizia que não podia estar com eles, porque tinha de estudar para os exames. Comecei a ficar muito magro e quando olhava para o espelho via aquele olhar vazio e fixo, tinha um aspeto doente, pálido com olheiras, enfim... A minha mãe levou-me ao médico e este passou umas análises, os resultados foram normais.

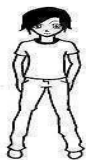


6

Cada vez mais escutava discussões entre os meus pais e como não gostava de os ouvir isolava-me no quarto. O meu pai conta que, certa noite, acordou com barulho em casa e foi ao meu quarto saber o que se passava e perguntou-me:

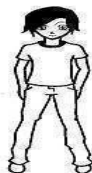
- Estás a falar sozinho?
- Não vês que estou a conversar, respondi eu.
- Mas com quem, se não está aqui ninguém a não seres tu, disse o meu pai.

Devo ter ficado tão pálido que o meu pai saiu do quarto e nem comentou mais nada.



7

Na escola, comecei a desinteressar-me das conversas habituais que tinha com os amigos. Não gostava de estar juntos deles nem de falar, desconfiava de todos. Aliás ouvia os comentários dos colegas, tipo: "O Pedro está diferente (...) Será que anda a consumir drogas?" Os professores começaram a dizer que não tinha interesse nas aulas, os testes eram a prova disso, tirava notas muito fracas.



8

Também, na escola, contam os meus amigos, certo dia ocorreu algo de muito estranho. Fui ter com um amigo meu, o João, e pedi-lhe o telemóvel, com um ar muito irritado, aliás dei-lhe um safanão e arranquei-lhe o telemóvel das mãos. Ele com um ar muito assustado, pergunta-me para que quero o telemóvel. Segundo ele, eu respondi que era para ver as mensagens, pois queria saber se ele andava metido com eles!. Disse-me que estava maluco, tirou-me o telemóvel e correu.



9

Recordo que uma noite escutei a minha mãe a comentar com o meu pai acerca do meu estado mental, em que ela referia ao meu pai que eu não estava bem da cabeça, "sabes, o teu filho agora quer colocar um *piercing* na língua (...) anda com uns pensamentos muito estranhos, não parece o nosso Pedro". Não consigo concentrar-se nos estudos, isola-se dos amigos, sinto-o distante. Conheço o nosso filho, sinto no seu olhar uma certa desconfiança e medo. O meu pai interrompeu-a dizendo-lhe que era um disparate e se ele não estuda, terá de ser castigado. A minha mãe respondeu dizendo que tinha de me levar a um psiquiatra. Mas o meu pai continuou insistindo que era um disparate e que já bastava a minha mãe andar metida nisso. A conversa terminou em discussão e ameaças de divórcio.



10

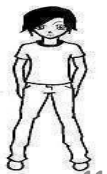
Uma semana mais tarde, uma noite quando o meu pai chega a casa, pergunta à minha mãe:

- Que se passa? Estás a chorar porquê?
- Vai ver o teu filho, disse-lhe a minha mãe.

Ele vem ter comigo e depara-se com uma cena fora do comum. Estava a rapar o cabelo e falava com pessoas que não estavam presentes, dizendo coisas sem nexos.

O meu pai disse que tinha de ir ao hospital urgentemente.

Respondi que não estava doente e muito menos iria ao hospital. Mesmo assim o meu pai agarrou em mim, obrigou-me a entrar no carro e fomos para o hospital.



11

No hospital, não esqueço, na sala todos me observavam, liam o meu pensamento. Na presença do psiquiatra, estava com medo. Perguntou o que me preocupava, disse-lhe que sentia uma impressão na cabeça.

Pergunta se ouvia vozes dentro da minha cabeça.

Respondi muito irritado, como é que sabe?! Também consigo adivinhar os meus pensamentos?!

Não. Mas acho que está doente. É importante ajudá-lo a livrar-se dessas vozes que o atormentam, disse o psiquiatra.

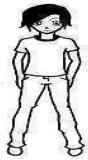
Não são apenas vozes, são umas pessoas que me visitam, contudo não estou doente, quero ir para casa.

O médico disse que teria de ficar, para esclarecer quem eram essas pessoas.



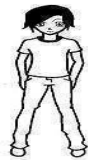
12

Após alguns momentos de insistência, o médico disse-me que via muito medo no meu rosto e perguntou-me se tinha receio de alguma coisa. Respondi que eles controlavam tudo, que era suspeito de pertencer a um grupo de terroristas, o psiquiatra interrompe perguntando à quanto tempo é que andava a ser controlado? Respondi que havia meses que estava a ser vigiado pelos serviços secretos da CIA, entraram no meu computador e descobriram tudo. Entretanto, fiquei tão irritado levantei-me e comecei a sair do gabinete. Os meus pais estavam na porta e impediram que saísse. O psiquiatra disse para me acalmar porque ali estava em segurança e que tinha uns medicamentos que me ajudariam a acalmar e fazer com que o medo e a ansiedade diminuíssem.



13

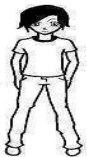
Estive três semanas internado, após a alta comecei a frequentar um grupo psicoeducativo com a Enfermeira, onde aprendi sobre a doença, Esquizofrenia, e a importância de tomar a medicação. Passei a ter consultas de psiquiatria regularmente e a enfermeira visitava-me em minha casa com alguma frequência. Aos poucos recuperei a concentração, o interesse pelos estudos, e os amigos começaram a fazer parte da minha vida. Dois meses mais tarde regresssei à escola e com a ajuda dos professores consegui terminar o ano letivo com aproveitamento. E com todo o meu esforço consegui entrar no ensino superior, presentemente estou a frequentar o curso de Biologia.



14

Com a ajuda da minha família, do meu psiquiatra, da enfermeira, dos meus amigos e tomando os medicamentos, posso fazer uma vida com normalidade. Sou uma pessoa como todas as outras pessoas, apenas tenho uma doença mental,

a Esquizofrenia.



FIM

15

APÊNDICE IX

Folheto Informativo dos temas abordados na sessão

PARA RECORDAR

- ❖ A saúde mental é qualidade de vida e não só ausência de doença.
- ❖ Em todas as pessoas existem condutas e atitudes mais próximas da saúde e outras mais próximas da doença.
- ❖ Nas pessoas que sofrem de doença mental também existem aspetos são.
- ❖ A confiança e a paciência geram um ambiente que anima o familiar no seu processo de recuperação.
- ❖ Nenhuma verdadeira melhoria ocorre da noite para o dia; é importante estar atento a cada pequena mudança que se produz nesse sentido e poder valoriza-la.
- ❖ A doença mental não tem uma causa única nem surge de um dia para o outro, ainda que assim se manifeste.
- ❖ A circunstância imediatamente anterior ao momento em que surge a doença não é a sua causa, mas sim um elemento precipitante da mesma, ao provocar um *stress* maior que os recursos com que pessoas contam para o enfrentar.
- ❖ Todos os membros da família podem ser protagonistas de pequenas mudanças saudáveis na inter-relação, as quais também se recuperam no processo de recuperação do familiar doente.

APÊNDICE X

Folheto informativo com vários contatos de Instituições para pessoas com doença mental, existentes na comunidade

ASA AMIGA – Associação de Familiares e Amigos para a Saúde Mental (Associação de Familiares)

Rua Eduardo Bairrada, Loja 35
1300-212 Lisboa

Telefone: 21 361 12 50 E-mail: asaamiga@gmail.com

Dispositivos/ respostas: GAM Grupos de Ajuda-Mútua; Formação de Voluntários; Atividades culturais de lazer e convívio; Clube social ASA Amiga.

ANARP - Associação Nova Aurora Porto

Rua Coronel Almeida Valente, 280
4200-030 Porto
Telef: 22 551 86 78

E-mail: ass.anarp@gmail.com
<http://www.anarp.org.pt/>

Dispositivos/ respostas: Fórum Sócio-Ocupacional; Orientação de utentes para formação profissional em centros de formação da comunidade; Apoio às famílias.

GIRA – Grupo de Intervenção e Reabilitação Activa

Rua Luciano Cordeiro, nº 34 – 1º
1150-216 Lisboa
Telefone: 21 354 45 35 Fax: 21 354 45 42

E-mail: gira@gira.org.pt

Dispositivos/ respostas: Unidades de Vida Autónoma; Fóruns Sócio-ocupacionais.

Persona

Rua Berthlot, nº 1 – Quimiparque
2830-137 Barreiro

Telefone: 21 206 09 99 Fax: 21 206 70 50

E-mail: anacorreia@persona.pt

Dispositivos/ respostas: Fórum Sócio Ocupacional; Apoio psicossocial ao doente e família; Animação Sócio-cultural.

AEAPE – Associação de Educação e Apoio da Esquizofrenia

Parque de Saúde de Lisboa, Av. Do Brasil, 53
Pavilhão 18ª – 1º Andar
1749-002 Lisboa

Telefone: 21 791 70 00 Ext.: 13 15

E-mail: aeape_esquizofrenia@blogspot.com

A FARPA - Associação de Familiares e Amigos do Doente Psicótico

Av. Bernardo Santareno
2000 Santarém
Telefone: 243 352 600

E-mail: a.farpa@sapo.pt Em: <http://www.afarpa.com.pt/>

Dispositivos/ respostas: Fórum Sócio-Ocupacional.

Elaborado por:
Enfermeiro Marco Sousa

Orientadora:
Enfermeira Arlete Lourenço
Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
Colaboração: UNIR - Associação dos Doentes Mentais, Famílias e Amigos do Algarve



Programa Psicoeducativo

Contactos de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)

Apoio a Pessoas com Esquizofrenia e Familiares



ASSOCIAÇÃO DOS DOENTES MENTAIS, FAMÍLIAS E AMIGOS DO ALGARVE





ACARPS – Associação Comunitária da Amadora para a Reabilitação Psicossocial

Estrada de Alfragide, 34 – R/C Dtº. – Buraca

2610-263 Amadora

Telem: 92 566 70 71 E-mail: acarps@ptnetbiz.pt

Dispositivos/ respostas: Fórum Sócio-ocupacional com várias atividades; Funcionamento de cursos com o objectivo de ocupar e reintegrar o utente.

AEIPS – Associação para o Estudo e Integração Psicossocial

Av. António José de Almeida , 26

1000-043 Lisboa

Telef: 21 845 35 80 Fax: 21 849 81 29

E-mail: aeips@mail.telepac.pt

Dispositivos/ respostas: Residências comunitárias; Habitação apoiada ;Cursos de Formação; Emprego apoiado; Educação apoiada; Grupo de Ajuda-Mútua para familiares.

ASMFI – Associação de Saúde Mental Dr. Fernando Ilharco

Rua dos Mártires da Pátria, nº 72 – R/C

2900-493 Setubal

Telef: 265 572 787 Telem: 96 434 19 96

E-mail: asmfdi-geral@hotmail.com

Dispositivos/ respostas: Fórum Sócio-ocupacional; Unidade de Vida Autónoma; Unidade de Vida Protegida.

ARIA – Associação de Reabilitação e Integração Ajuda

Praça de Goa, nº 4

Telefone: 21 364 10 99 / 21 366 01 64

Fax: 21 366 01 65

E-mail: aris.direccao@gmail.com

Dispositivos/ respostas: Gabinete de serviço social; Formação Profissional; Fóruns Sócio-Ocupacionais; Unidades de Vida; Empresa de Inserção - Aria Jardins.

ARSDOP – Associação de Reabilitação Social e Institucionalização de Doentes Psiquiátricos

Quinra de Arnês, S/N

3130-001 Alfarelos

Telefone: 239 640 440/642 710

Fax: 239 640 439

Dispositivos/ respostas: Formação Profissional; Emprego Protegido; Unidade de Vida Protegida.

UNIR—Associação dos Doentes Mentais, Famílias e Amigos do Algarve. IPSS

Pessoa Coletiva de Utilidade Pública

Rua Geraldino Brites, Lote A6 – Lojas A e B - 8100 Loulé (Algarve)

Telem: 91 9355660 Telf/Fax:289 411 131

E-mail: unir@portugalmail.pt

Dispositivos/ respostas: Fórum Sócio-ocupacional;

ASMAL – Associação de Saúde Mental do Algarve

Parque Industrial de Loulé, Lote 6

8100-272 Loulé

Telefone: 289 417 997 / 289 807 306 Fax: 289 417 995

Em: <http://www.asmal.org.pt> E-mail: geral@asmal.org.pt

Dispositivos/ respostas: Gabinete de Avaliação e Encaminhamento; Centro de Educação, Formação e integração profissional; Fóruns Sócio-ocupacionais; Unidade de Vida Apoiada; Gabinete de Apoio às Famílias; Gabinete de Apoio a Crianças e Jovens.

Associação de Familiares e Amigos do Doente Mental da Casa de Saúde do Bom Jesus

Casa de Saúde do Nogueiró

Rua Dr. António Alves Palha, nº 2

4725-308 Braga

Telef: 253 203 000 Fax: 253 203 009

E-mail: direccao.csbj@ihscj.pt

<http://www.ihscj.pt/csbj@ihscj.pt>

Dispositivos/ respostas: Reabilitação Ocupacional; Reabilitação Habitacional; Integração Sócio-Profissional – Colorir COOP; Integração Sócio-Profissional – Projecto IES – Inovar na Economia Social; Reabilitação profissional – Projectos de Formação profissional; Actividades Expressivas e Culturais

APÊNDICE XI

Minuta de um requerimento para requerer o Internamento Compulsivo

Exemplo de uma minuta.

(Nome do requerente), portador(a)
do cartão de cidadão nº.... de emitido a .../.../..... residente
em.....

Venho por este meio requerer a vossa Exa. o pedido de internamento
compulsivo urgente, do(a) meu/minha (grau de parentesco), (nome
da pessoa doente), portador de doença
psiquiátrica (colocar o diagnóstico, caso saiba), por motivo de:

APÊNDICE XII

Folheto informativo para divulgação do Programa



Agenda:

• 7 Sessões – a decorrer à Quinta-feira, semanalmente.

Local: Sede da UNIR-Associação dos Doentes Mentais, Famílias e Amigos do Algarve

- Hora de início (18:30)
- Hora do fim (20:00)
- Pausa (19:30 às 18:45)

1ª Sessão: Introdução ao programa

2ª Sessão: A Esquizofrenia – questões práticas.

3ª Sessão: O tratamento na Esquizofrenia

4ª Sessão: A Crise na pessoa com Esquizofrenia

5ª Sessão: Reabilitação da pessoa com Esquizofrenia



6ª Sessão: Lei da Saúde Mental - Internamento compulsivo e tratamento compulsivo

7ª Sessão: Encerramento - Avaliação do grupo com os elementos do grupo

Bibliografia:

AUSLOO, Guy - A Competência das Famílias, Tempo, Caos , Processo, Lisboa 1996, 1ª Edição Climepsi editores ISBN 972-95908-8-5

CASSEY, Patrícia - Manual de psiquiatria nos cuidados de saúde primários, Climepsi Editores nº5, Lisboa 1997, ISBN 972-8449-00-3

FERNANDES, Baronha – Psiquiatria em Portugal 1950

MONTEIRO, F.J- (8 de Julho 1998) Comunicação apresentada no II Congresso Europeu de Psicologia Comunitária, SPPC, Lisboa.

RAPAPORT, J. – Desinstitucionalização: Empowerment e Inter- Ajuda In Análise Psicológica, nº2, Série VIII, 1990. Pp 143-162

Elaborado por:
Enfermeiro Marco Sousa

Orientadora:
Enfermeira Arlete Lourenço
Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria

Colaboração: UNIR - Associação dos Doentes Mentais, Famílias e Amigos do Algarve

Contactos UNIR: 919355660 / 289411131



Programa Psicoeducativo

Para Familiares da pessoa com Esquizofrenia



**ASSOCIAÇÃO DOS DOENTES MENTAIS,
FAMÍLIAS E AMIGOS DO ALGARVE**

Família Unida



Objetivos do Programa

- ◇ Aumentar os conhecimentos relativos a todos os aspetos da doença, para melhor aceitação da mesma.
- ◇ Reconhecer os sintomas apresentados pelos doentes de modo a que as necessidades básicas sejam compreendidas e aceites pela família.
- ◇ (Re)aprender a lidar melhor com a situação.
- ◇ Reforçar a importância da terapêutica no tratamento da doença e na prevenção das recaídas.
- ◇ Desmistificar estigmas sobre a doença mental.
- ◇ Diminuir a culpabilidade.
- ◇ Permitir o convívio e a partilha de experiências e promover a aprendizagem com os elementos do grupo.

◇ **Perceber que NÃO ESTÃO SÓS.**

Operacionalização do Programa

Cada sessão deve:

- Ser constituída por dois momentos:
 - Apresentação de um tema,
 - Discussão/Partilha de experiências por parte dos familiares:
- Garantir o respeito e a privacidade de cada um;
- Facilitar a aceitação e compreensão mútua entre membros do grupo;
- Permitir a liberdade em falar e ouvir os outros;
- Promover a partilha de receios, dúvidas e esperanças.
- Fomentar a constituição de um Grupo Psicoeducativo com interiorização dos seus Benefícios.

IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO COM OS FAMILIARES

A doença mental afeta a dinâmica familiar.

Perante um diagnóstico de doença mental a família poderá reagir de modo negativo:

- ⇒ Negação completa da doença ou da gravidade da doença;
- ⇒ Recusar discutir os seus medos e angústias;
- ⇒ Isolar-se;
- ⇒ Ter sentimentos de revolta;
- ⇒ Culpabilização;
- ⇒ Rutura familiar;
- ⇒ Dependência do álcool e psicofármacos.

APÊNDICE XIII

Certificado de Participação do Programa Psicoeducativo



ASSOCIAÇÃO DOS DOENTES MENTAIS, FAMÍLIAS E AMIGOS DO ALGARVE
INSTITUIÇÃO PARTICULAR DE SOLIDARIEDADE SOCIAL
PESSOA COLECTIVA DE UTILIDADE PÚBLICA

Rua Geraldino Brites, Lote A6 – Lojas A e B - 8100 Loulé (Algarve)

(Registo Nº9/2004 datado de 02/08/2004; D.R. Série III, nº 200; pg. 19 088 de 25/08/04)

TLM 91 9355660 TEL/FAX 289 411 131

Certificado de Participação

Certifica-se que o(a) Senhor(a) _____, participou no **Programa Psicoeducativo para familiares da pessoa com Esquizofrenia**, que decorreu na UNIR - Associação dos Doentes Mentais, Famílias e Amigos do Algarve, durante o mês Janeiro e Fevereiro, de 2013 em reuniões semanais, tendo a totalidade de 20 horas de formação e educação para a saúde.

O Enfermeiro

A direção técnica

Loulé, 14 de Fevereiro de 2013

APÊNDICE XIV

Respostas do Questionário de Avaliação Individual de cada sessão e do Questionário de
Avaliação Global do Programa Psicoeducativo

Questionário de Avaliação Individual das Sessões do Programa Psicoeducativo

Resposta às questões

1ª sessão

Na sessão de hoje aconteceu algo ou ouviu algo que considerou especialmente importante?

Importante estas reuniões para termos mais conhecimentos da Esquizofrenia e ouvir opiniões de várias pessoas e conhecimentos.

Sim, em relação a ser familiar de um doente mental, ter o cuidado em conto com o seu comportamento, porque ao ser familiar o cuidado é maior porque pode ser genérico, ter uma recaída.

Sim, penso que ganhei conhecimentos de saber lidar melhor com o meu filho.

Considere importante compreender como se desenvolve e como aparece a doença mental.

Comoveu-me muito o testemunho do R ao falar da mãe, gostei muito.

Sim. O testemunho do meu sobrinho sobre a impressão/perceção que ele tem das “vozes” que a mãe “ouve”. As lágrimas escorreram-me! Muito bom.

De que forma o que aprendeu hoje pode ser útil na sua situação em particular?

A lidar com a doença e ter mais conhecimentos a respeito dos comportamentos dele.

O que aprendi, do que ouvi hoje, é útil na medida em que me ajuda a compreender melhor o comportamento um “pouco” desajustado do meu filho.

Vai servir para saber lidar melhor com o meu filho.

Ajuda-me a crescer como técnica de saúde mental e como cuidadora. Obrigada.

2ª sessão

Na sessão de hoje aconteceu algo ou ouviu algo que considerou especialmente importante?

1. Sim, tomar atenção aos sintomas das necessidades das recaídas o dormir o suficiente e a medicação sempre a horas certas. Na situação de dar apoio ao doente, continuar por um familiar ou alguém da sua confiança, num dia em que a mãe parta.
2. A maneira como ensinar o meu familiar a ser responsável pelos seus atos e a se autónomo e a aceitar a sua doença.
3. Em relação ao sono do doente e o doente poder conduzir. Os conselhos sobre a medicação, acho muito importante.
4. Sim, em especial a tentativa de enganar o doente, tomar a medicação contrariando o próprio, pois pode vir a ocorrer situações menos agradáveis, como por exemplo desconfiança, agressividade, medo, ansiedade, etc... da parte do doente.
5. Sim é muito importante a família estar informada sobre os sintomas da esquizofrenia e os sinais de uma recaída.
6. Sim. Fiquei com mais conhecimentos à cerca desta doença que é a esquizofrenia e lidar melhor com o doente, que é muito importante para nós familiares.
7. Sim. Recordar aos anos 80, o tipo de relação médico-doente de então, o não referirem qual o diagnóstico.

De que forma o que aprendeu hoje pode ser útil na sua situação em particular?

1. Ainda ter mais cuidado, atenção prestada aos sintomas do meu filho e à medicação se está a resultar dos sintomas dele. Neste momento noto que anda descompensado, sempre com a água que bebe para todo o lado e até com o pão, não querendo que ninguém lhe toque, muito desconfiado.
2. A maneira como solicitar ajuda junto das instituições para tentar assegurar o futuro do meu familiar, e para o salvaguardar de algumas atitudes menos positivas em relação à sociedade, porque há pouca informação acerca deste assunto.
3. A questão relacionada com os bens que podemos deixar ao filho doente. Achei muito interessante.
7. A partilha de experiências é sempre útil. Engrandece-nos.

3ª sessão

Na sessão de hoje aconteceu algo ou ouviu algo que considerou especialmente importante?

Achei importante conhecer as várias diferenças entre medicamentos de 1ª e 2ª geração e também conhecer os sintomas da síndrome maligna dos neurolépticos. Também achei importante saber como em certos casos muito graves, se pode recorrer ao tratamento de electroconvulsivoterapia.

Sim, os fármacos servem para prevenir de surtos psicóticos.

A reação dos medicamentos e as contra indicações. Os sintomas devido aos medicamentos e a reação dos medicamentos.

Sim, tudo o que se falou sobre a medicação para a esquizofrenia foi muito importante para mim.

Todos os pontos abordados foram importantes, senti em especial, que o tema relativa à electroconvulsivoterapia foi muito importante, uma vez que contribuiu para a desmistificação deste tipo de intervenção e consequente atenuações de características negativas geralmente atribuídas (sofrimento inerente, durante a intervenção, gritos ouvidos durante a aplicação da técnica).

Tenho considerado tudo importante. Gosto desta sessão em particular, porque tenho inúmeras dúvidas e penso que aprendi mais um pouco, nomeadamente sobre a importância de conhecer “a molécula” base do medicamento. Muito bem. Parabéns.

De que forma o que aprendeu hoje pode ser útil na sua situação em particular?

Foi importante conhecer qual a reação que o doente pode ter quando deixa de tomar os medicamentos e poder reconhecer os sintomas para poder rapidamente consultar o médico.

Observar mais se o medicamento está a fazer efeito e a reação do doente para se possível o doente ficar cada vez melhor.

O que aprendi pode ser-me muito útil um dia que o meu filho tenha uma recaída, aí vou saber como agir e fiquei mais esclarecida sobre a medicação que ele faz.

A informação respeitante à terapêutica é extremamente importante para um psicólogo que faz um trabalho terapêutico com este tipo de população. Através deste tipo de informação, podemos auxiliar familiares e utentes, nas suas dúvidas e questões. A psicofarmacologia devia ser uma componente da formação do psicólogo, dada à sua importância na vida da população.

É uma das grandes lacunas no curso de psicologia clinica. Esta questão e relevância do tratamento, como familiar, fui aprendendo alguma coisa, mas sinto uma enorme necessidade em saber muito mais, mesmo porque os familiares “confundem” o psicólogo (técnico de saúde mental) com o psiquiatra ou mesmo o Enfermeiro Especialista em saúde mental e Psiquiatria, questionando-me sobre as dosagens, efeitos secundários, etc.

4ª sessão

Na sessão de hoje aconteceu algo ou ouviu algo que considerou especialmente importante?

Achei importante que a maneira como expressamos as nossas opiniões com o doente, por muitas vezes provocam momentos de ansiedade e possivelmente uma recaída.

Sim, sempre acalmar o doente e manter a calma, não criticá-lo, não lhe dizer para ter de fazer isto ou aquilo, deixá-lo, não intervir se ele estiver dentro do normal.

A sessão foi caracterizada por muitos momentos de partilha entre os elementos do grupo. As temáticas abordaram, nomeadamente, a recaída e a crise tiveram um efeito muito positivo, uma vez que proporcionaram um lugar para que todos os participantes partilhassem as suas experiências.

Considere importante o relato de algumas mães e foi importante, porque saber que cada um reage de forma diferente. Ao fazer o relato acerca do meu filho, senti-me bem ao falar dele.

Sim quando o doente entra em crise devemos manter a calma e perceber como lidar com o doente. Nunca dizendo para ter calma, mas sim perguntar como o podemos ajudar. Não se deve entrar na mesma “onda” isto se o doente verbalmente ou fisicamente ser agressivo, deve-se sim, a pessoa que neste caso queira ajudar ou esta a cuidar, manter sempre a calma.

Gosto imenso das partilhas de experiências é sempre muito gratificante ouvir outras vivências.

De que forma o que aprendeu hoje pode ser útil na sua situação em particular?

Pode ser útil saber como recorrer aos serviços de saúde, numa situação de crise aguda. Achei também importante reconhecer os sinais de crise e recaída, para poder ajudar o doente rapidamente.

Sempre estar atento aos sintomas e movimentos do doente, nunca criticar, antes trata-lo com carinho e se preciso pedir ajuda a um familiar da nossa confiança e do doente.

Enquanto psicóloga, penso que as informações fornecidas podem ser bastante uteis, para auxiliar os familiares no processo de adaptação à doença e readaptação perante uma recaída. Dicas como o plano de emergência e as do ambiente hospitalar são extremamente relevantes.

Sobre a emotividade expressa dos familiares, agora sei melhor como falar e lidar com o meu filho.

Sim para que possa da melhor forma lidar com o doente.

E sempre útil.

5ª sessão

Na sessão de hoje aconteceu algo ou ouviu algo que considerou especialmente importante?

O estigma/exclusão social. Reinserção e integração social. Estruturas terapêuticas de reabilitação e de apoio. E sobre as equipas de saúde mental comunitárias.

A informação relativa às estruturas de reabilitação e apoio comunitário, revelou-se particularmente importante.

Sim, a importância dos centros que recebem os doentes, ajudam os doentes a ocupar o tempo e de certa forma “esquecer” um pouco a doença que têm, também a prática de atividades nesses próprios centros ajuda o doente a ser mais autónomo.

Foi um bom esclarecimento acerca do apoio ao doente em caso de internamento e de apoio domiciliário.

Foi importante falarmos sobre a reabilitação dos doentes, e sobre os objetivos dos hospitais e centros de dia.

Foi importante conhecer as estruturas de reabilitação e apoio comunitário e os hospitais de dia e centros de dia.

De que forma o que aprendeu hoje pode ser útil na sua situação em particular?

Atualização de conhecimentos e debate de ideias.

A informação sobre a importância da reabilitação e o seu impacto na qualidade de vida do doente e da família é muito útil para que todos os elementos participem, de forma ativa, no acompanhamento da evolução do familiar com experiência de doença mental. A aliança familiar é uma condição essencial para a recuperação e reabilitação, assim como para a diminuição do estigma.

A dar todo o apoio possível sempre com o maior carinho e paciência ao doente que está em sofrimento.

O facto de saber que existem centros que ajudam, hospital de dia e outros, desconhecia.

Compreender melhor a doença mental e saber onde encontrar o apoio das equipas de saúde mental.

6ª sessão

Na sessão de hoje aconteceu algo ou ouviu algo que considerou especialmente importante?

Sim, a informação a respeito do internamento compulsivo, que é das coisas que protege o doente.

Foi importante conhecer a lei da saúde Mental, desconhecia.

Sim, tudo o que diz respeito ao internamento e tratamento compulsivo.

Sim, a importância de requerer o internamento compulsivo que deverá ser justificada por escrito e juntamente ao requerimento os relatórios psiquiátricos ou outros elementos de ordem clínica.

O recordar o internamento compulsivo é sempre penoso, mas tem de que ser... Faz falta fazer o “luto” destas situações.

A partilha entre os participantes sobre as experiências com o internamento compulsivo foi particularmente importante.

De que forma o que aprendeu hoje pode ser útil na sua situação em particular?

A proteger o meu filho ao máximo para que ele não precise de ser internado compulsivamente se possível pelo pânico que causa a ele e a dor aos familiares.

Foi interessante tomar conhecimento das entidades a quem recorrer para o internamento e tratamento compulsivo.

A lei da saúde mental, não fazia a mínima ideia de como funcionava.

Já o disse é sempre útil, como técnica de saúde mental e familiar.

Para que trabalha num contexto exterior ao do departamento de Psiquiatria e saúde mental é extremamente importante ter informação acerca da lei de saúde mental e do internamento compulsivo. Assim poderemos auxiliar os familiares de pessoas com esquizofrenia, a perceberem o funcionamento dos mecanismos de proteção do seu familiar e a conseguirem ativa-los de uma forma mais consciente. Por outro lado a partilha de experiências de internamentos compulsivo entre familiares, revela-se muito útil na contenção desses mesmos familiares, permitindo que integrem os acontecimentos de vida, de uma forma mais funcional e com um menor grau de sentimentos de culpa, frequentemente sentidos.

Questionário de Avaliação Global do Programa Psicoeducativo

Responda de forma sucinta às seguintes questões.

- Após ter participado nas sessões psicoeducacionais, como avalia este programa?

1R: Achei bom e muito bem apresentado, gostei da maneira como os diversos temas foram apresentados

2R: Sim, foi bom da maneira que as pessoas que não entendem nada sobre a doença esquizofrenia e que tenham uma ideia má, penso que saem destas sessões com um maior conhecimento.

3R: Muito educativo, muito emotivo, muito importante, Quero mais...

4R: Foi muito importante tudo o que aprendi, hoje vejo a doença do meu filho de outra maneira.

5R: Muito bom. Foi bastante informativo. Aprendi ainda melhor como lidar com os sintomas e todos os sinais de crise e estar atenta ao movimento.

6R:

7R:

- As sessões foram importantes para si? Em que sentido?

1R: foram importantes porque ajuda-nos a compreender melhor a doença e especialmente saber a quem recorrer numa situação de emergência.

2R: Sim, em aspeto de obter um maior conhecimento sobre a doença de esquizofrenia.

3R: São sempre importantes. Esta partilha foi bastante gratificante, porque tive a oportunidade de as ter na presença do meu familiar – filho da pessoa com esquizofrenia. Amei.

4R: Sim, no sentido que aprendi como lidar com a doença e se houver uma recaída.

5R: Em todo o sentido da informação várias de todos os assuntos que foram abordados, a crise. Tudo em geral.

6R:

7R:

- Houve alguma contribuição nas sessões para si como pessoa? Se sim, quais foram?

1R: Como pessoa compreendi que devemos ser mais tolerantes com as pessoas que têm este tipo de doença.

2R: Sim, para melhor lidar com o doente, de forma a saber interagir de forma correta, ao vários momentos de crise que o doente poderá vir a passar.

3R: sim, Aprendi que com muito amor, paciência e união, a pessoa com esquizofrenia torna-se um ser especial na minha vida. Agradeço a Deus todos os dias por ela fazer parte da minha/nossa vida.

4R: Sim aprendi que com amor, paciência e com calma se resolve muita coisa.

5R: O internamento compulsivo as leis que o doente tem direito a medicação, sempre atenta.

6R:

7R:

- Na sua opinião, houve alguma mudança na interacção familiar após a participação neste programa psicoeducativo?

1R: Neste caso não houve nenhuma mudança, uma vez que temos uma boa relação e há bastante compreensão de todos os familiares para com a pessoa portadora da doença.

2R:

3R: Maio proximidade e cumplicidade entre mim e o meu sobrinho. Ficou a saber um pouco mais da sua própria história. Ele sem dúvida “cresceu e amadureceu” com esta partilha/experiência e eu também.

4R: Sim, vamos estar todos mais atentos e empenhados para que tudo corra bem.

5R: Sim ainda mais atenta a todos os sinais de recaída e a medicação e todo o apoio que ele precisa e as horas que ele deve dormir.

6R:

7R:

- Quais eram os seus pensamentos sobre a Esquizofrenia antes do trabalho psicoeducativo? E hoje?

1R: achava que era uma doença muito estranha, degenerativa e que tirava muita qualidade de vida à pessoa portadora da doença. Hoje penso que com acompanhamento e medicação adequada, as pessoas com esta doença podem fazer uma vida normal, como outra qualquer.

2R: Os meus pensamentos sobre a esquizofrenia são os mesmos pensamentos de hoje que são: uma doença que não tem cura.

3R: Sou suspeita, pois tenho a condição de técnica de saúde mental, mas corroboro na opinião de muitos que fazem falta existir estes grupos psicoeducativos.

4R: Pensava que não era uma doença tão grave. E hoje sei que com a medicação o meu filho anda melhor.

5R: Já eram pouco elucidativo mas com estes ensinamentos fiquei muito mais informada e até posso ajudar alguém que conheça que tenha a mesma doença.

6R:

7R:

- Quais eram os seus sentimentos sobre a doença do (a) seu familiar, antes do trabalho psicoeducativo? E hoje?

1R: Achava que era uma doença muito difícil de controlar e agora compreendo que com a medicação, certa, se torna mais fácil.

2R:

3R: Algo que causa sofrimento, muito sofrimento e desespero... Hoje, também gera amor, partilha, proteção e muita, muita união entre os familiares. Bem hajam a todos os intervenientes neste grupo psicoeducativo.

4R: Não sabia o que fazer e hoje aprendi a lidar com a doença e que com carinho e amor pode correr tudo melhor.

5R: Os sentimentos de tristeza, porque é uma doença muito incapacitante, a pessoa sofre bastante.

6R:

7R:

- Que aspectos, a seu ver, são importantes e não foram abordados nas sessões?

1R:Penso que todos os aspetos importantes foram abordados.

2R:

3R: As diferenças das experiências pessoais de acordo o com o grau de parentesco com a pessoa com esquizofrenia; perceção do seu papel na fatrenia/família; mudanças ocorridas; privações percecionadas, vivenciadas, outras; influência do diagnóstico nas suas escolhas futuras; estratégias de *coping* adotadas (porquê).

4R: Penso que foram todos abordados. Aprendi muito.

5R: A meu ver parece-me que todos os assuntos foram abordados, Crise, medicamentos, leis, internamento compulsivo, acompanhamento. Todos os que devo saber para lidar com o doente.

6R:

7R: