

## **Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiatria**

Relatório de Estágio

### **Promoção da Adesão Terapêutica na Pessoa com Doença Mental**

**Ricardo Jorge de Sousa Antunes**

**Lisboa**

**2016**



## **Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiatria**

Relatório de Estágio

### **Promoção da Adesão Terapêutica na Pessoa com Doença Mental**

**Ricardo Jorge de Sousa Antunes**

Orientador: Professora Doutora Francisca Roberto Manso

**Lisboa**

**2016**



## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar quero manifestar a minha gratidão à Professora Doutora Francisca Manso, orientadora deste trabalho, pela forma entusiástica, disponibilidade e sentido crítico que serviram de constante estímulo à prossecução deste processo de aprendizagem.

Destaco a colaboração das equipas de Enfermagem das duas instituições hospitalares que acolheram este projeto, e em especial da equipa de orientadores na prática clínica no serviço de urgência de psiquiatria e no serviço de reabilitação psicossocial, que contribuíram com a sua generosidade, sentido crítico, mas também com o seu profissionalismo e exemplo e que, deste modo, ajudaram-me a ultrapassar os constantes desafios cognitivos e pragmáticos inerentes a estes processos de aprendizagem prática.

Uma palavra final para o constante apoio de amigos e família, num agradecimento em especial dirigido para Maria João e para a minha filha Joana a quem dedico este trabalho.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APA - American Psychiatric Association

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

ECG – Eletrocardiograma

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

MAT – Medida de Adesão Terapêutica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SO – Sala de Observação

SU – Serviço de Urgência

TAC – Tomografia Axial Computorizada

## RESUMO

Este relatório pretende dar a conhecer a experiência e o trabalho realizado num percurso desenvolvido em estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, nomeadamente no âmbito da aquisição de competências de EESMP. Resumidamente, o presente projeto é assente no modelo de Enfermagem de Betty Neuman, e tem como finalidade desenvolver um trabalho teórico-prático de investigação empírica e de intervenção de Enfermagem, no domínio da adesão terapêutica nas pessoas com doença mental, em contextos de urgência psiquiátrica e de reabilitação psicossocial.

A investigação é assente numa estratégia de tipo extensivo-quantitativo em que se pretendeu produzir conhecimento sobre os fatores multidimensionais sistémicos que se encontram subjacentes à adesão terapêutica nas pessoas com doença mental. A técnica central de recolha de informação foi constituída pelo inquérito por questionário e aplicado a um total de 79 clientes. As conclusões revelam que a presença de episódios psicóticos mais graves, com atividade delirante e baixo *insight*, associado ao enfraquecimento dos laços sociais influenciam negativamente a adesão terapêutica.

O domínio das intervenções é ancorado num conjunto de ações terapêuticas com vista à promoção da adesão terapêutica, em que se privilegiou a mobilização das dimensões relacionais para a realização das entrevistas de enfermagem, estudo de caso, atividades lúdicas e intervenções de âmbito psicoeducativo a nível individual e em grupo.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Saúde Mental, Adesão Terapêutica, Betty Neuman, Reabilitação Psicossocial, Urgência Psiquiátrica.

## **ABSTRACT**

This report aims to present the experience and the work done on the course developed in Mental Health Nursing and Psychiatry stage, particularly in the context of the acquisition of specialist skills. Briefly, this project is based on Betty Neuman Nursing model, and aims to develop a theoretical and practical work, empirical research and nursing intervention in the field of therapeutic adherence in people with mental illness in psychiatric emergency contexts and psychosocial rehabilitation.

The research is based on an extensive-quantitative type of strategy that was intended to produce knowledge on systemic multidimensional factors, that are underlying the therapeutic adherence in people with mental illness. The central technical information collection was made up of the survey questionnaire and applied to a total of 79 users. The findings show that the presence of more severe psychotic episodes with delirious and insight low activity associated with the weakening of social ties negatively influence adherence to therapy.

The area of nursing intervention is anchored in a set of therapeutic interventions to promote adherence, in which favored the mobilization of relational dimensions for the realization of nursing interviews, case study, recreational activities and interventions under psychoeducational individually and group.

**Keywords:** Mental Health Nursing, Therapy Adherence, Betty Neuman, Psychosocial Rehabilitation, Emergency psychiatry



|  |    |
|--|----|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | 11 |
| <b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....  | 12 |
| <b>1.1. Adesão Terapêutica na Pessoa com Doença Mental</b> .....                   | 12 |
| <b>1.2. Abordagem Sistémica de Betty Neuman</b> .....                              | 15 |
| <b>2. CONSTRUÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO</b> .....                              | 19 |
| <b>2.1. Objetivos do Trabalho</b> .....  | 20 |
| <b>2.2. Serviço de Urgência de Psiquiatria</b> .....                               | 21 |
| 2.2.1. Relação de Ajuda e Ambiente Terapêutico na Urgência de<br>Psiquiatria ..... | 22 |
| 2.2.2. Promoção da Adesão Terapêutica na Urgência Psiquiátrica.....                | 25 |
| <b>2.3. Serviço de Reabilitação Psicossocial</b> .....                             | 29 |
| 2.3.1 Promoção da Adesão Terapêutica na Reabilitação Psicossocial .                | 30 |
| 2.3.2. Estudo de Caso .....  | 31 |
| 2.3.3. Treino Individual Supervisionado da Gestão Autónoma da<br>Medicação.....    | 34 |
| 2.3.4. Intervenções de Enfermagem em Grupo .....                                   | 36 |
| 2.3.5. Intervenções de Âmbito Psicoeducativo .....                                 | 38 |
| 2.3.6. Programa de Gestão Autónoma da Medicação .....                              | 39 |
| <b>3. PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO</b> .....   | 42 |
| <b>4. CONTRIBUTOS DO ESTÁGIO NO DESENVOLVIMENTO DE<br/>COMPETÊNCIAS</b> .....      | 54 |
| <b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | 57 |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....  | 62 |

## **ANEXOS E APÊNDICES**

### **ANEXOS**

Anexo 1 - Mini Mental State Examination

Anexo 2 - Escala de Avaliação do Insight de Marková e Berrios

Anexo 3 - Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)

### **APÊNDICES**

Apêndice 1 Cronograma do Projeto de Trabalho

Apêndice 2 Entrevista de Enfermagem em Contexto de Urgência

Apêndice 3 Diagnósticos de Enfermagem – CIPE

Apêndice 4 Estudo de Caso – Reabilitação Psicossocial

Apêndice 5 Treino Individual Supervisionado da Gestão Autônoma da  
Medicação

Apêndice 6 Atividades Lúdico Recreativas I

Apêndice 7 Atividades Lúdico Recreativas II

Apêndice 8 Reunião Psicoeducativa sobre Regimes Terapêuticos

Apêndice 9 Reunião Psicoeducativa sobre a Gestão Autônoma da  
Medicação

Apêndice 10 Questionário de Investigação

Apêndice 11 Relatório Estatístico

# ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

## QUADROS

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1 - Descrição de um percurso na urgência psiquiátrica.....   | 21 |
| Quadro 2 - Caracterização do universo empírico na urgência e na<br>reabilitação.....  | 40 |
| Quadro 3 – Valor da Medida de Adesão Terapêutica (MAT) na urgência e na<br>reabilitação.....                                | 41 |
| Quadro 4 – Recusa da terapêutica na urgência.....   | 42 |
| Quadro 5- Grau de adesão terapêutica e o cruzamento entre as dimensões<br>sociodemográficas urgência e na reabilitação..... | 43 |
| Quadro 6 - Grau de adesão terapêutica e o cruzamento entre as dimensões<br>saúde/doença na urgência e na reabilitação.....  | 44 |

## FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 – Espaço Multidimensional da Adesão Terapêutica - Análise de<br>Correspondências Múltiplas (ACM)..... | 47 |
|--|----|

## INTRODUÇÃO

A adesão à terapêutica constitui um tema de recorrente preocupação nos sistemas de saúde, no sentido em que a fraca adesão é responsável pelo aumento dos reinternamentos, recrudescimento de sintomas, redução da qualidade de vida, multirresistência terapêutica, desgaste da confiança do público nos serviços de saúde e aumento de custos financeiros (OE, 2009; Henriques, 2011; Marcos, 2014). Na área da saúde mental o fenómeno da adesão terapêutica encerra uma importância acrescida pelo facto de reportar-se a doenças que são maioritariamente crónicas, de prevalência elevada, cujo início da instalação se verificar em faixas etárias mais jovens. Em Portugal, as perturbações psiquiátricas afetam, atualmente, mais de um quinto da população portuguesa (OPSS, 2015) e o consumo de psicofármacos, entre 2000 e 2012, registou uma curva de aumento exponencial, sendo dos mais elevados da Europa (Furtado, 2014).

O presente projeto tem como finalidade desenvolver um trabalho teórico-prático, de investigação empírica e de intervenção de Enfermagem, no domínio da adesão terapêutica nas pessoas com doença mental em contextos de urgência psiquiátrica e de reabilitação psicossocial. O trabalho encontra-se organizado em cinco capítulos: o primeiro capítulo engloba uma dimensão teórica sobre os enquadramentos conceituais associados à adesão terapêutica e sobre o modelo de cuidados de Enfermagem de Betty Neuman; o segundo capítulo reflete o planeamento e as intervenções que foram desenvolvidas primeiro num serviço de urgência psiquiátrica, e depois num serviço de reabilitação psicossocial de um hospital psiquiátrico; o terceiro capítulo centra-se na componente de investigação deste trabalho, com a caracterização e análise dos dados; o quarto capítulo reflete o processo de reflexão acerca do desenvolvimento e aquisição das competências de EESMP, e o quinto capítulo reúne as considerações de reflexão final acerca do processo de aprendizagem.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1. Adesão Terapêutica na Pessoa com Doença Mental

O enquadramento conceptual sobre a adesão terapêutica permite constatar um debate teórico a respeito dos termos cumprimento (*compliance*), adesão (*adherence*) e manutenção (*maintenance*). O uso do termo *compliance*, que se pode traduzir por cumprimento, remete para um paradigma teórico de controlo e de imposição médica, relegando um papel de maior passividade ao cliente. O conceito de *compliance* foi definido por Haynes (1981) como sendo “o nível de coincidência entre o comportamento de uma pessoa e o aconselhamento médico ou de outro profissional de saúde” (Haynes, 1981, citado por Cabral e Silva, 2010). Esta noção de cumprimento terapêutico pode levar à inferência de que, por um lado, os clientes são recetores passivos de cuidados de saúde e que, por isso, devem obedecer às instruções prescritivas dos profissionais sendo que, por outro lado, a noção de incumprimento sugere uma normatividade de desvio em que ao cliente é imputada uma irresponsabilidade por desobediência. Neste sentido, defende-se, atualmente, uma terminologia baseada nos conceitos de concordância ou de adesão terapêutica.

O termo de concordância enfatiza os direitos dos clientes, a necessidade de informação e a importância da comunicação entre o cliente e o profissional de saúde (Gray et al., 2002). O cliente ao concordar com os tratamentos propostos acaba por manifestar confiança, o que implica que deixa de ter uma participação meramente passiva, sugerindo que os clientes têm o direito de tomar decisões, como a própria recusa ou a interrupção da medicação, mesmo sem o acordo dos profissionais de saúde (Marcos, 2014). Neste sentido Kyngas e Lahdenpera (1999), citados por Marcos (2014), definem adesão terapêutica como um comportamento em que o cliente aceita os tratamentos, adotando estilos e hábitos de vida compatíveis com a melhoria do seu estado de saúde, tendo em consideração as recomendações dos profissionais de saúde, assumindo com estes uma colaboração estreita, com sentido ativo e participativo.

Atualmente, o enquadramento conceptual sobre a terapêutica não se confina somente aos regimes terapêuticos medicamentosos. Como sustenta a OE

(2009), o regime terapêutico engloba a componente medicamentosa mas também inclui os hábitos e estilos de vida, a procura de cuidados de saúde, bem como a autogestão de outros comportamentos que melhoram a saúde. Verifica-se que em Portugal, não obstante a intensa produção sobre a temática da adesão à terapêutica, são praticamente inexistentes as abordagens que integrem uma análise sobre as dimensões não medicamentosas dos projetos terapêuticos nas pessoas com doença mental.

A adesão terapêutica constitui um fenómeno complexo, de etiologia multidimensional, sendo que, as formas de avaliação dos diferentes graus de adesão são, igualmente, complexas. As metodologias mobilizadas para avaliar o grau de adesão são bastantes diversificadas, podendo ser categorizadas em dois tipos: os métodos diretos e os indiretos. Os métodos diretos incluem a observação direta da toma da medicação e a realização de análises laboratoriais aos clientes, tendo em vista a deteção dos metabolitos dos fármacos no sangue ou urina. A avaliação indireta é baseada na recolha de informação, através de questionários ou entrevistas, aos clientes, familiares, cuidadores ou profissionais de saúde, podendo incluir a contagem de comprimidos, ou a informação presente nos registos ou nas prescrições informatizadas (Henriques, 2011). Não obstante as limitações associadas às metodologias de avaliação indireta, relacionadas com a subjetividade na inquirição e na sobrestimação dos níveis reais de adesão (Barkhof et al, 2012), a medição laboratorial torna-se um método mais complexo, mais dispendioso e constitui um obstáculo nos clientes relutantes em cooperar com amostras de sangue ou de urina.

No que diz respeito à análise explicativa dos diferentes graus de adesão terapêutica, a OMS (2003) propõe cinco fatores determinantes: os económicos e sociais; o sistema de saúde; as características da doença; a terapêutica e o cliente. No campo da saúde mental destaca-se a importância dos fatores relacionados com as características da terapêutica, sobretudo relacionado com a duração prolongada do tratamento e com os efeitos secundários adversos dos psicofármacos (Favrod e Maire, 2014; Barkhof et al., 2012). No domínio das especificidades da doença mental, destacam-se as patologias como a esquizofrenia, cuja fraca adesão tem sido associada ao fraco *insight* sobre a

percepção e a aceitação da doença (Favrod e Maire, 2014). Relativamente às características e atributos individuais, o nível de escolaridade, o autoconhecimento sobre a doença e sintomas, o grau de conhecimento sobre a eficácia dos tratamentos, as atitudes e crenças sobre as terapêuticas, bem como as representações sociais negativas e estigmatizantes relativamente à medicação psiquiátrica têm sido amplamente reconhecidas como fatores determinantes no grau de adesão à terapêutica (Beck et al., 2011; Cabral e Silva, 2010). Por outro lado, o abuso de substâncias aditivas e o consumo de álcool constituem fatores importantes nas atitudes em relação ao regime de tratamento. O abuso de substâncias em clientes com esquizofrenia e está fortemente associado ao abandono terapêutico, levando a um aumento do risco da não adesão em cerca de 13 vezes superior nos clientes com esquizofrenia e com abuso de substâncias, em comparação com os clientes com esquizofrenia mas sem comportamentos de abuso de substâncias aditivas (Barkhof et al., 2012).

Numa outra perspectiva analítica, poder-se-á perguntar, como o faz Barkhof et al (2012), porque é que os clientes tomam a medicação? Uma vez que parece ser difícil para qualquer pessoa, incluindo para os próprios profissionais de saúde, a adesão completa a um tratamento. O Modelo de Crenças em Saúde propõe que uma pessoa está em maior concordância com um tratamento quando percebe que a sua saúde está em risco e quando estabelece que os benefícios da adesão superam os custos (Barkhof et al., 2012). A percepção acerca dos benefícios tem constituído a face positiva da promoção à adesão terapêutica. A não adesão ao tratamento traz complicações negativas na pessoa, e no seu círculo familiar e social, reduzindo objetivamente a qualidade de vida dos clientes (Henriques, 2011). Neste sentido, quanto maior o número de benefícios que são imputados pelos clientes aos fármacos, e que traduzem-se nas expressões de *“mantém-me fora do hospital”* ou *“isso permite-me fazer novos amigos”*, maiores são os níveis de adesão à terapêutica (Gray et al., 2002). McEvoy et al. (1989, citado em Gray et al., 2002) constatou que a adesão é substancialmente maior nos clientes cuja medicação foi supervisionado ou acompanhada por um membro da família. Por outro lado, a prescrição de regimes mais simplificados,

concentrados em tomas de *uma vez por dia*, ou em usos de medicação *depot*, com administrações semanais, de 15 em 15 dias ou mensais, melhoram significativamente as taxas de adesão (Barkhof et al., 2012).

No que diz respeito à promoção da adesão terapêutica, a consulta bibliográfica permite constatar que as abordagens que mobilizam um conjunto integrado de intervenções tais como as técnicas cognitivo-comportamentais, as intervenções familiares e as intervenções integradas na comunidade mostraram resultados mais positivos. As intervenções psicoeducativas isoladas são geralmente pouco eficazes, a menos que sejam acompanhadas por intervenções comportamentais e cognitivas e que visem diretamente as atitudes e as crenças face à medicação e ao comportamento no processo de adesão. Paralelamente, as intervenções mais prolongadas no tempo e com um maior número de sessões tendem a produzir melhores resultados de adesão terapêutica nas pessoas com doença mental (Barkhof et al., 2012; Gray et al., 2002).

## **1.2. Abordagem Sistémica de Betty Neuman**

O fenómeno social sobre a adesão terapêutica implica uma abordagem multidimensional e sistémica e, neste sentido, o presente trabalho adotou o modelo de Enfermagem de Betty Neuman. O modelo de Neuman baseia-se na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos (Freese, 2004). Neuman foi pioneira no envolvimento da Enfermagem na saúde mental em que o modelo teórico se enquadra num posicionamento holístico do ser humano. Segundo Neuman é a interação entre o sistema cliente e o ambiente que define o domínio da Enfermagem, em que se articulam as dimensões fisiológica, psicológica, desenvolvimentista, sociocultural e espiritual (Neuman e Fawcett, 2011). Este modelo assenta em quatro conceitos fundamentais: Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem. A *Pessoa* é conceptualizada enquanto cliente, como um sistema aberto, em constante interação com o *Ambiente*. Segundo Neuman, o conceito de *Pessoa* enquanto sistema, não se restringe somente ao indivíduo e pode englobar a família, o grupo, a comunidade ou uma dimensão social (Freese, 2004). Este

sistema é composto por cinco ordens de variáveis: i) a fisiológica, respeitante ao corpo biológico e ao seu funcionamento; ii) a psicológica que engloba os processos mentais e relacionais; iii) a sociocultural que remete para o sistema de relações sociais, os papéis e estatutos sociais iv) o desenvolvimento que é relativo às fases do processo do ciclo de vida e v) a espiritual relativa aos sistemas de crenças na vida da pessoa (Neuman, 1995).

O conceito de *Ambiente* refere-se a contextos externos mas também a contextos internos. Neuman destaca a importância conceptual do *stress* enquanto força ambiental e estímulo produtor de tensão, que aumenta a necessidade de reajustamento e adaptação aos novos problemas (Neuman e Fawcett, 2011). O sistema é dinâmico porque é baseado num processo contínuo de relação com os fatores *stressores* ambientais, de cariz multidimensional, que encerram em si o potencial de originar reações, doença, desequilíbrios, reconstituições ou reconfigurações do sistema cliente. A conceptualização de ambiente é articulada com os *stressores* que podem ser localizados a nível intrapessoal, interpessoal e extra pessoal (Freese, 2002). Deste modo, e como resultado desta articulação, concebe-se o *Ambiente Interno* como sendo intrapessoal, em que a interação é contida no cliente; o *Ambiente Externo* que é tanto interpessoal como extra pessoal, e envolve as interações que ocorrem fora do cliente e, finalmente, o *Ambiente Criado* que é mobilizado pelo cliente para lidar com a ameaça de *stressores* no sentido de sustentar um mecanismo o de *coping* protetor (Neuman e Fawcett, 2011; Freese, 2002).

Esquemáticamente este sistema é representado por uma estrutura básica, que inclui fatores comuns como a estrutura genética, a estrutura do ego ou a capacidade cognitiva. Este sistema é representado como estado envolto em linhas concêntricas que constituem os três mecanismos de proteção da estrutura básica e da integridade do cliente enquanto sistema. Estas linhas concêntricas, em número de três, são definidas por Neuman como a linha flexível de defesa, a linha normal de defesa e as linhas de resistência (Neuman, 1995). A *Linha Flexível de Defesa*, a que se encontra mais externamente, previne, em condições ideais, a invasão do sistema por fatores de *stress* funcionando, metaforicamente, como um para-choques, mantendo o

sistema cliente livre das primeiras reações a *stressores*; a *Linha Normal de Defesa* representa o segundo mecanismo de proteção do sistema cliente, que consiste no resultado do ajustamento das variáveis do cliente aos fatores de *stress* a que se encontra sujeito este sistema. Finalmente, as *Linhas de Resistência*, as mais internas, são ativadas involuntariamente, quando um fator de *stress* invade a *Linha Normal de Defesa*, procurando estabilizar o sistema. Os fenómenos de *stress* podem penetrar na linha flexível ou normal de defesa e produzir tensões no sistema, podendo, deste modo, conduzir a resultados positivos ou negativos.

A capacidade de resistência de um determinado sistema é o resultado, por um lado, da interdependência das cinco variáveis do sistema cliente - fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais - e, por outro lado, da interação com o contexto do cliente, que inclui os recursos próprios e a auto percepção relativamente aos fatores de *stress*. As intervenções de Enfermagem devem assim ser intencionais e dirigidas para os fatores de *stress*, sejam estes reais ou potenciais, mas que afetam, ou podem vir a afetar, a harmonia e o funcionamento do cliente-sistema. Neuman no seu modelo definiu um Processo de Enfermagem próprio, constituído pelas fases de diagnóstico, finalidades de Enfermagem e resultados de Enfermagem. Através do *Diagnóstico de Enfermagem* pretende-se colher dados apropriados e necessários, que permitam, deste modo, identificar, avaliar e classificar as interações dinâmicas entre as variáveis (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais) que compõem o cliente-sistema, e a presença real ou potencial, de fatores de *stress* (Neuman, 1995). Os fatores de *stress* que são percecionados pelo cliente-sistema, devem ser articulados com as percepções do prestador de cuidados, com o objetivo de co construir um *Diagnóstico de Enfermagem* compreensivo. Neuman definiu três níveis de intervenção: i) a intervenção primária que resulta da percepção do risco e das consequências da possível exposição a determinados fatores de *stress*, ii) a intervenção secundária, que resulta da mobilização dos recursos internos e externos do cliente, de modo a selecionar as estratégias de intervenção que visam a reconstituição do equilíbrio do sistema e, iii) a intervenção terciária que resulta da mobilização dos recursos do cliente para

prevenir novas reações aos *stressores* ou regressão, de modo a manter o equilíbrio alcançado. Finalmente, a fase dos *Resultados de Enfermagem* pretende constituir o patamar de avaliação e confirmação acerca da mudança pensada e construída, em parceria com o cliente ou, a própria reformulação de novas estratégias de intervenção (Neuman, 1995).

## 2. CONSTRUÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

O presente projeto tem como finalidade desenvolver um trabalho de análise e de intervenção de Enfermagem, no domínio da adesão terapêutica, nas pessoas com doença mental nos contextos de urgência psiquiátrica e de reabilitação psicossocial. A seleção destes dois locais de estágio teve por base um conjunto de objetivos.

Durante cerca de três anos desenvolvi funções de Enfermagem num serviço de urgência psiquiátrica e, na verdade, verifica-se que estes tipos de serviços constituem-se como locais onde o recurso à terapêutica é muito frequente e que, por isso, as abordagens iniciais de promoção à terapêutica encerram uma grande potencialidade no âmbito dos cuidados de Enfermagem. O serviço de urgência constitui um local privilegiado de observação pela multiplicidade de fenómenos sociais complexos que aí decorrem. Por outro lado, verifica-se que são ainda muito escassas as abordagens focadas nos clientes em contextos de urgência psiquiátrica, com prejuízo para a compreensão aprofundada do fenómeno da adesão terapêutica. Se, por um lado, pretende-se intervir nas situações mais agudas e iniciais da doença mental, e neste sentido selecionei um serviço de urgência, por outro, pretende-se intervir num polo oposto, ou seja, nas situações de maior estabilização e recuperação da doença e, por isso, selecionei um serviço de reabilitação psicossocial

A escolha de um serviço de reabilitação psicossocial vai de encontro aos objetivos preconizados na definição de reabilitação, proposta pela OMS (2002), que assentam na concretização da autonomia dos indivíduos. Neste sentido, os regimes terapêuticos desempenham um papel central na promoção deste potencial de funcionamento autónomo e independente dos indivíduos na comunidade. O desafio da Enfermagem nos processos de reabilitação psicossocial, numa perspetiva de *recovery*, é assente numa perspetiva centrada na pessoa. O foco da ação não passa tanto pelo direcionamento aos problemas associados à doença mas centra-se, antes, nos domínios cognitivos e comportamentais associados à autoestima, à promoção de escolhas e à autodeterminação (OE, 2010; Favrod e Maire, 2014; OMS, 2002).

## 2.1. Objetivos do Trabalho

O presente projeto de trabalho tem por base um duplo objetivo: o da investigação empírica e o da intervenção em Enfermagem. Este duplo objetivo é considerado de forma articulada, no sentido em que a conceção de um plano de intervenções, com vista à promoção da adesão terapêutica, é sustentado na produção de conhecimento sobre as causas associadas à interrupção ou ao abandono terapêutico.

No plano da investigação pretende-se produzir conhecimento sobre os fatores multidimensionais sistémicos que se encontram subjacentes à adesão terapêutica nas pessoas com doença mental, em que são definidos os seguintes objetivos:

- I) Avaliar o grau de adesão terapêutica nas pessoas com doença mental;
- II) Analisar a forma como cada cliente interpreta e se situa nos diferentes graus de adesão relativamente às terapias medicamentosas e não-medicamentosas;
- III) Identificar os fatores determinantes na promoção da adesão terapêutica numa perspetiva sistémica, incluindo uma análise sobre os diferentes contextos profissionais e institucionais, os sistemas de relações sociais em que os indivíduos se encontram inseridos, o impacto do tipo de patologia, o grau de *insight* e o impacto das crenças e atitudes face à terapêutica.

O domínio das intervenções é ancorado numa conceção do processo de Enfermagem segundo a orientação do modelo teórico de Betty Neuman. Neste plano pretende-se implementar um conjunto de intervenções terapêuticas, de âmbito individual e grupal, com vista à promoção da adesão terapêutica. Como descrito no enquadramento teórico, de forma isolada nenhuma intervenção consegue ser suficientemente abrangente para ter efeitos significativos na promoção à adesão terapêutica, sendo que os programas mais eficazes são os que combinam estratégias psicoeducativas, cognitivo-comportamentais e motivacionais. O planeamento e a execução das intervenções irá obedecer ao princípio da complementaridade e integração de diferentes técnicas de âmbito psicoterapêutico nomeadamente através da realização de sessões de psicoeducação, mobilização de mediadores expressivos e a realização de

entrevistas de Enfermagem. Neste sentido são definidos os seguintes objetivos de estágio:

- i) Avaliar as necessidades e os problemas dos clientes relativamente à adesão terapêutica;
- ii) Estabelecer os diagnósticos de Enfermagem de acordo com enquadramento da CIP;
- iii) Realizar entrevistas de Enfermagem aos clientes e familiares;
- iv) Realizar intervenções de âmbito psicoterapêutico e psicoeducativo aos clientes e às famílias em contexto de urgência e de reabilitação psicossocial.

## **2.2. Serviço de Urgência de Psiquiatria**

O primeiro módulo do estágio desenrolou-se num serviço de urgência de psiquiatria, que se encontra localizado num hospital central, na região de Lisboa. Este serviço localiza-se no mesmo piso da urgência geral, mas funciona como uma unidade autónoma, com instalações próprias, e separada espacialmente da urgência geral. O serviço encontra-se organizado em duas infraestruturas: uma localizada do R/C, constituída por uma sala de espera, dois gabinetes médicos e uma sala de Enfermagem e uma segunda infraestrutura constituída por uma Sala de Observação (SO) com a capacidade para oito internamentos. Este hospital não tem um serviço de internamento de psiquiatria, sendo que os clientes, em caso de necessidade de internamento, são transferidos para outras instituições. Durante esta primeira semana acompanhei a equipe de Enfermagem nas diversas atividades que, resumidamente, incluíram a receção e a admissão dos clientes no SU, a realização das entrevistas de Enfermagem aos clientes e à família, a avaliação do estado psíquico, a administração de terapêutica e a preparação dos clientes para as situações de transferência ou alta.

As intervenções de urgência psiquiátrica, como refere (Phaneuf, 2005), localizam-se nas fases agudas da doença ou nos primeiros episódios de instalação da doença sendo que os objetivos são mais restritos e situam-se no curto termo, visando o alívio imediato do mal-estar agudo. As especificidades que caracterizam um serviço de urgência psiquiátrica não permitem, no

contexto de aprendizagem em estágio, o planeamento de cuidados de Enfermagem assentes numa delineação muito estruturada e formal de intervenções e técnicas. Neste sentido, penso que o mais adequado para a preparação das intervenções de Enfermagem se situe no domínio do aprofundamento das dimensões relacionais, baseada nos modelos não diretivos de Roger e de Chalifour (2007). Apesar destes contextos exigirem respostas rápidas, isto não significa que as intervenções se situem ao nível dos automatismos mecânicos e isentos de reflexão sobre a ação. Na verdade, e contrariamente à representação social mais espontânea, as ações de Enfermagem numa urgência de psiquiatria privilegiam a relação comunicacional com os clientes e famílias. Phaneuf (2005) refere que nas fases agudas da crise, os elevados níveis de ansiedade exigem por parte dos enfermeiros “preocupações particulares de vigilância e estratégias específicas de comunicação” (2005: 532). Neste sentido, é imperiosa a necessidade da criação de um ambiente de tranquilidade, assegurando ao cliente que este se encontra em segurança e que a presença dos profissionais de saúde sirva o propósito, como defende Phaneuf (2005), de o ajudar e de o proteger.

#### 2.2.1. Relação de Ajuda e Ambiente Terapêutico na Urgência de Psiquiatria

A criação de um ambiente terapêutico e a promoção das dimensões relacionais constituíram as bases das minhas intervenções neste contexto de urgência. As intervenções localizadas nas dimensões relacionais basearam-se sobretudo na realização da entrevista de Enfermagem e na promoção dos processos de comunicação com os clientes e com as famílias. A comunicação constitui um importante instrumento terapêutico em saúde mental e, sobretudo, nestes contextos de urgência, onde as referências são novas e em permanente mutação, a comunicação permitiu um mais rápido elo de estabelecimento de confiança com os clientes e famílias. Contudo, as circunstâncias específicas dos contextos de urgência, e as situações mais agudas inerentes aos quadros patológicos dos clientes, não constituem dimensões facilitadoras da comunicação, em que a ação é mais valorizada do que a comunicação. Estas reflexões permitiram-me, por exemplo, perceber a importância da criação de

um ambiente calmo aquando da receção dos clientes com sintomatologia psicótica. Num serviço de urgência a equipe de saúde é numerosa, sendo constituída por diferentes elementos que trabalham quase de forma simultânea. Alguns percursos na urgência obrigam o cliente a passar por um intrincado sistema de relações sociais, que incluem uma série de ações e de contacto com diferentes pessoas e profissionais de saúde. A título ilustrativo recreei um percurso, de certa forma típico, neste serviço de urgência.

Quadro1: Descrição de um percurso na urgência psiquiátrica

O João tem 21 anos e dá entrada no hospital pelas 10.30h. Em primeiro lugar desloca-se à receção administrativa, do serviço de urgência geral, onde expõe os seus motivos de entrada e fornece dados de identificação; é depois orientado para a triagem da urgência onde, após uma avaliação com o enfermeiro de triagem, é orientado para o serviço de urgência de psiquiatria. Neste novo local é abordado por um enfermeiro de psiquiatria, por um médico psiquiatra e por um auxiliar de ação médica. Após as avaliações e consultas com o médico e enfermeiro são requisitados a realização de exames e, assim, o João é acompanhado ao técnico de análises, onde retira sangue, depois é acompanhado ao um outro local onde um técnico de cardiopneumologia realiza um ECG, de seguida, volta para a sala de Enfermagem de psiquiatria onde irá aguardar, cerca de meia hora, para a realização de um TAC Crânio-Encefálico, sendo depois, novamente, acompanhado para a realização deste exame. Após a realização dos exames, fica definido que o João iria ficar em observação no SO de psiquiatria. Neste sentido procede-se à transferência para este novo serviço onde entra em contacto com um novo enfermeiro de psiquiatria do SO e um outro auxiliar de ação médica. Já no seu quarto do SO o João entra em contacto com outros dois clientes que se encontram internados. Neste quarto o João é também abordado, de forma mais espontânea, pelo pessoal da distribuição da alimentação e da limpeza hospitalar. Neste percurso físico e num espaço temporal relativamente curto, cerca de 3 horas, o cliente entra num sistema de relações sociais complexo que englobou a passagem por 6 espaços físicos diferentes e pelo contacto e a interação com 14 pessoas que o João nunca conhecera anteriormente.

O exemplo que aqui se expõe serve para demonstrar o papel central que a Enfermagem desempenha tanto na interação com o cliente como na gestão da equipe de saúde multidisciplinar. Em muitas situações, num serviço de urgência, o enfermeiro tem que procurar criar um ambiente terapêutico que possa, deste modo, ser facilitador das intervenções de Enfermagem, sobretudo quando o objetivo central é o de iniciar o estabelecimento de uma relação terapêutica. A promoção deste ambiente terapêutico operacionaliza-se através da minimização dos estímulos sonoros e visuais, mas também através da minimização das interações sociais.

As intervenções de Enfermagem que desenvolvi no domínio do trabalho em equipe de saúde situaram-se ao nível da gestão da comunicação e da gestão das interações entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, com o objetivo central de limitar a diversificação dos contactos com o cliente e a limitação dos diferentes quadros de interação, potencialmente ansiogénicos e estimulantes da atividade psicótica. Algumas destas intervenções implicaram, da minha parte, uma prévia organização e adiamento da realização dos exames auxiliares de diagnóstico o que, por sua vez, implicou falar com os médicos psiquiatras, - que querem, de uma maneira geral, que os exames se procedam o mais rápido possível - e implicou a comunicação com os vários técnicos de saúde dos diversos departamentos de imagiologia, análises ou ECG, para informar sobre a imprevisibilidade temporal para a realização dos exames.

Ainda na prossecução da criação deste ambiente calmo, algumas ações implicaram ter que falar com os auxiliares de ação médica para não colocarem questões aos clientes, ou para respeitarem os seus silêncios e, em outras situações, implicou falar antecipadamente com o pessoal da distribuição das refeições e da limpeza para não entrarem nos quartos do SO de Psiquiatria, ou mesmo que não falassem com os clientes.

### 2.2.2. Promoção da Adesão Terapêutica na Urgência Psiquiátrica

Num serviço de urgência de psiquiatria, os familiares que acompanham os clientes surgem, frequentemente, muito ansiosos, por vezes assustados e perdidos. Muitas destas situações são acompanhadas por sentimentos de culpa e que se expressam de várias formas como por exemplo: “*o que é que eu fiz de errado com o meu pai?*”, “*se calhar não devia ter deixado a minha filha sair?*” ou “*deveria ter sido mais rígido com o meu filho*” ou, ainda, “*a culpa é da mãe que lhe faz as vontades todas*”.

No contexto de urgência psiquiátrica a diferença que se faz notar, entre os clientes e os seus familiares, radica sobretudo na falta de *insight* que os clientes têm relativamente ao seu estado de doença. O que sucede, em muitas situações observadas, é que o cliente, sobretudo nos casos da presença de atividade psicótica e delirante, como apresenta um *insight* parcial, não tem a noção exata do efeito e do sofrimento que pode provocar nos familiares. Isto serve para ilustrar que, em muitas situações observadas, o sofrimento é bastante mais intenso nos familiares do que nos clientes. Os sentimentos de culpa e de impotência muitas vezes expressos pelos familiares, a falta de informação sobre os sintomas da doença, a surpresa e a angústia, particularmente patentes nos primeiros casos psicóticos ou a tristeza e a depressão constituíram um leque de situações problemáticas que presenciei ao longo destas semanas de estágio. As intervenções que desenvolvi foram no sentido da resolução destes problemas, através da realização de entrevistas de Enfermagem.

Seguindo o modelo teórico proposto por Chalifour (2007), houve a necessidade de proceder-se a uma adaptação ao contexto de urgência, visto que o desenvolvimento de uma relação terapêutica constitui-se como um processo longo. Este inicial contacto corresponde, por isso, à fase introdutória que Chalifour (2007) denominou de *fase de orientação*. Neste sentido pretendeu-se junto dos clientes e das famílias, promover a criação de um clima de confiança, clarificar os papéis assumidos pelo enfermeiro e pelo cliente nesta relação, acompanhar o cliente na expressão da sua necessidade de ajuda, informar o cliente dos recursos humanos e físicos à sua disposição e,

finalmente, esclarecer o cliente acerca das rotinas, políticas e regulamentos da instituição hospitalar.

Estas entrevistas, dirigidas aos clientes e aos familiares, basearam-se no reforço das competências relacionais, através da criação de espaços de escuta e de comunicação, para que, sobretudo os familiares, pudessem expressar de forma livre os seus medos, receios e dúvidas. O objetivo das entrevistas foi o de conseguir explorar, clarificar e compreender o pedido de ajuda que sustentou a procura dos serviços de saúde e em que se procura ajudar o cliente e a família no sentido de facilitar a expressão de ideias e emoções sobre o que é sentido no presente.

Durante este processo optei por estabelecer uma metodologia que assentou na realização de três entrevistas de Enfermagem para cada caso clínico e, assim, sempre que possível, realizei uma entrevista com a presença conjunta do cliente e dos seus familiares, uma segunda entrevista só com o cliente e uma terceira apenas com os familiares. Estas abordagens tripartidas, sobre um mesmo caso, permitiram dar conta das diferentes dinâmicas entre os familiares e os clientes e permitiram que tantos os clientes como os familiares comunicassem de forma mais livre, mais isolada e com menos constrangimentos sobre os seus receios e dúvidas. Do conjunto destas intervenções selecionei a exposição mais detalhada de uma entrevista (Apêndice 3) em que coloca em análise duas perspetivas sobre um processo de abandono terapêutico, observadas e interpretadas de forma diferente pelo cliente e pela família.

Resumidamente, o caso descreve um cliente que é trazido pelos bombeiros ao SU por apresentar sintomatologia psicótica e por abandono total da terapêutica. À entrada, o cliente encontra-se calmo mas quando lhe é proposto a toma de medicação recusa e, com a posterior insistência para fazer a medicação, inicia um comportamento mais agitado e agressivo. Neste primeiro momento foi respeitada a decisão do cliente não fazer a medicação mas o objetivo mantinha-se no sentido do cliente fazer posteriormente a medicação mas num ambiente mais calmo. Aproveitou-se esta fase para estabelecer uma relação de comunicação e, neste sentido, foram realizadas as três entrevistas: uma primeira com a mãe e o filho, uma segunda só com o cliente e uma

terceira só com a mãe. O confronto das duas perspectivas – cliente e família - não serve o propósito de identificar incoerências na procura da verdade, mas serve o objetivo de perceber como estas situações apresentam um carácter relacional dialógico, em que a interação, neste caso entre o cliente e a família, levou à construção de diferentes interpretações sobre o abandono terapêutico.

Esta intervenção de Enfermagem, sustentada no modelo de Chalifour (2007), baseia-se numa conceção centrada na pessoa, considerando que a pessoa possui capacidade auto criadora e consciência de si. Neste caso concreto, notou-se que ao longo da entrevista, a mãe do cliente passou por um processo de reformulação relativamente ao que era anteriormente percecionado. A família ia assimilando as pequenas alterações no discurso e no comportamento do cliente como não estando relacionadas com os quadros de doença e não se apercebiam do carácter cumulativo destas alterações, relacionado com o abandono terapêutico, e que já pareciam indiciar um comportamento delirante de tipo paranoide. O que acontece é que pequenas alterações, que vão ocorrendo no tempo, não vão sendo valorizadas porque, exatamente, surgem como pormenores, sendo que, a estas pequenas alterações se somavam outras tantas pequenas alterações.

A entrevista permitiu à mãe um espaço de tempo de autorreflexão que levou à elaboração de novas interpretações e reformulações do que se tinha passado. A mãe referia, por exemplo, que lhe custa ainda hoje, passados quase 10 anos, aceitar que o filho tenha uma doença mental e, neste sentido, admitia que por vezes desculpa o que ouve ou o que vê, de mais estranho no comportamento do filho, para não ter que reviver tudo o que aconteceu no passado, sobretudo os internamentos no hospital psiquiátrico que foram muito traumatizantes para todos.

Relativamente à entrevista com o cliente, a condução deste tipo de entrevista não diretiva, centrada nos problemas que o cliente ia comunicando, possibilitou a criação de uma relação de confiança, o que permitiu, por sua vez, conseguir que o cliente tomasse a medicação *po* de forma calma, numa situação completamente diferente daquela que inicialmente se tinha verificado à entrada na urgência. Esta fase, de maior abertura e de maior recetividade, permitiu inclusive desenvolver uma dimensão de ensino sobre os esquemas

terapêuticos e voltar a abordar, posteriormente no SO, com o cliente vários aspetos associados aos benefícios da adesão terapêutica.

A criação de um ambiente terapêutico, a prioridade na comunicação e a realização de entrevistas de Enfermagem, aos clientes e aos familiares, permitiram ir ao encontro do objetivo mais central de promoção da adesão terapêutica. Tentei nas várias abordagens e intervenções com os clientes e com os familiares mobilizar o tema da promoção da adesão terapêutica e fui tentado sempre, de uma forma mais formal ou mais informal, perceber as causas do abandono terapêutico.

Na verdade, os problemas acerca do abandono terapêutico revestem-se de maior complexidade, que não se esgotam no dualismo do *cumpro* ou *não cumpro*, mas que traduzem percursos com diferentes histórias e trajetórias de abandono terapêutico. Neste sentido, o serviço de urgência constitui uma mais-valia pelo facto das situações expostas serem muito recentes e de estar tudo muito consciente sobre os processos emotivos e racionais que levaram a que as pessoas procurassem a ajuda profissional.

Os cuidados de Enfermagem que desenvolvi no sentido da promoção da adesão terapêutica, neste serviço de urgência psiquiátrica, podem ser resumidamente esquematizadas nas seguintes intervenções:

- Realização de entrevistas de Enfermagem no sentido de estabelecer uma relação de confiança e de ajuda com os clientes e com os familiares;

- Intervenções individualizadas de educação para a saúde, aos familiares sobre os sintomas e percursos da doença e, simultaneamente, mostrar como alguns sintomas, por mais leves que pareçam, poderem ser já sugestivos de práticas de abandono terapêutico;

- Respeitar as recusas na aceitação da terapêutica no SU e dar tempo para os clientes refletirem aquando da recusa da medicação;

- Promover a boa imagem associada à administração terapêutica, através da mobilização de estratégias de comunicação e de negociação, investindo na informação e na motivação sobre os aspetos positivos associados à terapêutica;

- Tentar que o ato da administração terapêutica intramuscular constitua um episódio o menos traumático possível, e que decorra num ambiente calmo, pois

isso irá ficar como memória futura, quer seja positiva ou negativa, para o cumprimento dos esquemas futuros e, neste sentido: i) evitar administrar a medicação intramuscular com o cliente imobilizado e ii) evitar justificar a imobilização para que deste modo se possa administrar a terapêutica intramuscular.

### **2.3. Serviço de Reabilitação Psicossocial**

O segundo módulo do estágio desenrolou-se num serviço reabilitação psicossocial de uma instituição hospitalar psiquiátrica. Este serviço desenvolve programas de reabilitação de treino de atividades de vida diária, terapia ocupacional, formação profissional e de emprego protegido. Fazem parte deste serviço de reabilitação uma unidade de internamento de convalescença, seis unidades residenciais, uma unidade de terapia ocupacional, uma lavandaria, um grupo de teatro e um programa de emissão de rádio.

As unidades residenciais são em número de oito, sendo que cinco encontram-se localizadas no interior do hospital e as restantes três no exterior da instituição. No conjunto destas várias unidades encontram-se, presentemente, 89 clientes. Perante esta diversidade de unidades, optei por desenvolver o plano de intervenções de Enfermagem mais circunscrito ao grupo de clientes residentes numa unidade residencial. Esta unidade residencial tem a capacidade para 12 clientes que apresentam características de maior grau de institucionalização e cronicidade e, simultaneamente, apresentam fracos laços sociais com a família e com a comunidade.

Durante este estágio tenho seguido as etapas do processo de Enfermagem, recorrendo à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE β2). Nos contextos de saúde mental, como refere Amaral (2010), o estabelecimento de diagnósticos de Enfermagem não surge dos problemas que são identificados, quase de uma forma apriorística, pelo enfermeiro ao que alegadamente ou potencialmente o cliente necessita. Ao invés, o estabelecimento de diagnósticos surge de um trabalho de co construção de acordo com a realidade quotidiana do cliente, realçando as reações do cliente

tal como por ele são vividas e experienciadas (Amaral, 2010). Através desta metodologia tenho elaborado os diagnósticos de Enfermagem com os respetivos focos, numa perspetiva relacional e de acordo com as manifestações observadas ou fornecidas pelos clientes. Do mesmo modo estabeleci as consequentes intervenções de Enfermagem em parceria com os clientes, de acordo com as necessidades avaliadas e, com o auxílio da informação presente nos processos clínicos (Apêndice 3).

### 2.3.1 Promoção da Adesão Terapêutica na Reabilitação Psicossocial

Promover a adesão terapêutica, num programa de reabilitação psicossocial, implica a implementação articulada de intervenções psicossociais assentes em várias estratégias educativas e comportamentais. O planeamento de atividades foi desenvolvido com os clientes na construção de estratégias e intervenções com os seguintes objetivos específicos:

- Aumentar a adesão terapêutica;
- Promover a autonomia na preparação e administração da terapêutica individual;
- Reconhecer a importância da terapêutica medicamentosa e não medicamentosa na estabilização do quadro psicopatológico;
- Aumentar a autonomia e a qualidade de vida.

O plano de cuidados de Enfermagem desenrolou-se num primeiro nível em intervenções de âmbito individual e, posteriormente, em intervenções de grupo.

As intervenções realizadas ao nível individual incluíram as técnicas de Entrevista de Enfermagem, o Treino Individual Supervisionado da Gestão Autónoma da Medicação e a elaboração de um Estudo de Caso tendo sido, igualmente, aplicados 30 questionários individuais no âmbito da investigação sobre a adesão terapêutica.

O planeamento e a execução das intervenções de Enfermagem foram precedidos por um período de preparação e de avaliação, que teve por finalidade o estabelecimento de uma relação de confiança com os clientes. Neste tipo de população, constituída por clientes com características de maior grau de institucionalização e cronicidade, é central o estabelecimento de relações de confiança que permitam o aprofundamento da relação de ajuda.

Neste sentido, manteve-se como técnica central a realização das entrevistas de Enfermagem baseadas nos modelos não diretivos de Roger e de Chalifour (2007), com os seguintes objetivos específicos:

- Promover a criação de uma relação de confiança entre o enfermeiro e o cliente;
- Clarificar os papéis assumidos pelo enfermeiro e pelo cliente nesta relação;
- Acompanhar o cliente na expressão da sua necessidade de ajuda;
- Avaliar as necessidades dos clientes no domínio da terapêutica;
- Estabelecer uma relação terapêutica.

Neste âmbito foram realizadas 10 entrevistas individuais circunscritas ao grupo de clientes residentes na unidade residencial. Após a realização das entrevistas e da aplicação dos questionários, defini para cada cliente os diagnósticos de Enfermagem, os resultados esperados e as intervenções de Enfermagem mais apropriadas e personalizadas, tendo sido elaborado de forma mais circunscrita um estudo de caso.

### 2.3.2. Estudo de Caso

A elaboração deste Estudo de Caso pretendeu constituir um instrumento de reflexão e de análise, mobilizando os instrumentos específicos da Enfermagem de saúde mental e psiquiatria, acerca do processo de planeamento de cuidados globais e personalizados à pessoa com doença mental (Apêndice 4). Resumidamente, o caso aqui descrito corresponde a um homem de 47 anos, na situação de reformado por invalidez, solteiro, com o 9º ano de escolaridade, diagnóstico de esquizofrenia e antecedentes de consumo de substâncias tóxicas. Apresenta uma história de múltiplos internamentos psiquiátricos desde 1995, encontrando-se internado há cerca de 16 anos nesta instituição hospitalar. Na história familiar do cliente há a destacar um longo processo de ruturas e separações no seio das relações sociais familiares. Um mês após o seu nascimento ocorre a separação dos pais, sendo que, posteriormente, a mãe por dificuldades financeiras e episódios de depressão decide que o filho deverá ficar a cargo dos cuidados dos avós maternos. Apesar de ter vivido separações e abandonos precoces o cliente, até aos 13 anos, a viver em casa

dos avós, descreve a sua infância como sendo “responsável e pacato, até era mais bem comportado do que muitos outros miúdos lá do bairro” (sic). Por volta dos 14 anos, a mãe inicia um novo relacionamento e o cliente vai viver com a mãe e com o padrasto. Contudo, esta relação é conflituosa, com permanentes discussões relacionadas com problemas de alcoolismo do padrasto e, após um ano, o cliente regressa novamente para casa dos avós. Por esta altura, o cliente conhece o pai que regressa do estrangeiro, mas que não permanece na zona de Lisboa e que vai morar para a região norte de Portugal. O cliente descreve este período conturbado como estando mais nervoso e constantemente zangado com “tudo e com todos” (sic). É, igualmente, nesta faixa etária dos 15 anos que inicia as primeiras experiências de consumo de canabinóides na escola e que, posteriormente, passam a ser regulares. Aos 20 anos experimenta heroína fumada, com consumos regulares e a toma simultânea de comprimidos da família das benzodiazepinas. Por esta altura, situa a sua primeira descompensação psicótica e refere que “pensava que era Jesus Cristo e que era o dono do mundo”(sic). Passa por uma fase de grande instabilidade social e emocional, com comportamentos agressivos e pequenos furtos aos avós. Aos 20 anos faz uma primeira tentativa de suicídio, por defenestração de um 4º andar. Aos 26 anos, em contexto delirante associado ao consumo de canabinóides, heroína fumada, álcool e ingestão de comprimidos, faz uma nova tentativa de suicídio na linha de comboio. Na sequência deste acidente fica com graves *deficits* na mobilidade e na deambulação.

O cliente inicia acompanhamento em consultas de psiquiatria, desde os 20 anos, e a partir de 1995 inicia uma trajetória de múltiplos internamentos de curta duração, em instituições hospitalares psiquiátricas, sendo que, após um internamento mais longo, é reencaminhado, em 2000, para o serviço de reabilitação psicossocial deste hospital psiquiátrico, onde permanece até à atualidade.

Atualmente o cliente não deseja reatar qualquer tipo de relacionamento com o pai, sendo que, contudo, desculpabiliza um pouco a história familiar de ausência do pai tendo em conta que, provavelmente, tinha problemas mentais e que era perseguido pelo regime ditatorial de então. No que se refere à mãe o

cliente adota uma postura de maior ambivalência, em que, por um lado, atribui-lhe parte da responsabilidade por o ter abandonado em criança, mas que, por outro lado, compreende que a mãe “estava muito deprimida e com problemas de dinheiros” (sic).

Na entrevista de Enfermagem o cliente encontra-se calmo, orientado no tempo, espaço e pessoa, mantendo a compreensão intacta para situações simples e concretas. O estado emocional caracteriza-se como sendo apropriado, humor eutímico, com um *faceis* e expressão não-verbal congruente com o tipo de emoções manifestadas. O conteúdo de pensamento é adequado à realidade, coerente com os diferentes estados de humor, com predomínio das dimensões centradas no seu quotidiano e com pouca elaboração de projeção de cenários futuros. Atualmente não tem consumo de substâncias tóxicas, não se apuram alterações da percepção, nem a presença de ideias delirantes ou de qualquer tipo de alucinações. Apresenta boa consciência de si próprio e *insight* para a doença. Relativamente à necessidade de continuidade do esquema terapêutico apresenta alguns mecanismos de negação relativamente à doença na sua dimensão de cronicidade. Refere que já se sente totalmente curado, desde há alguns anos, e não concebe qualquer risco de retorno aos problemas de adição e dependência.

A elaboração deste estudo de caso permitiu criar um espaço de reflexão crítica sobre a prática da Enfermagem, no âmbito específico da saúde mental e psiquiatria e, deste modo, evidenciar a importância central das dimensões relacionais enquanto instrumento terapêutico da Enfermagem. A mobilização e o aprofundamento das dimensões relacionais, permitiram constatar que os problemas, que foram sendo formulados refletiam sofrimentos por parte do cliente muito associados às questões da autoimagem, diminuição da autoestima e estigma social. Estes problemas tinham consequências reais no quotidiano do cliente com a alteração do padrão do sono, o isolamento social a tristeza e a própria ausência de expectativas futuras. Para a resolução deste problemas, grande parte das intervenções não mobilizaram o manuseamento de tecnologias da saúde nem a utilização de mais fármacos mas, pelo contrário, centraram-se na mobilização das técnicas relacionais, na

comunicação, na escuta ativa e na promoção da interação e dinâmicas de grupo.

O estabelecimento de uma relação efetiva constitui uma competência que requer compreensão, conhecimentos técnicos e teóricos, por parte do enfermeiro, mas que, sobretudo, requer o estabelecimento de uma relação de confiança entre ambos. A avaliação final do conjunto destas intervenções permitiu observar ganhos de saúde que podemos situar ao nível da redução da ansiedade, da melhoria da interação com os outros clientes e do enfrentamento de situações anteriormente angustiantes como, por exemplo, nos passeios no exterior do hospital.

### 2.3.3. Treino Individual Supervisionado da Gestão Autónoma da Medicação

Neste serviço de reabilitação encontra-se implementado o “Programa de Gestão Autónoma da Medicação” em que a medicação é preparada semanalmente pelos clientes, sob supervisão da Enfermagem. Esta preparação implica, por parte dos clientes, a leitura do guia de prescrição terapêutica semanal, a identificação dos medicamentos, que se encontram embalados, a seleção e a colocação de cada fármaco nos respetivos compartimentos da caixa terapêutica. Cada caixa terapêutica é identificada com o nome do cliente e encontra-se dividida por compartimentos, respeitantes às cinco refeições diárias nos sete dias da semana. Após um primeiro período de observação e de avaliação das necessidades foi delineado um plano de intervenções de “Treino Individual Supervisionado da Gestão Autónoma da Medicação”, destinado aos clientes da unidade residencial, com os seguintes objetivos:

#### **Objetivos Gerais:**

- Sensibilizar os clientes para a importância da participação no Programa de Gestão Autónoma da Medicação.
- Avaliar as necessidades dos clientes e os problemas identificados pelos clientes na preparação da medicação semanal.

#### **Objetivos Específicos:**

Que os participantes sejam capazes de:

- Reconhecer a medicação pelo princípio ativo;
- Identificar a medicação em SOS e as situações a que se destinam;
- Identificar pelo menos um dos efeitos terapêuticos de cada um dos medicamentos que tomam;
- Identificar pelo menos um dos efeitos secundários de cada um dos medicamentos que tomam;
- Interpretar corretamente o Guia Terapêutico;
- Utilizar corretamente a caixa individual da medicação;
- Preparar corretamente a medicação semanal, no que refere aos dias, horários e doses.

Foram realizadas sessões de treino individual uma vez por semana na unidade residencial, com uma duração compreendida entre 10 a 15 minutos por cada cliente. Nas primeiras sessões o meu papel remeteu-se à observação com o intuito de identificar as dificuldades sentidas pelos clientes. Posteriormente fui intervindo de acordo com as dificuldades específicas de cada cliente. Importa referir que esta atividade é complexa e implica uma dimensão cognitiva associada à leitura e interpretação, em que se pretende, também, a mobilização de conhecimentos sobre as funções terapêuticas dos fármacos e, por outro lado, implica uma dimensão associada à psicomotricidade fina, que envolve o recorte, manual ou com tesoura, dos comprimidos embalados e a posterior colocação destes fármacos nos respetivos compartimentos na caixa terapêutica. Durante cada sessão promovi a leitura do guia de prescrição terapêutica semanal, a identificação da medicação e a manipulação da caixa individual. Reforçou-se a importância da aquisição de competências nesta área de forma a garantir um maior nível de autonomia. Em relação às questões sobre as funções terapêuticas de cada fármaco, cada cliente recebeu breves esclarecimentos individuais. Estas sessões corresponderam a momentos privilegiados para o ensino individual sobre a medicação e sobre o processo de doença e sobre as emoções sentidas na preparação da terapêutica. Com o decorrer destas atividades os clientes foram desenvolvendo maiores competências de autonomia, sendo que na fase final do estágio fui assumindo mais o papel de supervisão, corrigindo os erros, esclarecendo dúvidas e efetuando reforços positivos. Após cada

sessão de treino individual supervisionado, elaborei os respetivos registos e avaliação (Apêndice 5).

#### 2.3.4. Intervenções de Enfermagem em Grupo

A realização das intervenções de âmbito individual, conjuntamente com a observação das dinâmicas de grupo, permitiram-me identificar as necessidades e os problemas de Enfermagem e, num segundo momento, deram sequência e sustento ao planeamento e à realização de intervenções de âmbito grupal.

Como tem sido exposto, o planeamento e a execução das atividades de Enfermagem focalizaram-se num grupo mais específico constituído pelos clientes de uma unidade residencial. Esta unidade residencial foi objeto de uma recente reestruturação, que incluiu a realização de obras no edifício mas que também implicou a constituição de um novo grupo de residentes. Por se tratar de um grupo relativamente recente, os clientes não se conhecem bem, sendo que, a observação das dinâmicas de grupo permitiram identificar necessidades e problemas no âmbito do foco de Enfermagem relacionado com a “Interação Social Comprometida”, manifestado pela pouca comunicação e pouca interação entre os clientes nesta unidade residencial. Neste sentido, foram delineadas, num primeiro momento, intervenções lúdicas e recreativas com o objetivo de promover a interação e aumentar o grau de coesão social.

As atividades lúdicas e recreativas são mais do que uma atividade de ocupação do tempo ou de diversão, estas intervenções situam-se no âmbito terapêutico e constituem, segundo Ventosa e Marset (2003), um campo educativo privilegiado, que atua nas áreas da promoção da socialização e de integração social. Resumidamente com o objetivo de promover o desenvolvimento das capacidades cognitivas e de concentração ao nível individual, de promover a interação social, diminuição do *stress*, através da vivência do aspeto lúdico do jogo, elaborei o planeamento de atividades de jogos de mesa, em pequenos grupos, com os seguintes objetivos:

##### **Objetivos Gerais**

- Promover a comunicação, a interação e a coesão do grupo de clientes da unidade residencial;
- Desenvolver as capacidades cognitivas e de concentração.

### **Objetivos Específicos:**

Que os clientes sejam capazes de:

- Participarem de forma espontânea na realização dos jogos de grupo;
- Respeitar e seguir as regras associadas a cada jogo;
- Comunicar e partilhar as emoções no decorrer da atividade.

As atividades foram desenvolvidas na sala polivalente da unidade residencial de acordo com os recursos disponíveis, tendo sido realizados sessões de “Jogos de Dominó” e de “Jogo do Bingo” e sessões de colagem e pintura. Nas primeiras sessões os participantes demonstraram alguma resistência à realização das atividades de grupo (Apêndice 6). Por um lado, era necessário uma maior motivação no sentido de agregar os participantes a formarem pequenos grupos, por outro, não demonstravam grande interesse em concluir as atividades iniciadas. Com o decorrer da execução dos jogos, de forma mais persistente e continua, passou a observar-se a solicitação mais espontânea de participação de outros clientes mais resistentes à interação.

No que diz respeito ao desenrolar das atividades lúdicas, no início, os participantes encontravam-se pouco focados na realização do jogo e mais focados na avaliação crítica do desempenho dos outros e, por vezes, com a ridicularização das falhas, sobretudo sobre o desconhecimento das regras do jogo. Este ambiente, mais individualista e por vezes hostil, foi sendo gradualmente alterado, com a continuação desta atividade de forma mais regular, tendo-se notado um maior entusiasmo na participação e uma maior cooperação entre os participantes. De forma simultânea notou-se maior concentração e focalização na execução e valorização do próprio jogo. Após cada sessão reservou-se um espaço de comunicação e partilha de experiências sobre o jogo. Observou-se que estas atividades lúdicas, como implicam o confronto e a negociação sobre regras, estimularam a discussão de outros temas, como por exemplo a discussão sobre as regras da organização e convivência social na unidade residencial. Isto permitiu resolver algumas tensões e problemas relativos às regras sobre a limpeza dos espaços comuns da unidade residencial (Apêndice 7).

### 2.3.5. Intervenções de Âmbito Psicoeducativo

Nas intervenções de âmbito psicoeducativo foram realizadas duas sessões: a primeira intitulada de “Reunião Psicoeducativa de Grupo sobre Regimes Terapêuticos” e a segunda de “Reunião Psicoeducativa de Grupo sobre o Programa de Adesão/Gestão Autónoma da Medicação”.

A representação dominante dos clientes, a respeito dos regimes terapêuticos, centra-se quase exclusivamente nos modelos biomédicos e medicamentosos. Neste sentido, as intervenções que não incluam a toma de medicamentos são, normalmente, excluídas do domínio representativo dos regimes terapêuticos. Uma das áreas de intervenção terapêutica na saúde mental passa pela promoção de estilos de vida e hábitos saudáveis, num pressuposto de um modelo de intervenção mais global e menos restrito aos modelos terapêuticos medicamentosos. Algumas das dimensões mais frequentes, incluídas neste enquadramento terapêutico mais alargado, prendem-se com a alimentação, a prática de exercício físico, o tabagismo, o consumo excessivo de álcool ou a gestão do *stress*. Neste sentido, elaborei o plano de duas sessões de âmbito psicoeducativo de grupo sobre os regimes terapêuticos não medicamentosos, intitulada de “Promoção de Estilos de Vida Terapêuticos”, com os seguintes objetivos:

#### **Objetivos Gerais**

-Reconhecer a importância das atividades terapêuticas não medicamentosas na promoção da saúde mental;

-Promover a comunicação e a interação entre o grupo de clientes.

#### **Objetivos Específicos:**

Que os clientes sejam capazes de:

- Identificar as intervenções terapêuticas não medicamentosas como a prática do exercício físico, o relaxamento, a alimentação ou as atividades de recreação lúdica;

- Comunicar e partilhar as emoções no decorrer da atividade.

As atividades decorreram na sala polivalente da unidade residencial e optei por uma disposição do grupo em roda de modo a facilitar a comunicação verbal e não-verbal entre os participantes. Do conjunto de avaliações realizadas

anteriormente foi sobressaindo uma necessidade relacionada com o foco do “Conhecimento de Saúde”, manifestada por conhecimentos ineficazes ou não presentes associados à terapêutica e aos processos de doença. Neste âmbito, foram englobados os dados que apontavam para o sedentarismo, a falta de ocupação dos tempos livres e lazer, o abuso de tabaco e o abuso de cafeína. De forma resumida informei sobre os regimes terapêuticos entendidos de forma mais alargada em saúde mental e que passam por um leque de intervenções como a prática do exercício físico, os diferentes tipos de relaxamento e as atividades de recreação lúdica. Foram estabelecidos um conjunto de intervenções, que foram propostas pelos participantes, e foi criado um quadro de parede com as várias atividades definidas pelos participantes a serem realizadas com o intuito de promover os estilos de vida saudáveis. (Apêndice 8). Estabeleceu-se um horário, às sextas-feiras pelas 11 horas, para a execução de uma tarefa que era selecionada deste quadro. Deste modo, realizaram-se passeios de grupo no interior do recinto hospitalar, jogos de mesa, atividades de pintura e escuta de música.

#### 2.3.6. Programa de Gestão Autónoma da Medicação

No âmbito do “Programa de Gestão Autónoma da Medicação”, que se encontra implementado neste serviço, tenho vindo a realizar sessões de treino individual aos clientes. No decorrer do tempo, e à medida que se foi estabelecendo uma relação de maior confiança, consegui aperceber-me de um maior número de dificuldades experienciadas pelos clientes. Alguns destes problemas encontravam-se associados a dificuldades na identificação do nome dos comprimidos e na associação dos comprimidos às suas funções terapêuticas mais gerais, como por exemplo, conseguir distinguir os comprimidos associados às funções psicoterapêuticas dos outros comprimidos associados por exemplo à hipertensão ou à diabetes. Neste sentido elaborei uma sessão de grupo de âmbito psicoeducativo com o objetivo de partilhar as dificuldades sentidas nesta atividade de preparação da medicação semanal (Apêndice 10). Estas sessões corresponderam a momentos privilegiados para avaliar o ensino sobre a medicação e sobre os processos de doença e de reabilitação psicossocial. Pretendia-se igualmente reforçar a perceção dos

clientes sobre os ganhos de autonomia individual que se encontram associados na prossecução do Programa de Gestão Autónoma da Medicação. O planeamento da intervenção teve por base os seguintes objetivos:

### **Objetivos Gerais**

- Avaliar o grau de adesão ao “Programa de Gestão Autónoma da Medicação” do Serviço de Reabilitação Psicossocial

-Promover a adesão terapêutica medicamentosa;

-Promover a comunicação e a interação entre o grupo de clientes.

### **Objetivos Específicos:**

Que os clientes sejam capazes de:

- Identificar as dificuldades sentidas na preparação da medicação;

- Expor críticas e sugestões ao Programa de Gestão Autónoma da Medicação;

- Reconhecer os ganhos em termos de autonomia e de desenvolvimento e aquisição de novas competências;

- Comunicar e partilhar as emoções no decorrer da atividade.

A atividade decorreu na sala polivalente da unidade residencial e optei por uma disposição do grupo em roda de modo a facilitar a comunicação verbal e não-verbal entre todos os participantes. Foi solicitado aos clientes que identificassem os ganhos da gestão autónoma da medicação, as dificuldades sentidas e que partilhassem sugestões ou críticas ao programa. Resumidamente, a discussão em grupo foi enriquecedora tendo sido, sobretudo, salientados os aspetos de ganhos de autonomia na preparação desta atividade que, de forma maioritária, os clientes consideram como muito importante. Contudo, alguns clientes ainda referem que seria melhor que os enfermeiros preparassem a medicação como antigamente (Apêndice 9). Uma das dimensões mais importantes da obra de Chalifour (2007), e das correntes existencialista, humanista e fenomenológica, radica na valorização das emoções. As emoções fazem parte constituinte da arquitetura mais básica do ser humano, como refere Damásio (2000), as emoções fazem parte dos dispositivos bio reguladores com os quais nascemos para sobreviver. A valorização da componente emocional, muitas vezes esquecida, minorada ou mesmo reprimida, permite o crescimento da plenitude do ser humano. Esta

perspetiva sendo centrada no cliente, implica um envolvimento e uma disponibilidade intelectual e emotiva por parte do enfermeiro, contribuindo simultaneamente para o crescimento do outro.

### 3. PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO

A componente de investigação, deste trabalho, tem por objetivo produzir conhecimento sobre os fatores multidimensionais que se encontram subjacentes à adesão terapêutica nas pessoas com doença mental. O desenho metodológico tem uma componente correlacional e transversal e adota uma estratégia de tipo extensivo-quantitativo. A técnica central de recolha de informação é constituída pelo inquérito por questionário de administração indireta.

Pretendeu-se a produção de uma base de dados sobre as seguintes dimensões: i) atributos sociodemográficos ii) avaliação do estado cognitivo; iii) avaliação do grau de *insight*; iv) avaliação das atitudes e crenças relativamente à terapêutica medicamentosa e não medicamentosa e, v) avaliação do grau de adesão terapêutica. A avaliação sociodemográfica pretende situar o indivíduo no sistema de relações sociais e destacar os indicadores diferenciadores relativamente ao género, à idade, grau de escolaridade e situação no trabalho (Apêndice 10). A avaliação do estado cognitivo foi realizada através da aplicação da versão portuguesa do Mini Mental State (Guerreiro et al.,1993) (Anexo 1); o grau de *insight* foi avaliado através da escala de Marková e Berrios, que foi validada em Portugal por Vanelli et al. (2010) (Anexo2); a avaliação das atitudes e crenças, relativamente à terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, foi baseado no *Instrumento Avaliação do Risco da Não-adesão ao Tratamento* da OE (2009) (Apêndice 10); o grau de adesão à terapêutica foi aferido através a escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) (Anexo 3), que reflete uma versão da Escala de Morisky, validada por Delgado e Lima (2001) para a realidade portuguesa.

Neste percurso de investigação, foram constituídas duas unidades de análise, o serviço de urgência e o serviço de reabilitação. Os critérios inclusivos subjacentes à seleção empírica dos inquiridos englobaram i) todos os clientes que se encontrassem nestas duas unidades de análise, ii) os clientes que compreendessem e concordassem em participar no estudo, englobando todas as situações patológicas, iii) os clientes com história, passada ou presente, de prescrição de qualquer tipo de regime medicamentoso com a toma de

psicofármacos. Por outro lado, excluía os clientes que se encontrassem i) muito sonolentos, ii) incapazes de comunicar, ou iii) com *deficits* cognitivos que inibissem a compreensão acerca da concordância na participação do estudo.

Durante todo este percurso de planeamento e execução do trabalho de investigação foram respeitados as premissas éticas e deontológicas da Enfermagem (OE, 2010). O projeto de investigação foi apresentado e previamente autorizado pela Comissão de Ética das instituições hospitalares. A participação neste estudo, por parte dos clientes, foi sempre alvo de uma explicação demorada sobre os objetivos do trabalho e os temas do estudo, com a garantia de confidencialidade e anonimato, esclarecimento de dúvidas e, no caso de aceitação, foi sempre solicitado o preenchimento e a assinatura do consentimento informado (Apêndice 10).

A aplicação dos questionários decorreu durante cinco meses, entre outubro de 2015 e março de 2016. A totalidade dos inquéritos realizados correspondeu a um universo de 79 clientes, sendo 49 casos oriundos do serviço de urgência e 30 casos do serviço de reabilitação.

O tratamento estatístico, da informação recolhida, teve por base o programa de software SPSS Versão nº 21. As respostas das questões abertas foram trabalhadas segundo a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2009). A caracterização e análise dos dados encontram-se de forma mais completa no relatório estatístico em apêndice (Apêndice 11).

Importa iniciar este percurso de análise caracterizando, sumariamente, os universos populacionais oriundos destes dois contextos de observação, como se apresenta no Quadro 2.

Quadro 2 – Caracterização do universo empírico na Urgência e na Reabilitação

|                                |                            | Urgência |      |       | Reabilitação |      |       |
|--------------------------------|----------------------------|----------|------|-------|--------------|------|-------|
|                                |                            | N        | %    | Média | N            | %    | Média |
| Sexo                           | Masculino                  | 23       | 46,9 |       | 17           | 56,7 |       |
|                                | Feminino                   | 26       | 53,1 |       | 13           | 43,3 |       |
| Idade -<br>escalões<br>etários | até aos 29                 | 6        | 12,2 |       | 1            | 3,3  |       |
|                                | 30 – 49                    | 25       | 51,0 |       | 2            | 6,7  |       |
|                                | 50- 69                     | 13       | 26,5 |       | 16           | 53,3 |       |
|                                | >= 70                      | 5        | 10,2 |       | 11           | 36,7 |       |
| Idade – média                  |                            |          |      | 45,8  |              |      | 59,8  |
| Escolaridade                   | Até ao 1º<br>ciclo         | 9        | 20,4 |       | 8            | 26,7 |       |
|                                | 2º e 3º ciclo              | 19       | 40,8 |       | 19           | 63,3 |       |
|                                | Sec/Ensi_Sup               | 18       | 38,8 |       | 3            | 10,0 |       |
| Atividade<br>delirante         | Ati. Delirante<br>presente | 21       | 47,7 |       | 15           | 51,7 |       |
|                                | Sem ati.<br>Delirante      | 23       | 52,3 |       | 14           | 48,3 |       |
| Grau de <i>Insight</i>         |                            |          |      | 12,3  |              |      | 13,5  |
| Mini Mental                    |                            |          |      | 24,4  |              |      | 22,6  |
| Duração internamento<br>(anos) |                            |          |      | -     |              |      | 16,5  |
| Internamento<br>anteriores     | S/ internam                | 9        | 23,7 |       | 0            | 0    |       |
|                                | 1 internam                 | 9        | 23,7 |       | 0            | 0    |       |
|                                | 2-4 internam               | 18       | 47,3 |       | 9            | 30,0 |       |
|                                | >= 5 interna               | 2        | 5,3  |       | 21           | 70,0 |       |

Relativamente à comparação entre estes dois conjuntos populacionais, a leitura do Quadro 2 permite constatar que a distribuição de frequências é relativamente igualitária no que diz respeito à distribuição por sexo. Relativamente à idade, constata-se que a população inquirida na urgência é mais nova (média = 45,8 anos), sendo que na reabilitação concentram-se as faixas etárias mais idosas, em que 36,7% desta população tem idades iguais ou superiores a 70 anos, e com uma média de 59,8 anos. Os níveis de escolaridade são distintos nos dois contextos, sendo que na urgência os clientes apresentam níveis de escolaridade mais elevados. Relativamente ao grau de *insight* não se verificam grandes diferenças, sendo que, em média, o

grau de *insight* é ligeiramente mais baixo na população da urgência (*insight* = 12,3) do que na da reabilitação (*insight* = 13,5). A avaliação das dimensões cognitivas, resultante do teste Mini-Mental, é, também, relativamente equitativa sendo ligeiramente superior na urgência. A presença de atividade delirante também é bastante similar nos dois contextos de inquirição, sendo ligeiramente mais frequente na reabilitação (51,7% dos clientes) do que na urgência (47,7% dos clientes). As grandes diferenças, entre estes dois contextos, verificam-se, sobretudo, no historial de internamentos, em que, na urgência os clientes com 5 ou mais internamentos representavam 2% e na reabilitação constituíam 70% dos inquiridos com um tempo médio do internamento atual de 16,5 anos.

Posteriormente, analisou-se o grau de adesão terapêutica, que se constitui como a variável dependente, e que foi aferido através da escala de Medida de Adesão Terapêutica (MAT). Este modelo de aferição é constituído por sete perguntas (Anexo3) cujas respostas se situam numa escala tipo Likert com 6 pontos, em que o valor de 1 corresponde ao grau mais fraco de adesão e o valor de 6 ao grau mais forte de adesão terapêutica. Deste modo, o MAT constitui-se como uma variável compósita que varia numa escala entre os valores 1 e 6. Um dos objetivos da investigação era o de perceber o impacto dos diferentes contextos de análise sobre o grau de adesão terapêutica, como se apresenta no Quadro 3.

Quadro 3 – Valor da Medida de Adesão Terapêutica (MAT) na Urgência e na Reabilitação

| <b>Medida de Adesão Terapêutica (MAT) (1 - 6)</b> |    |       |               |       |
|---|----|-------|---------------|-------|
|   | N  | Média | Desvio padrão | Eta 2 |
| S. Urgência                                       | 39 | 4,1   | 1,167         | 61,1% |
| S. Reabilitação                                   | 29 | 5,6   | 0,232         |       |
| Total   | 68 | 4,7   |               |       |

Como se verifica no Quadro 3 o grau de adesão terapêutica apresenta uma grande diferença nos dois contextos de inquirição<sup>1</sup>. Na urgência o grau de adesão terapêutica é mais baixo, com um valor médio global de 4,1 e na reabilitação o valor médio do MAT é de 5,6. Por outro lado, a análise dos valores do desvio padrão revelam que no serviço de reabilitação o grau de adesão terapêutica varia muito pouco, no conjunto dos clientes inquiridos, o que significa que os contextos de institucionalização mais fortes tendem a padronizar mais os comportamentos. Importa frisar que o serviço de urgência constitui um local onde o recurso à medicação é bastante frequente e onde, simultaneamente verifica-se, de forma mais frequente, a recusa, por parte dos clientes, na toma da medicação que é prescrita.

Quadro 4 – Recusa da terapêutica na Urgência

|         |         | N  | % válida |
|---------|---------|----|----------|
| Válido  | Sim     | 13 | 44,8     |
|         | Não     | 16 | 55,2     |
|         | Total   | 29 | 100      |
| Ausente | Sistema | 20 |          |
| Total   |         | 49 |          |

Como se pode verificar no Quadro 4, dos 29 casos, em que foi possível observar e registar, 44,8% dos clientes recusaram a toma da terapêutica. Segundo os enfermeiros, esta situação constitui sempre um dos problemas mais difíceis de resolução e representa um verdadeiro desafio para a prática da Enfermagem. O cliente pode recusar a toma da terapêutica mas, por outro, as situações que aqui se observam - abandono terapêutico prolongado, atividade delirante muito exuberante, risco de suicídio, etc. - representam um conjunto de motivos fortes para que a terapêutica seja administrada. O serviço de urgência psiquiátrica representa, seguramente, um contexto que tem impacto nos clientes, mas também representa um serviço onde ocorrem pessoas oriundas de diferentes contextos sociais. Importa por isso cruzar estas diferenças com o grau de adesão terapêutica nos dois contextos de análise. Relativamente ao cruzamento das dimensões sociodemográficas com os dois contextos de inquirição apresenta-se o seguinte quadro resumo:

<sup>1</sup> O valor de Eta<sup>2</sup> de 61,1% revela que se trata de uma associação forte entre as variáveis de contexto e o valor médio do MAT.

Quadro 5- Grau de adesão terapêutica e o cruzamento entre as dimensões sociodemográficas, na urgência e na reabilitação

|                          |                     | S. Urgência     |    |           | S. Reabilitação |    |           |
|--------------------------|---------------------|-----------------|----|-----------|-----------------|----|-----------|
|                          |                     | MAT Média (1-6) |    |           | MAT Média (1-6) |    |           |
|                          |                     | Média           | N  | Eta 2 (%) | Média           | N  | Eta 2 (%) |
| <b>Sexo</b>              | Masculino           | 3,98            | 19 | 0,5       | 5,4             | 16 | 1         |
|                          | Feminino            | 3,91            | 20 |           | 5,3             | 13 |           |
| <b>Idade</b>             | até aos 29          | 4,24            | 5  | 8,4       | 0               | 0  | 3,1       |
|                          | 30 – 49             | 4,18            | 17 |           | 5,3             | 2  |           |
|                          | 50- 69              | 3,97            | 12 |           | 5,4             | 12 |           |
|                          | >= 70               | 3,79            | 5  |           | 5,4             | 15 |           |
| <b>Estado Civil</b>      | Casado              | 4,28            | 8  | 7,1       | 5,4             | 2  | 2,2       |
|                          | Divor/Separado      | 3,73            | 13 |           | 5,5             | 12 |           |
|                          | Viúvo               | 4,01            | 4  |           | 5,4             | 5  |           |
|                          | Solteiro            | 3,86            | 14 |           | 5,4             | 10 |           |
| <b>Coabitação</b>        | Vive com familiares | 4,27            | 29 | 10,4      |                 |    |           |
|                          | Vive só             | 3,3             | 10 |           |                 |    |           |
| <b>Escolaridade</b>      | Até ao 1º ciclo     | 3,5             | 8  | 9,7       | 5,2             | 10 | 3,2       |
|                          | 2º e 3º ciclo       | 4,1             | 17 |           | 5,5             | 16 |           |
|                          | Secund e Superior   | 4,3             | 14 |           | 5,4             | 3  |           |
| <b>Condição Trabalho</b> | Exerce profissão    | 4,5             | 15 | 10,2      | 0               | 0  | 5,1       |
|                          | Desempregado        | 3,5             | 12 |           | 5,3             | 3  |           |
|                          | Reformado           | 3,9             | 12 |           | 5,4             | 26 |           |

A leitura do Quadro 5 permite verificar que relativamente ao sexo não existe grande diferenciação em ambos os contextos de inquirição, no grau de adesão terapêutico entre homens e mulheres. A análise dos escalões etários permite observar uma maior diferenciação entre os dois contextos, em que na urgência os mais jovens apresentam um grau de adesão terapêutica mais elevado, com um valor de associação de  $Eta2 = 8,4\%$ , sendo que na reabilitação o valor de associação é mais fraco ( $Eta2 = 3,1\%$ ) revelando que a idade tem pouco impacto no grau de adesão terapêutica nos clientes do serviço de reabilitação. Na restante análise o que sobressai é uma associação entre o médio e o pouco relevante na articulação da variação do grau de adesão terapêutica e as variáveis “estado civil”, “coabitação”, “escolaridade” e “condição perante o

trabalho”. Este Quadro 5 permite, de forma sucinta, constatar que os atributos individuais sociodemográficos, por si só, não constituem uma dimensão suficientemente explicativa para a compreensão da variação do grau de adesão terapêutica. Uma segunda análise, que privilegiou as dimensões ligadas à saúde e à doença, revelou um maior poder explicativo sobre a variação do grau de adesão terapêutica (Quadro 6).

Quadro 6 - Grau de adesão terapêutica e o cruzamento entre as dimensões saúde/doença na urgência e na reabilitação

|                                       |                               | S. Urgência     |    |       | S. Reabilitação |    |       |
|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------|----|-------|-----------------|----|-------|
|                                       |                               | MAT Média (1-6) |    | Eta 2 | MAT Média (1-6) |    | Eta 2 |
|                                       |                               | Média           | N  |       | Média           | N  |       |
| <b>Diagnóstico Psiquiatria</b>        | Esquizofrenia                 | 3,6             | 10 | 17,6  | 5,4             | 16 | 4,2   |
|                                       | Demência                      | 3,5             | 2  |       | 5,5             | 2  |       |
|                                       | D Bipolar                     | 3,9             | 4  |       | 5,3             | 6  |       |
|                                       | Pert. Pers.                   | 3,9             | 6  |       | -               | -  |       |
|                                       | Psicoses outras               | 3,7             | 5  |       | 5,5             | 2  |       |
|                                       | Depressão                     | 5,1             | 10 |       | 5,3             | 3  |       |
|                                       | Outras Doenças                | 4,3             | 2  |       | -               | -  |       |
| <b>Internamentos Anteriores</b>       | Sem interna anteriores        | 3,9             | 9  | 1,4   | -               | -  | 0     |
|                                       | 1 internamento                | 4,1             | 10 |       | -               | -  |       |
|                                       | 2 - 4 internamentos           | 3,8             | 18 |       | 5,4             | 8  |       |
|                                       | >= 5 internamentos anteriores | 3,8             | 2  |       | 5,4             | 21 |       |
| <b>Grau Conhecimento Medicamentos</b> | Bom/Mto Bom                   | 4,8             | 17 | 11,3  | 5,4             | 3  | 3     |
|                                       | Médio                         | 3,8             | 10 |       | 5,3             | 6  |       |
|                                       | Insuf / Nulo                  | 3,1             | 12 |       | 5,4             | 20 |       |
| <b>Grau de Insight</b>                | <i>Insight</i> até 9          | 3,2             | 10 | 41,9  | 5,3             | 9  | 8,1   |
|                                       | <i>Insight</i> 10 – 14        | 3,9             | 11 |       | 5,4             | 7  |       |
|                                       | <i>Insight</i> 15 – 19        | 4,4             | 12 |       | 5,5             | 12 |       |
|                                       | <i>Insight</i> >=20           | 5,2             | 6  |       | 5,4             | 1  |       |
| <b>Atividade Delirante</b>            | Ativi. delirante presente     | 3,2             | 17 | 42,8  | 5,4             | 13 | 0,6   |
|                                       | Ausência de ativi. Delirante  | 4,8             | 22 |       | 5,4             | 16 |       |
| <b>Mini Mental</b>                    | <= 15                         | 3,2             | 2  | 12,8  | 5,4             | 1  | 6,7   |
|                                       | 16 a 20                       | 3,5             | 2  |       | 5,3             | 8  |       |
|                                       | 21 a 25                       | 3,9             | 8  |       | 5,4             | 11 |       |
|                                       | 26 a 30                       | 4,2             | 27 |       | 5,5             | 9  |       |

A análise conjunta do Quadro 5 e do Quadro 6 permitem verificar que no serviço de reabilitação, a articulação das variáveis respeitantes ao sexo, idade, escolaridade, grau de *insight*, presença de atividade delirante ou dimensões cognitivas não produzem diferenças significativas na variação do grau de adesão terapêutica. Em certo sentido, no serviço de reabilitação todos os clientes revelam uma boa adesão terapêutica, independentemente das suas características individuais, sociais, psicológicas ou quadros patológicos. Conclui-se, por isso, que o grau de institucionalização nos clientes do serviço de reabilitação constitui o fator principal explicativo dos elevados níveis de adesão terapêutica.

A análise da informação permite observar que é no serviço de urgência onde se verificam os maiores problemas relativos à terapêutica, quer no que diz respeito à aceitação da toma medicamentosa, quer no grau de adesão. Neste sentido, optei por circunscrever a análise sobre o grau de adesão terapêutica ao universo de clientes que foram inquiridos no serviço de urgência psiquiátrica.

Assim, e retomando a leitura do Quadro 6, verifica-se que relativamente aos diferentes diagnósticos de psiquiatria os níveis mais baixos de adesão terapêutica encontram-se nos casos das pessoas com demência (MAT=3,5) e nas pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia (MAT= 3,6). Por oposição, o grau mais forte de adesão terapêutica concentra-se, claramente, nas pessoas com o diagnóstico de depressão (MAT = 5,1). Esta situação confirma o que se verificava no decorrer das entrevistas, em que os casos das pessoas com problemas de depressão revelavam, por um lado, uma maior consciencialização do seu sofrimento e, por outro, apresentavam formas mais proactivas de procurar ajuda, associado a uma maior expectativa de melhorarem com a terapêutica.

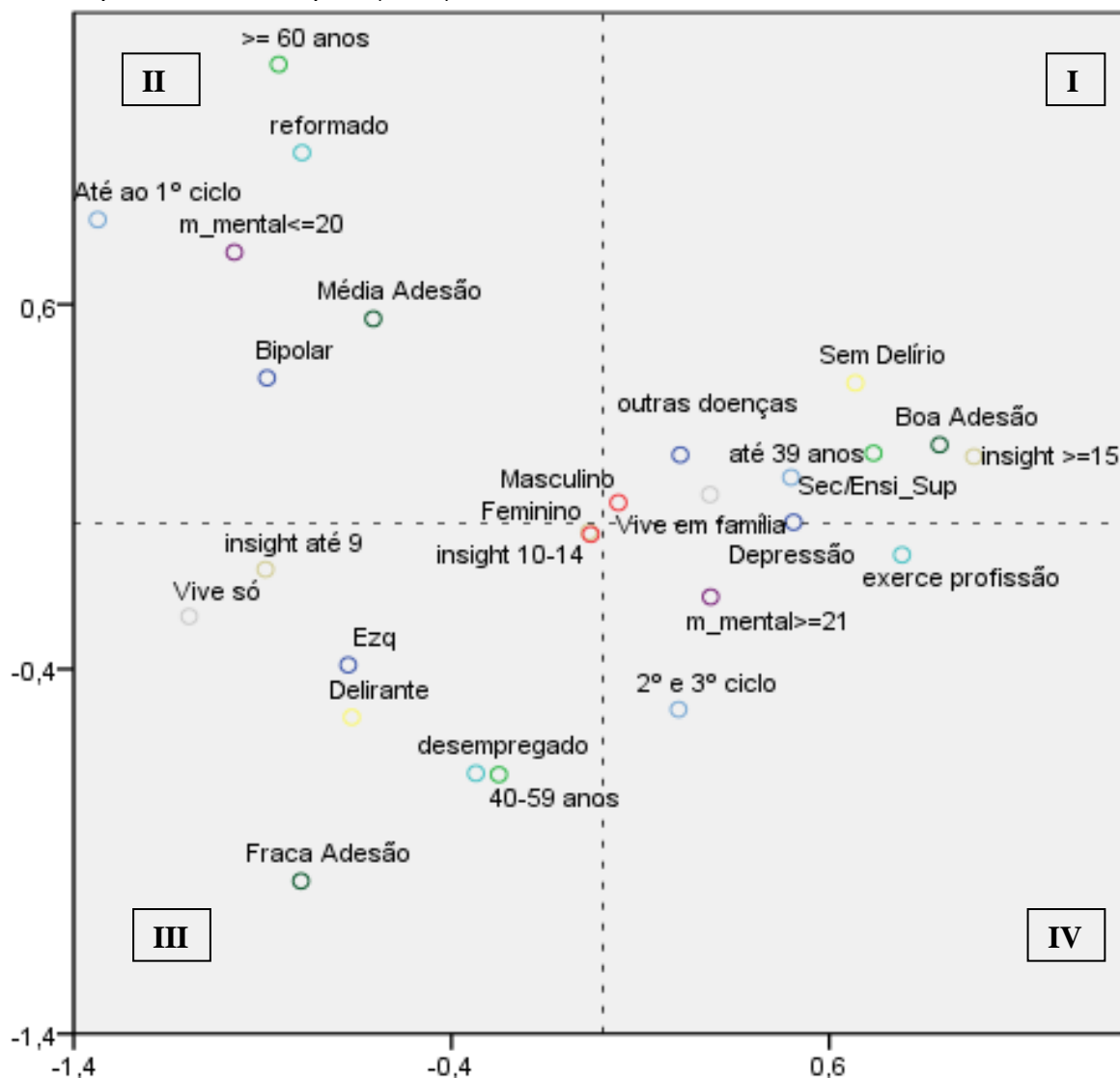
Relativamente à variável sobre o historial de internamentos, verifica-se que a maior ou menor quantidade de internamentos anteriores não surge como um fator diferenciador relativamente ao grau de adesão terapêutica. Por outro lado, o grau de conhecimento dos medicamentos já surge com um valor mais forte de associação entre as variáveis ( $\eta^2 = 11,3\%$ ) e apresenta-se no sentido de

quanto maior conhecimento sobre os medicamentos, melhor os níveis de adesão terapêutica.

As variáveis que apresentam os valores mais elevados de associação com a adesão terapêutica são o grau de *insight* e a presença de atividade delirante. O grau de *insight* surge como uma variável que apresenta uma forte componente interpretativa ( $\text{Eta}^2 = 41,9\%$ ) numa relação direta, no sentido de quanto maior o grau de *insight* maior o grau de adesão. A avaliação sobre a presença de atividade delirante revela-se como o fator mais forte na diferenciação do grau de adesão terapêutica ( $\text{Eta}^2 = 42,8\%$ ). Os clientes com a presença de atividade delirante tinham em média um valor de MAT = 3,4, por contraste com os clientes sem atividade delirante que apresentavam um valor médio de MAT = 4,6. Finalmente, os resultados do teste do Mini Mental revelam também uma associação linear, embora numa associação mais fraca ( $\text{Eta}^2=12,8$ ), em que quanto mais baixo os valores deste teste menor o grau de adesão terapêutica.

A análise destas variáveis permite constatar que algumas características como, por exemplo, a presença de atividade delirante, podem ter implicações noutras características como, por exemplo, no grau de *insight*. Simultaneamente, percebe-se que o fenómeno da adesão terapêutica, no campo da saúde mental, é complexo e multidimensional e que, por isso, implica considerar uma análise sistémica em que interagem diversos fatores. Como sustenta Neuman (1995), a análise sistémica implica considerar o sistema como resultado de um processo dinâmico de contínua interação entre o cliente e os fatores *stressores* ambientais que, por sua vez, encerram em si o potencial causal de originar reações, doença, desequilíbrios, reconstituições ou reconfigurações do sistema cliente. No sentido de operacionalizar esta estrutura multidimensional sistémica procedeu-se a uma análise de correspondências múltiplas (ACM) como se apresenta na Figura 1.

Figura 1 – Espaço Multidimensional da Adesão Terapêutica - Análise de Correspondências Múltiplas (ACM).



A visualização da Figura 1 permite estabelecer interdependências entre as categorias e identificar tipos com perfis tendencialmente homogêneos. Uma análise orientada pelos quadrantes permite destacar que as características reunidas no Quadrante I refletem o conjunto de fatores associados a bons níveis de adesão terapêutica. Em resumo, estes fatores referem-se à ausência de atividade delirante e a níveis de *insight* mais elevados mas, também, referem-se a indicadores de pertença social mais coesa através de indicadores como o exercício de uma profissão, a coabitação com o cônjuge ou com outros familiares e a presença de níveis de escolaridade mais elevados. O Quadrante II reflete as situações das pessoas mais idosas com menor escolaridade, com

maiores *deficits* cognitivos, mas com menores situações de presença de atividade delirante, e que apresentam um grau de adesão terapêutico intermédio. Por oposição ao Quadrante I, o Quadrante III surge com os mais fracos níveis de adesão terapêutica onde sobressai a presença de atividade delirante e os fracos níveis de *insight*, aqui muito associados aos quadros de esquizofrenia. Neste Quadrante III sobressai, também, a confluência das categorias que refletem o enfraquecimento dos laços sociais, como o facto das pessoas viverem sós ou encontraram-se mais associadas a situações de desemprego. Como sustenta Newman (1995), os fenómenos de *stress* ambientais interpessoais, associados às expectativas do papel social dos indivíduos, e os *stressores* extrapessoais, que podem resultar de problemas financeiros ou de trabalho, podem penetrar na linha flexível ou normal de defesa e produzir tensões no sistema gerando desequilíbrios no sistema cliente. Esta dimensão teórica, em articulação com a visualização das categorias presentes no Quadrante III, vai de encontro ao que era observado no contexto de urgência, nomeadamente nos casos de pessoas que viviam sozinhas, com história de divórcio ou de separação, que se encontravam na situação de desemprego, e que surgiam na urgência com as situações mais complexas de doença mental, associado a abandonos terapêuticos mais prolongados no tempo e com quadros de atividade delirante mais persistentes. Nas entrevistas a estas pessoas, e também através da análise de conteúdo das respostas do questionário, percebe-se que o abandono terapêutico não está tão associado às dificuldades financeiras, como por exemplo em adquirir os medicamentos, mas está sobretudo relacionado com o desenraizamento social e a solidão em que vivem. Neste sentido, a Figura 1 permite convocar, na persecução do que defende Neuman, a forma como o impacto dos fatores socioculturais têm na saúde, o que remete para o sistema de relações sociais, os papéis e os estatutos sociais da pessoa.

A leitura da Figura 1 permite ainda verificar que a proximidade de algumas categorias reflete a interdependência que existe entre alguns fatores. A visualização das categorias permite inferir, por exemplo, que a ausência de atividade delirante permite uma maior autoconsciência da doença o que, por sua vez, permite uma melhor adesão ao tratamento. No serviço de urgência os

casos que surgem com a presença de atividade delirante encontram-se mais associados aos quadros de esquizofrenia e menos associados a quadros de depressão. A análise mais fina dos dados estatísticos, juntamente com a análise de conteúdo, permite verificar que as situações de depressão com atividade delirante também são acompanhadas de fraca adesão terapêutica. Neste sentido, não é propriamente o tipo de patologia que, por si só, explica a diferença no grau de adesão terapêutica mas é sobretudo a presença de atividade delirante e a conseqüente diminuição do grau de *insight* que trazem conseqüências para o abandono terapêutico.

Relativamente às causas que são expressas pelos clientes acerca dos motivos que os levaram ao abandono terapêutico, a análise das variáveis quantitativas em complementaridade com a análise de conteúdo das respostas às perguntas abertas permite agrupar os motivos em dois grandes grupos. O primeiro grupo de razões para o abandono é associado aos *deficits* de *insight* e enquadram-se na auto percepção de que já não estando doentes então já não precisam de continuar a terapêutica. O segundo grande grupo de razões, evocadas para justificar o abandono terapêutico, é associado aos efeitos secundários negativos da medicação. Os efeitos secundários mais referidos são a apatia, o aumento de peso, a sonolência, a interferência nos processos cognitivos e na memória, a diminuição do desejo e da performance sexual e o receio da dependência medicamentosa.

#### **4. CONTRIBUTOS DO ESTÁGIO NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

O processo formativo, que decorreu em contexto de prática clínica, contribuiu para a aquisição das competências específicas de Especialista de Enfermagem em Saúde Mental, como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010).

Nos diversos contextos de aprendizagem mantive de forma contínua o meu processo de formação e de desenvolvimento profissional através da permanente pesquisa bibliográfica e da produção de reflexões e introspeção sobre as práticas clínicas. Privilegiei, de forma intencional, as intervenções baseadas nas dimensões relacionais, com recurso central às técnicas de comunicação verbal e não-verbal, o que levou ao aprofundamento das competências associadas aos processos de autoconhecimento. Importa salientar que o enquadramento de promoção à adesão terapêutica enfatiza os direitos dos clientes e a importância da comunicação entre o cliente e o profissional de saúde. Este tipo de intervenções exigiram uma monitorização sobre os processos de comunicação o que incluiu a reflexão sobre a forma como me apresentava perante o outro, nos diferentes quadros de interação. Nas primeiras semanas de estágio senti uma inibição e um desconforto no estabelecimento de relações de comunicação com os clientes. Contudo, o insistir na comunicação e na interação, a mobilização de algumas das memórias e estratégias que utilizava no passado enquanto enfermeiro na psiquiatria, a discussão destas situações com os orientadores e a leitura de artigos sobre a comunicação e interação em saúde mental, constituíram um importante treino prático e, simultaneamente, permitiram um aprofundamento reflexivo teórico. A partilha e a discussão das minhas dificuldades, sentimentos e perceções com a equipe de Enfermagem e o contato mais intenso com os clientes e familiares promoveram o desbloquear de algumas inibições iniciais.

No serviço de urgência psiquiátrica a necessidade de empregar diversas formas e estratégias de comunicação com os clientes mas, sobretudo, com os vários elementos da equipe multidisciplinar foram reforçadoras das competências de auto conhecimento mas também reforçadoras das

competências específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de Enfermagem. Por exemplo, na prossecução da criação de um ambiente terapêutico senti que este tipo de intervenções é bastante complexo e que se, por um lado, traz benefícios aos clientes, por outro, não é reconhecido como um ato terapêutico. Estas intervenções, no domínio do trabalho em equipe, permitiram-me, por exemplo, aprofundar as competências de assertividade, porque não é fácil impor, aos vários tipos de diferentes profissionais, a visão da Enfermagem e as conseqüentes ações que isso implica, na defesa da criação de um ambiente calmo de maior silêncio, menos contactos, menos intervenções ou, mesmo, de adiamento de intervenções médicas, que se avaliam como não sendo prioritárias para o cliente.

No plano da assistência e ajuda à pessoa com vista à otimização da saúde mental as intervenções de Enfermagem que desenvolvi tiveram sempre uma componente de avaliação e de apreciação clínica em saúde mental de forma multidimensional que incluiu, sempre que possível, a família ou as pessoas mais significativas do cliente.

Foram mobilizados diferentes instrumentos de apreciação clínica em saúde mental, testados e adaptados para realidade portuguesa, nas dimensões cognitivas, grau de *insight* e de adesão terapêutica. Ao nível da prestação de cuidados de Enfermagem identifiquei as necessidades, estabeleci as estratégias e os diagnósticos de Enfermagem, elaborei e executei os planos de cuidados individualizados em função dos problemas identificados em parceria com o cliente, favorecendo um ambiente terapêutico de confiança, promovendo estilos de vida saudáveis e integrando o cliente num processo que promovesse a autonomia individual.

Durante a minha prática clínica incorporei as intervenções de âmbito psicoterapêutico, psicossocial e psicoeducacional adaptadas aos diferentes contextos de estágio. Promovi a relação terapêutica entre o enfermeiro, o cliente e a família e desenvolvi intervenções que visaram a promoção da saúde, prevenção da doença, a promoção da autonomia e da autoestima, e a diminuição do estigma e da discriminação associadas à pessoa com doença mental. Tendo como base estes princípios planeei e executei um programa de atividades com intervenções ao nível individual e ao nível grupal que incluíram

sessões de grupo de âmbito psicoeducativo, com a mobilização de mediadores expressivos e entrevistas de Enfermagem.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção da adesão terapêutica num serviço de urgência psiquiátrica pode surgir, numa primeira análise, como de difícil concretização. Contudo, a minha avaliação sobre as situações observadas, e intervenções realizadas, permitiram confirmar a pertinência da escolha deste campo de estágio. Resumidamente importa realçar que o diagnóstico de Enfermagem dominante na urgência psiquiátrica relaciona-se com a fraca adesão terapêutica e que este tipo de serviço surge como um local onde o recurso à terapêutica medicamentosa, nas suas diferentes formas de administração, constitui um tipo de intervenção muito frequente.

O serviço de urgência de psiquiatria apresenta especificidades que constituem desafios mas também oportunidades. Os desafios assentam nas dificuldades associadas à menor previsibilidade e à menor estabilidade dos contextos de intervenção do trabalho e referem-se, sobretudo, aos diferentes quadros comportamentais e patológicos de grande instabilidade aguda que surgem associados aos clientes. Quer no plano da produção de conhecimento sobre o abandono terapêutico quer no plano mais lato da promoção da adesão terapêutica, como ultrapassar esta dificuldade associada aos quadros patológicos dos clientes com sintomatologia psicótica muito exuberante? Penso que se tratou de uma situação em que foi possível transformar as dificuldades em potencialidades e, neste sentido, valorizar o facto de se poder observar e interagir em situações que pela sua maior raridade são muito específicas destes contextos de urgência. Na verdade, este tipo de sintomatologia psicótica, mais exuberante, reflete de forma mais real o que se passa no domicílio dos clientes e familiares. Neste sentido, consegue-se mobilizar esta realidade para as intervenções de Enfermagem, percebendo melhor as dificuldades e os sofrimentos psicológicos sentidos pelos clientes e pelos familiares, neste domínio mais concreto de promoção da adesão terapêutica.

Importa referir que o serviço de urgência psiquiátrica constitui um espaço que num primeiro impacto não surge como muito acolhedor. Neste sentido, destaco como um aspeto facilitador da aprendizagem o facto de já ter experiência a trabalhar num serviço deste tipo. Apesar desta familiaridade

senti, numa fase inicial, algum constrangimento e dificuldades em abordar e comunicar com os clientes. Este facto constituiu para mim uma surpresa porque pensei que iria ser mais fácil ou até mais natural estas primeiras abordagens. As dificuldades sentidas localizaram-se sobretudo ao nível da comunicação verbal e não-verbal, nomeadamente na forma de como abordar determinadas situações, como por exemplo: *“como abordar uma pessoa que recusa-se a ficar internada?”*; *“o que dizer?”*; *“como me aproximar da pessoa?”*; *“estarei com uma expressão corporal agressiva ou intimidante?”*; *“estarei a falar muito?”*. Simultaneamente, as dificuldades que senti na relação com os familiares eram próximas das experienciadas anteriormente com os clientes, mas que nestes casos surgiam com maior grau de intensidade. Perante este tipo de situações mantinha-me na dúvida se os familiares perceberiam o que eu queria transmitir, se seria adequado o que estaria a falar, ou mesmo, se seria importante comunicar. Muitos familiares transmitiam a sensação de que preferiam falar antes com o médico do que estar a falar com um enfermeiro.

O serviço de urgência constitui um local de uma grande variedade de situações o que, por sua vez, estimula as dimensões reflexivas e de introspeção. Relativamente às minhas dificuldades com as famílias, penso que as minhas disposições internas, resultantes do meu papel de ser enfermeiro, se encontram mais formatadas e, por isso, mais preparadas para gerir os fenómenos de sofrimento que estejam enquadrados por uma doença. Neste sentido, é mais difícil a gestão do sofrimento em pessoas quando não existe esta associação, mais clara ou objetiva, a uma doença como sucede com as famílias e, por isso, as famílias representam um contínuo desafio de aprendizagem e de intervenção em Enfermagem. Muitos destes iniciais problemas foram-se resolvendo através da partilha das inseguranças com os pares e através da auto reflexão sobre as minhas dificuldades e, neste sentido, destaco a disponibilidade da equipa de Enfermagem, que conta com enfermeiros com uma vasta experiência em urgência psiquiátrica e que apresenta um número significativo de especialistas em saúde mental e psiquiatria.

O contexto de estágio no serviço de reabilitação psicossocial apresentou igualmente desafios sobretudo porque a população de clientes reflete situações

de cronicidade e de institucionalização hospitalar psiquiátrica. Se, por um lado, o processo de reabilitação psicossocial apresenta resultados no domínio do *recovery* e na promoção de autonomia individual, por outro, não consegue atingir, de forma maioritária, o objetivo final de reinserção social dos clientes na comunidade. Neste serviço, os clientes, maioritariamente, apresentam um longo historial de internamentos em instituições psiquiátricas a que se encontra associado um progressivo enfraquecimento dos laços familiares e sociais. Deste modo, os aspetos mais constrangedores neste contexto de aprendizagem prenderam-se com a dificuldade em incluir as famílias nos meus planos de cuidados e intervenções de Enfermagem. Destaco, contudo, como aspetos facilitadores da aprendizagem, no serviço de reabilitação, o maior grau de estabilidade, o que permitiu desenvolver um planeamento de cuidados de Enfermagem com maior tempo de reflexão e maior tempo de partilha com a orientação da Enfermagem em estágio. Este tempo de reflexão recaiu muito sobre as dimensões de avaliação sobre as entrevistas, as intervenções de grupo e as dimensões relacionais, mas incluíram, sobretudo, a possibilidade de treinar as competências de observação. Este tempo de estágio permitiu um treino de uma observação clínica mais atenta às posturas corporais dos clientes, às suas rotinas, dificuldades e necessidades individuais, mas também permitiu o treino da observação das dinâmicas de grupo. Deste modo, esta fase de observação e avaliação permitiram ir de encontro à realização de intervenções mais centradas nos clientes, com um maior envolvimento e implicação dos clientes nas suas autoavaliações e no desenho das intervenções realizadas de forma individual ou de âmbito grupal.

No plano das autocríticas considero que tracei inicialmente objetivos muito ambiciosos, nomeadamente na inclusão da dimensão de investigação no plano de trabalhos. A disponibilização inerente à prossecução do plano da investigação teve um efeito de dispersão e de ocupação do tempo que poderia ter sido mais bem aproveitado, sobretudo no contexto de reabilitação psicossocial, para o aprofundamento das intervenções de âmbito psicoterapêutico e psicoeducativo. Por outro lado, a componente da investigação marcou um rumo que não se poderá apenas situar no plano teórico e que considero que teve implicações positivas no processo de

aprendizagem, no plano das intervenções e na aquisição de competências. A aplicação dos questionários constituiu uma intervenção difícil e morosa, mas levou a um aprofundamento das competências relacionais e de autoconhecimento. Os inquéritos por questionário, pela sua natureza metodológica, procuram identificar padrões e relações entre variáveis, constituindo-se com perguntas que obrigam os inquiridos a localizarem de forma mais rígida as suas respostas, quer sob a forma de alternativas de resposta dicotómica ou sob a forma de escalas. Algumas particularidades características destes contextos constituíram fortes obstáculos pelo facto da população em estudo apresentar-se perante a inquirição em situações tão diferentes de comportamento com recusas em comunicar - ou, no outro polo, com verborreia ou logorreia – sonolência, ou situações de expressão psicótica muito exacerbada. Neste sentido, foi difícil conseguir uma contenção e uma orientação para o que era perguntado, em que os clientes apresentavam fuga de ideias, desconfiança acerca dos motivos do que era perguntado ou com *deficits* cognitivos, em que a interpretação do que é perguntado é quase nula. Numa primeira fase senti que este tipo de situações constituiria critério de exclusão para a inquirição, contudo, após reflexão penso que o inquérito deveria traduzir esta diversidade de situações e mesmo a ausência de respostas. Não pretendia ter um conjunto de inquéritos que fossem todos eles respondidos de forma completa mas, ao invés, comecei a introduzir componentes de dimensão mais qualitativa e passei a incluir uma análise sobre as “não respostas”. Esta perspetiva permitiu, no âmbito da adesão terapêutica, produzir novo conhecimento sobre os *deficits* cognitivos e os *deficits* de *insight* que, por sua vez, constituíam os maiores desafios para a minha prática de Enfermagem e, constituíam, de igual forma, as situações que originavam maiores dificuldades e sofrimento psicológicos nos clientes e, sobretudo, nos familiares.

Na prática da Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, o profissional de Enfermagem constitui ele próprio um instrumento terapêutico. Neste sentido, o aprofundamento do autoconhecimento traduziu-se na prática como um meio essencial para ajudar a cuidar dos clientes. Como refere Chalifour (2007), a

intervenção de ajuda profissional é muito mais do que a aplicação de técnicas e de conhecimentos.

A inclusão da componente de investigação no projeto de trabalho permitiu enriquecer a componente das intervenções de enfermagem e, por outro lado, as intervenções foram sendo sempre objeto de uma reflexão que complementasse a componente de investigação. A leitura dos dados estatísticos ganhou sempre maior relevo com a associação à minha prática nas intervenções o que permitiu combinar uma abordagem sistémica e interativa. As conclusões revelam uma tendência, já plasmada noutras investigações (Gray et al., 2002), em que a presença de episódios psicóticos mais graves, com a alteração da perceção, alucinações e delírios vão sendo destacadas como influenciando negativamente a adesão à terapêutica.

A realização das entrevistas mais prolongadas permitiram perceber que o abandono terapêutico reflete, sobretudo, um processo diacrónico complexo que importa considerar, o que permite ter uma capacidade de resposta e de intervenção de Enfermagem mais adequada, com vista à promoção da adesão terapêutica. Para além de tentar perceber com maior profundidade as causas de abandono, estas abordagens, mesmo que de carácter mais informal, tiveram sempre o propósito de introduzir no discurso fatores de promoção à adesão terapêutica, nomeadamente transmitindo informação sobre os benefícios associados à terapêutica como a estabilização do humor, o auxílio no sono, o equilíbrio ou a boa disposição, conforme o tipo de medicação realizada pelo cliente.

Para a resolução deste problemas, grande parte das intervenções não mobilizaram o manuseamento de tecnologias nem a utilização de mais fármacos mas, pelo contrário, centraram-se na mobilização das técnicas relacionais, na comunicação, na escuta ativa e na promoção da interação e dinâmicas de grupo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*, Loures: Lusociência.
- Barbaro, B., Ridgway, L. e Dissanayake, C. (2011). Developmental Surveillance of Infants and Toddlers by Maternal and Child Health Nurses in an Australian Community-Based Setting: Promoting the Early Identification of Autism Spectrum Disorders. *Journal of Pediatric Nursing*, 26, 334–347.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barkhof et al (2012). “Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia – A review of the past decade”. *European Psychiatry*, 27, 9–18.
- Beck, Eva-Marina et al. (2011). Are we addressing the ‘right stuff’ to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the role of *insight* and attitudes towards medication, *Schizophrenia Research*, 132, 42–49.
- Cabral, M. e Silva, P. (2010). *A Adesão à Terapêutica em Portugal. Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- Chalifour, J. (2007). *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (volume 1), Loures: Lusodidacta.
- Delgado, A. e Lima, M. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2 (2): 81-100.
- Direção Geral de Saúde (2013). *Portugal Saúde Mental em Números – Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Favrod, J. e Maire, A. (2014). *Recuperar da Esquizofrenia. Guia Prático para Profissionais*. Loures: Lusociência.
- Freese, B. (2002). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In Tomey, A. e Alligood, M. (org). *Teorias de Enfermagem e a Sua Obra* (pp. 335-376). Loures: Lusociência.
- Furtado, C. (2014). *Psicofármacos: Evolução do consumo em Portugal Continental (2000-2012)*. Gabinete de Estudos e Projetos. Lisboa: Infarmed.

- Guerreiro et al. (1993). Adaptação à população portuguesa da tradução do “Mini Mental State Examination”(MMSE). *Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz*. Lisboa: Hospital de Santa Maria.
- Gray, R. et al. (2002). From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 277–284.
- Henriques, M. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de Enfermagem*, Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa. Lisboa.
- Johnson, M. et al. (2010). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Marcos, A. (2014). *Adesão Terapêutica nos Idosos do Concelho de Macedo de Cavaleiros*, Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde do IPB para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Pública, Instituto Politécnico de Bragança.
- Markland, D. et al. (2005). Motivational Interviewing and Self-Determination Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 24, (6), 811-83.
- Neuman, B. e Fawcett, J. (Eds) (2011). *The Neuman Systems Model*.(5ª edição), Boston: Pearson.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial de Saúde 2001: Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Lisboa: Climepsi.
- Organização Mundial de Saúde (2008). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental e Alto Comissariado da Saúde.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015). *Relatório de Primavera 2015 Acesso aos cuidados de saúde, um direito em risco?*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e as Famílias para Promover a Adesão ao Tratamento*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Programa de Intervenção para a Adesão ao Regime Medicamentosos*. Irmãs Hospitaleiras Casa de Saúde da Idanha.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *CIPE® Versão 2011 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, I. (2014). *A Adesão Terapêutica em Terapia Cognitivo Comportamental*, Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, ISMAI – Instituto Universitário da Maia, Maia.
- Pereira, G. e Silva, S. (1998). Questionário de Crenças Acerca dos Fármacos. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 5, 52-57.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.
- Santin, A. Cereser, K. e Rosa, A. (2005). Adesão ao Tratamento no Transtorno Bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32, (1), 105-109.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica*, Coimbra: Quarteto.
- Vanelli, I., Chendo, I., Levy, P., Figueira, M., Góis, C., Santos, J. e I. Markova (2010). Adaptação para português da Escala de *Insight* Marková e Berrios, *Acta Médica Portuguesa*, 23, 1011-1016.
- Ventosa, V. e Marset, R. (coord.) (2003). *Integração de Pessoas com Perturbações Psíquicas em Actividades dos Tempos Livres*. Lisboa: Dinalivro.

## **ANEXOS E APÊNDICES**

## **ANEXO 1**

Mini Mental State Examination

## Mini Mental State Examination (MMSE)

### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

### 2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

### 3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27\_ 24\_ 21\_ 18\_ 15\_

Nota: \_\_\_\_\_

### 4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

### 5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio \_\_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: \_\_\_\_\_

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

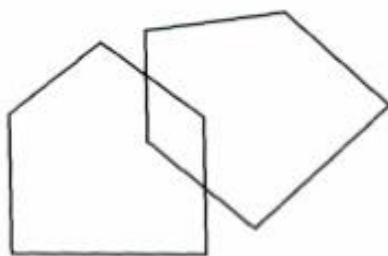
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

**Nota:** \_\_\_\_\_

**6. Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

**Nota:** \_\_\_\_\_

**TOTAL** (Máximo 30 pontos): \_\_\_\_\_

**Considera-se com defeito cognitivo:**

- analfabetos  $\leq 15$  pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq 22$
- com escolaridade superior a 11 anos  $\leq 27$

## **ANEXO 2**

### **Escala de Avaliação do Insight Marková e Berrios**

### Escala de Avaliação do Insight Marková e Berrios

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

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

## **ANEXO 3**

Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)

## MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO (MAT)

Fonte: Delgado e Lima (2001). Contributo para a Validação Concorrente de uma Medida de Adesão aos Tratamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2, 81-100.

### 1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

|        |              |                |           |           |       |
|--------|--------------|----------------|-----------|-----------|-------|
| Sempre | Quase Sempre | Com Frequência | Por Vezes | Raramente | Nunca |
| 1      | 2            | 3              | 4         | 5         | 6     |

### 2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos?

|        |              |                |           |           |       |
|--------|--------------|----------------|-----------|-----------|-------|
| Sempre | Quase Sempre | Com Frequência | Por Vezes | Raramente | Nunca |
| 1      | 2            | 3              | 4         | 5         | 6     |

### 3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por se ter sentido melhor?

|        |              |                |           |           |       |
|--------|--------------|----------------|-----------|-----------|-------|
| Sempre | Quase Sempre | Com Frequência | Por Vezes | Raramente | Nunca |
| 1      | 2            | 3              | 4         | 5         | 6     |

### 4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido melhor?

|        |              |                |           |           |       |
|--------|--------------|----------------|-----------|-----------|-------|
| Sempre | Quase Sempre | Com Frequência | Por Vezes | Raramente | Nunca |
| 1      | 2            | 3              | 4         | 5         | 6     |

### 5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

|        |              |                |           |           |       |
|--------|--------------|----------------|-----------|-----------|-------|
| Sempre | Quase Sempre | Com Frequência | Por Vezes | Raramente | Nunca |
| 1      | 2            | 3              | 4         | 5         | 6     |

### 6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença, por ter deixado acabar os medicamentos?

|        |              |                |           |           |       |
|--------|--------------|----------------|-----------|-----------|-------|
| Sempre | Quase Sempre | Com Frequência | Por Vezes | Raramente | Nunca |
| 1      | 2            | 3              | 4         | 5         | 6     |

### 7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por outra razão?

|        |              |                |           |           |       |
|--------|--------------|----------------|-----------|-----------|-------|
| Sempre | Quase Sempre | Com Frequência | Por Vezes | Raramente | Nunca |
| 1      | 2            | 3              | 4         | 5         | 6     |

**APÊNDICE 1.**  
Cronograma de Atividades





## **APÊNDICE 2.**

Entrevista de Enfermagem em Contexto de Urgência Psiquiátrica –  
Ciclo Reflexivo de Gibbs



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
6º MESTRADO EM ENFERMAGEM  
PÓS-ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIATRIA

## Entrevista de Enfermagem em Contexto de Urgência Psiquiátrica

### Ciclo Reflexivo de Gibbs

PROMOÇÃO DA ADESÃO TERAPÊUTICA NA DOENÇA MENTAL

Discente:

Ricardo Jorge de Sousa Antunes nº 2248

Orientação:

Professora Doutora Francisca Manso

Lisboa, fevereiro de 2016

## INTRODUÇÃO

A criação de um ambiente terapêutico, a prioridade na comunicação e a realização de entrevistas de enfermagem aos clientes e aos familiares permitiram ir ao encontro do objetivo mais central de promoção da adesão terapêutica. Na verdade, os problemas acerca do abandono terapêutico revestem-se de maior complexidade, que não se esgotam na dualidade do “cumpre” ou “não cumpre”, mas que se traduzem por diferentes tipos de percursos de adesão, com diferentes histórias e trajetórias de abandono terapêutico. Através da realização das entrevistas foi possível, por um lado, dar conta desta complexidade associada à adesão à terapêutica e, por outro, ter uma capacidade de resposta e de intervenção de enfermagem mais adequada com vista à promoção da adesão terapêutica. A situação que seguidamente exponho tem por base uma reflexão seguindo o ciclo reflexivo de Gibbs (1988).

### 1. ENTREVISTA DE ENFERMAGEM

Seguindo o modelo teórico proposto por Chalifour (2007) houve a necessidade de proceder-se a uma adaptação ao contexto de urgência, nomeadamente no sentido de se perceber que este processo de desenvolvimento de uma relação de ajuda terapêutica é longo e que este inicial contacto corresponde a uma fase introdutória. Chalifour (2007) denominou este estágio de *fase de orientação* e, assim, pretendeu-se, junto do cliente e da família, promover a criação de um clima de confiança, clarificar os papéis assumidos pelo enfermeiro e pelo cliente nesta relação, acompanhar o cliente na expressão da sua necessidade de ajuda, informar o cliente dos recursos humanos e físicos à sua disposição e, finalmente, esclarecer o cliente acerca das rotinas, políticas e regulamentos desta instituição hospitalar.

O objetivo das entrevistas foi o de conseguir explorar, clarificar e compreender o pedido de ajuda que sustenta a procura de ajuda, em que se procura ajudar o cliente e a família no sentido de facilitar a expressão de ideias e emoções sobre o que é sentido no presente. Neste sentido, o serviço de

urgência constitui uma mais-valia pelo facto das situações expostas serem muito recentes e de estar tudo muito consciente sobre os processos emotivos e racionais que levaram a que as pessoas procurassem a ajuda profissional.

Durante este processo optei por estabelecer uma metodologia que assentou na realização de três entrevistas de enfermagem por cada caso: uma entrevista com a presença conjunta do cliente e dos seus familiares, uma segunda entrevista só com o cliente e uma terceira apenas com os familiares. Estas abordagens permitiram dar conta das diferentes dinâmicas entre os familiares e os clientes e permitiram que tanto os clientes como os familiares comunicassem de forma mais livre, mais isolada e com menos constrangimentos, sobre os seus receios e dúvidas. Do conjunto das várias entrevistas selecionei a descrição de um caso pelo facto de por em articulação duas perceções e análises, sobre uma mesma realidade, oriundas de dois pontos de vista diferentes: o ponto de vista do cliente, e o ponto de vista da família.

#### Entrevista ao Cliente

O Luís tem 28 anos e surge na urgência acompanhado pela mãe e pelos bombeiros. O Luís tem um diagnóstico de esquizofrenia e já conta com quatro internamentos em psiquiatria.

No presente deixou de fazer qualquer tipo de medicação. Faz frequentemente experiências de abandonos parciais de terapêutica, sendo que, estes abandonos não são aleatórios mas, pelo contrário, revestem-se de diferentes graus de intencionalidade e racionalidade. Inicialmente, e apesar do Luís apresentar-se calmo, quando foi proposto que fizesse medicação reagiu de forma brusca recusando de forma perentória com alteração do comportamento no sentido de uma maior agressividade. Houve por isso necessidade de respeitar esta recusa aproveitando para estabelecer uma relação de comunicação com o cliente.

No início da entrevista, o Luís centrava-se muito nos aspetos secundários e negativos da medicação. Segundo o Luís, os comprimidos da família dos neurolépticos têm como efeito secundário a sensação de lentificação cognitiva e apatia, nas palavras do Luís “o cérebro fica parado, as mão ficam caídas”

(sic), por outro lado, são também identificados problemas ao nível da sexualidade - do prazer e da performance sexual - que constituíram, neste caso, fatores centrais para o abandono. No passado, o Luís teve uma namorada que entretanto se separara, sendo que, o motivo da separação é atribuído, de uma forma muito central, aos efeitos de apatia e de anedonia que provocavam no cliente. Desde o início do corrente ano, há cerca de 10 meses, que o Luís pretende ter uma nova vida social mais ativa e ter uma namorada. A medicação que andava a tomar não o permitia ter uma vida própria, segundo as palavras do cliente. Neste sentido, o primeiro de abandono da medicação foi localizado aos fins-de-semana, sendo que depois era retomada na 2ª feira. Durante um período de tempo, o Luís faz, igualmente, experiências em alterar o horário dos comprimidos durante a semana, porque se sentia muito sonolento durante o dia e, por isso, concentra, a toma dos comprimidos para o período a seguir ao jantar. Segundo o cliente, a circunstância de ter deixado de fazer alguns destes comprimidos teve um efeito positivo imediato, e que se fez sentir ao nível da promoção das relações sociais, nomeadamente no facto de conseguir sair com os amigos e ficar no café até mais tarde. O cliente refere inclusive que conseguiu ir à discoteca e “aguentar-se a noite toda” (sic).

O abandono parcial da medicação estendeu-se, numa segunda fase, ao período quinzenal, em que faz medicação numa semana e na seguinte já não a faz, sendo que, numa terceira fase este abandono alarga-se ao período mensal. Durante este tempo vai experimentado fazer alguns medicamentos, mas de forma aparentemente mais desorganizada, por exemplo, deixa de fazer o Diplexil durante duas semanas, volta a reintroduzir a Quetiapina, que tinha deixado de fazer no mês anterior, reduz a dose de alguns fármacos e junta comprimidos à noite para dormir, referindo sempre que os últimos medicamentos que abandona são os comprimidos para dormir. Aparentemente, a fase seguinte a esta última, que já era bastante desorganizada, correspondeu ao abandono total dos medicamentos, sendo que, o argumento evocado repetidamente pelo Luís era o de que já não precisava mais de medicamentos porque se sentia bem e conseguia fazer a sua vida normal.

Esta descrição de normalidade, relatada pelo cliente, não era confirmada com a descrição fornecida pela mãe e pelos bombeiros, estes últimos sobre o que tinham observado na casa onde vivia o cliente. Os factos descritos traduziam uma realidade de completa desorganização por parte do cliente, sem dormir bem há cerca de 4 dias, com atividade delirante de tipo persecutório, que terá levado o cliente a desmontar fichas elétricas e a retirar os cabos elétricos da parede com o auxílio de um martelo, o que destruiu parte das paredes do seu quarto.

Importa referir que o Luís durante a entrevista não se encontrava em estado de agitação psicomotora ou agressividade, pelo contrário, apresentava-se calmo, volume de voz adequado, humor eutímico, orientado, com um comportamento socialmente adequado, e que ao nível do insight não negava ter uma doença mental, referindo que tinha esquizofrenia há cerca de 8 anos. Apresentava, contudo, atividade delirante de tipo persecutório, com fuga de ideias, referindo que estava a ser escutado e vigiado por pessoas, com provável presença de alucinações auditivas. Esta situação de desconfiança exacerbada não era percecionada, pelo cliente, como sendo efeito da doença, até porque o cliente referia não ter qualquer problema, pelo contrário, encontrava-se numa fase de maior clarividência e, por isso tudo, neste momento não precisava de fazer medicação.

#### Entrevista à mãe do cliente

A mãe do Luís refere que o seu filho inicia há uma semana um quadro de profunda alteração do comportamento, com solilóquios, abandono do trabalho, que desenvolvia no âmbito de um curso de formação profissional em mecânica, isolamento no quarto, discurso de tipo conspirativo e recusa total da toma da medicação. Em conversa com a mãe, de forma mais aprofundada, percebe-se que o Luís já ia apresentando pequenas alterações no discurso e no comportamento há cerca de 4/5 meses e que já poderiam ser sinónimos de alterações mentais mais profundas.

Segundo a mãe, tudo teria começado há cerca de 1 ano, quando o filho foi a uma consulta de psiquiatria em que foi alterado o esquema terapêutico com a introdução de novos medicamentos. Pouco tempo após esta consulta, o Luís

parece ter ficado mais sonolento, passando mais tempo em casa, tendo a começar a faltar ao curso de formação profissional, por referir falta de interesse. Este estado de comportamento parece agravar-se, no sentido de maior isolamento: os colegas convidam-no para sair, mas o Luís recusa, começa a querer comer sozinho no quarto e passa quase todo o dia a ver televisão ou internet. A mãe refere que estavam todos preocupados mas que foram aguardando que ele ficasse melhor, até porque o cliente já tinha tido episódios anteriores muito semelhantes a este. Passado um tempo, desta fase de maior isolamento, talvez uns dois meses, os familiares começam a notar algumas alterações no comportamento que consideraram como positivas e que transpareciam no facto do Luís ter outra cara, ficar mais conversador, reiniciar a formação profissional e começar a sair com os amigos. Nesta altura a mãe começou a ficar na dúvida se o filho teria deixado de fazer a medicação mas, simultaneamente, também expressou o facto de achar que se calhar seria mesmo melhor deixar de fazer alguma medicação. Alguns sintomas foram sendo interpretados como sinais positivos e outros sintomas não foram sendo notados ou associados à doença. Passado mais algum tempo, mas quase de forma simultânea, a família notou algumas alterações localizadas não tanto ao nível do comportamento, mas mais ao nível do discurso. A mãe conta que o Luís referia que um colega lhe estava a chatear porque este lhe pedia dinheiro emprestado. Mais tarde referia que um outro colega lhe estava sempre a insultar e que havia pessoas lá na oficina que lhe queriam fazer mal e queriam que ele fosse despedido.

Estas alterações do discurso e do comportamento iam surgindo de forma gradual e pouco exuberante e, de certo modo, como refere a mãe, eram situações que até faziam sentido para ela “sempre houve problemas naquela oficina” (sic). Contudo, o que parece é que estas pequenas alterações iam sendo cumulativas, e que o Luís, com o passar do tempo, estava a ficar mais zangado com os seus colegas, mas sempre com um discurso que sendo socialmente aceite, passava despercebido. Esta situação parece ter durado cerca de 3 meses, sendo que, na última semana e, agora de forma muito exuberante, inicia um quadro de profunda alteração do comportamento que provoca a vinda ao serviço de urgência.

## 2. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE A ENTREVISTA

Em certo sentido, o caso aqui descrito surge como que um “caso-tipo”, em que os efeitos secundários, que são atribuídos pelos clientes a determinados medicamentos ou grupos farmacológicos, constituem a base explicativa para o abandono terapêutico. A realização de uma entrevista mais prolongada, que incidiu sobre as trajetórias de abandono terapêutico, permitiu perceber que aquilo que surge, num serviço de urgência, como sendo um diagnóstico de enfermagem mais ou menos estático, reflete, sobretudo, um processo diacrónico, complexo que importa considerar, tendo como objetivo final a promoção da adesão terapêutica. Por outro lado, o confronto das duas perspetivas, não serve o propósito de identificar incoerências na procura da verdade, mas serve sobretudo o objetivo de perceber como estas situações apresentam um carácter relacional dialógico, em que a interação, neste caso entre o Luís e a família, leva à formulação de interpretações que por sua vez levam a justificar determinadas ações.

A intervenção de enfermagem adotada nesta situação foi a realização de uma entrevista teoricamente sustentada no modelo de Chalifour (2007), baseada numa perspetiva humanista e fenomenológica. Estes modelos, segundo Henriques (2010), focam-se no encontro e dirigem o seu foco analítico para o que a pessoa experiencia no presente, no aqui e agora. É também, neste sentido, que estas abordagens se situam no espectro da fenomenologia, ou seja, no enfoque do que a pessoa sente e percebe. A obra de Chalifour (2007) posiciona-se nesta perspetiva, ou seja no reconhecimento do “cliente como um ser único detentor de um modo particular de interagir com o seu ambiente, e na estruturação de meios que lhe permitam adquirir uma maior consciência de si e aceder aos seus recursos pessoais” (Chalifour, 2007: 120). Este processo de relação terapêutica implica uma interação entre o cliente e o profissional e baseia-se numa conceção centrada na pessoa considerando que a pessoa possui capacidade auto-criadora e consciência de si, na sequência do que é sustentado pelo modelo rogeriano, e como defendem Ginger e Ginger (1995), o terapeuta encontra-se *centrado no cliente* e, simultaneamente, *centrado em si mesmo*.

Ao longo da entrevista com a mãe do cliente notou-se uma reformulação do que era anteriormente percebido pela mãe. A família do Luís ia assimilando as pequenas alterações no discurso e comportamento como alterações não relacionadas com quadros de doença e, por outro lado, não se apercebia do seu carácter cumulativo que parecia indiciar um comportamento delirante de tipo paranoide. O que acontece é que pequenas alterações, que vão ocorrendo no tempo, não vão sendo valorizadas porque exatamente surgem como pormenores, sendo que, a estas pequenas alterações se somavam outras tantas pequenas alterações. Por vezes, para quem acompanha diariamente estas alterações não fica com a noção do somatório das alterações, e fica com a noção de que a gravidade é apenas iniciada na última semana. A entrevista que levei a cabo permitiu à mãe um espaço de tempo de autorreflexão o que permitiu fazer novas interpretações e reformulações do que se passou.

A promoção de emoções e a procura do estabelecimento de uma atitude empática, de compreensão pelo sofrimento e não elaboração de juízos de valor, permitiu que a mãe tivesse referido que, tanto a mãe como o pai, admitiam que não querem associar o que o filho lhes ia comunicando a situações de doença. A mãe refere que lhes custa ainda hoje, passados quase 10 anos, aceitar que o filho tenha uma doença mental e, neste sentido, admite que por vezes desculpa o que ouve ou o que vê de mais estranho no comportamento do filho, para não ter que reviver tudo o que aconteceu no passado, sobretudo os internamentos no hospital psiquiátrico que foram muito traumatizante para todos.

Relativamente à entrevista com o Luís, a condução deste tipo de entrevista não diretiva, centrada nos problemas que o cliente ia comunicando, possibilitou a criação de uma relação de confiança, o que permitiu, por sua vez, conseguir que o cliente tomasse a medicação po de forma calma, numa situação completamente diferente daquela que inicialmente se verificou. Esta fase, de maior abertura e de maior recetividade, permitiu desenvolver uma dimensão de ensino sobre os esquemas terapêuticos e voltar a abordar com o cliente vários aspetos associados aos benefícios da adesão terapêutica.

### **3. PENSAMENTOS E SENTIMENTOS**

Ao longo das duas entrevistas senti que, em muitos momentos, não compreendia bem o que me era exposto. A forma como são relatadas as situações e as emoções expressas pelos clientes nem sempre aparenta coerência, segundo o nosso ponto de vista, sendo, que, por outro lado, os silêncios são de difícil gestão. Normalmente associa-se o silêncio como um sinal de quebra ou fracasso na comunicação, mas, por outro lado, sabemos que o silêncio permite momentos de reflexão interior centrado no cliente e permite uma libertação para a expressão corporal, ou seja, permite um desenvolvimento de formas de comunicação não-verbal.

Todos estes elementos inerentes ao processo de comunicação constituem dimensões de trabalho mas levam sempre a um esforço que é preciso fazer de compreensão e de concentração e que traduz-se num grande cansaço que senti no final das entrevistas. Por outro lado, a evitação de elaborar juízos de valor sobre o que nos é transmitido constitui um enorme desafio, sobretudo quando me apercebi que os familiares já estavam desconfiados que o filho não fazia a medicação, mas que não foram capazes de lhe dizer nada e, em certo sentido, preferiram fazer de conta que não era nada. Este episódio fomentava, naturalmente, muitos sentimentos de culpa por parte da mãe. Penso que neste caso particular da entrevista consegui deixar que a mãe falasse livremente sobre o assunto, sem emissão de juízos de valor, o que permitiu fortalecer a relação de confiança e permitiu à mãe, por um lado, ficar menos ansiosa e, por outro, permitiu uma melhor reflexão sobre o que se passou.

Ao longo das entrevistas senti grande dificuldade em gerir a minha ansiedade relativamente à tentação de fazer interpretações, mais espontâneas, ao invés de tentar focalizar-me mais nos problemas que iam sendo referidos. Foi muito difícil o espartilho constante em ter uma atitude de maior contenção da minha parte, sobretudo na omissão de juízos de valor, para dar espaço, sobretudo na entrevista com a mãe, para que a cliente pudesse concentrar-se mais nela própria. Simultaneamente a tentativa de observar às regras aprendidas nos modelos teóricos sobre a relação de ajuda, sobretudo da obra de Chalifour (2008), e de as conseguir operacionalizar para o contexto desta

entrevista, traduziu-se em grandes impasses intelectuais e a dificuldade em me expressar de forma mais não-verbal. Senti que me mantive sempre numa postura mais contida e tive dificuldade em captar as dimensões não-verbais da comunicação. Contudo, ao longo da entrevista senti que a mãe do cliente já se encontrava a explorar o problema de forma mais profunda recorrendo a outro tipo de interpretações, parecendo-me que estaria conhecer-se melhor no enquadramento deste problema real.

Apesar das dificuldades sentidas considero como positivo o facto de ter conseguido ao longo da entrevista não interromper muito, mesmo quando sentia a necessidade de o fazer e o facto de conseguir treinar a escuta ativa.

#### **4. CONCLUSÃO**

O caso aqui descrito, para além de me levar sentir a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a psicopatologia, levou-me, sobretudo, sentir a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre os psicofármacos de uma forma geral. Senti que constituía uma falha minha que, no decorrer da entrevista, não tenha conseguido, de uma forma rápida, associar os vários efeitos secundários típicos dos fármacos que o cliente me ia descrevendo. Esta dimensão constituiu, no seguimento do plano de trabalhos, um tema central do meu plano de estudos.

Na prática da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica o profissional de enfermagem constitui ele próprio, e mais do que em outros domínios da enfermagem, um instrumento terapêutico. Neste sentido, o aprofundamento do autoconhecimento irá traduzir-se na prática como um meio essencial para ajudar a cuidar dos clientes. Como refere Chalifour (2007), a intervenção de ajuda profissional é muito mais do que a aplicação de técnicas e de conhecimentos. Uma das dimensões mais importantes da obra de Chalifour e das correntes existencialista, humanista e fenomenológica, radica na valorização das emoções. As emoções fazem parte constituinte da arquitetura mais básica do ser humano, como refere Damásio, as emoções fazem parte dos dispositivos bio reguladores com os quais nascemos para sobreviver, portanto, a valorização desta componente, muitas vezes esquecida, minorada

ou mesmo reprimida, permite o crescimento da plenitude do ser humano. Esta perspectiva sendo centrada no cliente, implica um envolvimento e uma disponibilidade intelectual e emotiva por parte do enfermeiro e irá contribuir também para o crescimento do outro. Vários estudos são referidos em Chalifour (2007) comprovando os efeitos positivos na recuperação de estados patológicos, não se situando apenas na área da saúde mental e da psiquiatria. Os efeitos positivos deste tipo de abordagem mais global, por exemplo, nas patologias cardíacas (Mendes e Eufrásio, 2013) contribuem para a diminuição da depressão e dos níveis de ansiedade o que por sua vez, constituem fatores preditivos de uma melhor recuperação que se traduzem, inclusive, por uma diminuição do risco de mortalidade nos pessoas com insuficiência cardíaca.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Chalifour, Jacques (2007) *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (volume 1), Loures: Lusodidacta.

Damásio, António (2000). *O Sentimento de Si. O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*, Lisboa: Publicações Europa-América.

Ginger, S. e Ginger, A., (1995). *Gestalt: uma terapia do contato*, São Paulo: Summus.

Mendes, A. e Eufrásio, M. (2013). Análise compreensiva de uma intervenção na ansiedade e depressão em doentes hospitalizados com insuficiência cardíaca, *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 11, 29-35.

## **APÊNDICE 3.**

Diagnósticos de Enfermagem



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
6º MESTRADO EM ENFERMAGEM  
PÓS-ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIATRIA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

PROMOÇÃO DA ADESÃO TERAPÊUTICA NA DOENÇA MENTAL

Discente:

Ricardo Jorge de Sousa Antunes nº 2248

Orientação:

Professora Doutora Francisca Manso

Lisboa, fevereiro de 2016

## **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**

Durante este estágio tenho seguido as etapas do processo de enfermagem, recorrendo à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE β2). Nos contextos de saúde mental, como refere Amaral (2010), o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem não surge dos problemas que são identificados, quase de uma forma apriorística, pelo enfermeiro ao que alegadamente ou potencialmente o cliente necessita. Ao invés, o estabelecimento de diagnósticos surge de um trabalho de co construção, a nível consciente, de acordo com a realidade quotidiana do cliente realçando, principalmente, as reações do cliente tal como por ele são vividas e experienciadas (Amaral, 2010).

Através desta metodologia tenho elaborado os diagnósticos de enfermagem com os respetivos focos, numa perspetiva relacional e de acordo com as manifestações observadas ou fornecidas pelos clientes. Do mesmo modo estabeleci as consequentes intervenções de enfermagem em parceria com os clientes, de acordo com as necessidades avaliadas e, com o auxílio da informação presente nos processos clínicos.

A definição dos diagnósticos de enfermagem surge de uma avaliação realizada ao nível individual, ou seja, defini para cada cliente os diagnósticos de enfermagem, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem mais apropriadas e personalizadas. Contudo, considero também pertinente dar conta de uma forma agregada sobre o conjunto de diagnósticos mais frequentes que têm sido formulados ao longo deste estágio. Para cada diagnóstico de enfermagem definido, optei por contextualizar a sua base de observação e a sua forma de relacionar com outros domínios da saúde mental.

| <b>1. Diagnóstico de Enfermagem: Adesão ao regime terapêutico ineficaz</b> |   |
|--|---|
| Relacionado com:   | Défices cognitivos;<br>Negação da necessidade de mais informação<br>Predomínio da concepção do modelo medicamentoso   |
| Manifestado por:   | Exclusão dos estilos de vida do domínio terapêutico<br>Circunscrição do regime terapêutico aos medicamentos<br><br>Verbalização de <i>deficit</i> de conhecimentos sobre regimes terapêuticos |

| <b>2. Diagnóstico de Enfermagem: Capacidade de gestão do regime de medicação comprometida.</b> |  |
|--|--|
| Relacionado com:   | Interpretação errônea da informação;<br>Défices cognitivos;<br>Falta de interesse na aprendizagem  |
| Manifestado por:   | Diminuição da capacidade de concentração;<br>Erros e falhas na preparação semanal da medicação;<br>Interpretações erradas;<br>Diminuição da tolerância à atividade;<br>Dificuldades na leitura do Guia Terapêutico |

| <b>3. Diagnóstico de Enfermagem: Déficit de conhecimento de medicação</b> |  |
|---|--|
| Relacionado com:  | Interpretação errônea da informação;<br>Défices cognitivos;<br>Negação da necessidade de informação.   |
| Manifestado por:  | Verbalização de <i>deficit</i> de conhecimentos<br>Desconhecimento sobre os efeitos terapêuticos<br>Verbalização de conhecimentos incorretos sobre a medicação |

|  |   |
|--|---|
| <b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Risco de não adesão à medicação. |   |
| Relacionado com:   | Défices cognitivos;<br>Baixo <i>insight</i> para a doença;  |
| Manifestado por:   | História de não adesão à medicação;<br>Negação da necessidade de toma contínua de medicação<br>Baixa tolerância à atividade |

|   |  |
|---|--|
| <b>4. Diagnóstico de Enfermagem:</b> Aceitação do estado de saúde comprometida. |  |
| Relacionado com:  | Ausência de <i>insight</i> para a doença;<br>Pensamento rígido;<br>Alterações do estado do humor |
| Manifestado por:  | Negação do estado de saúde<br>Ansiedade;   |

|  |  |
|--|--|
| <b>5. Diagnóstico de Enfermagem:</b> Pensamento alterado |  |
| Relacionado com:   | Perturbação psicótica;   |
| Manifestado por:   | Diminuição da capacidade de concentração;<br>Má interpretação da realidade;<br>Ideias delirantes;<br>Pensamento desorganizado e rígido |

|  |   |
|--|---|
| <b>6. Diagnóstico de Enfermagem:</b> Interação social comprometida |   |
| Relacionado com:   | Dificuldade em confiar;<br>Ego imaturo;<br>Défices cognitivos;<br><i>Coping</i> ineficaz;<br>Pensamento rígido; |

|                              |  |
|------------------------------|--|
|                              | <p>Perturbações dos processos mentais conscientes;<br/> Baixa tolerância ao erro e à frustração;</p>   |
| <p>Manifestado<br/> por:</p> | <p>Isolamento;<br/> Passividade<br/> Dificuldade em comunicar com outros clientes<br/> Dificuldade em olhar o outro nos olhos;<br/> Negativismo;<br/> Resistência a iniciar novas tarefas de grupo;<br/> Aumento dos níveis de ansiedade quando em<br/> interação com os outros.</p> |

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral, A. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*, Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2014). *CIPE® Versão 2011 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica*, Coimbra: Quarteto.

## **APÊNDICE 4.**

Estudo de Caso



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
6º MESTRADO EM ENFERMAGEM  
PÓS-ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIATRIA

ESTUDO DE CASO

PROMOÇÃO DA ADESÃO TERAPÊUTICA NA DOENÇA MENTAL

Discente:

Ricardo Jorge de Sousa Antunes nº 2248

Orientação:

Professora Doutora Francisca Manso

Lisboa, fevereiro de 2016



## Índice

|   |           |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO  | 33        |
| 1. O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN                               | 34        |
| 2. A PESSOA COM ESQUIZOFRENIA   | 38        |
| 3. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM  | 42        |
| 3.1 Identificação .....   | 42        |
| 3.2 Contexto familiar – Percurso de vida.....                         | 43        |
| <b>3.3 Projeto reabilitativo psicossocial .....</b>                   | <b>47</b> |
| <b>4. AVALIAÇÃO INICIAL POR NECESSIDADE HUMANAS BÁSICAS</b>           | <b>48</b> |
| <b>5. AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL</b>                                  | <b>52</b> |
| 6. IDENTIFICAÇÃO DOS ELEMENTOS STRESSORES SEGUNDO<br>NEUMAN           | 53        |
| <b>6.2 Fatores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais .....</b> | <b>55</b> |
| 7. PLANO DE CUIDADOS  | 57        |
| 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS   | 70        |

## INTRODUÇÃO

No âmbito da realização do estágio de saúde mental e psiquiatria, e de acordo com o conteúdo programático, é proposta a elaboração de um Estudo de Caso, no qual pretende-se mobilizar um conjunto de conhecimentos teórico-práticos e competências adquiridas ao longo deste percurso. A elaboração deste Estudo de Caso pretende constituir um instrumento de reflexão e de análise, mobilizando os instrumentos específicos da enfermagem de saúde mental e psiquiatria, acerca do processo de planeamento de cuidados globais e personalizados à pessoa com doença mental.

Resumidamente, o caso aqui descrito corresponde a um homem de 47 anos, solteiro, com diagnóstico de esquizofrenia, com uma história de múltiplos internamentos psiquiátricos, desde 1995 e consumo de substâncias tóxicas. O cliente encontra-se internado nesta instituição desde 1999.

Para a recolha de dados foram realizadas várias entrevistas ao cliente, conjuntamente com a observação do cliente na dinâmica do serviço e com recurso à consulta da informação presente no processo clínico hospitalar. O cliente apresenta um envolvimento de relações familiares fraco e, por isso, não foi possível realizar entrevistas à família.

O estudo de caso, apesar de constituir uma abordagem intensiva numa perspetiva abrangente e multidimensional do cliente, surge, neste trabalho, associado de forma mais específica ao tema da promoção da adesão terapêutica. O fenómeno social sobre a adesão terapêutica implica uma abordagem multidimensional que reenvia para um enquadramento mais estrutural e sistémico. Neste sentido, o modelo de Betty Neuman (Neuman e Fawcett, 2011) enquadra-se numa abordagem teórica sistémica que permite dar conta desta visão do ser humano enquanto um sistema aberto em permanente articulação com outros sistemas.

Tendo como referencial o modelo teórico de Betty Neuman procedi à avaliação inicial recolhendo o maior número possível de elementos referentes à dinâmica das variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento. Mobilizei igualmente, de forma complementar, o modelo

teórico de Virgínia Henderson (Tomey e Alligood, 2004) baseado na avaliação das necessidades humanas básicas, o que permitiu um quadro de operacionalização mais direcionado ao concreto do quotidiano do cliente. Esta primeira fase do processo de enfermagem possibilitou a identificação de problemas e necessidades com a definição dos respetivos diagnósticos de enfermagem, bem como os resultados a atingir e as respetivas intervenções a desenvolver em parceria com o cliente.

## **1. O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN**

O modelo de enfermagem de Betty Neuman baseia-se na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos (Freese 2004). Neuman foi pioneira no envolvimento da enfermagem na saúde mental em que o modelo teórico se enquadra num posicionamento holístico do ser humano. Segundo Neuman é a interação entre o sistema cliente e o ambiente que define o domínio da enfermagem, em que se articulam as dimensões fisiológica, psicológica, desenvolvimentista, sociocultural e espiritual (Neuman e Fawcett, 2011).

O modelo de Neuman assenta em quatro conceitos fundamentais: Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem. A *Pessoa* é conceptualizada, enquanto cliente, como um sistema aberto, em constante interação com o *Ambiente*. Segundo Neuman, o conceito de *Pessoa* enquanto sistema, não se restringe somente ao indivíduo e pode englobar a família, o grupo, a comunidade ou uma dimensão social (Freese 2004). Este sistema é composto por cinco ordens de variáveis que constituem a estrutura básica e que interagem entre si: i) a fisiológica, respeitante ao corpo biológico e ao seu funcionamento; ii) a psicológica que engloba os processos mentais e relacionais; iii) a sociocultural que remete para ao sistema de relações sociais, os papéis e os estatutos sociais da pessoa; iv) o desenvolvimento que é relativo às fases do processo do ciclo de vida e v) a espiritual relativa aos sistemas de crenças na vida da pessoa (Neuman, 1995).

Esquemáticamente este sistema é representado por uma estrutura básica, que inclui igualmente fatores comuns como a estrutura genética, a estrutura do

ego ou a capacidade cognitiva. Este sistema é representado como estado envolto em linhas concêntricas que constituem os três mecanismos de proteção da estrutura básica e da integridade do cliente enquanto sistema. Estas linhas concêntricas, em número de três são definidas por Neuman como a linha flexível de defesa, a linha normal de defesa e as linhas de resistência (Neuman 1995). A *Linha Flexível de Defesa*, a que se encontra mais externamente, previne, em condições ideais, a invasão do sistema por fatores de stress funcionando, metaforicamente, como um para-choques, mantendo o sistema cliente livre das primeiras reações a stressores ou à sintomatologia. A *Linha Normal de Defesa* representa o segundo mecanismo de proteção do sistema cliente que consiste no resultado do ajustamento das variáveis do cliente aos fatores de stress a que se encontra sujeito este sistema. Finalmente, as *Linhas de Resistência*, as mais interiores, são ativadas involuntariamente, quando um fator de stress invade a *Linha Normal de Defesa* procurando estabilizar o sistema.



Figura 1- O modelo de sistemas de Betty Neuman

Fonte: Neuman, B. e Fawcett, J. (edt) (2011). *The Neuman Systems Model*, Boston: Pearson.

A capacidade de resistência de um determinado sistema é o resultado, por um lado, da interdependência das cinco variáveis do sistema cliente: fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais, e,

por outro lado, da interação com o contexto do cliente, que inclui os recursos próprios e a auto percepção relativamente aos fatores de stress. Neuman (Neuman e Fawcett, 2011) destaca a importância conceptual do *stress* enquanto força ambiental e estímulo produtor de tensão, que aumenta a necessidade de reajustamento e adaptação aos novos problemas. O sistema é dinâmico porque é baseado no processo contínuo de relação com os fatores stressores ambientais, de cariz multidimensional, que encerram em si o potencial causal de originar reações, doença, desequilíbrios, reconstituições ou reconfigurações do sistema cliente.

Os fenómenos de *stress* podem penetrar na linha flexível ou normal de defesa e produzir tensões no sistema, podendo, deste modo, conduzir a resultados positivos ou negativos. Neuman (1995) definiu, deste modo, três tipos de stressores ambientais: i) os intrapessoais, como emoções e sentimentos do cliente; ii) os interpessoais, como a expectativa do papel social do indivíduo e iii) os extrapessoais, como por exemplo os problemas financeiros ou no trabalho.

Importa referir que o conceito de *Ambiente* refere-se a contextos externos mas também a contextos internos, sendo definido como “todos os fatores internos e externos ou influências que circundam o Cliente Sistema” (Neuman, 1995: 30). Neste sentido, Neuman identifica três ambientes: o ambiente interno; o ambiente externo e o ambiente criado. A noção de *Ambiente Criado*, como uma instância subconsciente, é desenvolvida pelo cliente como uma expressão simbólica da totalidade do sistema (Freese 2004). Esta instância é mobilizada no sentido dos ajustamentos necessários para aumentar ou diminuir o estado de bem-estar (Neuman 1995). Esta conceptualização de *Ambiente* é articulada com os stressores que podem ser localizados a nível intrapessoal, interpessoal e extra pessoal (Freese, 2002). Deste modo, e como resultado desta articulação, concebe-se o *Ambiente Interno* como sendo intrapessoal, em que a interação é contida no cliente; o *Ambiente Externo* que é tanto interpessoal como extra pessoal, e envolve as interações que ocorrem fora do cliente e, finalmente, o *Ambiente Criado* que é mobilizado pelo cliente para lidar com a ameaça de stressores no sentido de sustentar um mecanismo de *coping* protetor (Neuman e Fawcett, 2011; Freese, 2002). A autora define Enfermagem

como a “única profissão que se preocupa com todas as variáveis que influenciam a resposta do indivíduo aos stressores” (Neuman 1995, :33). O modelo de Neuman baseia-se na teoria da Gestalt em que a homeostase surge como um processo através do qual um organismo mantém o seu equilíbrio, a sua saúde e o seu bem-estar. Neste sentido, a Enfermagem tem como principal finalidade facilitar ao cliente o bem-estar ótimo e tão completo quanto possível, o que se consegue ajudando-o a preservar, atingir ou manter a o equilíbrio ou a estabilidade do sistema cliente. Importar frisar que esta noção de *bem-estar* equivale ao conceito de saúde que, segundo Newman, corresponde à estabilidade ótima do sistema e que reflete a condição na qual todas as variáveis do Sistema se encontram em harmonia ou equilíbrio com o sistema cliente (Fawcet, 1989).

As *Intervenções de Enfermagem* devem assim ser intencionais e dirigidas para os fatores de stress, sejam estes reais ou potenciais, mas que afetam, ou podem vir a afetar, a harmonia e o funcionamento do cliente-sistema.

Neuman no seu modelo definiu um Processo de Enfermagem próprio, constituído pelas fases de diagnóstico, finalidades de enfermagem e resultados de enfermagem. Através do *Diagnóstico de Enfermagem* pretende-se colher dados apropriados e necessários, que permitem, deste modo, identificar, avaliar e classificar as interações dinâmicas entre as variáveis (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais) que compõem o cliente-sistema, e a presença real ou potencial, de fatores de stress (Neuman 1995). Os fatores de stress que são percebidos pelo cliente-sistema, devem ser articulados com as percepções do prestador de cuidados, com o objetivo de co construir um *Diagnóstico de Enfermagem* compreensivo. Neuman definiu três níveis de intervenção: i) a intervenção primária que resulta da percepção do risco e das consequências da possível exposição a determinados fatores de stress, sendo contudo que a reação ainda não ocorreu; ii) a intervenção secundária, que resulta da mobilização dos recursos internos e externos do cliente, de modo a selecionar as estratégias de intervenção que visam a reconstituição do equilíbrio do sistema e, iii) a intervenção terciária que resulta da mobilização dos recursos do cliente para prevenir novas reações aos stressores ou regressão, de modo a manter o equilíbrio alcançado. Finalmente,

neste Modelo de Processo de Enfermagem de Neuman, a fase do *Resultados de Enfermagem* pretende constituir o patamar de avaliação e confirmação acerca da mudança pensada e construída, ou melhor co construída, em parceria com o cliente ou, a própria reformulação de novas estratégias de intervenção (Neuman 1995).

## **2. A PESSOA COM ESQUIZOFRENIA**

A esquizofrenia é uma doença mental severa que afeta mais de 21 milhões de pessoas em todo o mundo e apresenta uma taxa de prevalência de 0.2% (WHO, 2014; DSM-V, 2013). Em Portugal são poucos os estudos realizados ao nível das taxas de incidência e prevalência da esquizofrenia, sendo que, Palha (2006) estima que a taxa de prevalência se situe entre os 0.6% e 1%. Esta patologia está associada a um elevado grau de incapacidade que pode afetar o desempenho educativo, ocupacional e social (WHO, 2014). Neste sentido, as representações sociais sobre esta patologia encontram-se, desde logo, e historicamente associadas ao estigma. Como referem Harrison et al (2006: 235) a esquizofrenia corresponde à doença mental que “tem estado no âmago da psiquiatria e a mais próxima do conceito público de loucura”. O estigma, a discriminação e a violação dos direitos humanos das pessoas com esquizofrenia são comuns (WHO, 2014).

O termo esquizofrenia tem origem numa palavra grega composta, cujo significado remete para a “divisão da mente”. Atualmente sustenta-se que a esquizofrenia apresenta uma etiologia multicausal em que intervêm fatores genéticos, bioquímicos, psicológicos, sociais e influências dos acontecimentos de vida stressantes. O tratamento consiste na conjugação de farmacoterapia crónica acompanhado por uma intervenção multidisciplinar visando as competências sociais, interpessoais, familiares e a reabilitação do cliente, não sendo possível a sua cura (Townsend, 2011). Importa ressaltar o elevado risco de suicídio associada à patologia no doente com esquizofrenia (Kaplan e Sadock, 1999). Trata-se de uma doença crónica, com períodos de agudização, acompanhados por internamentos hospitalares que originam um grande sofrimento para o cliente e para a família. Neste ponto importa referir que é

frequente a associação entre a esquizofrenia e a discriminação, o estigma e a rejeição social. A expressão social da sintomatologia psicótica tende a interferir na relação com familiares, amigos e o conseqüente retraimento ou exclusão social (Favrod e Maire, 2014). Na esquizofrenia, todos os processos mentais – sensações, percepção, linguagem, emoções e relações interpessoais – parecem ficar completamente distorcidos. As pessoas que vivem com esquizofrenia tem 2 a 2.5 vezes maior probabilidade de morte prematura, que a população geral, por associação à ocorrência de doenças cardiovasculares, metabólicas ou infecciosas (WHO, 2014).

Uma dimensão importante nesta patologia relaciona-se com a capacidade de insight por parte dos clientes. O insight constitui um fator central para o envolvimento da pessoa no seu processo de reabilitação e acontece quando a mesma se apercebe do impacto da doença a nível pessoal e interpessoal (Vanelli et al, 2010). Segundo Vanelli et al. (2010), o baixo nível de insight nas pessoas com esquizofrenia encontra-se associado a um prolongamento das disfunções psicóticas, a uma fraca adesão à terapêutica, a uma maior disfunção profissional e a uma redução das capacidades interpessoais e sociais.

No que diz respeito à trajetória da patologia são definidas quatro fases: a pré mórbida, a prodromal, a esquizofrénica e a residual. Na i) fase *pré mórbida*, que apresenta um período funcional normal tendo no entanto acontecimentos que contribuem para o desenvolvimento da doença, distinguem-se dois tipos de indicadores: os precursores de interesse etiológico e a personalidade e o comportamento que indicam doença mental latente; ii) a fase *prodromal* apresenta sinais e sintomas precedentes da doença aguda verificando-se a expressão dos primeiros sintomas psicóticos; iii) a fase *esquizofrénica* caracteriza-se pela presença de sintomas psicóticos, são critérios definidores da doença a presença de dois ou mais sintomas numa parte significativa do tempo por um período de um mês, a disfunção social/ocupacional com a duração persistente por mais de 6 meses, incluindo pelo menos um mês de sintomas ativos; a exclusão de perturbação esquizoafetiva e de humor; a exclusão de substâncias/situações médicas gerais – (não deve ser associada ao consumo de determinada substância); a relação com uma perturbação

global do desenvolvimento, diagnostica-se esquizofrenia caso existam delírios ou alucinações pelo menos há um mês); e, por fim, a iv) fase *residual* caracterizada pela alternância de períodos de remissão e de exacerbação.

Segundo American Psychiatric Association (APA) (2002) são definidos cinco tipos de esquizofrenia: desorganizada (ou hebefrênica), catatônica, paranoide, indiferenciada e residual. A i) *esquizofrenia desorganizada* apresenta um início precoce, antes dos 25 anos, com tendência para a cronicidade, com um comportamento regressivo e primitivo, contacto com a realidade escasso, embotamento afetivo, negligência da aparência e com um comprometimento social; ii) a *esquizofrenia catatônica* caracteriza-se por alterações no comportamento motor podendo apresentar-se por estupor ou excitação, negativismo extremo, movimentos involuntários, posições bizarras prolongadas no tempo; iii) a *esquizofrenia paranoide* caracteriza-se pela desconfiança social exacerbada, acompanhada por vezes de hostilidade e de agressividade, com a presença de delírios e alucinações, acompanhados por vezes da presença de vozes de comando, o que aumenta o risco de suicídio e agressividade (APA 2002; Townsend, 2011); iv) a *esquizofrenia indiferenciada* refere-se ao um quadro de sintomas apresentados que não preenchem critérios para nenhum tipo de esquizofrenia ou enquadram-se em mais do que um tipo; por fim, v) a *esquizofrenia residual* consiste na presença de pelo menos um episódio com sintomas proeminentemente psicóticos e refere-se à fase que segue o episódio agudo, mantendo-se a evidência de doença mas sem sintomas marcados, como por exemplo, o isolamento social, a falta de preocupação pela higiene pessoal, ou o comportamento excêntrico (APA, 2002; Kaplan e Sadock, 1999; Townsend, 2011). No quadro sintomatológico importa realçar que os sintomas da esquizofrenia podem dividir-se em sintomas positivos e sintomas negativos: Os sintomas positivos, ou psicóticos, incluem as alucinações, as ideias delirantes e a desorganização; os sintomas negativos caracterizam-se pela redução da expressão verbal e não verbal, pela alteração dos processos cognitivos, anedonia, retraimento social e distúrbios de atenção (Favrod e Mairre, 2014).

As terapias utilizadas na esquizofrenia englobam um conjunto alargado de intervenções multidisciplinares que incluem as terapias psicológicas, como por

exemplo a psicoterapia individual, a terapia de grupo e comportamental ou o treino das competências sociais; o tratamento social, como a terapia de família ou tratamento comunitário assertivo e, o tratamento farmacológico que inclui os antipsicóticos convencionais como a clorpromazina, a risperidona e o haloperidol e os antipsicóticos atípicos como a olanzapina e a quetiapina (Townsend, 2009).

### **3. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM**

#### **3.1 Identificação**

O JS é do sexo masculino, tem 47 anos de idade, faz parte de uma fratria de 2 irmãos, 1 rapaz e 1 rapariga, sendo 6 anos mais novo que a irmã. É natural da região centro de Portugal, tem a nacionalidade portuguesa, com a última residência na região de Lisboa, solteiro, sem filhos, e tem o 9º ano de escolaridade. Relativamente à dimensão socioprofissional, o JS encontra-se na situação de reformado por invalidez, nunca tendo exercido anteriormente qualquer tipo de atividade profissional. Atualmente o JS encontra-se em situação de internamento prolongado, há cerca de 16 anos, na mesma instituição hospitalar psiquiátrica. A pessoa de referência é, atualmente, a mãe.

Relativamente ao seu percurso associado aos recursos institucionais de saúde mental, e de forma resumida, o cliente inicia acompanhamento em consultas de psiquiatria no ano de 1990, sendo que a partir de 1995 inicia um processo de múltiplos internamentos de curta duração em instituições hospitalares psiquiátricas. Após um internamento mais longo, de cerca de um ano, num serviço de agudos, foi reencaminhado, em 2000, para um serviço de reabilitação psicossocial de um hospital psiquiátrico. Desde essa altura o cliente permaneceu internado nesta instituição hospitalar.

### **3.2 Contexto familiar – Percurso de vida**

Relativamente à dimensão familiar, o cliente mantém apenas contato regular com a mãe que o visita quinzenalmente aos fins-de-semana. Os pais do JS estão separados, sendo que o pai encontra-se internado num hospital na região norte de Portugal. Os contactos entre o JS e o seu pai são inexistentes. A mãe é natural da região centro de Portugal, tem 74 anos, reside sozinha na zona de Lisboa e encontra-se atualmente reformada. A irmã do cliente é casada tem dois filhos e raramente tem contacto com o JS. Apenas nas ocasiões de Natal, sendo que, neste último não visitou o cliente. O pai é descrito como tendo sido um ativista político, na época da ditadura, com um historial de ter sido preso na década de sessenta, antes de ter-se casado com a mãe do cliente.

O JS é natural da região centro de Portugal onde viveu até cerca dos três meses de idade. Um mês após o nascimento do JS, ocorre a separação dos pais. Segundo o cliente, o pai saiu de casa por ter iniciado um novo relacionamento, tendo emigrado para o estrangeiro com a nova família. Desta relação existe um meio-irmão com o qual o cliente nunca teve qualquer contato. Este evento da separação, ocorrido quando o cliente tinha apenas 1 mês de idade, irá marcar um longo processo de ruturas e separações no seio das relações sociais familiares. Após esta separação, que ocorre após cerca de 7 anos de matrimónio, a mãe deparou-se com o agravamento progressivo de dificuldades financeiras. A mãe vai trabalhar e viver para uma outra localidade mais distante onde lecionava ao nível do ensino primário. As dificuldades económicas e os episódios de depressão por parte da mãe originam, como consequência, uma nova rutura com a separação do JS. O JS, com cerca de 1 ano de idade, fica então a cargo dos cuidados dos avós maternos, que residiam na zona de Lisboa, atualmente ambos falecidos. É nesta altura, também, que se separa da irmã, que vai para um colégio interno. Durante este período, em que o JS foi criado com os avós, a mãe manteve contato semanal com o cliente.

No que se refere à relação com o pai, o cliente apenas o conhece aos 15 anos, e refere que o pai, atualmente com perto dos 80 anos, tem, provavelmente, problemas mentais, que o cliente não sabe especificar. O JS refere que o pai apresenta problemas de alcoolismo e que se encontra internado num hospital na região norte de Portugal.

Atualmente o cliente não deseja reatar qualquer tipo de relacionamento com o pai, sendo que, contudo, desculpabiliza um pouco a história familiar de ausência do pai tendo em conta que, provavelmente, tinha problemas mentais e que era perseguido pelo regime ditatorial de então. No que se refere à mãe o cliente adota uma postura de maior ambivalência, em que, por um lado, atribui-lhe parte da responsabilidade por o ter abandonado em criança, mas que, por outro lado, compreende que a mãe “estava muito deprimida e com problemas de dinheiros” (sic).

Apesar de ter vivido separações e abandonos precoces, o cliente descreve a sua infância, em que vivia com os avós, como sendo “normal” até mais ou menos os 13 anos de idade. O cliente descreve-se como sendo “responsável e pacato, até mais bem comportado do que muitos outros miúdos lá do bairro” (sic). Contudo, a idade dos 15 anos, segundo o cliente, surge como “um marco na minha vida” (sic).

Por volta dos 14, 15 anos de idade do JS, a mãe inicia um relacionamento com outra pessoa e vai viver para a zona de Lisboa. Nesta altura o JS vai viver com a mãe e com o padrasto, contudo, aparentemente, esta relação entre a mãe e o padrasto é caracterizada por ser uma relação conflituosa, com permanentes discussões, relacionadas com problemas de alcoolismo do padrasto. Este facto fez com que o JS só estivesse a viver com a mãe durante cerca de um ano, tendo posteriormente regressado, novamente, a casa dos avós maternos. Por esta altura, o cliente conhece o pai que regressa do estrangeiro, divorciado, mas que não permanece na zona de Lisboa e que vai morar para a região norte de Portugal. O cliente descreve este período conturbado como estando mais nervoso e constantemente zangado com “tudo e com todos” (sic). É, igualmente, nesta faixa etária dos 15, 16 anos que o cliente refere ter iniciado as primeiras experiências de contacto com o consumo fumado de canabinóides na escola. Estes primeiros consumos de haxixe são iniciados por curiosidade, por influência do grupo de amigos e por influência de uma relação amorosa com uma rapariga 2 anos mais velha. O JS refere que se sentia mais calmo, mais bem-disposto, tranquilo e confiante quando fumava haxixe. Contudo, esta experiência, segundo o cliente, irá condicionar todo o seu percurso de vida. Os consumos, que inicialmente eram esporádicos, passam a ser mais regulares e depois diários.

No seu percurso escolar, o cliente refere que até era um aluno “normal” até ao 7º ano, mas que no 8º reprova este ano por duas vezes. O cliente associa este insucesso escolar ao início do consumo de canabinóides. A partir do final do 8º ano e no 9º ano o JS refere que “a escola não era para mim, eu na altura só queria era festa”(sic), “a droga andava à vista de todos, mesmo lá dentro da escola”(sic). O cliente acaba por completar o 9º ano de escolaridade, sem qualquer entusiasmo, e posteriormente não continua mais o percurso escolar. Mantém-se em casa dos avós, com um relacionamento cada vez mais difícil e refere que para arranjar dinheiro tinha que roubar a estes familiares, sendo que os avós tinham também esse conhecimento.

Aos 20 anos experimenta heroína fumada, tendo iniciado consumos regulares com a toma simultânea de comprimidos da família das benzodiazepinas. Por esta altura, situa a sua primeira descompensação psicótica e refere que “pensava que era Jesus Cristo e que era o dono do mundo”(sic). Passa por uma fase de grande instabilidade social e emocional, com comportamentos agressivos e pequenos furtos aos avós e com historial de queixas que já era conhecido na PSP local. Aos 20 anos faz uma primeira tentativa de suicídio, por defenestração de um 4º andar, após conflito e separação com a namorada. Na sequência deste ato, esteve cerca de 3 semanas em coma e com graves lesões osteoarticulares. Após este internamento hospitalar passa a ser seguido em consultas de psiquiatria mas que não frequenta assiduamente, mantendo sempre os consumos tóxicos.

Aos 26 anos, em 1995, em contexto delirante associado ao consumo de canabinóides, heroína fumada, álcool e ingestão de comprimidos, da família das benzodiazepinas, faz uma nova tentativa de suicídio na linha de comboio. O cliente refere que estava desesperado por conflitos com a mãe e com os avós e por se encontrar confuso e em “ressaca”(sic): “atirei-me para a linha do comboio, fiquei em pé, mas de costas para o comboio, quando me virei e vi o comboio fiquei com medo e saltei para o lado, mas já foi tarde” (sic).

Este acidente originou consequências de saúde graves, esteve internado num hospital geral cerca de 5 meses, foi submetida a várias intervenções cirúrgicas, tendo ficado com graves *deficits* na mobilidade. Durante este internamento teve episódios de descompensação psicótica tendo sido internado pela primeira vez num hospital psiquiátrico.

Após este incidente o cliente passa por vários internamentos no hospital psiquiátrico, sendo que, após um internamento de agudos, mais prolongado, é transferido, com a idade de 31 anos, para uma unidade do serviço de reabilitação psicossocial desta instituição hospitalar. Situação de internamento que permanece até a atualidade.

Durante este período de internamento o cliente foi motivado e encaminhado para cursos de formação do Instituto de Emprego e Formação Profissional. Estes programas não tiveram êxito, por descompensações psicóticas e por comportamento socialmente desadequado, com discussões e conflitos com os colegas. Posteriormente, foi estabelecido um programa de treino residencial, o que se revelou, igualmente, ineficaz por descompensação psicótica, alteração do comportamento, dificuldades na adaptação e *deficits* de autonomia. O cliente refere que durante todo este período, de tentativas de inserção em programas de reabilitação social, matinha o consumo de canabinoides, não cumpria o esquema terapêutico e que, por isso, encontrava-se em constante estado de ansiedade e de angústia. Em 2010, o cliente refere que abandona totalmente os consumos de canabinoides ou de outras substâncias tóxicas, até aos dias de hoje, e que volta a cumprir o esquema terapêutico.

Importa referir, que há cerca de 6 anos, foi realizada uma tentativa de integração familiar do cliente com a mãe mas que revelou-se totalmente frustrada. O cliente refere que não conseguia viver com a mãe, sobretudo porque tem dificuldade na mobilidade e na deambulação e que, por outro lado, a mãe não o deixa ter qualquer tipo de autonomia, estando constantemente a falar e a realçar os aspetos negativos da sua história familiar, do abandono do pai e dos consumos do JS.

Atualmente, o JS encontra-se num programa de reabilitação psicossocial, frequenta a terapia ocupacional e tem boa adesão às intervenções terapêuticas do serviço, nomeadamente através da participação nas reuniões comunitárias semanais, no treino de competências de apoio às atividades de vida diária e na gestão autónoma da medicação. É relativamente independente nas atividades de vida diária, necessitando de ajuda parcial na higiene relacionada com o comprometimento da mobilidade.

### **3.3 Projeto reabilitativo psicossocial**

O programa de reabilitação psicossocial, estabelecido pela equipa multidisciplinar de saúde em articulação com o JS e com a mãe, engloba um conjunto de intervenções que visam o treino de competências sociais,

cognitivas e comportamentais, treino residencial com enfoque na autonomia nas atividades de vida diária, intervenções de âmbito psicoeducativo e terapia ocupacional.

A operacionalização deste programa passa por: i) frequência no programa de atividades na terapia ocupacional três vezes por semana ii) participação, na unidade residencial, no programa de manutenção do lar - na limpeza dos espaços comuns e reposição de material - e na autogestão da roupa, - higiene e arrumos da roupa e pertences pessoais – iii) participação no programa de adesão e gestão autónoma da medicação; iv) participação e envolvimento nas reuniões comunitárias uma vez por semana; v) gestão autónoma financeira vi) participação em atividades de grupo na unidade residencial e no exterior da instituição hospitalar (passeios, visualização de cinema, etc).

#### **4. AVALIAÇÃO INICIAL POR NECESSIDADE HUMANAS BÁSICAS**

Henderson identificou 14 necessidades básicas do ser humano que compreendem os componentes dos cuidados de enfermagem (Tomey, 2002).

##### **Respiração e circulação**

Tem como antecedentes pessoais dislipidemia controlada e hipertensão arterial, que tem-se mantido dentro dos parâmetros normotensos durante todo o passado ano de 2015. Faz terapêutica hipotensora diariamente. Não apresenta edemas. À data da avaliação (15/01/2016) apresenta-se normotenso (TA=131/81 mmHG), FC= 81 bat/minuto, pulso radial cheio e rítmico.

A nível respiratório apresentava-se eupneico, respiração toraco-abdominal rítmica, com cerca de 17 ciclos por minuto. Apresenta hábitos tabágicos regulares, desde os 15 anos de idade, com um consumo de cerca de 20 cigarros por dia. Não apresenta historial de alergias ou de patologias respiratórias graves.

##### **Manter a temperatura corporal**

À data da avaliação, apirético com temperatura axilar de 36°C. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Relativamente à integridade cutânea apresenta

psoríase localizada na região parietal, no dorso das mãos, nas axilas, na região posterior do tórax, nas regiões genital e perineal.

### **Comer e beber**

Apresenta um plano alimentar com uma dieta personalizada a todas as refeições, poli fracionada, de características hipolipídicas com reforço de legumes e hortaliças. Apesar deste tipo de dieta ter sido elaborada em articulação com o JS, o cliente refere que as refeições são pouco variadas e que não consegue cumprir sempre este plano e que, por isso, recorre a comer com alguma frequência no exterior da instituição hospitalar. Não apresenta problemas na deglutição ou mastigação e desconhecem-se alergias ou outros tipos de intolerância alimentar.

### **Eliminação**

Abdómen distendido, indolor à palpação. Atualmente não apresenta problemas de obstipação, mas refere que frequentemente necessita de terapêutica em SOS para evacuar. Refere que evacua com intervalos que variam entre os 2 a 4 dias. Padrão de eliminação vesical sem qualquer alteração no presente, apresentando história de infeções urinárias praticamente uma vez por ano.

### **Dormir e repousar**

Não refere grandes problemas no ciclo de sono e vigília, mas faz terapêutica indutora do sono e esporadicamente solícita terapêutica em SOS por episódios de insónia inicial. Dorme em média um total de 9 horas, adormece pelas 22:30h horas e desperta por volta das 8 horas.

### **Movimentar-se**

Aos 26 anos de idade, na sequência de uma tentativa de suicídio na linha do comboio, o JS sofreu fraturas graves, tendo ficado com dificuldade na deambulação. Contudo, no interior da unidade residencial é independente, as portas são largas em todas as divisões, e as casas de banho não têm desníveis para o duche ou acesso a lavatórios.

### **Vestir-se e despir-se**

Usa vestuário pessoal que a mãe lhe traz ou que esporadicamente compra. Apresenta dificuldades na mobilidade, sendo que, apesar destas limitações físicas não costuma ter necessidade de auxílio no vestir ou despir.

## **Comunicar**

Não apresenta qualquer tipo de dificuldade na compreensão da linguagem e apresenta resposta verbal perceptível. Ao longo das entrevistas revelou um discurso organizado, coerente sem a presença de atividade delirante. Audição mantida. Necessita de ortóteses oculares devido a problemas relacionados com miopia.

## **Higiene pessoal**

Refere que os maiores problemas prendem-se quase sempre com as instalações físicas dos locais do duche, mas que, no presente, as recentes obras nesta unidade residencial permitem uma maior autonomia na higiene. Precisa, contudo, frequentemente de auxílio para organizar o local de duche, por exemplo na colocação da cadeira de plástico no local apropriado e com as RODAS travadas, a colocação dos produtos de higiene em local acessível. Esporadicamente precisa de auxílio para lavar a região dorsal e para aplicar o creme específico para a psoríase.

## **Agir segundo as suas crenças e valores**

Não pratica nenhuma religião, mas refere que se aproxima mais dos ideais cristãos, revelando sentido de espiritualidade. No passado refere que passou por uma fase em que tinha delírios místicos e de grandeza, julgando que era efetivamente Jesus Cristo e que tinha poderes de cura. Atualmente, percebe esses acontecimentos como sendo consequência de ter estado doente com esquizofrenia e não os relaciona com a sua espiritualidade.

## **Ocupar-se com vista a realizar-se**

Atualmente não tem projetos futuros que envolvam a saída desta instituição hospitalar. Pretende adquirir maiores competências de autonomia ao nível da sua vivência nesta unidade residencial, que ainda refere estar em fase de adaptação a este novo espaço. Pretende ter maior autonomia ao nível da preparação e dos conhecimentos sobre a medicação e sobre a sua situação de doença.

No que diz respeito aos projetos futuros, não deseja sair desta instituição hospitalar e não deseja viver com a família, refere que é aqui que se encontram os seus amigos e é aqui que se sente seguro. Refere mesmo que “é aqui que eu quero morrer”(sic). O espaço desta instituição hospitalar é amplo com

muitos espaços verdes e este enquadramento permite-lhe deslocar-se em segurança e ter maior liberdade. Refere que quando esteve a viver com a mãe, num apartamento, as condições físicas não o permitiam deslocar-se nem ter a liberdade que este espaço hospitalar confere.

### **Recrear-se**

Atualmente encontra-se motivado para a participação em atividades lúdico-recreativas, mas refere que frequentemente encontra-se pouco motivado para a participação em atividades socio ocupacionais em grupo, procurando situações de maior isolamento. O facto de ter dificuldade na deambulação constitui um obstáculo para a motivação em sair da unidade residencial quando, por exemplo, as condições meteorológicas são mais adversas com chuva e frio. Gosta de sair da instituição hospitalar, passear um pouco nas ruas, ver as pessoas e montras e ir a um café perto onde frequentemente também almoça, contudo sente que as pessoas o olham de forma diferente por ter dificuldade na deambulação e por ter uma doença mental. Este facto tem o levado, ultimamente a um maior isolamento.

### **Aprender**

Demonstrar sempre interesse na aquisição de novas aprendizagens, sobretudo sobre os processos relacionados com as doenças mentais e com a terapêutica. Apresenta compreensão intacta para situações simples e concretas. Não tem qualquer dificuldade em perceber as informações que lhe são transmitidas, contudo cansa-se facilmente das situações. Em termos de atenção e concentração apresenta capacidade de se focar e de se manter focado num objeto ou numa tarefa. Apresenta memória longínqua e imediata mantida, sendo que a memória recente apresenta algum comprometimento (tem dificuldade em recordar-se do que comeu no dia anterior).

### **Segurança**

O JS é autónomo na realização das suas AVD's, apesar das dificuldades de ordem física encontra-se bem adaptado à forma de deambulação. Apresenta o Plano Nacional de Vacinação atualizado e desconhecem-se alergias a fármacos ou alimentos. Tem historial de antecedentes de consumos de canabinoides, opióides e benzodiazepinas, mas, atualmente, e desde há cerca de 6 anos que não apresenta problemas de consumos tóxicos, os

doseamentos destas substâncias têm vindo a confirmar essa situação de ausência de consumos. Demonstra uma boa atitude perante a medicação e uma boa adesão à terapêutica, reconhecendo a necessidade do tratamento.

### **Sexualidade**

Não gosta de falar sobre este tema, refere que não tem capacidade de desempenho sexual, sendo que esta situação já constituiu, no passado, um dos grandes motivos de depressão e de desinteresse pela vida. Atualmente refere que já passou e que agora “o mais importante é estar com os amigos aqui no hospital e ir passando o tempo” (sic). Mostra-se, contudo, muito carente do ponto de vista afetivo, verbalizando que sente muitas vezes solidão e que poucas pessoas o percebem. Verbaliza que gostaria de ter uma companheira, mas também refere que sabe que isso nunca vai acontecer e que já não se importa com isso.

## **5. AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL**

A idade aparente coincide com a idade real, apresenta vestuário adequado à estação do ano, por vezes apresenta maus cuidados de higiene, atitude colaborante, bom contacto com os profissionais de saúde e com os outros clientes. Procura de forma espontânea o contacto com os técnicos e com os outros clientes, apresenta discurso espontâneo e perceptível com um volume de voz sereno. Não observam-se disartrias, taquilalias, coprolalia e neologismos. Orientado no tempo, no espaço e na pessoa (auto e alo psiquicamente), não apresentando qualquer dificuldade em perceber as informações que lhe são transmitidas. Encontra-se vígil e desperto, mantendo a compreensão intacta para situações simples e concretas. Memória longínqua e imediata mantida, memória recente ligeiramente comprometida, apresenta dificuldade em recordar-se do que comeu no dia anterior. O estado emocional caracteriza-se como sendo apropriado, humor eufórico, estabilidade emocional, com um fácil e expressão não-verbal congruente com o tipo de emoções manifestadas. O conteúdo de pensamento é adequado à realidade, congruente com os diferentes estados de humor. Apresenta um conteúdo de pensamento com predomínio das dimensões muito centradas no seu quotidiano e com

pouca elaboração de projeção de cenários futuros. Apresenta por vezes, comportamento apelativo, muito centrado nos seus problemas e com pouca tolerância para manter-se atento a ouvir as situações expostas pelo grupo. Não se apuram, no presente, alterações da perceção, nem a presença de ideias delirantes ou de qualquer tipo de alucinações.

Apresenta boa consciência de si próprio e *insight* relativamente à doença. Relativamente à necessidade de continuidade do esquema terapêutico surgem alguns mecanismos de negação relativamente à doença na sua dimensão de cronicidade. Refere que já se sente totalmente curado, há alguns anos, e não concebe qualquer risco de retorno aos problemas de adição. Esta situação é percecionada pelo cliente como já não vendo necessidade de continuar o tratamento medicamentoso.

## **6. IDENTIFICAÇÃO DOS ELEMENTOS STRESSORES SEGUNDO NEUMAN**

De acordo com o modelo de sistemas de Betty Neuman o enfermeiro para realizar o diagnóstico de enfermagem deve identificar as interações dinâmicas (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais) que compõem o cliente-sistema, e a presença real ou potencial de fatores de stress intrapessoais, interpessoais e extrapessoais. A identificação dos fatores de stress percecionados pelo cliente, que o próprio identifica como causadores das suas principais dificuldades, devem ser articulados com os fatores percecionados pelo enfermeiro, com o objetivo de co construir um diagnóstico de enfermagem compreensivo

### **6.1 Agentes de stress percecionados pelo cliente e pelo enfermeiro**

|  |   |
|--|---|
| <i>1. O QUE CONSIDERA SER O SEU PROBLEMA, DIFICULDADE OU PREOCUPAÇÃO MAIS IMPORTANTE?</i>  |   |
| PERCEÇÃO DO CLIENTE  | PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO  |
| “O meu maior problema é a deambulação (...) isto não dá para ter uma vida normal. Não consigo fazer nada (...) nunca vou conseguir | Coerente com a situação em que se encontra.<br><br>Humor triste e congruente com o conteúdo do pensamento e |

|                 |   |
|-----------------|---|
| (inicia choro)” | expressão não-verbal.<br><i>Coping</i> ineficaz |
|-----------------|---|

| 2. COMO É QUE ISSO TEM AFETADO OS SEUS HÁBITOS OU O SEU ESTILO DE VIDA?  |  |
|--|--|
| PERCEÇÃO DO CLIENTE  | PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO   |
| “Já viu o que é ter que andar para todo o lado com isto (...) não consigo fazer nada. No outro dia estava a chover e (...) não conseguia andar, fiquei todo molhado (...) sozinho (...) fico triste (...) já viu o que é morar num apartamento é impossível” | Coerente com a situação<br>Risco de acidente<br>Sentimentos de solidão. Carente do ponto de vista afetivo<br>O cliente fica muito centrado neste problema físico o que o incapacita para elaborar projetos futuros fora da instituição |

| 3. ANTERIORMENTE JÁ ALGUMA VEZ TEVE UM PROBLEMA SEMELHANTE? SE SIM, O QUE FOI ESSE PROBLEMA E COMO O RESOLVEU? DEU RESULTADO?   |  |
|---|--|
| PERCEÇÃO DO CLIENTE   | PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO   |
| “Tenho que chamar quem passa. Mas não gosto que me vejam como um deficiente. As pessoas olham (...) lá vai o coitadinho (...) Isto a mim, fico, assim,..já fiquei muito deprimido. As pessoas não percebem” | Baixa autoestima relacionada com deficiência e a sua imagem corporal.<br>Estigma social presente<br>Risco de isolamento social |

| 4. COMO PREVÊ O FUTURO EM CONSEQUÊNCIA DA PRESENTE SITUAÇÃO?   |   |
|--|---|
| PERCEÇÃO DO CLIENTE  | PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO  |
| “Ah (pausa) não prevejo nada (...) gosto de estar aqui no meu cantinho com os meus amigos (...) aqui no hospital (...) estou controlado (...) quero morrer aqui” | Pouca esperança no futuro.<br>Passividade perante a elaboração de projetos<br>Grau de institucionalização elevado |

| 5. O QUE É QUE ESTÁ A FAZER OU O QUE PODE FAZER PARA SE AJUDAR A SI MESMO?  |  |
|---|--|
| PERCEÇÃO DO CLIENTE   | PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO   |
| “Olhe, falar assim como estou agora, desabafar. Falar com os enfermeiros ou com os médicos. Já sei que vou ficar assim (...) faço a medicação. (...) a minha mãe já está velhota ela não percebe” | O cliente apresenta estratégias para a resolução do problema.<br><br>Circunscreve os seus recursos de ajuda aos profissionais de saúde e exclui a possibilidade de pedir ajuda à família |

| 6. O QUE ESPERA QUE OS PRESTADORES DE CUIDADOS, FAMÍLIA, AMIGOS E OUTRAS PESSOAS FAÇAM POR SI?   |  |
|--|--|
| PERCEÇÃO DO CLIENTE  | PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO   |
| Enfermeiros “acho que me podiam reduzir a medicação. (...) às vezes penso que já estou curado (...) eu sinto-me bem (...) estável, (...) já não vou ter mais recaídas. Eles dizem que tive esquizofrenia mas acho que já passou”<br><br>Família: “não quero nada com o meu pai, também não quero viver com a minha mãe (...) mas quero que a minha mãe continue a visitar-me, coitada já está velhota” | Risco de não adesão e risco de insucesso do Projeto Individual de Reabilitação<br><br><i>Deficits</i> de conhecimento relativamente à cronicidade da doença<br><br>Sente-se pouco apoiada pela família |

## 6.2 Fatores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais

| Fatores Intrapessoais |  |
|-----------------------|--|
| Físicos               | Dificuldade na mobilidade individual e na deambulação.<br>Dislipidémia. Obstipação |
| Psicológicos          | Diminuição da autoestima associada à imagem corporal,                              |

|                 |  |
|-----------------|--|
|                 | verbaliza carência afetiva, sentimentos de solidão.  |
| Socioculturais  | Sentimentos negativos relacionados com o impacto da sua condição nas outras pessoas relacionado com o estigma associado à deficiência. Sentimentos de inferioridade e de insegurança relativamente aos outros.   |
| Desenvolvimento | Incapacidade em ter um projeto futuro que passe por viver com a mãe, devido a relacionamento familiar conflituoso, ou incapacidade para viver sozinho por dificuldades financeiras. Não elabora projetos futuros que incluam viver fora da instituição hospitalar. |
| Espirituais     | Acredita num ser superior que lhe dá um sentido de vida mas não compreende porque teve que ser castigado por Deus com a deficiência.   |

| Fatores Interpessoais |   |
|-----------------------|---|
| Físicos               | Dificuldade nas relações interpessoais relacionado com a dificuldade em deslocar-se de forma livre sem encontrar-se condicionado aos obstáculos físicos ou climatéricos.  |
| Psicológicos          | Isolamento social relacionado com a perceção negativa que tem da sua imagem relativamente à condição de apresentar-se aos outros como deficiente físico e com problemas mentais. Dificuldade em ter um relacionamento afetivo duradouro.                      |
| Socioculturais        | Dependência institucional a nível dos relacionamentos afetivos muito centrados na instituição, nos profissionais de saúde e nos outros clientes.  |
| Desenvolvimento       | Diminuição progressiva dos contactos sociais com o exterior da instituição hospitalar. Dependência institucional a nível dos relacionamentos sociais e profissionais. Passividade na procura de alternativas de vida no processo de reabilitação psicossocial |
| Espirituais           | Não se revê em nenhuma confissão religiosa concreta.  |

|  |  |
|--|--|
|  | Sente-se enganado pelos representantes das igrejas |
|--|--|

| Fatores Extrapessoais |  |
|-----------------------|--|
| Físicos               | Dependência no uso de auxiliares para a mobilidade e deambulação.  |
| Psicológicos          | Historial de vida de abandonos por parte dos familiares com a situação atual de fracos laços sociais e afetivos com os familiares. Tem apenas a visita da mãe que ocorre quinzenalmente.   |
| Socioculturais        | Estigma social relativamente à condição de deficiência física e à doença mental.<br>Obstáculos físicos encontrados nos espaços urbanos e no interior da instituição hospitalar que dificultam a deambulação: passeios degradados, presença de escadas, rampas com muita inclinação, largura estreita das portas.                             |
| Desenvolvimento       | Competências profissionais comprometidas, fraca escolarização, com pouca formação profissional e sem trabalho.<br>Internamento de longa duração com uma forte componente de institucionalização. Dificuldade na adaptação aos programas profissionais de emprego protegido. Projetos de futuro muito circunscritos à dimensão institucional. |
| Espirituais           | Ausência de um contexto estrutural concreto de apoio espiritual  |

## 7. PLANO DE CUIDADOS

Durante este estágio tenho seguido as etapas do processo de enfermagem, recorrendo à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE β2). Nos contextos de saúde mental, como refere Amaral (2010), o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem não surge dos problemas que são identificados, quase de uma forma apriorística, pelo enfermeiro ao que

alegadamente ou potencialmente o cliente necessita. Ao invés, o estabelecimento de diagnósticos surge de um trabalho de co construção, a nível consciente, de acordo com a realidade quotidiana do cliente realçando, principalmente, as reações do cliente tal como por ele são vividas e experienciadas (Amaral, 2010).

Através desta metodologia tenho elaborado os diagnósticos de enfermagem com os respetivos focos, numa perspetiva relacional e de acordo com as manifestações observadas ou fornecidas pelos clientes. Do mesmo modo estabeleci as consequentes intervenções de enfermagem em parceria com os clientes, de acordo com as necessidades avaliadas e, com o auxílio da informação presente nos processos clínicos. O plano de cuidados resulta de uma construção integrada no processo de enfermagem que inclui diferentes fase como a avaliação inicial, os diagnósticos, os resultados esperados, as intervenções de enfermagem, a avaliação final e as reformulações. Como também defende Virginia Henderson (Tomey, 2002) as necessidades humanas básicas existem independentemente do diagnóstico sendo que a formulação dos planos de cuidados devem ser formulados em com junto, como parceiros, entre o enfermeiro e o indivíduo.

Os diagnósticos e os planos de cuidados foram elaborados com base na terminologia CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) Versão 1, adaptada aos diagnósticos NANDA e às intervenções de enfermagem NIC (Classificação das Intervenções de Enfermagem).

Baseando-me no referencial teórico de Betty Neuman, identifiquei aqueles que considero serem os problemas ou diagnósticos de enfermagem mais relevantes para o caso em estudo. São eles:

- Interação social comprometida
- *Coping* não eficaz
- Risco de abuso de drogas
- Aceitação do estado de saúde, comprometido
- Risco de não adesão ao regime terapêutico
- Gestão do regime terapêutico ineficaz
- Obstipação presente
- Ingestão de alimentos aumentada

- Autocuidado para a higiene comprometido em grau reduzido

## PLANO DE CUIDADOS

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>1. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b> | <b>Interação social comprometida</b>   |
| <b>Relacionado com:</b>             | Estigma social associado à deficiência física<br>Autoestima diminuída  |
| <b>Manifestado por:</b>             | Isolamento social<br>Verbaliza insatisfação com a rede social familiar<br>Falta de espontaneidade na procura da interação com os outros<br>Pouco interesse nas atividade de grupo  |
| <b>Resultados esperados:</b>        | Que o cliente apresente interações sociais mais intensas e que verbalize maior satisfação face à rede social;<br><br>Que o cliente procure espontaneamente a participação em atividades de recreação sócio terapêutica de grupo e que verbalize maior satisfação nas atividades realizadas no exterior do hospital.  |
| <b>Intervenções:</b>                | Escutar ativamente<br>Treino de aptidões sociais na Unidade Residencial<br>Promover a interação social<br>Planear antecipadamente um programa de ocupação de tempos livres<br>Promover atividades no exterior da instituição hospitalar<br>Acompanhar, numa primeira fase, passeios no exterior do hospital<br>Executar terapia de grupo (reunião comunitária; reuniões psicoeducativas)<br>Desenvolver atividades lúdico recreativas em grupo<br>Promover envolvimento familiar |
| <b>Avaliação:</b>                   | <b>9/02/2016:</b> Após as intervenções o cliente verbaliza maior satisfação ao nível da ocupação dos tempos livres.<br><br>Apresenta maior intervenção nas atividades de grupo psicoeducativas   |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>Participa com maior entusiasmo nas atividades lúdico-recreativas em grupo (jogo do dominó, jogo do bingo).</p> <p>Inicia de forma espontânea jogos de dominó com um outro cliente da Unidade Residencial</p> <p>Participou numa atividade no exterior da instituição hospitalar, ida ao cinema, promovida pela TO da instituição hospitalar. Refere ainda sentir-se pouco à vontade com os olhares dos outros.</p> |
|--|---|

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b> | <b>Ansiedade em grau moderado</b>  |
| <b>Relacionado com:</b>            | <p>Alteração nos padrões de interação associado às recentes mudanças para uma nova unidade residencial</p> <p>Autoestima diminuída</p> <p>Processo de adaptação aos novos clientes residentes nesta unidade</p>  |
| <b>Manifestado por:</b>            | <p>Refere aumento da tensão e alguma dificuldade em dormir</p> <p>Verbaliza preocupação relativamente às mudanças ocorridas com a recente mudança de contexto residencial</p> <p>Verbaliza ainda desconhecer como são algumas das pessoas que integram este novo grupo de clientes na unidade residencial</p> <p>Isolamento social</p>         |
| <b>Resultados esperados:</b>       | <p>Que o cliente verbalize os problemas e os medos sentidos.</p> <p>Que o cliente exprima as suas emoções e os seus sentimentos de ansiedade acerca dos problemas.</p> <p>Que o cliente integre de forma crescente as atividade de grupo.</p> <p>Que o cliente elabore estratégias de resolução dos problemas fora do contexto hospitalar.</p> |
| <b>Intervenções:</b>               | Apoiar emocionalmente – Reconhecer a realidade da  |

|                   |  |
|-------------------|--|
|                   | <p>situação.</p> <p>Aumentar a autoestima.</p> <p>Reconhecer os mecanismos de resolução dos problemas.</p> <p>Executar atividade de grupo sócio recreativas.</p> <p>Promover <i>coping</i> eficaz.</p> <p>Executar treino de assertividade.</p> <p>Executar atividades de grupo de discussão de problemas como a reunião comunitária e as reuniões psicoeducativas.</p> <p>Promover envolvimento familiar.</p> |
| <b>Avaliação:</b> | <p><b>30/01/2016:</b> Demonstra apenas capacidade de expressão e de enfrentamento dos problemas com os profissionais de saúde. Incapacidade no enfrentamento dos problemas com as outras pessoas e com a mãe.</p> <p>Ausência de elaboração de projetos futuros em cenários fora do contexto hospitalar.</p> <p>Problema ainda não resolvido. Não tem sido possível comunicar com a família.</p>               |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b> | <b><i>Coping Ineficaz</i></b>  |
| <b>Relacionado com:</b>            | <p>Ego imaturo</p> <p>Autoestima diminuída</p> <p>Fraca coesão social familiar</p>   |
| <b>Manifestado por:</b>            | <p>Uso de mecanismos de defesa como a negação e fuga aos problemas e ausência de projetos futuros</p> <p>Dificuldade em ter comportamentos adaptativos relacionados com mudanças ambientais externas</p> |
| <b>Resultados esperados:</b>       | <p>Que o cliente verbalize os problemas sentidos</p> <p>Que o cliente exprima as suas emoções acerca dos problemas</p> <p>Que o cliente elabore estratégias de resolução dos</p>                         |

|                      |  |
|----------------------|--|
|                      | problemas fora do contexto hospitalar  |
| <b>Intervenções:</b> | <p>Apoiar a tomada de decisão.</p> <p>Apoiar emocionalmente.</p> <p>Aumentar a autoestima.</p> <p>Promover <i>coping</i> eficaz.</p> <p>Promover a melhoria dos papéis sociais.</p> <p>Elaborar um plano de projetos futuros que passem por cenários de vivência extra-hospitalar.</p> <p>Executar treino de assertividade.</p> <p>Intervenções em grupo (reunião comunitária; reuniões psicoeducativas).</p> <p>Promover envolvimento familiar.</p> |
| <b>Avaliação:</b>    | <p><b>30/01/2016:</b> Demonstra apenas capacidade de expressão e de enfrentamento dos problemas com os profissionais de saúde. Incapacidade no enfrentamento dos problemas com as outras pessoas e com a mãe.</p> <p>Ausência de elaboração de projetos futuros em cenários fora do contexto hospitalar.</p> <p>Problema ainda não resolvido. Não tem sido possível comunicar com a família.</p>   |

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <b>3. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b> | <b>Risco de abuso de drogas</b>   |
| <b>Relacionado com:</b>             | <p><i>Coping</i> ineficaz;</p> <p>Défices cognitivos;</p> <p>História de abuso de substâncias em contexto de internamento hospitalar (canabinoides e opiáceos).</p>   |
| <b>Manifestado por:</b>             | <p>Verbaliza encontrar-se curado das adições para sempre. Tem dificuldade em falar sobre este tema.</p> <p>Desvaloriza os consumos de drogas e as adições que teve num passado recente.</p> <p>Não concebe o potencial de risco associado às adições.</p> |
| <b>Resultados</b>                   | Que o cliente mantenha a ausência do consumo de   |

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>esperados:</b>    | <p>drogas;</p> <p>Que o cliente expresse de forma mais estruturada o problema que teve relativamente aos consumos de droga;</p> <p>Que o cliente demonstre conhecimento sobre o controle do uso de substâncias e suas consequências na saúde e os riscos de recaídas.</p> |
| <b>Intervenções:</b> | <p>Escutar ativamente</p> <p>Entrevista individual motivacional;</p> <p>Promover controlo do comportamento;</p> <p>Promover <i>coping</i> eficaz;</p> <p>Promover a autorresponsabilização;</p> <p>Ensinar individualmente;</p> <p>Reforçar positivamente os ganhos.</p>  |
| <b>Avaliação:</b>    | <p><b>3/02/2016:</b> o cliente mantém-se sem consumos de drogas.</p> <p>Verbaliza de forma mais estruturada o problema de risco associado ao seu historial de consumos.</p>   |

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <b>4. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b> | <b>Aceitação do estado de saúde, comprometido</b>   |
| <b>Relacionado com:</b>             | <p><i>Deficit</i> de conhecimento sobre a doença;</p> <p>Pensamento rígido.</p>   |
| <b>Manifestado por:</b>             | <p>Negação atual do estado de saúde “eu já estou curado” (sic)</p> <p>Dificuldade em aceitar o grau de cronicidade associado à doença</p> <p>Verbalização de que já não precisa de tomar a medicação.</p>                           |
| <b>Resultados esperados:</b>        | <p>Que o cliente demonstre comportamento de aceitação do estado de saúde;</p> <p>Que o cliente verbalize conhecimento do processo de cronicidade associado à doença;</p> <p>Que o cliente verbalize conhecimentos respeitante a</p> |

|                      |   |
|----------------------|---|
|                      | cuidados na doença;   |
| <b>Intervenções:</b> | <p>Avaliar o nível de conhecimento do cliente sobre a doença</p> <p>Ensinar sobre o processo de doença;</p> <p>Apoiar emocionalmente;</p> <p>Avaliar atitude relativamente ao processo de doença;</p> <p>Avaliar a resposta psicossocial ao plano de cuidados;</p> <p>Intervenções de grupo psicoeducativas</p> <p>Promover a mobilização familiar;</p> <p>Reforçar positivamente as aprendizagens.</p> |
| <b>Avaliação:</b>    | <p>1/02/2016:</p> <p>Demonstra progressos ao nível da aprendizagem sobre a patologia mental e sobre a esquizofrenia. Contudo, mantém <i>deficits</i> de conhecimento relativamente aos processos da doença, sobretudo sobre a dimensão de cronicidade associada à esquizofrenia.</p> <p>Apresenta melhoria na atitude relativamente à aceitação da toma da medicação a longo prazo.</p>                 |

| <b>5. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b> | <b>Risco de não adesão ao regime terapêutico</b>   |
|-------------------------------------|--|
| <b>Relacionado com:</b>             | <p>Défices cognitivos;</p> <p>Complexidade do regime terapêutico</p> <p><i>Deficit</i> de conhecimento sobre a doença</p> <p><i>Deficits</i> de conhecimento sobre os processos terapêuticos</p> <p>Antecedentes de não adesão ao regime terapêutico</p> |
| <b>Manifestado por:</b>             | Negação da necessidade da toma contínua de medicação a longo prazo   |
| <b>Resultados esperados:</b>        | <p>Que o cliente apresente comportamentos de adesão à medicação;</p> <p>Que o cliente verbalize a necessidade de acompanhamento terapêutico a longo prazo</p>  |

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>Intervenções:</b> | <p>Acompanhar o cliente na gestão da preparação autónoma da medicação</p> <p>Realizar entrevistas motivacionais</p> <p>Reforçar a adesão;</p> <p>Avaliar a resposta psicossocial ao ensino da medicação;</p> <p>Avaliar os efeitos secundários e promover o encaminhamento ao psiquiatra</p> <p>Intervenções de grupo psicoeducativas sobre o projeto de gestão autónoma da medicação</p> <p>Promover a mobilização familiar;</p> <p>Supervisionar uma vez por semana a toma da medicação</p>   |
| <b>Avaliação:</b>    | <p><b>30/06/2009:</b></p> <p>Boa gestão e autonomia na preparação semanal da medicação</p> <p>Boa adesão ao esquema medicamentoso prescrito</p> <p>Manifesta ainda alguma resistência na perceção da continuação toma da medicação quando se sente bem</p> <p>Demonstra progressos ao nível da aprendizagem sobre a patologia mental e sobre os esquemas medicamentosos</p> <p>Não foi possível o envolvimento com a mãe porque só tem visitado o cliente de forma mais esporádica e ao domingo. Contudo o cliente tem abordado com a mãe o tema da medicação</p> |

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <b>6. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b> | <b>Autocuidado para higiene comprometida em grau reduzido</b>                                     |
| <b>Relacionado com:</b>             | <p>Dificuldade na mobilidade motora</p> <p>Passividade e falta de iniciativa.</p>                 |
| <b>Manifestado por:</b>             | <p>Por vezes apresenta maus cuidados de higiene</p> <p>Aparência pessoal por vezes descuidada</p> |

|                              |  |
|------------------------------|--|
|                              | Renitência por vezes em se arranjar<br>Apresentação da roupa por lavar   |
| <b>Resultados esperados:</b> | Que o cliente apresente autonomia para a higiene/banho sem necessitar de ser lembrado ou de supervisão.  |
| <b>Intervenções:</b>         | Assistir no autocuidado<br>Vigiar ação da doente (supervisão regular);<br>Negociar contrato com o cliente e estabelecer metas mútuas (banho diário no período da manhã);<br>Promover autorresponsabilização;<br>Reforçar positivamente as aprendizagens. |
| <b>Avaliação:</b>            | <b>06/02/2016:</b> comportamento melhorado, mas ainda não resolvido. A supervisão passa de regular para esporádica   |

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <b>8. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b> | <b>Obstipação presente</b>  |
| <b>Relacionado com:</b>             | Terapêutica psicofarmacológica<br>Falta de exercício físico<br>Redução da ingestão hídrica  |
| <b>Manifestado por:</b>             | Diminuição da frequência normal de dejeções (intervalos de 2 a 4 dias)<br>Fezes duras e abdómen doloroso à palpação   |
| <b>Resultados esperados:</b>        | Que a doente verbalize normalização do padrão de eliminação intestinal (dejeções em dias alternados)  |
| <b>Intervenções:</b>                | Aconselhar sobre nutrição (aumentar consumo de fibras)<br>Estabelecer um padrão alimentar que inclua também refeições no exterior do hospital<br>Promover o aumento da ingestão hídrica (mínimo de 1,5 l/dia)<br>Promover exercício físico através de passeios no espaço do hospital<br>Administrar terapêutica laxante |

|                   |   |
|-------------------|---|
|                   | Encaminhar para observação médica   |
| <b>Avaliação:</b> | <p><b>2/02/2016:</b></p> <p>Verbaliza a necessidade de mudar de padrão alimentar quando não evacua no espaço de 24 horas</p> <p>Mantém padrão de obstipação.</p> <p>Aumentou-se a terapêutica laxante em SOS</p> <p>Verbaliza o aumento da ingestão hídrica acordada.</p> |

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste Estudo de Caso permitiu criar um espaço de reflexão crítica sobre a prática da enfermagem, no âmbito específico da saúde mental e psiquiatria, e deste modo, evidenciar a importância central das dimensões relacionais enquanto instrumento terapêutico da enfermagem. Tendo por base o modelo teórico de Betty Newman, mas também mobilizando a herança teórica de Virginia Henderson, os problemas foram sendo identificados em processo de co construção com o cliente o que permitiu conduzir à formulação de diagnósticos de enfermagem. Na verdade, os problemas que foram, desta forma, formulados refletiam sofrimentos por parte do cliente, muito associados às questões da autoimagem, diminuição da autoestima, do sentimento de incompreensão e de marginalização por parte dos outros, e que tinham consequências reais no quotidiano do cliente, como o isolamento, a alteração do padrão do sono, a tristeza e a própria ausência de sonhos ou de expectativas futuras. Para a resolução deste problemas, grande parte das intervenções não mobilizaram o manuseamento de tecnologias da saúde nem a utilização de mais fármacos mas, pelo contrário, a mobilização das técnicas relacionais, a comunicação, a escuta ativa ou a promoção da interação e dinâmicas de grupo.

Como sustenta Peplau (Simpson; 1992), a relação que se desenvolve entre o enfermeiro e o cliente é vital para a enfermagem. O estabelecimento de uma relação efetiva constitui uma competência que requer compreensão,

conhecimentos técnicos e teóricos por parte do enfermeiro, mas que sobretudo requer o estabelecimento de uma relação de confiança entre ambos.

A avaliação final do conjunto destas intervenções permitiu claramente observar ganhos de saúde que podemos situar ao nível da redução da ansiedade, da melhoria da interação com os outros clientes, do enfrentamento de situações anteriormente angustiantes como por exemplo os passeios no exterior do hospital. Por outro lado, também é verdade que o plano de intervenção foi limitado no tempo e que muitos dos problemas identificados não puderam ter uma tradução visível ou empiricamente testada neste curto espaço temporal contudo, fica a certeza de que muitos dos objetivos só poderão ter uma avaliação no médio e longo prazo, nomeadamente os objetivos que se prendem, neste caso concreto, com a possibilidade do cliente ter uma vida autónoma fora do contexto hospitalar

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral de Saúde (2013). *Portugal Saúde Mental em Números – Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Erze, M., Façanha, J., Simões, R., Amélia, L. e Santos, J (2010). “Combater o Estigma em Saúde Mental”, em Sequeira, C. e Sá, L. (coord) (2010) (pp 211-219) *Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental*, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Favrod, J. e Maire, A. (2014). *Recuperar da Esquizofrenia. Guia Prático para Profissionais*, Loures: Lusociência.
- Freese, B. (2002). Betty Neuman: Modelo de Sistemas, em Tomey, A. e Alligood, M. (org). *Teorias de Enfermagem e a Sua Obra*, Lusociência: Loures. 335-376.
- Johnson, M. et al. (2010). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Neuman, B. e Fawcett, J. (edt) (2011). *The Neuman Systems Model*. (5ª edição), Boston: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *CIPE® Versão 2011 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução á Prática Clínica*, Coimbra: Quarteto.
- Simpson, H. (1992). *Modelo de Peplau. Aplicación Práctica*, Barcelona: Masson Salvat.
- Tomey A. (2002). “Virginia Henderson. Definição de Enfermagem”, in Tomey, A. e Alligood, M. (2002) (p 111-126), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Modelos e Teorias de Enfermagem*, Loures: Lusociência.
- Vanelli, I., Chendo, I., Levy, P. Figueira, M., Góis, C., Santos, J. e I. Markova (2010), Adaptação para português da Escala de Insight Marková e Berrios, *Acta Médica Portuguesa*, 23: 1011-1016.
- Tomey, A. e Alligood, M. (2004), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*, Loures, Lusociência



## **APÊNDICE 5.**

Treino Individual Supervisionado da Gestão Autónoma da Medicação



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
6º MESTRADO EM ENFERMAGEM  
PÓS-ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIATRIA

Promoção da Adesão Terapêutica no Processo de  
Reabilitação Psicossocial.

### **Sessão Clínica**

Treino Individual Supervisionado da Gestão Autónoma da  
Medicação

Discente:

Ricardo Jorge de Sousa Antunes nº 2248

Orientação:

Professora Doutora Francisca Manso

Lisboa, fevereiro de 2016

## Sessão Clínica

Intervenção de Enfermagem: Sessão de Treino Individual Supervisionado da Gestão Autónoma da Medicação

Dinamizador: Enf.º Ricardo Jorge Antunes

Local: [REDACTED]

Data e hora: 26 de Novembro e 30 de Novembro de 2015 – entre as 10.00h e as 12.00h

Foram realizadas 4 sessões individuais de Treino Supervisionado da Gestão Autónoma da Medicação. Cada Sessão individual teve a duração de aproximadamente 15 minutos.

Destinatários: Clientes integrados no Serviço de Reabilitação Psicossocial na [REDACTED]

### Objetivos Gerais

- Sensibilizar os clientes para a importância da continuada participação no Programa de Gestão Autónoma da Medicação.
- Avaliar as necessidades dos clientes e os problemas identificados pelos clientes na preparação da medicação semanal.

### Objetivos Específicos:

Que os participantes sejam capazes de:

- Reconhecer a medicação pelo princípio ativo;
- Identificar a medicação em SOS e as situações a que se destinam;
- Identificar pelo menos um dos efeitos terapêuticos de cada um dos medicamentos que tomam;
- Identificar pelo menos um dos efeitos secundários de cada um dos medicamentos que tomam;
- Interpretar corretamente o Guia Terapêutico;
- Utilizar corretamente a caixa individual da medicação;

- Preparar corretamente a medicação semanal, no que se refere aos dias, horários e doses;

Avaliação da Sessão Clínica

Participantes:

AJ; MP; FV; LG

Avaliação da Atividade

A atividade decorreu com um participante de cada vez, numa sala de enfermagem, de forma a minimizar distrações e interrupções.

De um modo geral mostraram-se todos motivados na prossecução deste treino, revelando naturalidade neste tipo de atividade. Sendo a minha primeira sessão procurei intervir o menos possível, no sentido de avaliar as necessidades dos clientes.

Durante cada sessão promovi a leitura do guia de prescrição terapêutica semanal, a identificação da medicação e a manipulação da caixa individual. Reforçou-se a importância da aquisição de competências nesta área de forma a garantir um maior nível de autonomia. Em relação às questões sobre os efeitos terapêuticos de cada fármaco receberam breves esclarecimentos individuais e apenas na medida das dúvidas levantadas.

AJ: refere que conhece bem todos os comprimidos, demonstra interesse na participação deste programa, apresenta boa visão, competências de leitura e boa motricidade fina, competências necessárias para o manuseamento da caixa da terapêutica, que implica, a leitura, o corte com tesoura dos comprimidos e a inserção destes nos pequenos compartimentos da caixa individual. Contudo, dispersa-se facilmente e apresenta baixa concentração, ficando muito ansioso quando não consegue inserir os comprimidos nos compartimentos. O conteúdo da dispersão relaciona-se com queixas de dor de cabeça e com discussões que teve na residência com outro cliente. O cliente parece aproveitar este espaço para falar de outros problemas que sente o que o distrai desta atividade.

Distribui corretamente os vários comprimidos pelos horários das refeições e em todos os dias da semana. Apresenta *deficits* sobre a finalidade dos medicamentos, refere genericamente que são todos para a cabeça, sendo

que alguns são para a HTA e para a DMNID. Por outro lado, não consegue identificar o nome de todos os medicamentos que faz ao pequeno-almoço. Sendo verdade que consegue colocar corretamente os comprimidos, isto deve-se muito ao reconhecimento da forma como se apresentam as embalagens ou os blisters dos medicamentos. O excesso de confiança leva-o a cometer alguns erros na distribuição da dosagem dos comprimidos. Não necessita de supervisão elevada.

FV: Mostra-se igualmente motivada na prossecução deste programa. Refere que já participa há muito tempo neste programa – não sabe bem o nome deste programa – e refere que já participou num programa deste tipo no antigo HM Bombarda.

Mostra-se capaz de fazer uma leitura adequada do guia de prescrição terapêutica e consegue manter a ordem na distribuição dos medicamentos pelos diferentes horários e dias de semana. A cliente encontra-se muito habituada a esta atividade e apresenta alguma resistência na leitura do guia da prescrição. Refere que sabe de memória e quando confrontada com a possibilidade de possíveis alterações das prescrições a cliente mantém a posição de que os medicamentos nunca mudam. Apresenta *deficits* de conhecimento sobre a finalidade dos medicamentos. Apresenta pouco insight para a doença e para tratamento, refere que não está doente e que por isso não precisa de fazer comprimidos.

MP: *deficits* ao nível da motricidade fina evidenciando dificuldades na manipulação da caixa da medicação bem como dos próprios comprimidos deixando-os cair por diversas vezes. Cliente com sintomatologia psicótica mais exuberante e por isso apresenta maior dificuldade em manter-se concentrado na atividade. Apresenta uma ação mais desorganizada sem um aparente método na distribuição dos comprimidos: umas vezes distribuía os comprimidos por dia, outras por refeições e ainda retirava alguns comprimidos dos blisters e outras vezes cortava com uma tesoura. Apresentou vários erros na distribuição dos comprimidos. Apesar de referir que conhece muito bem todos os comprimidos não conseguiu identificar o nome e não conhecia a finalidade dos comprimidos, apenas conhecia a designação comercial de Morfex para dormir.

Desconhece também a dosagem dos comprimidos. Apresentou alguma resistência no reconhecimento dos erros que efetuou. Necessita de supervisão elevada.

LG: mostra-se motivado em participar neste programa. Faz uma leitura adequada do guia de prescrição terapêutica no que concerne à distribuição dos medicamentos pelos diferentes dias da semana e horários. Apresenta algum tremor das mãos o que dificulta a destreza no corte e na colocação dos comprimidos nos compartimento. Apresenta, por isso, um ritmo um pouco lento, e fica mais ansioso com a demora na execução desta atividade. Revela défices de conhecimento relativamente ao nome dos comprimidos, também já memorizou as formas dos comprimidos por refeição, o que levou a cometer alguns erros. *Deficits* de conhecimento sobre a finalidade dos diferentes medicamentos

Sugestões para a próxima atividade:

Garantir um espaço sem grandes interrupções e distrações que favoreça a concentração na atividade minimizando os erros.

Estabelecer um período temporal, de 5 minutos; antes de fornecer a caixa de terapêutica aos clientes para dar oportunidade de estabelecer uma comunicação com vista à diminuição dos níveis de ansiedade antes da preparação da atividade.

Estabelecer uma sequência lógica de procedimentos de forma a diminuir trocas ou falhas. Por exemplo, um medicamento de cada vez distribuído por cada refeição por todos os dias da semana, começando numa ponta e terminando noutra.

Explicar algumas questões sobre as finalidades da terapêutica de forma individual e na medida das dúvidas e questões verbalizadas pelos próprios clientes. Dar atenção às dosagens e às alterações dos nomes, nomeadamente entre o nome genérico e o comercial.



## **APÊNDICE 6**

Intervenções Lúdico Recreativas - Jogos de Mesa – Jogo do Dominó

## Avaliação da Sessão Clínica

**Atividade:** Jogo de Dominó

### Objetivos Gerais

-Promover a comunicação, a interação e a coesão do grupo de clientes da

[REDACTED]

-Desenvolver as capacidades cognitivas e de concentração

### Objetivos Específicos:

Que os clientes sejam capazes de:

- Participarem de forma espontânea na realização dos jogos de grupo
- Respeitar e seguir as regras associadas a cada jogo
- Comunicar e partilhar as emoções no decorrer da atividade.

**Dinamizador:** Enf.º Ricardo Jorge Antunes

**Data:** 14 de Dezembro de 2015

**Local:** [REDACTED]

**Destinatários:** Clientes integrados no Serviço [REDACTED]

[REDACTED]

### Participantes:

JS; AD; MB; JQ

### Avaliação da Atividade

A atividade decorreu por minha iniciativa, sendo que, no início houve alguma resistência à participação dos clientes. Inicialmente só estavam presentes o AD e o JS e após a realização de um jogo juntou-se ao grupo, de forma espontânea, o MB e o JQ.

O AD e o JS apreciam muito esta atividade, e mostraram-se rapidamente entusiasmados pela realização do jogo.

No início da atividade os clientes encontravam-se pouco focados individualmente na realização do jogo e mais focados na avaliação das falhas dos outros participantes. Por isso, este início foi um pouco confuso, o MB não tinha conhecimento das regras do jogo e isto foi motivo de ridicularização por parte do JS.

O AD domina as regras do jogo é bastante comunicativo e recorre muito ao humor. Reconhece as boas jogadas dos outros elogiando-as, sendo que, por vezes, também recorre à ironia quando algum participante comete algum erro sobre uma regra.

O JS, por outro lado, também domina bem as regras do jogo e mostra-se concentrado sendo que distrai-se frequentemente no julgamento e na ironia sobre o desconhecimento das regras.

#### **Sugestões para a próxima atividade:**

Estimular outros clientes a participar

Estabelecer um conjunto de regras iniciais entre os participantes do jogo

Escrever as regras do jogo e expô-las num local visível perto da mesa de atividades

Incluir este tipo de atividades num programa de terapia a desenvolver uma vez por semana

Complexificar o jogo de acordo com as capacidades individuais dos participantes

## **APÊNDICE 7**

Intervenções Lúdico Recreativas – Jogos de Mesa

**Atividade:** JOGO DE DOMINÓ

**Objetivos Gerais**

-Promover a comunicação, a interação e a coesão do grupo de clientes da

-Desenvolver as capacidades cognitivas e de concentração

**Objetivos Específicos:**

Que os clientes sejam capazes de:

- Participarem de forma espontânea na realização dos jogos de grupo
- Respeitar e seguir as regras associadas a cada jogo
- Comunicar e partilhar as emoções no decorrer da atividade.

**Dinamizador:** Enf.º Ricardo Jorge Antunes.

**Data:** 4 de Janeiro de 2016 entre as 11.00h e as 12.00h.

**Local:** Sala

**Destinatários:** Clientes integrados no Serviço

**Participantes:**

EL, JS, MB, AD e JQ

**Avaliação da Atividade**

Esta segunda atividade foi igualmente desenvolvida por minha iniciativa, sendo que, desta vez já se notou uma adesão mais espontânea.

O início do jogo foi igualmente um pouco caótico, devido às diferentes conceções que os participantes tinham das regras. Manteve-se o tom irónico dos participantes relativamente aos clientes que não dominam totalmente as regras.

Neste sentido, foi solicitado ao JS que tentasse explicar ao restante grupo o conjunto de regras associadas a este jogo. Esta discussão de grupo permitiu

aos vários elementos exporem as suas visões sobre as diferentes regras que cada qual tinha, o que permitiu momentos de negociação, por exemplo acerca da definição acerca de quantas peças cabem a cada jogador, quem é que inicia este jogo e quem perde ou, finalmente, que ganha ou perde este jogo.

Este momento de interação grupal permitiu o desenvolvimento da comunicação entre os vários elementos e o estabelecimento de maiores laços entre os participantes.

No decorrer das várias partidas deste jogo, notou-se a diminuição das intervenções de cariz mais ridicularizador dos outros e notou-se uma maior interajuda sobre o estabelecimento das regras.

O MB apresenta *deficits* cognitivos profundos o que não lhe permitiu nesta partida interiorizar a maior parte das regras estabelecidas. Distrai-se com facilidade, demora muito tempo a decidir o que jogar, sendo sempre necessário recordá-lo da vez para jogar. Esta situação foi sendo mais aceite pelo restante grupo. Apenas realizou duas partidas de dominó

O AD necessita de concentrar-se mais e por isso mostra-se menos tolerante às distrações e interrupções exteriores. Nota-se que prefere uma modalidade mais fácil onde o seu desempenho é melhor.

O facto de ter participado uma cliente do sexo feminino a EL, levou a uma discussão em torno do género e a participação neste tipo de jogos que tradicionalmente são vistos como jogos de homens. Esta inicial resistência por parte dos homens foi se esbatendo sobretudo porque esta participante do sexo feminino conseguiu vencer duas partidas o que parece ter credibilizado a sua posição nesta atividade.

### **Sugestões para a próxima atividade:**

Estimular outros clientes a participar

Manter a atividade com alguma regularidade

Complexificar o jogo de acordo com as capacidades individuais dos participantes



## **APÊNDICE 8**

Reunião Psicoeducativa de Grupo sobre Regimes Terapêuticos

**Atividade:** Reunião Psicoeducativa de Grupo sobre Regimes Terapêuticos

**Objetivos Gerais**

- Reconhecer a importância das atividades terapêuticas não medicamentosas na promoção da saúde mental.
- Promover a coesão do grupo de clientes da [REDACTED]
- Promover a comunicação e a interação entre o grupo de clientes.

**Objetivos Específicos:**

Que os clientes sejam capazes de:

- Identificar intervenções terapêuticas não medicamentosas como a prática do exercício físico, o relaxamento, a alimentação ou as atividades de recreação lúdica;
- Comunicar e partilhar as emoções no decorrer da atividade.

**Dinamizador:** Enf.º Ricardo Jorge Antunes

**Local:** [REDACTED]

**Data e hora:** 17 de Dezembro de 2016 – entre as 11.00h e as 12.00h

**Destinatários:** Clientes integrados no Serviço [REDACTED]  
[REDACTED]

**Participantes:**

|                                |
|--------------------------------|
| EL, FF, MB, VC, AD, MS, NA, JS |
|--------------------------------|

## **Avaliação da Atividade**

Esta sessão correspondeu a um momento privilegiado para o ensino sobre uma perspectiva mais alargada sobre a terapêutica que não incluía somente os modelos medicamentosos.

Optei por uma disposição do grupo em roda de modo a facilitar a comunicação verbal e não verbal entre todos os participantes.

Validei a informação e o grau de conhecimento sobre as concepções acerca dos modelos terapêuticos em geral. Indaguei sobre as crenças acerca de outros modelos terapêuticos para além dos modelos medicamentosos. A partilha de experiências pôde ajudar os membros do grupo a identificarem algumas atividades que seriam exequíveis no seus contextos de vida, nomeadamente a prática de exercício físico.

Informei sobre as evidências a favor da prática do exercício físico enquanto uma intervenção que promove o bem-estar físico mas também mental, nomeadamente na redução da ansiedade, organização do pensamento, aumento da autoestima e na promoção do sono.

Dei oportunidade para os participantes colocarem questões, sendo que o consumo de café surgiu como um tema que foi identificado como sendo potencialmente de risco, quando ingerido em excesso, nomeadamente nos efeitos negativos sobre o sono, promoção da ansiedade e elevação da Tensão Arterial

Foi reforçada a ideia central da promoção do estilos de vida saudáveis, e informei sobre os malefícios de outros fatores de risco quando associados à doença, tais como o consumo de tabaco e uma alimentação desadequada, sobretudo pelos excessos de açúcares presentes em bolos e chocolates.

De forma mais resumida informei sobre os regimes terapêuticos entendidos de forma mais alargada em saúde mental e que passam por um leque de intervenções como a prática do exercício físico, os diferentes tipos de relaxamento e as atividades de recreação lúdica.

Finalmente, abordei a necessidade de cumprir, de forma paralela a este tipo de intervenções, os regimes terapêuticos medicamentosos.

A reunião decorreu com boa participação dos presentes, que permaneceram com agrado até ao fim. Contudo, muitos tiveram dificuldade em focalizar-se no tema.

**Sugestões para a próxima atividade:**

Calendarizar, de forma mais regular, sessões de meia hora num dia por semana fixo para abordar as questões sobre os estilos de vida e hábitos saudáveis.

## **APÊNDICE 9**

Reunião Psicoeducativa de Grupo do Programa de Gestão Autónoma da  
Medicação

**Atividade:** Reunião Psicoeducativa de Grupo do Programa de Gestão Autónoma da Medicação.

**Objetivos Gerais**

- Avaliar o grau de adesão ao Programa de Gestão Autónoma da Medicação do Serviço [REDACTED]
- Promover a adesão terapêutica medicamentosa;
- Promover a comunicação e a interação entre o grupo de clientes.

**Objetivos Específicos:**

Que os clientes sejam capazes de:

- Identificar as dificuldades sentidas na preparação da medicação;
- Expor críticas e sugestões ao Programa de Gestão Autónoma da Medicação;
- Reconhecer os ganhos em termos de autonomia e de desenvolvimento e aquisição de novas competências;
- Comunicar e partilhar as emoções no decorrer da atividade.

**Dinamizador:** Enfº Ricardo Jorge Antunes

**Local:** Sala [REDACTED]

**Data e hora:** 4 de Janeiro de 2016 – entre as 11.00h e as 12.00h

**Destinatários:** Clientes integrados no Serviço [REDACTED]  
[REDACTED]

**Participantes:**

|                                    |
|------------------------------------|
| EL, FC, MB, FF, AD, JS, NA, VC, JQ |
|------------------------------------|

**Avaliação da Atividade**

|  |
|--|
| A reunião decorreu com boa participação dos presentes, que permaneceram com agrado até ao fim. Contudo, muitos tiveram dificuldade em focalizar-se no tema questionando. |
|--|

Reagem com alguma apreensão ao facto de eu lhes pedir para enunciarem críticas ao programa. Contudo, após a primeira exposição de um aspeto menos positivo por parte de um cliente, os outros clientes quiseram voltar a falar para exporem as suas críticas.

MS: refere que sabe tudo sobre a medicação, agrada-se com a caixa, mostra-se interessado no programa, mas dispersa-se com facilidade e interrompe várias vezes colocando questões sobre outros temas. Não compreende o que é a medicação de SOS.

MB: aceita participar nesta sessão com alguma relutância inicial e apresenta grande dificuldade em concentrar-se, refere que são muitos os comprimidos e que nunca vai saber o nome deles todos. Refere que estão sempre a mudar os comprimidos. Refere que a medicação faz muito sono e que não precisa de fazer a medicação porque não está doente.

FC: refere que é com agrado que participa neste programa, gosta da caixa da medicação e mostra-se interessada em adquirir mais competências sobre os medicamentos e as suas finalidades. Refere que é importante para ser mais independente.

NA: Pouco comunicativa, mas mostra-se interessada na continuação do programa. Acabou por referir que os espaços da caixa para colocar os comprimidos é pequena e que a letra do Guia Terapêutico às vezes não se percebe bem.

AD: Diz que conhece muito melhor os comprimidos e verbaliza interesse na continuação do programa, refere que pretende conhecer mais sobre a medicação que toma. Refere que a caixa não está bem feita e que os espaços para os comprimidos são pequenos.

JS: Apresenta-se muito retraída, com os braços cruzados, rosto fechado e olhar dirigido para o chão. Não vê a necessidade da continuação deste programa por que existem enfermeiros que podem fazê-lo. Não concebe ganhos de autonomia na preparação da sua medicação.

EL: Tem dificuldade em manter-se concentrado no tema, mas diz que está de acordo com a PR no que diz respeito a serem muitos medicamentos e que a caixa é pequena. No final referiu que não gosta que os enfermeiros ralhem

com ele quando não consegue acertar com todos os comprimidos.

## **APÊNDICE 10**

Inquérito – Consentimento Informado.  
Dimensões Sócio Demográficas

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Descrição do estudo: O presente estudo incide sobre o tema da promoção da adesão terapêutica e é realizado pelo Enfermeiro Ricardo Antunes no âmbito da Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Se eu concordar em participar neste estudo, eu concordo em responder a algumas questões, presentes no questionário, sobre mim e sobre o que penso e o que sinto relativamente à terapêutica e a forma como tomo os medicamentos e outras atividades terapêuticas.

Possíveis benefícios: Como resultado do estudo sobre a adesão terapêutica posso vir a conhecer melhor os vários tipos de terapêuticas e posso descobrir que se gerir melhor os meus medicamentos tenho melhor qualidade de vida.

Riscos: Não se espera que venha a ocorrer qualquer problema para mim ao participar neste estudo.

Confidencialidade: O questionário é anónimo e os meus dados pessoais e a informação sobre a terapêutica são confidenciais e são apenas utilizados de acordo com os objetivos deste estudo. Eu não serei identificado em nenhuma publicação dos resultados.

Direitos: Eu percebo e aceito que a minha participação no estudo é voluntária e eu posso o abandonar quando entender. Eu percebo que se decidir abandonar o estudo nada será afetado nos meus cuidados habituais de saúde.

Pelo presente documento declaro que autorizo a participar neste estudo, respondendo às questões presentes no questionário.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Participante \_\_\_\_\_

Assinatura do Entrevistador: \_\_\_\_\_

## CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

|                              |   |  |
|------------------------------|---|--|
| Nº Questionário              |   |  |
| Contexto Inquirição          | 1 Urgência                                |  |
|                              | 2 Reabilitação                            |  |
| Idade                        |   |  |
| Sexo                         | 1 Masculino                               |  |
|                              | 2 Feminino                                |  |
| Residência                   |   |  |
| Naturalidade                 |   |  |
| Estado Civil                 | 1 Casado (a)/ União de Facto              |  |
|                              | 2 Divorciado(a) /Separado (a)             |  |
|                              | 3 Viúvo (a)                               |  |
|                              | 4 Solteiro (a)                            |  |
|                              |   |  |
| Tem Filhos                   | 1 Sim                                     |  |
|                              | 2 Não                                     |  |
| Cohabitação                  | 1 Vive com pais                           |  |
|                              | 2 Vive com cônjuge                        |  |
|                              | 3 Vive com cônjuge e filhos               |  |
|                              | 4 Vive só                                 |  |
|                              | 5 Vive com outros familiares              |  |
|                              | 6 Sem abrigo                              |  |
|                              |   |  |
| Escolaridade completa        | 1 Sem escolaridade                        |  |
|                              | 2 1º ciclo incompleto                     |  |
|                              | 3 1º ciclo                                |  |
|                              | 4 2º ciclo                                |  |
|                              | 5 3º ciclo                                |  |
|                              | 6 Secundário                              |  |
|                              | 7 Ensino Superior                         |  |
|                              |   |  |
| Condição perante o trabalho  | 1 Exerce profissão                        |  |
|                              | 2 Desempregado                            |  |
|                              | 3 Estudante                               |  |
|                              | 4 Doméstica                               |  |
|                              | 5 Reformado                               |  |
|                              |   |  |
| Profissão                    |   |  |
| Situação perante a profissão | 1 Trabalhador por conta de outrem         |  |
|                              | 2 Traba. por conta própria sem empregados |  |
|                              | 3 Patrão com empregados                   |  |

|                        |                              |  |
|------------------------|------------------------------|--|
| Qto tempo desempregado |                              |  |
| Confissão religiosa    |                              |  |
| Relação com a religião | 1 Praticante                 |  |
|                        | 2 Não praticante             |  |
|                        | 3 Praticante esporadicamente |  |

## MODOS DE RELAÇÃO COM A SAÚDE E A DOENÇA

Diagnóstico (psiquiatria) \_\_\_\_\_

Há quanto tempo tem o diagnóstico \_\_\_\_\_

Quantos internamentos \_\_\_\_\_

Há quanto tempo está internado \_\_\_\_\_

|  | Excelente | Boa | Razoáve | Má | Péssima |
|--|-----------|-----|---------|----|---------|
| Como é que avalia o seu estado de saúde atualmente   |           |     |         |    |         |
| Como é que avalia a sua qualidade de vida atualmente |           |     |         |    |         |

Outras doenças \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 2.1 ESTILOS DE VIDA NA SAÚDE

|           |                    |     |     |  |
|-----------|--------------------|-----|-----|--|
| Tabagismo | Fuma presentemente | Sim | Não |  |
|           | Já deixou de fumar |     |     |  |
|           | Nunca fumou        |     |     |  |

Idade em que deixou de fumar \_\_\_\_\_

Quantos cigarros fuma/dia \_\_\_\_\_

|                             |     |     |
|-----------------------------|-----|-----|
| Consome bebidas alcoólicas? | Sim | Não |
|                             |     |     |

Faz exercício físico?

O exercício físico faz parte das suas preocupações para uma boa saúde mental?

Toma álcool para tratar ou reduzir os sintomas da sua doença?

Fuma para tratar ou reduzir os sintomas da sua doença?

Fuma canabinoides?

Fuma canabinoides para tratar ou reduzir os sintomas da sua doença?

Consegue deixar de fumar tabaco?

Consegue deixar de fumar Canabinoides?

Consegue deixar de consumir álcool?

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## 2.2 MODOS DE RELAÇÃO COM A TERAPÊUTICA

|  | Concordo Totalmente | Concordo | Não tenho a certeza | Discordo | Discordo totalmente |
|--|---------------------|----------|---------------------|----------|---------------------|
| o exercício físico é uma terapêutica tão importante como tomar a medicação             |                     |          |                     |          |                     |
| Os efeitos secundários devido à medicação não desaparecem?                             |                     |          |                     |          |                     |
| Os efeitos secundários fazem com que queira parar de tomar a medicação?                |                     |          |                     |          |                     |
| Tenho medo de ficar dependente da medicação?   |                     |          |                     |          |                     |
| Os custos para comprar os medicamentos?  |                     |          |                     |          |                     |
| Já deixou de tomar os medicamentos por dificuldades financeiras?                       |                     |          |                     |          |                     |
| As minhas crenças, cultura ou práticas religiosas entram em conflito com a terapêutica |                     |          |                     |          |                     |

Deixou de fazer os medicamentos da psiq?:1-Total\_\_\_\_ 2-parcial\_\_\_\_3- Cumpre\_\_\_\_

Quias os medicamentos que deixou de fazer

---

---

---

---

---

Porque é que deixou de fazer os medicamentos?

---

---

---

---

Há quanto tempo abandono da terapêutica?\_\_\_\_\_

Trajetóriadeabandono\_\_\_\_\_

---

---

---

Recusou terapêutica na Urgência 1-Sim\_\_\_\_\_ 2- Não\_\_\_\_\_

Se Recusou como foi administrada? 1 Negociação po\_\_\_\_\_

2 Negociação IM\_\_\_\_\_

3 IM com contenção\_\_\_\_\_

Como é que avalia o grau de conhecimento que tem dos medicamentos de psiquiatria que habitualmente faz?

| Excelente | Bom | Médio | Insuficiente | Nulo |
|-----------|-----|-------|--------------|------|
|           |     |       |              |      |

Diga o nome dos medicamentos de psiquiatria que faz?

| Nome | Finalidade |
|------|------------|
|      |            |
|      |            |
|      |            |
|      |            |
|      |            |



## **APÊNDICE 11**

Relatório Estatístico



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
6º MESTRADO EM ENFERMAGEM  
PÓS-ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIATRIA

## **RELATÓRIO ESTATÍSTICO - INVESTIGAÇÃO**

### **PROMOÇÃO DA ADESÃO TERAPÊUTICA NA DOENÇA MENTAL**

Discente:

Ricardo Jorge de Sousa Antunes nº 2248

Orientação:

Professora Doutora Francisca Manso

Lisboa, abril de 2016

## Índice

|  |     |
|--|-----|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | 106 |
| <b>1. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS – CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO</b> ..... | 106 |
| <b>2. CARACTERIZAÇÃO SOCIO DEMOGRÁFICA</b> .....   | 107 |
| 2.1 Contexto .....   | 107 |
| 2.2 Sexo.....  | 108 |
| 2.3 Escalões Etários .....   | 108 |
| 2.4 Estado Civil.....  | 108 |
| 2.5 Tem Filhos? .....  | 108 |
| 2.6 Coabitação.....  | 108 |
| 2.7 Escolaridade .....   | 109 |
| 2.8 Condição perante o Trabalho .....  | 109 |
| <b>3. TRAJETÓRIAS DE DOENÇA</b> .....  | 109 |
| 3.1 Diagnóstico Psiquiatria .....  | 109 |
| 3.2 Quantos Internamentos .....  | 110 |
| 3.3 Há quanto tempo internado - Reabilitação.....  | 110 |
| <b>4. ESTILOS DE VIDA E PERCEPÇÕES DE SAÚDE</b> .....  | 110 |
| 4.1 Auto Avaliação do Estado de Saúde.....   | 110 |
| 4.2 Auto Avaliação da Qualidade de Vida.....   | 111 |
| 4.3 Tabagismo .....  | 111 |
| 4.4 Consumo de Bebidas Alcoólicas.....   | 111 |
| 4.5 Prática de Exercício Físico .....  | 112 |
| 4.6 O Exercício Físico Faz Bem à Saúde? .....  | 112 |
| 4.7 Tem Preocupações com a Dieta Alimentar?.....   | 112 |
| 4.8 Bebe Bebidas Alcoólicas para Ficar Melhor? .....   | 112 |
| 4.9 Fuma para se sentir melhor? .....  | 113 |

|  |            |
|--|------------|
| 4.10 Tem Consumo de Canabinóides?.....   | 113        |
| 4.11 Consome Canábis para se Sentir Melhor .....                               | 113        |
| 4.12 Consegue Deixar de Fumar? .....   | 113        |
| 4.13 Consegue deixar Canabinóides? .....                                       | 114        |
| 4.14 Consegue Deixar Álcool? .....   | 114        |
| <b>5. ATITUDES FACE À MEDICAÇÃO.....</b>                                       | <b>114</b> |
| 5.1 Os Efeitos os Secundários não Desaparecem.....                             | 114        |
| 5.2 Os Efeitos Secundários Levam a que Deixe de Tomar a Medicação ...          | 115        |
| 5.3 Tenho Receio de Ficar Dependente dos Medicamentos .....                    | 115        |
| 5.4 Os Custos dos Medicamentos Levam ao Abandono Terapêutico .....             | 115        |
| 5.5 A Religião/Crenças Entram em Conflito com a toma dos Medicamentos<br>..... | 116        |
| 5.6 Grau de Insight (média) .....  | 116        |
| 5.7 Atividade Delirante.....   | 116        |
| <b>6. MEDIDA DE ADESÃO TERAPÊUTICA .....</b>                                   | <b>116</b> |
| <b>7. MINI-MENTAL .....</b>  | <b>117</b> |

## INTRODUÇÃO

No plano da investigação pretendeu-se produzir conhecimento sobre os fatores multidimensionais sistémicos que se encontram subjacentes à adesão terapêutica nas pessoas com doença mental, em que forma definidos os seguintes objetivos:

- I) Avaliar o grau de adesão à terapêutica das pessoas com doença mental,
- II) Analisar a forma como cada cliente interpreta e se situa nos diferentes graus de adesão relativamente às terapias medicamentosas e não-medicamentosas.
- III) Identificar os fatores determinantes na promoção da adesão terapêutica numa perspetiva sistémica, incluindo uma análise sobre os diferentes contextos profissionais e institucionais, os sistemas de relações sociais em que os indivíduos se encontram inseridos, o impacto do tipo de patologia, o grau de insight e o impacto das crenças e atitudes face à terapêutica.

### **1. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS – CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO**

A investigação é assente numa estratégia de tipo extensivo-quantitativo, cuja técnica central de recolha de informação é constituída pelo inquérito por questionário de administração indireta. No processo de construção do instrumento de recolha de informação foi elaborado uma primeira versão de um questionário, que foi sujeito a um pré-teste com o objetivo de perceber as dificuldades e as insuficiências deste primeiro modelo. A execução deste pré-teste foi realizada, durante as duas primeiras semanas do estágio, a 11 clientes do serviço de urgência psiquiátrica. Após uma revisão dos resultados do pré-teste foram definidas novas dimensões a incluir sobre i) a caracterização do tipo de abandono terapêutico - se parcial ou completo; ii) as trajetórias e cronologias de abandono terapêutico, iii) as estratégias mobilizadas pelos enfermeiros, no sentido do cumprimento terapêutico, na situação do cliente recusar a terapêutica e, finalmente, iv) foi incluída uma dimensão de cariz mais qualitativo com introdução de questões abertas que refletissem as narrativas

dos clientes sobre a terapêutica e, sobretudo, a introdução de questões sobre a terapêutica mas dirigidas aos familiares. Após esta fase de pré teste foi elaborado a versão final do questionário (Apêndice 2).

A aplicação do inquérito foi sempre realizada sob a forma de uma entrevista estruturada, cujas respostas eram preenchidas por mim. A inquirição constituiu uma tarefa morosa, pois pretendia-se que os clientes compreendem-se bem os objetivos da investigação o que envolvia a decisão de aceitação na participação deste estudo através da assinatura de um consentimento informado. Estes procedimentos que se situam no plano metodológico e ético envolvem, simultaneamente, questões ligadas às relações sociais. No caso particular da saúde mental é necessário uma fase preparatória para a criação de relações de confiança com os clientes, respeitando sempre os ritmos de resposta e as recusas dos inquiridos. A aplicação dos questionários decorreu durante cinco meses, entre outubro de 2015 e março de 2016. A totalidade dos inquéritos realizados correspondeu a um universo populacional de 79 clientes, sendo 49 casos oriundos do serviço de urgência e 30 casos do serviço de reabilitação. O tratamento estatístico, da informação recolhida, teve por base o programa de software SPSS.

Seguidamente apresenta-se a distribuição das frequências das variáveis constituintes do inquérito. Importa referir que a caracterização mais fina, os cruzamentos e correlações entre as variáveis e a análise da informação estatística não serão objeto desta parte do trabalho. Pretende-se apenas dar conhecimento da informação recolhida e mostrar possíveis caminhos para futuras investigações, através dos dados aqui apresentados.

## 2. CARACTERIZAÇÃO SOCIO DEMOGRÁFICA

### 2.1 Contexto

|                 | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|-----------------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido Urgência | 49         | 62,0        | 62,0               | 62,0                    |
| Reabilitação    | 30         | 38,0        | 38,0               | 100,0                   |
| Total           | 79         | 100,0       | 100,0              |                         |

## 2.2 Sexo

|        |           | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|--------|-----------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido | Masculino | 40         | 50,6        | 50,6               | 50,6                    |
|        | Feminino  | 39         | 49,4        | 49,4               | 100,0                   |
|        | Total     | 79         | 100,0       | 100,0              |                         |

## 2.3 Escalões Etários

|        |            | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|--------|------------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido | até aos 29 | 6          | 7,6         | 7,6                | 7,6                     |
|        | 30 - 49    | 27         | 34,2        | 34,2               | 41,8                    |
|        | 50- 69     | 26         | 32,9        | 32,9               | 74,7                    |
|        | >= 70      | 20         | 25,3        | 25,3               | 100,0                   |
|        | Total      | 79         | 100,0       | 100,0              |                         |

## 2.4 Estado Civil

|        |            | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|--------|------------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido | Casado     | 12         | 15,2        | 15,2               | 15,2                    |
|        | Divorciado | 29         | 36,7        | 36,7               | 51,9                    |
|        | Viúvo      | 10         | 12,7        | 12,7               | 64,6                    |
|        | Solteiro   | 28         | 35,4        | 35,4               | 100,0                   |
|        | Total      | 79         | 100,0       | 100,0              |                         |

## 2.5 Tem Filhos?

|        |       | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|--------|-------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido | sim   | 36         | 45,6        | 45,6               | 45,6                    |
|        | não   | 43         | 54,4        | 54,4               | 100,0                   |
|        | Total | 79         | 100,0       | 100,0              |                         |

## 2.6 Coabitação

|        |                 | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|--------|-----------------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido | Vive em família | 44         | 55,7        | 78,6               | 78,6                    |

|         |         |    |       |       |       |
|---------|---------|----|-------|-------|-------|
|         | Vive só | 12 | 15,2  | 21,4  | 100,0 |
|         | Total   | 56 | 70,9  | 100,0 |       |
| Ausente | Sistema | 23 | 29,1  |       |       |
| Total   |         | 79 | 100,0 |       |       |

## 2.7 Escolaridade

|        |                 | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|--------|-----------------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido | Até ao 1º ciclo | 18         | 22,8        | 22,8               | 22,8                    |
|        | 2º e 3º ciclo   | 39         | 49,4        | 49,4               | 72,2                    |
|        | Sec/Ensi_Sup    | 22         | 27,8        | 27,8               | 100,0                   |
|        | Total           | 79         | 100,0       | 100,0              |                         |

## 2.8 Condição perante o Trabalho

|        |                  | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|--------|------------------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido | exerce profissão | 20         | 25,3        | 25,3               | 25,3                    |
|        | Desempregado     | 20         | 25,3        | 25,3               | 50,6                    |
|        | Reformado        | 39         | 49,4        | 49,4               | 100,0                   |
|        | Total            | 79         | 100,0       | 100,0              |                         |

# 3. TRAJETÓRIAS DE DOENÇA

## 3.1 Diagnóstico Psiquiatria

|        |                 | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|--------|-----------------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido | Esquizofrenia   | 29         | 36,7        | 36,7               | 36,7                    |
|        | Demência        | 4          | 5,1         | 5,1                | 41,8                    |
|        | D Bipolar       | 10         | 12,7        | 12,7               | 54,4                    |
|        | Pert Pers       | 6          | 7,6         | 7,6                | 62,0                    |
|        | Psicoses outras | 11         | 13,9        | 13,9               | 75,9                    |
|        | Depressão       | 16         | 20,3        | 20,3               | 96,2                    |
|        | Outras Doenças  | 3          | 3,8         | 3,8                | 100,0                   |
|        | Total           | 79         | 100,0       | 100,0              |                         |

### 3.2 Quantos Internamentos

|         |                               | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|---------|-------------------------------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido  | sem interna anteriores        | 11         | 13,9        | 14,3               | 14,3                    |
|         | 1 internamento                | 12         | 15,2        | 15,6               | 29,9                    |
|         | 2 - 4 internamentos           | 28         | 35,4        | 36,4               | 66,2                    |
|         | >= 5 internamentos anteriores | 26         | 32,9        | 33,8               | 100,0                   |
|         | Total                         | 77         | 97,5        | 100,0              |                         |
| Ausente | Sistema                       | 2          | 2,5         |                    |                         |
| Total   |                               | 79         | 100,0       |                    |                         |

### 3.3 Há quanto tempo internado - Reabilitação

|       |         |         |
|-------|---------|---------|
| N     | Válido  | 30      |
|       | Ausente | 49      |
| Média |         | 16,5000 |

## 4. ESTILOS DE VIDA E PERCEPÇÕES DE SAÚDE

### 4.1 Auto Avaliação do Estado de Saúde

|         |           | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|---------|-----------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido  | excelente | 2          | 2,5         | 2,7                | 2,7                     |
|         | boa       | 12         | 15,2        | 16,4               | 19,2                    |
|         | razoável  | 27         | 34,2        | 37,0               | 56,2                    |
|         | má        | 23         | 29,1        | 31,5               | 87,7                    |
|         | péssima   | 9          | 11,4        | 12,3               | 100,0                   |
|         | Total     | 73         | 92,4        | 100,0              |                         |
| Ausente | Sistema   | 6          | 7,6         |                    |                         |
| Total   |           | 79         | 100,0       |                    |                         |

#### 4.2 Auto Avaliação da Qualidade de Vida

|         |           | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|---------|-----------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido  | excelente | 2          | 2,5         | 2,8                | 2,8                     |
|         | boa       | 12         | 15,2        | 16,7               | 19,4                    |
|         | razoável  | 24         | 30,4        | 33,3               | 52,8                    |
|         | má        | 23         | 29,1        | 31,9               | 84,7                    |
|         | péssima   | 11         | 13,9        | 15,3               | 100,0                   |
|         | Total     | 72         | 91,1        | 100,0              |                         |
| Ausente | Sistema   | 7          | 8,9         |                    |                         |
| Total   |           | 79         | 100,0       |                    |                         |

#### 4.3 Tabagismo

|         |                    | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|---------|--------------------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido  | Fuma               | 41         | 51,9        | 53,2               | 53,2                    |
|         | Já deixou de fumar | 17         | 21,5        | 22,1               | 75,3                    |
|         | Nunca fumou        | 19         | 24,1        | 24,7               | 100,0                   |
|         | Total              | 77         | 97,5        | 100,0              |                         |
| Ausente | Sistema            | 2          | 2,5         |                    |                         |
| Total   |                    | 79         | 100,0       |                    |                         |

#### 4.4 Consumo de Bebidas Alcoólicas

|         |         | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|---------|---------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido  | Sim     | 23         | 29,1        | 31,9               | 31,9                    |
|         | Não     | 49         | 62,0        | 68,1               | 100,0                   |
|         | Total   | 72         | 91,1        | 100,0              |                         |
| Ausente | Sistema | 7          | 8,9         |                    |                         |
| Total   |         | 79         | 100,0       |                    |                         |

#### 4.5 Prática de Exercício Físico

|         |         | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|---------|---------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido  | Sim     | 27         | 34,2        | 38,0               | 38,0                    |
|         | não     | 44         | 55,7        | 62,0               | 100,0                   |
|         | Total   | 71         | 89,9        | 100,0              |                         |
| Ausente | Sistema | 8          | 10,1        |                    |                         |
| Total   |         | 79         | 100,0       |                    |                         |

#### 4.6 O Exercício Físico Faz Bem à Saúde?

|         |         | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|---------|---------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido  | sim     | 29         | 36,7        | 64,4               | 64,4                    |
|         | não     | 16         | 20,3        | 35,6               | 100,0                   |
|         | Total   | 45         | 57,0        | 100,0              |                         |
| Ausente | Sistema | 34         | 43,0        |                    |                         |
| Total   |         | 79         | 100,0       |                    |                         |

#### 4.7 Tem Preocupações com a Dieta Alimentar?

|         |         | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|---------|---------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido  | sim     | 31         | 39,2        | 44,3               | 44,3                    |
|         | não     | 39         | 49,4        | 55,7               | 100,0                   |
|         | Total   | 70         | 88,6        | 100,0              |                         |
| Ausente | Sistema | 9          | 11,4        |                    |                         |
| Total   |         | 79         | 100,0       |                    |                         |

#### 4.8 Bebe Bebidas Alcoólicas para Ficar Melhor?

|         |         | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|---------|---------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido  | sim     | 16         | 20,3        | 45,7               | 45,7                    |
|         | não     | 19         | 24,1        | 54,3               | 100,0                   |
|         | Total   | 35         | 44,3        | 100,0              |                         |
| Ausente | Sistema | 44         | 55,7        |                    |                         |
| Total   |         | 79         | 100,0       |                    |                         |

#### 4.9 Fuma para se sentir melhor?

|         |         | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|---------|---------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido  | sim     | 27         | 34,2        | 75,0               | 75,0                    |
|         | não     | 9          | 11,4        | 25,0               | 100,0                   |
|         | Total   | 36         | 45,6        | 100,0              |                         |
| Ausente | Sistema | 43         | 54,4        |                    |                         |
| Total   |         | 79         | 100,0       |                    |                         |

#### 4.10 Tem Consumo de Canabinóides?

|         |                                   | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|---------|-----------------------------------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido  | Canábis atualmente                | 13         | 16,5        | 36,1               | 36,1                    |
|         | Não consome já deixou de consumir | 7          | 8,9         | 19,4               | 55,6                    |
|         | Nunca consumiu                    | 16         | 20,3        | 44,4               | 100,0                   |
|         | Total                             | 36         | 45,6        | 100,0              |                         |
| Ausente | Sistema                           | 43         | 54,4        |                    |                         |
| Total   |                                   | 79         | 100,0       |                    |                         |

#### 4.11 Consome Canábis para se Sentir Melhor

|         |         | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|---------|---------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido  | sim     | 7          | 8,9         | 63,6               | 63,6                    |
|         | não     | 4          | 5,1         | 36,4               | 100,0                   |
|         | Total   | 11         | 13,9        | 100,0              |                         |
| Ausente | Sistema | 68         | 86,1        |                    |                         |
| Total   |         | 79         | 100,0       |                    |                         |

#### 4.12 Conseguir Deixar de Fumar?

|         |         | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|---------|---------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido  | sim     | 18         | 22,8        | 54,5               | 54,5                    |
|         | não     | 15         | 19,0        | 45,5               | 100,0                   |
|         | Total   | 33         | 41,8        | 100,0              |                         |
| Ausente | Sistema | 46         | 58,2        |                    |                         |
| Total   |         | 79         | 100,0       |                    |                         |

#### 4.13 Consegue deixar Canabinóides?

|         |         | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|---------|---------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido  | sim     | 5          | 6,3         | 83,3               | 83,3                    |
|         | não     | 1          | 1,3         | 16,7               | 100,0                   |
|         | Total   | 6          | 7,6         | 100,0              |                         |
| Ausente | Sistema | 73         | 92,4        |                    |                         |
| Total   |         | 79         | 100,0       |                    |                         |

#### 4.14 Consegue Deixar Álcool?

|         |         | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|---------|---------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido  | sim     | 17         | 21,5        | 77,3               | 77,3                    |
|         | não     | 5          | 6,3         | 22,7               | 100,0                   |
|         | Total   | 22         | 27,8        | 100,0              |                         |
| Ausente | Sistema | 57         | 72,2        |                    |                         |
| Total   |         | 79         | 100,0       |                    |                         |

### 5. ATITUDES FACE À MEDICAÇÃO

#### 5.1 Os Efeitos os Secundários não Desaparecem

|         |                     | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|---------|---------------------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido  | Discordo            | 10         | 12,7        | 17,5               | 17,5                    |
|         | Não tenho a certeza | 13         | 16,5        | 22,8               | 40,4                    |
|         | Concordo            | 28         | 35,4        | 49,1               | 89,5                    |
|         | Concordo totalmente | 6          | 7,6         | 10,5               | 100,0                   |
|         | Total               | 57         | 72,2        | 100,0              |                         |
| Ausente | Sistema             | 22         | 27,8        |                    |                         |
| Total   |                     | 79         | 100,0       |                    |                         |

## 5.2 Os Efeitos Secundários Levam a que Deixem de Tomar a Medicação

|         |                     | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|---------|---------------------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido  | Discordo totalmente | 1          | 1,3         | 1,6                | 1,6                     |
|         | Discordo            | 12         | 15,2        | 19,4               | 21,0                    |
|         | Não tenho a certeza | 14         | 17,7        | 22,6               | 43,5                    |
|         | Concordo            | 24         | 30,4        | 38,7               | 82,3                    |
|         | Concordo totalmente | 11         | 13,9        | 17,7               | 100,0                   |
|         | Total               | 62         | 78,5        | 100,0              |                         |
| Ausente | Sistema             | 17         | 21,5        |                    |                         |
| Total   |                     | 79         | 100,0       |                    |                         |

## 5.3 Tenho Receio de Ficar Dependente dos Medicamentos

|         |                     | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|---------|---------------------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido  | Discordo totalmente | 2          | 2,5         | 3,6                | 3,6                     |
|         | Discordo            | 10         | 12,7        | 17,9               | 21,4                    |
|         | Não tenho a certeza | 14         | 17,7        | 25,0               | 46,4                    |
|         | Concordo            | 21         | 26,6        | 37,5               | 83,9                    |
|         | Concordo totalmente | 9          | 11,4        | 16,1               | 100,0                   |
|         | Total               | 56         | 70,9        | 100,0              |                         |
| Ausente | Sistema             | 23         | 29,1        |                    |                         |
| Total   |                     | 79         | 100,0       |                    |                         |

## 5.4 Os Custos dos Medicamentos Levam ao Abandono Terapêutico

|         |                     | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|---------|---------------------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido  | Discordo totalmente | 6          | 7,6         | 10,2               | 10,2                    |
|         | Discordo            | 18         | 22,8        | 30,5               | 40,7                    |
|         | Não tenho a certeza | 8          | 10,1        | 13,6               | 54,2                    |
|         | Concordo            | 10         | 12,7        | 16,9               | 71,2                    |
|         | Concordo totalmente | 17         | 21,5        | 28,8               | 100,0                   |
|         | Total               | 59         | 74,7        | 100,0              |                         |
| Ausente | Sistema             | 20         | 25,3        |                    |                         |
| Total   |                     | 79         | 100,0       |                    |                         |

## 5.5 A Religião/Crenças Entram em Conflito com a toma dos Medicamentos

|         |                     | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|---------|---------------------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido  | Discordo totalmente | 16         | 20,3        | 47,1               | 47,1                    |
|         | Discordo            | 8          | 10,1        | 23,5               | 70,6                    |
|         | Não tenho a certeza | 2          | 2,5         | 5,9                | 76,5                    |
|         | Concordo            | 4          | 5,1         | 11,8               | 88,2                    |
|         | Concordo totalmente | 4          | 5,1         | 11,8               | 100,0                   |
|         | Total               | 34         | 43,0        | 100,0              |                         |
| Ausente | Sistema             | 45         | 57,0        |                    |                         |
| Total   |                     | 79         | 100,0       |                    |                         |

## 5.6 Grau de Insight (média)

### Estatísticas

|       |         |         |
|-------|---------|---------|
| N     | Válido  | 60      |
|       | Ausente | 19      |
| Média |         | 12,7821 |

## 5.7 Atividade Delirante

|         |             | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|---------|-------------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido  | Delirante   | 36         | 45,6        | 49,3               | 49,3                    |
|         | Sem Delírio | 37         | 46,8        | 50,7               | 100,0                   |
|         | Total       | 73         | 92,4        | 100,0              |                         |
| Ausente | Sistema     | 6          | 7,6         |                    |                         |
| Total   |             | 79         | 100,0       |                    |                         |

## 6. MEDIDA DE ADESÃO TERAPÊUTICA

### Medida de Adesão Terapêutica (MAT)

|         |              | Frequência | Percentagem | Percentagem válida | Percentagem acumulativa |
|---------|--------------|------------|-------------|--------------------|-------------------------|
| Válido  | Fraca Adesão | 12         | 15,2        | 17,4               | 17,4                    |
|         | Média Adesão | 12         | 15,2        | 17,4               | 34,8                    |
|         | Boa Adesão   | 45         | 57,0        | 65,2               | 100,0                   |
|         | Total        | 69         | 87,3        | 100,0              |                         |
| Ausente | Sistema      | 10         | 12,7        |                    |                         |
| Total   |              | 79         | 100,0       |                    |                         |

## 7. MINI-MENTAL

Mini – Mental Categorias

|              | Frequência | Percentagem | Percentagem<br>válida | Percentagem<br>acumulativa |
|--------------|------------|-------------|-----------------------|----------------------------|
| Válido <= 15 | 8          | 10,1        | 10,1                  | 10,1                       |
| 16 a 20      | 10         | 12,7        | 12,7                  | 22,8                       |
| 21 a 25      | 22         | 27,8        | 27,8                  | 50,6                       |
| 26 a 30      | 39         | 49,4        | 49,4                  | 100,0                      |
| Total        | 79         | 100,0       | 100,0                 |                            |