



Ana
Margarida
Ribeiro

**PROCESSO DE AGUDIZAÇÃO E REINTERNAMENTO DO DOENTE PSICÓTICO: UM CONTRIBUTO
PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria

**PROCESSO DE AGUDIZAÇÃO E REINTERNAMENTO DO
DOENTE PSICÓTICO: UM CONTRIBUTO PARA A MELHORIA
DA QUALIDADE DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS
ENFERMEIROS**

DISSERTAÇÃO DE Mestrado

Ana Margarida Monteiro Ribeiro

Porto | 2012



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

2011/2012

**PROCESSO DE AGUDIZAÇÃO E REINTERNAMENTO DO DOENTE
PSICÓTICO: UM CONTRIBUTO PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DO
EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:

Professor Doutor Wilson Correia Abreu

Ana Margarida Monteiro Ribeiro

Porto | 2012

“Não sei quem sou, que alma tenho.
Quando falo com sinceridade não sei com que sinceridade falo.
Sou variamente outro do que um eu que não sei se existe (se é esses outros)...
Sinto crenças que não tenho.
Enlevam-me ânsias que repudio.
A minha perpétua atenção sobre mim perpetuamente me ponta
traições de alma a um carácter que talvez eu não tenha,
nem ela julga que eu tenho.
Sinto-me múltiplo.
Sou como um quarto com inúmeros espelhos fantásticos
que torcem para reflexões falsas
uma única anterior realidade que não está em nenhuma e está em todas.
Como o panteísta se sente árvore (?) e até a flor,
eu sinto-me vários seres.
Sinto-me viver vidas alheias, em mim, incompletamente,
como se o meu ser participasse de todos os homens,
incompletamente de cada (?),
por uma suma de não-eus sintetizados num eu postiço.”

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares, agradeço todo o apoio, carinho, atenção, compreensão, paciência, as oportunidades de escuta, os conselhos e a disponibilidade demonstrados em todas as circunstâncias.

Estou também muito grata para com o docente Professor Doutor Wilson Correia de Abreu, antes de mais por ter aceitado orientar este trabalho, revelando imensa disponibilidade e atenção. Agradeço, os conhecimentos transmitidos, as perspetivas partilhadas e a forma como a sua sabedoria enriqueceu este projeto, tudo em prole de um melhor processo de aprendizagem.

Agradeço à Escola Superior de Enfermagem do Porto, pela oportunidade que me concedeu em realizar este trabalho de dissertação, consagrando-me com toda a sabedoria necessária para a sua consecução.

Agradeço ainda ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar onde se concretizou o estudo e em particular aos Enfermeiros do Serviço de Internamento de Psiquiatria, pois, sem o seu contributo não seria possível a concretização efetiva deste trabalho de investigação.

A todos os colegas e amigos, agradeço pelo incondicional apoio, ânimo, as palavras de esperança e motivação.

A todos aqueles que estiverem presentes e que de uma forma ou de outra foram fazendo parte de todo este caminho de aprendizado e crescimento.

A todos, o meu Muito Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abreviaturas

et al – (et alli): Significa "e outros"

p. – Página

Siglas

APA - Associação Psiquiátrica Americana

AVD's – Atividades de Vida Diárias

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DSM - Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
-------------------	----

PARTE I – A ENFERMAGEM FACE À REALIDADE DO DOENTE PSICÓTICO

1. O DOENTE PSICÓTICO	20
1.1 CARACTERIZAÇÃO DOS TRANSTORNOS PSICÓTICOS	21
1.2 NATUREZA, ETIOLOGIA E SEMIOLOGIA	24
1.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	34
2. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO DOENTE PSICÓTICO	37
2.1 ALTERAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS	38
2.2 PROBLEMÁTICA PSICOSSOCIAL E REINTERNAMENTO	41
2.3 A PREPARAÇÃO PARA A ALTA	43
3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	46
3.1 PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO	49
3.2 GESTÃO DE SINAIS E SINTOMAS E ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO	53
3.3 PREVENÇÃO DE RECAÍDAS DO DOENTE PSICÓTICO	63

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIAS DO ESTUDO	72
1.1 QUESTÕES METODOLÓGICAS	73
1.2 CONTEXTO E PARTICIPANTES	74
1.3 ESTRATÉGIAS DE RECOLHA DE DADOS	75
1.4 TRATAMENTO DE DADOS	77
1.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	78

2. A REALIDADE DO DOENTE PSICÓTICO	80
2.1 A RELAÇÃO E INTERAÇÃO SOCIAL	80
2.2 TRANSTORNOS DO PENSAMENTO E ATIVIDADE PSICOMOTORA	85
2.3 DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO E GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO	86
3. QUE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA MINIMIZAR A OCORRÊNCIA DE REINTERNAMENTOS?	89
3.1 PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO	94
3.2 MELHORAR OS COMPORTAMENTOS DE ADESÃO	96
3.3 INTERVENÇÃO: UMA ABORDAGEM GLOBAL	100
3.4 IMPORTÂNCIA DAS INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS E MULTIDISCIPLINARES	104
3.5 UM DESAFIO: PREPARAÇÃO E ACOMPANHAMENTO APÓS A ALTA	110
4. CONCLUSÕES	115
5. REFERÊNCIAS	122
5.1 BIBLIOGRÁFICAS	122
5.2 SITIOGRAFIA	136
ANEXOS	142
Anexo I – Guião da Entrevista Semiestruturada	
Anexo II – Declaração de Consentimento Informado	
Anexo III – Exemplos do processo de Análise de Conteúdo	

RESUMO

As psicoses são reações psicogénicas em que se verifica grave desorganização e desintegração da personalidade do indivíduo, acompanhadas de distorções de percepção da realidade, do pensamento, da afetividade e da motivação (Santana, 2007). O utente apresenta com frequência alteração das atividades de vida diárias, devido ao compromisso das suas capacidades cognitivas e de percepção e, não raro, da atividade psicomotora, o que condiciona a sua autonomia e origina processos de negligência a nível do autocuidado. Neste contexto, a intervenção de profissionais de saúde torna-se relevante para a adequação dos processos do cuidar e para contornar as dificuldades sentidas por estes doentes, fruto da doença e da sua condição clínica.

A atuação dos profissionais de saúde deve estar orientada para uma melhor adaptação e reintegração social destes indivíduos, na medida em que se assiste ainda muito a situações de discriminação e estigmatização destes indivíduos, sendo colocados à margem da sociedade. O doente com psicose acaba muitas vezes por se encontrar num ciclo de reinternamentos pois, com frequência, a sociedade não oferece as condições viáveis à sua reintegração. As famílias nem sempre se encontram preparadas para lidar com estas situações graves de comprometimento da saúde dos seus entes queridos. Os enfermeiros podem então ajudar a contribuir para um atendimento seguro e de qualidade destes doentes, como parte de uma equipe multidisciplinar.

Constata-se que na população em estudo os internamentos do doente psicótico são recorrentes, sendo até espaçados de curtos períodos de tempo fruto de recidivas de surtos psicóticos, motivados por causas muito diversas. A questão de partida deste estudo foi assim formulada: Quais os contributos que enfermagem pode dar para minimizar a incidência de surtos psicóticos? Pretende-se, sobretudo, constituir subsídios que se traduzam numa diminuição da reincidência de surtos psicóticos ou pelo menos, no alargar dos períodos de ocorrência dos mesmos em doentes que sofrem deste tipo de transtornos.

Quanto à metodologia optou-se por um estudo de natureza qualitativa, com recurso a entrevistas semi-estruturadas dirigidas a 10 Enfermeiros dum unidade de cuidados (Serviço de Internamento de Psiquiatria dum Centro Hospitalar do Porto). O intuito foi estudar as experiências dos enfermeiros ao assistir utentes com as problemáticas mencionadas, tentando chegar a conclusões que suscitem respostas alternativas e profícuas no âmbito da temática abordada.

Após a análise de conteúdo foi possível compreender as experiências vividas pelos enfermeiros no atendimento ao doente com psicose. Temas como o autocuidado, a gestão do regime terapêutico e a dependência foram discutidos. Ficou claro que a família é de suma importância no processo assistencial para promover o autocuidado e evitar os reinternamentos destes doentes. Discutimos também a nova política de assistência ao doente psiquiátrico (Cuidados Continuados Integrados), que implica a criação de serviços descentralizados, com um impacto muito positivo na melhoria da acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde mental, permitindo respostas mais próximas da população. Algumas alternativas a nível das intervenções de enfermagem foram também equacionadas, especialmente no que diz respeito a intervenções de enfermagem autónomas.

PALAVRAS-CHAVE: doente psicótico; esquizofrenia; intervenções de enfermagem; reinternamento; hospitalização.

ABSTRACT

Psychoses are psychogenic reactions in which there is severe disruption and disintegration of the personality of the individual accompanied by distortions of reality perception, thought, affection, and motivation. The patient therefore frequently presents a change in his daily activities due to the affectation of his cognitive and perceptive capacities and often of his psychomotor activity too, which affects the independence on selfcare and originates cases of negligence. In this context, the intervention of health professionals is important to promote selfcare, adherence to the therapeutic regimen and safety, helping patient to get a better clinical condition.

Health professionals need to pay attention to the level of adaption and social reintegration of these individuals, avoiding situations of discrimination and stigmatization towards these individuals, placed sometimes on the margins of the society. The patient with psychosis doesn't have frequently viable conditions for its complete reintegration and the families don't feel themselves prepared to deal with the serious situation of their loved ones. Nursing might help to contribute to safe and quality care of these patients, as part of a multidisciplinary body.

Previous studies show that psychiatric hospitalizations of these patients are frequent, spaced by short periods, due to recurrent psychological outbreaks. The start question of this study is: in which way nurses can contribute to minimize the incidence of psychotic episodes, avoiding frequent hospitalization? This is a qualitative and exploratory study. Data were collected using a semi-structured interview. Participants were 10 nurses from one care unit (Psychiatric Department of a Hospital Centre in Porto). The purpose is to study the experiences of nurses in assisting the patients with the problems mentioned above and try to reach conclusions that support alternatives to nursing interventions.

After the content analysis, it was possible to understand the lived experiences of these nurses caring the patient with psychosis. Themes such as selfcare, management of therapeutic regimen and dependence were discussed. It was clear the importance of the

family in the process of care to promote selfcare and avoid frequent hospitalization. We discuss also the new policy to delivery psychiatric care (Integrated Continuous Care), which implies the creation of decentralized services with a very positive impact on the improvement of accessibility and quality of mental health care, enabling responses closer to the population. Some alternatives about nursing interventions are discussed, especially those focused on autonomous nursing interventions.

KEYWORDS: psychotic patient; schizophrenia; nursing interventions; rehospitization; hospitalization

INTRODUÇÃO

A presente investigação insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Incide na problemática do reinternamento do doente psicótico, explorando os contributos que as intervenções de enfermagem poderão suscitar tendo em vista a diminuição da incidência de reinternamentos, a necessidade de ajudar o doente a preservar a capacidade de auto cuidado, assim como prepará-lo (a si e à família) para uma gestão adequada do regime terapêutico e de sinais e sintomas. O trabalho decorreu no Serviço de Psiquiatria dum Centro Hospitalar da área do grande Porto. Espero, com este estudo, suscitar ganhos para a qualidade de cuidados aos doentes atendidos neste serviço.

O doente com psicose, dadas as alterações de pensamento que experimenta, pode ver seriamente diminuída a capacidade de se auto cuidar e de gerir o seu regime terapêutico. A intervenção dos profissionais de saúde, bem como a aceitação e reinserção/ reabilitação social deste tipo de doentes, pode significar a possibilidade de recuperação e a minimização dos danos que esta patologia pode ter na sua vida. Dada a natureza da situação clínica, uma gestão eficaz de sinais e sintomas é uma das prioridades desta intervenção.

O doente com surtos psicóticos surge em contexto de admissão em internamento de psiquiatria, a maioria das vezes oriundo da urgência, onde se apresenta acompanhado por familiares ou até mesmo por agentes de autoridade, manifestando sinais e sintomas vários. Não raro, representam perigo para si e para os outros, fruto da alteração do pensamento e da conduta.

Como se verifica, trata-se de uma situação clínica cuja evolução em muito depende da intervenção dos Enfermeiros, no quadro de uma abordagem multidisciplinar. Muitos destes doentes têm internamentos recorrentes, sendo até espaçados de curtos períodos de tempo. Sendo esta recorrência compreensível sob o ponto de vista terapêutico, as intervenções de enfermagem durante e após o

internamento podem minimizar essa necessidade, através de um controlo adequado de sinais e sintomas e de uma gestão consistente do regime terapêutico.

Pretende-se assim com este estudo suscitar subsídios e formas de intervenção eficazes com reflexos na reincidência de surtos psicóticos ou pelo menos, que permitam alargar os períodos de ocorrência dos mesmos em doentes que sofrem deste tipo de transtorno.

Por isso, pensou-se ser oportuno realizar um trabalho de investigação tendo como propósito os seguintes objetivos:

- Avaliar os padrões de resposta humana alterados em doentes com transtornos de natureza psicótica;

- Analisar o produto dos diagnósticos de enfermagem e as intervenções mais frequentes para lhes dar resposta, designadamente na promoção do auto cuidado, gestão do regime terapêutico e gestão de sinais e sintomas;

- Identificar as intervenções focalizadas na preparação para a alta;

- Debater alternativas assistenciais, a nível de cuidados de enfermagem, suscetíveis de minimizar a ocorrência de surtos psicóticos.

O trabalho encontra-se assim estruturado da seguinte forma: após a introdução, na parte que segue centro-me na abordagem da enfermagem face à realidade do doente psicótico; numa segunda parte é tido em conta o estudo empírico, em que se abordam as metodologias de estudo que subsistiram ao processo de investigação, fazendo-se em seguida a devida confrontação dos dados obtidos no estudo tendo em consideração a abordagem teórica que fundamentou o mesmo, questionando a realidade do doente psicótico e as intervenções de enfermagem que podem presidir à minimização de reinternamentos. Por fim, apresentam-se as conclusões que se julgam oportunas e faz-se referência às fontes bibliográficas que inspiraram todo o estudo.

A área da Psiquiatria e da Saúde Mental tem evoluído ao longo dos tempos. Desde a pré-história ao século XVIII, os doentes mentais eram vistos como indivíduos associados a pecados e a possessões demoníacas. Eram geralmente isolados em masmorras, porões e templos. Nestes locais recebiam desde tratamentos delicados, como faziam os gregos que acreditavam que o ar livre, a água pura e a luz solar eram uma forma de melhorar o humor destes doentes, até tratamentos mais severos, como sangrias, uso de camisas-de-força e outras formas de acorrentamento. Também chegavam a ser deixados sem alimentação, pois segundo as crenças dos sacerdotes, a

punição poderia ser uma forma de expulsar os demónios. Viviam muitas vezes isolados em casas de caridade, que serviam de asilo e prisão, sendo tratados por carcereiros e padres, pois a sociedade temia pela sua própria segurança e não zelava propriamente pelo bem-estar destes doentes (Taylor, 1992).

Desde meados do Século XX que a situação começou a mudar com os avanços na indústria farmacêutica, a descoberta dos neuroléticos e graças à humanização dos cuidados. Esta situação tornou possível que estes doentes estabilizassem e conseguissem viver em tratamento de ambulatório e sob os cuidados das suas famílias. A reabilitação social significou também um marco muito importante na história da evolução do tratamento dos transtornos mentais. Assim, já na atualidade, os profissionais de saúde mental apresentam formação específica, sendo capazes de tratar adequadamente doentes com vários tipos de transtornos mentais, dentre eles: os de humor, ansiedade, psicofisiológicos ou somatoformes, de personalidade e pensamento (OMS, 1998).

Como Enfermeira a exercer funções num Serviço de Psiquiatria, tive oportunidade de observar a frequência de incidência de reinternamentos, o que considero constituir, por vezes, um grave problema de estruturação/ organização dos serviços com consequentes danos para doentes do foro psiquiátrico e família. Percebe-se que os motivos de internamento prendem-se essencialmente com falta de suporte familiar e social, não adesão ou deficiente gestão do regime terapêutico, dificuldades socioeconómicas, negligência na procura de acompanhamento Médico ou mesmo por recaída clínica.

Sensibilizada para estas questões da assistência ao doente mental suscitou-me bastante interesse o paradoxo desta situação. Todos os elementos envolvidos no processo de tratamento destes doentes necessitam de respostas de entendimento e melhores soluções para este problema. É de salientar que o trabalho em equipa suscita o esclarecimento da complexidade de dificuldades que este tipo de situação implica. Ou seja, não basta o diagnóstico e o mero tratamento farmacológico. Deve-se sim, investir com vista à reabilitação social e laboral e no desenvolvimento de novas formas de psicoterapia, com envolvimento de todas as partes da comunidade e família (Dalgalarondo, 1995).

As considerações aqui levantadas surgem com o propósito de melhor entender a realidade atual do atendimento em enfermagem junto destes doentes, impulsionando um cuidar mais efetivo e especializado na instituição e, por conseguinte, na rede de atenção à saúde, com o intuito de diminuir a frequência de internamentos psiquiátricos.

Os estudos epidemiológicos demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram numa das principais causas de incapacidade e de morbilidade, na sociedade atual. Estas mudanças demográficas e epidemiológicas levam a alterações dramáticas nas necessidades das populações e implicam, necessariamente, uma alteração ao nível do planeamento de serviços e programas de saúde (WHO, 2001).

O programa de cuidados continuados e integrados pode significar para a saúde mental da população a conquista de mecanismos que permitam integrar um conjunto diversificado de unidades e programas, de modo a assegurar uma resposta efetiva à necessidade de continuidade de cuidados dos indivíduos com este tipo de doença (Santos, 2010).

Em Portugal, os serviços de saúde mental ainda estão na sua maioria centrados em grandes instituições psiquiátricas de modelo asilar, estando na sua maioria separados do sistema geral de saúde. Todavia, os progressos científicos vieram demonstrar que é possível desenvolver intervenções altamente efetivas no tratamento e reabilitação da maioria das perturbações mentais. As intervenções psicossociais em combinação com o tratamento farmacológico permitem, na grande maior parte dos casos, a possibilidade de transferência destes doentes para a comunidade (Santos, 2010).

Avizinham-se então, tempos de mudança e de melhoria dos horizontes para a saúde mental da população em geral e em particular para o doente que sofre com a realidade da doença psiquiátrica.

PARTE I – A ENFERMAGEM FACE À REALIDADE DO DOENTE PSICÓTICO

1. O DOENTE PSICÓTICO

A psicose constitui um universo psíquico estranho, algo invulgar e desconhecido. O doente psicótico tem sensações que não correspondem à realidade, havendo uma modificação abruta das suas relações com o mundo (Stuart, 2001).

O termo psicose tradicionalmente significa a perda da crítica perante a realidade e o comprometimento do funcionamento mental, manifestando-se por delírios, alucinações, confusão e perturbação da memória. Falar em comprometimento do teste da realidade significa que o indivíduo avalia erradamente a sutileza das suas percepções e pensamentos, realizando inferências incorretas acerca da realidade externa, ainda que em face a evidências contrárias (Kaplan, 1997).

A evidência direta do comportamento psicótico é a presença de delírios ou alucinações sem discernimento da sua natureza patológica. Às vezes o comportamento pode estar tão amplamente desorganizado que se pode, a priori, inferir um prejuízo importante do teste da realidade, quando o discurso é significativamente incoerente e o indivíduo, por norma, não demonstra perceber a incompreensibilidade do seu discurso (Ibidem).

Ainda segundo Kaplan (1997), a principal sintomatologia psicótica cerca-se em torno dos seguintes sinais: percepção distorcida da realidade, alucinações, delírios, ilusões, perturbação do pensamento, dificuldades na expressão emocional e perturbação da própria identidade. Podem ainda ocorrer outros sinais como: a perda de contacto com a realidade (perda do sentido das coisas ou construção de uma outra realidade à qual o sujeito adere) e perturbações da identidade (estas podem adquirir várias formas, como perda de referências corporais e modificação da imagem corporal). Também pode acontecer o desconhecimento do estado mórbido (incapacidade do doente se aperceber

que está doente), incapacidade de responder às exigências da vida quotidiana e angústia (de morte, de destruição interna e de perda do sentido das coisas).

Conhecida há muito tempo e designada como transtorno de pensamento, a esquizofrenia leva o indivíduo a apresentar alterações na forma de pensar, de sentir e na maneira de se relacionar com o mundo exterior. A esquizofrenia é uma forma de psicose que se caracteriza como sendo um fenómeno algo peculiar do universo psíquico do ser humano em que ocorre o caos do Eu, originando a sua fragmentação. O doente psicótico vivencia experiências fora da realidade comum, havendo uma desintegração das suas relações com os outros e com o mundo que o rodeia. Assim, o psicótico experimenta graves processos de desintegração da personalidade, com conseqüente desajustamento em relação ao meio social em que se insere, acabando por se sentir incompreendido e até marginalizado (Stuart, 2001).

A esquizofrenia é talvez a doença mais trágica e enigmática que os psiquiatras tratam, e provavelmente a mais devastadora. É uma das principais causas de incapacidade entre os jovens adultos. A esquizofrenia surge numa idade mais jovem, e assim ao contrário dos doentes com cancro ou doença cardíaca, os doentes com esquizofrenia vivem geralmente muitos anos após o início da doença e continuam a sofrer os seus efeitos, o que os impede de viver vidas normais e preenchidas – ir à escola, trabalhar, ter uma rede de amigos próximos, casar ou ter filhos. À parte do seu efeito em indivíduos e famílias, a esquizofrenia, representa um enorme encargo financeiro para a economia. Apesar dos custos económicos e emocionais, a esquizofrenia não é ainda reconhecida como uma preocupação principal de saúde nem tem ainda o apoio necessário para investigar as suas causas, tratamentos e prevenção (Ibidem).

De um modo geral, pode-se afirmar que a psicose refere-se às manifestações sintomatológicas gerais enquanto que a esquizofrenia diz respeito ao diagnóstico específico, em que existe um conjunto de manifestações psicóticas, com um quadro clínico já estabelecido.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DOS TRANSTORNOS PSICÓTICOS

No Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV), os transtornos psicóticos incluem os transtornos invasivos do desenvolvimento, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno esquizoafetivo, transtorno

delirante, transtorno psicótico breve, transtorno psicótico compartilhado, transtorno psicótico devido a uma condição Médica geral, transtorno psicótico induzido por substância e transtorno psicótico sem outra especificação.

Assim sendo, segundo o DSM IV, surge a classificação especificada:

- Transtorno Esquizofrénico: é uma perturbação em que a psicose dura pelo menos 6 meses, incluindo pelo menos um mês de sintomas na fase ativa (que se caracteriza pela presença de dois ou mais dos seguintes critérios: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatónico e sintomas negativos). Implica um desempenho prejudicado das atividades do dia-a-dia (escolares, domésticas); ausência de síndrome depressiva ou maníaca completa (caso uma síndrome afetiva, geralmente depressiva, esteja presente, deve-se ter desenvolvido após o aparecimento dos sintomas psicóticos, ou então a sua duração deve ser menor do que a da síndrome psicótica). Algumas alucinações específicas são muito sugestivas (em especial as auditivas), o afeto costuma estar embotado e outros sintomas negativos podem estar presentes.

- Transtorno Esquizofreniforme: é semelhante à esquizofrenia, porém de mais curta duração (de um a seis meses) e não exige uma deterioração funcional tão acentuada quanto a esquizofrenia.

- Transtorno Esquizoafetivo: é um diagnóstico de exceção, quando realmente não pode ser feito o diagnóstico diferencial entre esquizofrenia e transtorno afetivo maior com manifestações psicóticas, sendo uma perturbação na qual um episódio de humor e sintomas da fase ativa da esquizofrenia ocorrem juntos, precedidos ou seguidos de pelo menos duas semanas de delírios ou alucinações sem sintomatologia proeminente de humor.

- Transtorno Delirante: transtorno com presença ativa de delírios persecutórios, de ciúmes, hipocondríacos, somáticos, grandiosos, erotomaníacos ou outros. Os delírios não devem ser bizarros e devem durar pelo menos um mês, sem outros sintomas na fase ativa da esquizofrenia (não costuma haver alucinações e se presentes não são proeminentes, nem incoerência do pensamento ou afrouxamento das associações). O afeto está de acordo com o conteúdo do pensamento (desconfiança, raiva ou hostilidade).

- Transtorno Psicótico Breve: é uma perturbação psicótica que dura pelo menos um dia e tem remissão dentro de um mês, devida ou não a um importante fator desencadeante ambiental (morte de familiar significativo, importante mudança sócio-ocupacional, etc....) ou com início no período pós-parto.

- Transtorno Psicótico Compartilhado (*folie à deux*): o delírio desenvolve-se num indivíduo no contexto de um relacionamento próximo com outro indivíduo que também apresenta o delírio e na ausência de outro distúrbio psicótico (esquizofrenia ou transtorno de humor com sintomas psicóticos).

- Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral: os sintomas psicóticos são considerados como decorrentes de uma condição Médica geral.

- Transtorno Psicótico Induzido por Substância: os sintomas psicóticos são considerados uma consequência fisiológica direta de uma droga de abuso, medicação ou exposição a determinada substância.

- Transtorno Psicótico sem Outra Especificação: é uma categoria incluída para classificar os quadros psicóticos que não satisfaçam os critérios para as condições vistas anteriormente, ou então para aquelas sobre as quais não existam informações em quantidade e qualidade necessárias para o diagnóstico.

Independentemente da sua forma de apresentação, a esquizofrenia acaba por se revelar um importante problema de saúde pública da atualidade, pois exige considerável investimento do sistema de saúde e causa grande sofrimento para o doente e sua família. Apesar da sua baixa incidência, por se tratar duma doença crónica e de longa duração, arrasta-se ao longo dos anos, traduzindo-se num número considerável de pessoas portadoras deste acometimento, com diferentes graus de comprometimento e necessidades. Contudo, tem-se verificado recentemente que o prognóstico e os aspetos irreversíveis da sintomatologia são piores quanto mais tempo esta perdurar sem tratamento (Larsen et al., 1996).

Daí que todo o esforço da comunidade científica esteja agora virado para os sintomas precoces e para a necessidade de instituir um tratamento o mais precocemente possível. Acredita-se que, com esta prática, se possa melhorar o prognóstico e, portanto, se possa evitar o tratamento durante toda a vida, a deterioração cognitiva e social, os sintomas residuais e a vulnerabilidade a novos surtos psicóticos (Wyatt, 1995). Portanto, estamos a caminhar para tempos de esperança em relação à esquizofrenia.

Ainda de referir que na esquizofrenia existem diversos fatores associados a um melhor prognóstico, incluindo um bom ajuste pré-mórbido, idade de início mais avançada, género feminino, início brusco da sintomatologia precipitado por um acontecimento stressante em oposição ao início gradual e insidioso dos sintomas, perturbação do humor associada, duração breve dos sintomas da fase afetiva, bom funcionamento entre episódios, sintomas residuais mínimos, ausência de anomalias estruturais a nível cerebral, funcionamento neurológico normal, uma história familiar de perturbação do humor e ausência de história familiar de esquizofrenia (Andreasen e Black, 2006).

Por outro lado os fatores de mau prognóstico incluem: início precoce e insidioso dos sintomas, ausência de fatores precipitantes ou de sintomatologia de humor e forma desorganizada de personalidade esquizoide prévia ao acometimento da doença (Ibidem).

Percebe-se então com esta abordagem que um transtorno psicótico pode ter várias formas de apresentação, conforme se enquadra num ou noutra tipo de classificação, o que vai determinar as complexas variáveis em torno da vida do doente e o modo como cada caso deve ser encarado a nível clínico.

1.2 NATUREZA, ETIOLOGIA E SEMIOLOGIA

Faz-se agora uma explanação acerca da natureza, possíveis fatores etiológicos e uma análise semiológica dos transtornos psicóticos.

Pode-se considerar que em termos de natureza, os transtornos psicóticos apresentam quatro fases.

Na fase pré-mórbida o funcionamento é considerado normal, apesar de poderem ocorrer acontecimentos que podem contribuir para o desenvolvimento da doença (Lehman et al., 2006). Devem ser tidos em conta diversos fatores como indicadores de psicose pré-mórbida, sendo divididos em duas categorias: percursos iniciais de interesse etiológico e medidas de personalidade e comportamentais que assinalam doença mental latente (Olin e Mednick, 1996). Os percursos iniciais de interesse etiológico incluem a história familiar psiquiátrica, complicações perinatais/obstétricas e défices neuro-comportamentais. A personalidade pré-mórbida e as medidas comportamentais salientam que o indivíduo pode ser muito tímido e isolado, ter fracas interações com os pares, ter pouco sucesso na escola e demonstrar comportamento antissocial.

Para Olin e Mednick (1996): “A maioria dos doentes com esquizofrenia não se distinguem dos seus pares na infância. Os comportamentos desviantes tendem a tornar-se mais proeminentes na adolescência, uma altura da vida em que podem apresentar situações mais desafiadoras ao nível social. As diferenças de género no ajustamento social também são comumente visíveis. Os homens demonstram mais comportamentos antissociais e as mulheres demonstram maior passividade e isolamento”(p. 228).

Numa segunda fase, ou seja, na fase de pródromos, surgem os sinais e sintomas que antecedem as manifestações características da doença aguda totalmente desenvolvida. Na esquizofrenia esta fase inicia-se com uma tendência para o funcionamento pré-mórbido e alonga-se até ao culminar dos sintomas psicóticos evidentes. Esta fase pode ser breve, sendo que a duração média é de dois a cinco anos (Mary, 2009).

Leahman e associados (2006) afirmam: “Durante a fase de pródromos as pessoas experienciam um prejuízo substancial do funcionamento e sintomas não específicos como perturbação do sono, ansiedade, irritabilidade, humor deprimido, fraca concentração, fadiga e défices comportamentais como deterioração do funcionamento e isolamento social. Os sintomas positivos, como as anomalias na perceção, ideias de referência e suspeição desenvolvem-se mais tarde e anunciam o início iminente da psicose” (p. 625 - 626).

Conseguir reconhecer a sintomatologia inerente a esta fase constitui uma importante mais-valia para o processo de prevenção, com oportunidade de intervenção precoce e possíveis melhorias a longo prazo (Mary, 2009).

Nas fases em que a esquizofrenia se encontra efetivamente ativa, encontram-se já sintomas psicóticos evidentes. Seguem-se aqui os critérios de diagnóstico estipulados para a determinação de esquizofrenia, segundo o DSM IV (APA, 2000), são eles: dois ou mais dos seguintes, cada um deles presentes durante parte significativa do tempo por um período de um mês (ou menos, caso tratados com êxito): delírios, alucinações, linguagem desorganizada, comportamento catatónico ou muito desorganizado, sintomas negativos, disfunção social/ ocupacional (em que durante uma parte significativa do tempo desde o início da perturbação, uma ou mais áreas principais do funcionamento como o trabalho, relações interpessoais ou autocuidado encontram-se muito abaixo do nível alcançado anteriormente), com duração significativa (quando os sinais de perturbação persistem há pelo menos seis meses), e exclusão de perturbações esquizoafetivas e do humor, bem como exclusão do efeito fisiológico provocado por

substâncias ou outras situações Médicas. No caso de relação com uma perturbação global do desenvolvimento, ou seja, se houver história de perturbação autista ou de outra perturbação global do desenvolvimento, o diagnóstico só deve ser confirmado se existirem também alucinações ou delírios persistentes por pelo menos um mês.

Na fase residual, a esquizofrenia é caracterizada por períodos de remissão e exacerbamento, ou seja, a uma fase ativa segue-se uma fase residual da doença. Durante a fase residual os sintomas da fase aguda estão ausentes ou já não proeminentes. Os sintomas negativos podem manter-se e a afeção e perturbação no funcionamento são comuns. A perturbação residual aumenta frequentemente entre episódios de psicose ativa (Mary, 2009).

Em termos de evolução durante o ciclo de vida, a esquizofrenia surge no sexo masculino por volta dos 18 aos 25 anos, enquanto que nas mulheres surge principalmente entre os 25 a 30 anos de idade. De referir também que as mulheres têm também maior propensão para sintomas proeminentes do humor, assim como a um melhor prognóstico. Estas diferenças atribuem-se a questões essencialmente hormonais. Sabe-se que as hormonas femininas têm um efeito similar ao dos neuroléticos e por isso disfarçam a sintomatologia, sendo esta manifesta mais tardiamente, quando os níveis hormonais começam a diminuir. Ambos os sexos têm 1% de risco de manifestarem a doença ao longo da vida (Ibidem).

De salientar que esta patologia evolui de forma crónica exigindo tratamento prolongado e perturba seriamente a vida relacional, social e profissional dos indivíduos que dela padecem (Georgieff, 1995).

Embora escasseiem pesquisas sobre as causas da esquizofrenia, destacam-se os fatores genéticos e ambientais como os principais contribuintes para o desenvolvimento da doença (Teixeira, 1997).

Evidências científicas caracterizam a esquizofrenia como uma patologia que implica uma predisposição genética e necessita de uma ativação intrapsíquica e intrapessoal, enquanto outros estudos demonstraram ser uma patologia apenas de etiologia biológica. Embora a causa específica da esquizofrenia seja ainda desconhecida, a perturbação tem, nitidamente, uma base biológica. Muitas autoridades na matéria aceitam um modelo de «vulnerabilidade ao stress», no qual se considera a esquizofrenia como um fenómeno que se produz em pessoas biologicamente vulneráveis. Desconhece-se o que torna as pessoas vulneráveis à esquizofrenia, mas

podem estar incluídas a predisposição genética, os problemas que ocorreram antes, durante ou depois do nascimento ou uma infecção viral do cérebro. Assim, de um modo geral, os indivíduos mais suscetíveis podem manifestar vulnerabilidade, dificuldade para processar a informação, incapacidade para prestar atenção, dificuldade para se comportar de modo socialmente aceitável e impossibilidade de enfrentar os problemas. Neste modelo, o stress ambiental, como acontecimentos stressantes da vida ou problemas de abusos de substâncias tóxicas, acabam por desencadear o início e o reaparecimento da esquizofrenia nos indivíduos vulneráveis (Babbard, 1998).

Pela genética, os estudos demonstram que familiares de doentes com esquizofrenia têm maior probabilidade de vir a apresentar a doença. Ou seja, enquanto que o risco da população em geral para desenvolver a doença é de 1%, os irmãos ou filhos de um indivíduo com a patologia têm 5 a 10% de risco de vir a apresentar esquizofrenia (Andreasen & Black, 2006).

A forma como a esquizofrenia é herdada é incerta, ainda não foi encontrado nenhum marcador biológico definitivo. Sabe-se contudo que enquanto há indivíduos com importante ligação genética à doença, há outros que têm uma base genética fraca, dando maior relevância à possibilidade da múltipla causalidade da esquizofrenia (Mary, 2009).

No que respeita às possíveis influências bioquímicas como crença para a sua causalidade, supõe-se que a esquizofrenia esteja intimamente ligada a questões de atividade cerebral anormal. Uma das hipóteses assenta na possibilidade dos sintomas psicóticos estarem relacionados com excesso de atividade neuronal dependente da dopamina no cérebro. Esta teoria baseia-se nas seguintes possibilidades: a atividade excessiva provocaria uma maior libertação da substância em terminais nervosos cerebrais, uma maior sensibilidade dos recetores, demasiados recetores de dopamina, ou uma combinação de todos estes mecanismos (Sadock e Sadock, 2007).

A este propósito, pensa-se que as manifestações agudas podem estar relacionadas com um aumento do número de recetores dopaminérgicos cerebrais, respondendo melhor a fármacos neurolépticos que bloqueiam estes recetores, enquanto que as manifestações crónicas provavelmente não estão relacionadas com estes

recetores e as substâncias neurolépticas têm pouca probabilidade de ser eficazes no tratamento destes sintomas (Mary, 2009).

Outras hipóteses foram levantadas quanto a influências bioquímicas, como anomalias nos neurotransmissores norepinefrina, serotonina, acetilcolina e ácido gama-aminobutírico e nos neurorreguladores como as prostaglandinas e as endorfinas (Ibidem).

Relativamente à etiologia fisiológica, Sadock e Sadock (2007) também relatam que os dados epidemiológicos indicam uma alta incidência de esquizofrenia após exposição pré-natal à gripe.

Outro estudo demonstrou ainda uma associação entre as infecções virais do sistema nervoso durante a infância e o início da esquizofrenia na idade adulta (Ratakallio, Jones, Moring e Von Wendt, 1997).

No que respeita a anomalias anatómicas típicas de doentes com esquizofrenia, podem referir-se o alargamento neuroventricular, bem como o dos sulcos e atrofia cerebelar (Ho, Black e Andreasen, 2003).

Outros estudos com base imagiológica também revelaram diminuição do tamanho intercraniano e cerebral, assim como uma diminuição do lobo frontal. A nível microscópico foi ainda sugerido um desordenamento nas células piramidais na área do hipocampo (Jonsson, Luts, Guldborg-Kjaer e Brun, 1997). Estes autores defendem que este desordenamento pode estar relacionado com a afeção do vírus da gripe durante a gravidez de que se falava anteriormente, restando ainda dúvidas que exigem novas pesquisas.

Alguns estudos relatam também uma possível ligação entre a esquizofrenia, epilepsia, doença de Huntington, trauma aquando o nascimento, lesão cerebral na idade adulta, abuso de álcool, tumor cerebral, acidentes cerebrovasculares, lúpus eritematoso sistémico, mixedema, parkinsonismo e doença de Wilson (Mary, 2009).

De notar ainda que as primeiras conceções de esquizofrenia centravam-se em fatores da relação familiar, como sendo as principais causadoras da doença, provavelmente por falta de conhecimentos científicos mais aprofundados. Estas teorias iniciais apontavam para fracas relações entre pais e filhos e sistemas familiares disfuncionais, mas já não têm qualquer credibilidade, pois os investigadores nos dias que correm, acreditam mais na esquizofrenia como uma doença do cérebro (Sadock e Sadock, 2007).

Para dar sustentabilidade a possíveis causas de origem ambiental, foram já também realizados estudos que tentaram ligar a esquizofrenia a uma classe social. De facto, as estatísticas demonstram que há uma maior incidência de sintomas esquizofrénicos em estratos socioeconómicos mais baixos. As explicações para este facto surgem associadas a vivências relacionadas com a pobreza, acomodações domésticas limitadas, nutrição inadequada, ausência de cuidados pré-natais, poucos recursos para lidar com situações stressantes e sentir-se sem esperança para mudar de estilo de vida. Ainda de salientar que indivíduos com esquizofrenia têm maior dificuldade, dadas as condicionantes da patologia em manter um emprego e acabam por sofrer uma diminuição do seu nível de vida desta forma, ou simplesmente não conseguem sair dum nível socioeconómico que já era baixo, ou seja, aqui ressalta-se que o baixo estrato socioeconómico é uma consequência da doença e não uma causa (Ho, Black e Andreasen, 2003).

Foram ainda efetuados estudos que tentaram despistar se a esquizofrenia poderia estar relacionada com eventos de vida stressantes e chegou-se à conclusão de que não. É bastante provável contudo, que o stress possa contribuir para a gravidade e percurso da doença. Sabe-se que o excesso de stress pode até provocar episódios psicóticos mas como forma de agravamento de uma vulnerabilidade pré-existente. Conclui-se então que o stress pode sim aumentar o número de recaídas no doente psicótico (Mary, 2009).

A etiologia da esquizofrenia não foi ainda completamente esclarecida. Quanto mais pesquisas são feitas mais se aponta para uma possível causalidade múltipla. Contudo, a teoria de maior tendência parece ser a de que a esquizofrenia é uma doença com base biológica e cujo início é influenciado por fatores ambientais (Ibidem).

No que respeita à semiologia, a esquizofrenia é definida através da presença de diversos tipos de sintomas que se classificam em três grupos: sintomas positivos, sintomas negativos e de relacionamento pessoal desordenado (Gabbard, 1998). Fazem parte dos sintomas positivos: os delírios (distúrbio do conteúdo do pensamento); as alucinações (distúrbio da perceção); as manifestações comportamentais e catatonia (fase ou forma de esquizofrenia na qual o doente perde a vontade de falar ou mover-se) e a agitação. Quanto aos sintomas negativos, são eles: o embotamento afetivo (o doente não consegue expressar os seus sentimentos); a avolição (incapacidade de escolher ou decidir); a tangencialidade (pobreza do pensamento); a apatia (ausência de sentimentos, emoções, de interesses ou de preocupações); a anedonia (incapacidade de experimentar prazer nas atividades desenvolvidas). Quanto ao relacionamento pessoal desordenado,

este ocorre ao longo do tempo e caracteriza-se por: isolamento, comportamento desadequado, estado latente de agressividade ou alterações da expressão da sexualidade e falta de consciência das necessidades dos outros. O doente vive assim em permanente luta no que diz respeito às suas relações interpessoais; contudo, os sintomas podem alterar durante o curso da doença e o tratamento deverá ser ajustado de acordo com as necessidades do doente em cada momento (Ibidem).

Como doença crônica que é, o doente experimenta, ao longo da vida, períodos de crises e remissões que ocasionam diversos danos a nível relacional e pessoal, sendo que apenas 5% dos doentes apresentam um surto ao longo da vida e a maioria vários surtos principalmente no início da doença (Giacon, 2005).

Os sintomas abruptos, agudos ou insidiosos possuem características distintas e evoluem para uma sintomatologia própria de deterioração; exigem tratamento imediato para evitar a evolução e exacerbação aguda da psicose. O início insidioso é caracterizado pelo desenvolvimento da psicose na forma mais amena, aparecendo fortes mudanças no humor, irritabilidade e hostilidade, bem como, atos obsessivos e compulsivos (Ibidem).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1998), quanto à predominância ou ausência de alguns sintomas, a esquizofrenia é classificada por categorias, dentre elas: esquizofrenia paranóide; esquizofrenia hebefrênica; esquizofrenia catatônica; esquizofrenia indiferenciada; esquizofrenia residual e esquizofrenia simples.

Pode-se assim dizer que a esquizofrenia apresenta diversas subformas, conforme o padrão de comportamento que manifesta e são assim classificadas (OMS, 1998):

- Esquizofrenia paranóide: caracterizada por delírios relativamente estáveis, com frequência paranóide (delírio de perseguição e de grandeza) e alucinações auditivas frequentes, como ouvir vozes, assobios, zumbidos ou risos. Também estão presentes muitas vezes, a avolição e discursos que revelam perturbação dos afetos. Sintomas catatônicos são dificilmente perceptíveis neste tipo de esquizofrenia (Stuart, 2001).

- Esquizofrenia desorganizada/ hebefrênica: inicia-se geralmente entre os 15 e 25 anos de idade e as mudanças afetivas são mais evidentes que os delírios e as alucinações. As alterações do afeto podem vir acompanhadas de risos ou sorrisos de auto-satisfação ou caretas. O indivíduo apresenta também, com frequência, apatia e abandono dos cuidados pessoais (Zanini, 2000).

- Esquizofrenia catatônica: é caracterizada por perturbações psicomotoras como: imobilidade motora, evidenciada por catalepsia (estupor), atividade motora excessiva, negativismo extremo (mutismo), peculiaridades do movimento voluntário, evidenciadas por posturas, movimentos estereotipados, maneirismos proeminentes (trejeitos faciais), ecolalia e/ou ecopraxia. Para se obter um diagnóstico de esquizofrenia catatônica, um ou mais dos comportamentos citados acima devem caracterizar o quadro clínico (Stuart, 2001).

- Esquizofrenia indiferenciada: os sintomas positivos são neste caso os mais ressaltados (alucinações, delírios e comportamentos bizarros). Não existem critérios que satisfaçam outro domínio de apresentação clínica, como os tipos paranóide, desorganizada e catatônica (Ibidem).

- Esquizofrenia residual: é um diagnóstico para doentes que já estão em estádios crônicos da doença, cujos sintomas psicóticos estão ausentes, porém prevalecem sintomas negativos de longa duração, como: isolamento social, comprometimento acentuado na higiene pessoal, negligência acentuada no desempenho de papéis sociais e embotamento afetivo (Zanini, 2000).

- Esquizofrenia simples: é um transtorno pouco comum, cujo desenvolvimento segue uma conduta de comportamento bizarra, dificultando a forma de desempenho pessoal, impedindo-a de atender às necessidades exigidas pela sociedade. Não existem delírios ou alucinações e os sintomas negativos desenvolvem-se antes dos sintomas positivos (Ibidem).

Os achados clínicos psicóticos podem ser diversos e podem alterar-se com o decurso da doença. Como se constatou, muitos sintomas são mais bizarros e outros mais subtis (John A., 1992).

Passo agora para uma explicitação em detalhe dos sinais e sintomas mais característicos.

Das alterações da percepção e do pensamento constam as alucinações, que foram sempre consideradas típicas da esquizofrenia, muito embora se saiba agora que podem ocorrer alucinações numa variedade de outros transtornos, incluindo transtornos afetivos e orgânicos. As alucinações são percepções experimentadas sem nenhum estímulo externo aos órgãos sensoriais com uma qualidade semelhante a uma percepção verdadeira, associadas ao mundo exterior ou ao próprio corpo da pessoa, mas criadas pela mente (imaginação). As alucinações estão por norma associadas aos sentidos. As

alucinações auditivas são o tipo mais comum, podendo ser ouvidas como vozes ou música, as visuais podem ser simples ou complexas, incluindo flashes de luz, pessoas ou coisas e ser menores ou maiores que uma percepção verdadeira, podendo ser experimentadas como estando fora do campo de visão. As alucinações olfativas e gustativas são frequentemente experimentadas em simultâneo e associadas a gostos ou odores desagradáveis. As táteis podem ser experimentadas como sensações de estar a ser tocado ou picado ou como formigueiro (Ibidem).

Os delírios que envolvem o distúrbio estão mais associados à cognição do que à percepção. Por definição, os delírios são crenças firmemente mantidas que são falsas, bem como contrárias à formação educacional e cultural da pessoa. Os delírios que ocorrem em doentes com esquizofrenia podem ter uma variedade de temas, incluindo aqueles de natureza somática, grandiosa, religiosa, niilística ou de perseguição (John A., 1992).

Os transtornos do pensamento e linguagem também são característicos desta patologia. Andreasen (1979), desenvolveu um grupo de definições para vários tipos de transtornos de pensamento que enfatizam os aspetos objetivos da linguagem e comunicação, tais como o descarrilamento, pobreza da fala, pobreza de conteúdo da fala ou respostas tangenciais. A autora descobriu que muitos tipos ocorrem com frequência na esquizofrenia e noutros transtornos afetivos. Outros tipos de transtorno do pensamento incluem perseverança, distratibilidade, neologismo, ecolalia e bloqueio e têm vindo a ser estudados com mais minúcia, mas nenhum parece ser específico de um transtorno em particular.

Muitos doentes com esquizofrenia desenvolvem também volição diminuída, vários distúrbios motores e alterações do comportamento social. Pode acontecer ficarem inativos ou desenvolverem atividades repetitivas e sem objetivos quando se encontram sozinhos. Os extremos incluem estupor ou excitação catatónica. No estupor catatónico o doente pode ficar imóvel e mudo, contudo totalmente consciente. Num estado de excitação catatónica, o doente pode exibir atividade motora incontrolável e sem objetivo. Alguns podem manifestar flexibilidade cérea, adotando posições bizarras e desconfortáveis, que mantêm sem sofrimento aparente por longos períodos de tempo (John A., 1992).

Bleuler também considerava a capacidade de resposta afetiva diminuída como uma característica típica da esquizofrenia, ou seja, a intensidade reduzida da resposta emocional, tornando os doentes tendencialmente apáticos. Esta manifesta-se com uma

expressão facial inalterada, movimentos espontâneos diminuídos, contacto visual pobre, ausência de inflexões vocais e fala retardada (Andreasen, 1979). Anedonia ou incapacidade de experimentar prazer eram também consideradas importantes para Bleuler. Muitos doentes esquizofrênicos manifestam incapacidade de experimentar prazer e descrevem como se se sentissem emocionalmente vazios. Algumas vezes a expressão afetiva é também inadequada, o que não significa necessariamente a vivência de uma emoção imprópria, embora o comportamento possa sugerir-lo.

Em termos físicos podem ocorrer anormalidades oculares como a ausência ou o evitamento de contacto visual e olhar fixo por longos períodos, com taxas de pestanejo diminuídas ou aumentadas ou surtos paroxísmicos de pestanejo rápido (John A., 1992).

Alguns doentes exibem também sintomas vegetativos que podem envolver distúrbios do sono, interesse sexual ou função corporal diminuídos (Ibidem).

A deterioração do comportamento social com frequência ocorre juntamente com o retraimento social. Os doentes chegam a ter negligência evidente do autocuidado. Pode ainda acontecer os doentes desenvolverem comportamentos mais excêntricos que violam as atitudes tidas como normalmente convencionais em sociedade, podendo ser necessária a intervenção de entidades para manter a ordem pública (John A., 1992).

No que diz respeito a alterações cognitivas, através de pesquisas chegou-se à conclusão que os doentes esquizofrênicos apresentavam níveis mais baixos de medidas padronizadas de inteligência do que o esperado, portanto défices de inteligência parecem estar associados à esquizofrenia, sendo mais característico no homem que na mulher. Apesar destas conclusões, corroboradas por outros estudos, acredita-se, mesmo assim, que a deterioração intelectual inerente à esquizofrenia seja uma característica dum subgrupo de esquizofrênicos, particularmente daqueles que exibem com mais frequência sintomas negativos ou com evidência de alargamento ventricular. Além de que é provável que as alterações cognitivas estejam relacionadas com a sintomatologia global da patologia, de modo que quando os doentes estão marcadamente sintomáticos, o desempenho a nível cognitivo decai e vice-versa, por razões que podem ter muito pouco a ver com a inteligência (Ibidem).

Independentemente das suas formas de apresentação e manifestação, a esquizofrenia continua a ser um desafio para a Psiquiatria e para a própria sociedade, pois implica o prejuízo de alguns parâmetros essenciais do saber estar em sociedade: o significado do mundo, a unidade do eu e a compreensão dos outros (Friston,1999).

1.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Os sintomas psicóticos estão presentes tanto em transtornos funcionais, como orgânicos, sendo imprescindível uma avaliação diagnóstica cuidadosa e pormenorizada que permita a correta diferenciação (Talbot et al., 1992).

É fundamental elaborar um exame físico rigoroso, recolher os dados necessários para completar a história do doente, possibilitando assim a exclusão de causas orgânicas para a sintomatologia psicótica. Os sintomas psicóticos podem ser encontrados em várias situações atendendo a abuso de substâncias, intoxicação devido à toma de medicação, doenças infecciosas, metabólicas e endócrinas, bem como a tumores e outras lesões. Testes laboratoriais de rotina podem ser úteis na exclusão de possíveis etiologias orgânicas. A eletroencefalografia, a tomografia axial computadorizada e a ressonância magnética podem também constituir exames complementares relevantes para excluir diagnósticos alternativos, mas são desnecessários como procedimentos de rotina (Ibidem).

Como os sintomas psicóticos estão presentes em diversas formas de patologia, podem confundir assim o diagnóstico concreto.

Abordando os transtornos do humor, existe a controvérsia de como classificar os doentes com delírios ou alucinações de tipo esquizofrénico em concomitância com sintomas do humor, na ausência de transtorno primário do humor. Assim, estes doentes são diagnosticados como tendo transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco ou depressivo. As características essenciais deste tipo de distúrbio são um período ininterrupto de doença, durante o qual os critérios para um episódio depressivo maior, maníaco ou misto ocorrem em conjunto com os sintomas principais da esquizofrenia. Além de que, os delírios e as alucinações devem estar presentes pelo mínimo de duas semanas, na ausência dos sintomas proeminentes do humor. Ainda a salientar que, os sintomas do humor devem estar presentes durante uma parte substancial do tempo total de duração da doença. Este transtorno, contudo não é considerado um subtipo de esquizofrenia, mas sim uma outra forma de doença psicótica. Pensa-se pois que talvez exista uma considerável sobreposição quanto à etiologia e à fisiopatologia do transtorno esquizoafetivo e a esquizofrenia por um lado, bem como os transtornos psicóticos do humor e a esquizofrenia por outro (Michael et al., 2002).

Doentes com perturbação afetivo-bipolar em fase maníaca ou gravemente deprimidos podem apresentar sintomas psicóticos por picos da sua doença. Tal

sintomatologia pode incluir alucinações ou delírios, relacionados muitas vezes com estados do humor. Ou seja, dados relativos à história clínica do doente podem ajudar a diferenciar estes achados, na presença de outros sintomas como o aumento dos níveis de energia, o delírio de grandeza, a desinibição sexual, a irritabilidade, a taquilalia e a distrabilidade. A psicose pode ainda acompanhar a fase depressiva da doença bipolar ou unipolar. Estes transtornos do humor devem ser diferenciados de esquizofrenia, na presença de outros critérios necessários ao diagnóstico assertivo. Quando os sintomas psicóticos, indistinguíveis dos da esquizofrenia, ocorrem apenas durante períodos de transtorno do humor, o diagnóstico deve ser de transtorno do humor com traços psicóticos ou transtorno esquizoafetivo (Ibidem).

Muitos outros problemas de saúde podem estar na origem também de sintomas psicóticos. Nestes casos deve ser avaliada criteriosamente a cronologia dos sintomas em relação à causa que os estimulou e observar a evolução dos mesmos em relação ao desaparecimento da causa. Existem, nomeadamente, substâncias que podem induzir sintomatologia psicótica, como as anfetaminas, os alucinogénios, os alcalóides da meladona, os barbitúricos, o álcool, a cocaína, a quetamina, entre outras. Doentes com problemas Médicos ou neurológicos podem apresentar sintomas psicóticos antes de desenvolver outros sintomas. Alguns dos casos incluem epilepsia do lobo temporal, neoplasias, trauma frontal ou límbico, acidentes cerebrovasculares, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, deficiência de vitamina B12, envenenamento por monóxido de carbono, doença de Creutzfeldt-Jakob, doença de Fabry, doença de Fahr, doença de Hallervorden-Apatz, envenenamento por metais pesados, porfiria intermitente aguda, encefalite por herpes, homocistinúria, doença de Huntington, leucodistrofia metacromática, neurosífilis, hidocéfalo com pressão normal, pelagra, lúpus eritematoso sistémico, síndrome de Wernicke-Korsakoff e doença de Wilson. O progresso clínico, a história do doente e análises laboratoriais detalhadas, ajudam nestas situações a identificar a doença causal e a excluir a hipótese de esquizofrenia (Michael et al., 2002).

Outros tipos de doenças psicóticas, já abordadas anteriormente, que se devem diferenciar da esquizofrenia são a psicose reativa breve (com sintomas do tipo esquizofrénico por um mínimo de um dia, mas menos que quatro semanas, seguidos de um episódio de stress significativo), transtorno esquizofreniforme (com sintomas ativos e residuais por pelo menos um mês, mas menos que seis meses) e transtornos psicóticos sem outra especificação (para transtornos psicóticos que não preenchem os critérios

para qualquer transtorno psicótico específico ou a respeito dos quais não existe informação congruente com um diagnóstico específico). A doença esquizofreniforme está por norma associada a um melhor prognóstico que a esquizofrenia. O diagnóstico deve ser feito em bases provisórias, a menos que toda a sintomatologia se resolva dentro de um período de seis meses. Se a sintomatologia persistir, o diagnóstico deve ser alterado para esquizofrenia. Tal transtorno apresenta traços de bom prognóstico quando: o início dos sintomas psicóticos proeminentes é dentro das quatro semanas do primeiro desvio bem definido do funcionamento habitual, a confusão e a perplexidade estão no auge dos sintomas positivos, existe bom funcionamento social e vocacional pré-mórbido e ausência de afeto embotado ou monótono. Na ausência de, no mínimo, dois dos itens anteriormente referidos, o transtorno esquizofreniforme é especificado como não tendo traços de bom prognóstico. Já o transtorno delirante, também distinto da esquizofrenia, contempla delírios não bizarros na ausência de alucinações, linguagem e comportamento desorganizados e sintomas negativos proeminentes ou transtorno do humor (Ibidem).

Os transtornos da personalidade que incluem as personalidades esquizotípica, esquizóide, paranóide e borderline possuem características comuns à esquizofrenia, como a ideação paranóide, o pensamento mágico, a evitação social e a linguagem vaga. Contudo, nos transtornos da personalidade estes sintomas são mais leves que na esquizofrenia e podem estar presentes ao longo de toda a vida do doente não apresentando uma data definida de início (Michael et al., 2002).

Em conclusão, antes de se estabelecer um diagnóstico preciso, é necessário estudar muito bem o doente, a sua história clínica e realizar de forma rigorosa o seu exame físico e mental, despistando as várias formas de análise (Ibidem).

2. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO DOENTE PSICÓTICO

Desde Florence Nightingale, a enfermagem é descrita como a arte de cuidar. O Enfermeiro é tido como profissional capaz de perceber o ser humano, de uma forma global, ajustada, solidária, sensível, harmoniosa e criadora. Contudo, em função da busca desenfreada pela cientificidade, muito dessa perspectiva tem-se perdido. Ao longo dos anos, houve muitas transformações no cuidado do doente mental. No novo contexto, para se incluir como profissional de referência, o Enfermeiro teve que rever a sua prática clínica, focando-se em novas formas de cuidado (Tavares, 2002).

O papel terapêutico do Enfermeiro foi explorado por Peplau (Tavares, 2002), que o considerou o âmago da enfermagem psiquiátrica. O Enfermeiro deveria desenvolver competências para se relacionar com os doentes de modo a compreender o significado dos seus comportamentos e, assim, poder ajudá-los nas suas adversidades (Barros, 2000).

Portanto a enfermagem psiquiátrica tornou-se um processo interpessoal, capaz de promover e manter um comportamento no indivíduo, família, grupo, organização ou numa comunidade, contribuindo para uma assistência holística e biopsicossocial (Stuart, 2001).

A prática em enfermagem psiquiátrica baseia-se em ações que visam melhorar a qualidade de vida do doente e sua família, contribuir para o controle do surto da doença, torná-la estabilizada, ajudar na integração social após o aparecimento da doença e a cooperar na adesão ao tratamento e à adaptação a uma nova condição de vida (Mary, 2009).

Neste seguimento, o hospital não deve ser apenas um local onde se trata da remissão dos sintomas; deve haver antes uma preocupação em disponibilizar conhecimento e aptidões ao doente e aos seus familiares de forma a promover melhoras clínicas significativas, aumentando a sua autoconfiança e disponibilizando-lhes as ferramentas necessárias à construção duma vida o mais próxima possível do normal, dentro das suas limitações (Andreasen, 2005).

2.1 ALTERAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS

Como diz Sequeira (2006), todas as afeções que afetam o corpo, podem provocar doença mental. Desde que tais afeções provoquem um desequilíbrio em termos de organização mental. É a relação existente entre uma sociedade organizada e um sujeito (...) é a desarmonia ou desequilíbrio da generalidade da organização da personalidade do indivíduo.”

Este desequilíbrio representa o campo de intervenção da enfermagem em saúde mental, independentemente da alteração das atividades de vida que o doente possa apresentar (Amaral, 2010).

Apesar de ser notoriamente difícil descrever um percurso “natural” e invariável das doenças em geral, facilmente nos apercebemos que a esquizofrenia é uma doença mental complexa, incerta no seu desenvolvimento, cujo curso de evolução pode variar consideravelmente de pessoa para pessoa (Wiersma, Nienhuis, Slooff, & Giel, 1998), conforme o próprio Kraepelin chegou a observar.

Tal curso variável pode implicar diferentes níveis de incapacidade e comprometimento no que diz respeito às atividades de vida diárias do doente.

Assim, podem-se constatar desde casos com início agudo, com poucas recaídas e com boa recuperação ao longo do tempo, até casos com recaídas frequentes e exacerbações, e com progressiva deterioração funcional ao longo do tempo (Cardoso, 2002; Lawrie & Johnstone, 2004).

O comprometimento cognitivo associado à esquizofrenia promove défices neuropsicológicos na atenção, memória de trabalho, aprendizagem verbal e solução de problemas. Esses défices têm mostrado relação com o comprometimento funcional (por exemplo, comportamento social, performance no trabalho e atividades da vida diária) (Matza et al., 2006).

A cognição pode ser definida como um conjunto de capacidades que habilitam os seres humanos a desempenhar uma série de atividades no âmbito pessoal, social e ocupacional, tais como: concentrar-se na leitura de um livro, aprender novas informações, solucionar problemas, realizar escolhas, manter uma conversa, entre outras. O prejuízo dessas capacidades já era apontado por Kraepelin (1896) e Bleuler (1911) como a característica central da esquizofrenia e, desde essa época, o interesse pelo curso e extensão dos prejuízos vem sendo amplamente estudado (Sharma e Antonova, 2003).

Os défices cognitivos, segundo os estudos conduzidos no primeiro episódio com doentes não-tratados, parecem ser prévios ao desenvolvimento da doença. Num estudo de revisão realizado por Torrey (2002) sobre doentes nunca tratados com medicação antipsicótica, os achados neuropsicológicos indicaram défices de memória e de aprendizagem, atenção, abstração, linguagem, funcionamento executivo e velocidade psicomotora. Os resultados dos doentes nunca tratados, comparados aos dos doentes medicados previamente, foram similares.

A ideia de que essas alterações são prévias ao aparecimento da doença também ganha consistência com os estudos realizados junto a um grupo de alto risco para psicose, ou seja, pessoas que ainda não apresentaram a doença, apesar de já manifestarem alguns dos sintomas característicos do transtorno ou fatores de risco. Tais estudos mostram uma performance pior dessa população nos testes neuropsicológicos quando comparados aos da população normal (Hawkins et al., 2004; Niendam et al., 2006).

Apesar de um grande número de pesquisas descrever alterações cognitivas na esquizofrenia, ainda não há uma concordância em relação aos aspetos qualitativos e quantitativos desses défices. Dificuldades com relação às diferenças na escolha das amostras e aos instrumentos de avaliação e interpretação dos resultados levam, com frequência, a conclusões divergentes sobre o assunto (O'Carroll, 2000; Fioravanti et al., 2005). Há ainda controvérsias quanto à questão global dos défices em relação aos prejuízos específicos, uma vez que muitos estudos mostram alterações neuropsicológicas em vários domínios cognitivos, o que ainda não nos permite afirmar que há um padrão de défices cognitivos na esquizofrenia (Joyce e Roiser, 2007).

Contudo, performances menos eficientes foram observadas nas áreas da atenção, funções executivas, memória de trabalho, memória e aprendizagem verbal e parecem ser consistentes na maioria dos estudos. Esses défices também foram considerados os preditores mais consistentes do sucesso ou fracasso nos diferentes aspetos da consequência funcional da esquizofrenia (Peuskens et al., 2005).

Green (1996) selecionou três áreas como representativas de um bom nível funcional: funcionamento social, funcionamento ocupacional e vida independente. Atividades que envolviam a avaliação dessas três áreas foram relacionadas com o

desempenho dos doentes com esquizofrenia nos testes neuropsicológicos. Os resultados indicaram correlação entre: funcionamento social e memória declarativa e vigilância; funcionamento ocupacional e funções executivas, memória declarativa, memória operacional e vigilância; vida independente e funções executivas, memória declarativa e memória operacional.

Assim como os prejuízos cognitivos, os prejuízos funcionais também são observados tanto no início da doença, como na população de alto risco para psicose, com impacto significativo sobre as atividades da vida diária. Em contraste com o curso episódico dos sintomas psicóticos, as consequências funcionais tendem a ser estáveis por longo tempo em praticamente todos os doentes, independentemente da gravidade do quadro (Sharma e Antonova, 2003; Niendam et al., 2006).

Na última década, o interesse em investigar a relação entre os prejuízos cognitivos e funcionais na esquizofrenia tem vindo a crescer, o que foi viabilizado por meio de estudos neuropsicológicos. Neste sentido, os instrumentos neuropsicológicos têm sido utilizados para correlacionar os défices cognitivos com o grau de incapacitação interpessoal e ocupacional relacionado com a doença (Green, 1996; Addington e Addington, 1999; Adad et al., 2000). A respeito da diversidade de alterações cognitivas encontradas na esquizofrenia, sabe-se que apenas um número restrito de défices cognitivos apresenta correlação significativa com o nível de prejuízo funcional, assim, somente alguns défices foram considerados preditores.

Resultados similares foram encontrados no estudo realizado por Addington e Addington (1999). Prejuízos da memória declarativa, atenção (vigilância), memória operacional e das funções executivas têm implicações importantes para a vida diária. O bom funcionamento social, ocupacional e a maior autonomia requerem do indivíduo, a cada momento, a habilidade para aprender novas informações e para usá-las de forma adaptativa como, por exemplo, para lembrar nomes de novos conhecidos, eventos para partilhar com um amigo, prestar atenção e acompanhar o curso de uma conversa, aprender novas tarefas no trabalho, fazer compras, entre outras atividades.

Neste sentido, os défices cognitivos podem também ser considerados como um índice limite para a aquisição de novas habilidades (Sharma e Antonova, 2003).

Segundo O'Carroll (2000), as alterações neuropsicológicas, que já são observadas logo no primeiro episódio psicótico, parecem sugerir prejuízos quanto ao neurodesenvolvimento. No entanto, ainda não há um consenso sobre o curso do declínio ao longo da doença. Alguns estudos sugerem uma estabilidade das alterações cognitivas.

Ainda de salientar que a psicossintomatologia pouca influência tem na predição da funcionalidade das pessoas com doença mental, sendo muito comum que permaneça a incapacidade mesmo após a remissão sintomática (Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 2002; Corrigan & Buican, 1995).

2.2 PROBLEMÁTICA PSICOSSOCIAL E REINTERNAMENTO

A assistência a nível psiquiátrico é premente sempre que estamos na presença de indivíduos com transtornos mentais graves, que causam por norma bastante sofrimento e incapacidade. Recentemente tem-se assistido a uma tendência assistencial que passa pela reintegração do doente mental na sua comunidade, contrariando a tendência para a hospitalização. Mas será que a sociedade está capaz de dar resposta às necessidades destes doentes e respetiva família? E a própria família, terá as bases de sustentação necessárias para lidar com este processo muitas vezes doloroso de convivência com esta realidade (Alonso, 2000)?

O relatório da Organização Mundial de Saúde reclama que não deverá existir discriminação dos doentes mentais, devendo-lhes ser atribuído o direito de ter acesso aos cuidados necessários, inseridos na sua própria comunidade. Cada indivíduo deve ser tratado do modo menos intrusivo e restritivo possível e num ambiente pouco reducionista (OMS, 2001).

Ainda de referir que o tratamento adequado destes doentes passa pelo uso racional de intervenções farmacológicas, psicológicas e sociais de forma clinicamente significativa, equilibrada e integrada (OMS, 2001).

Assim a crescente ideia de desospitalização, desinstitucionalização com enfoque no atendimento social, norteiam cada vez mais o processo de mudança na estrutura do tratamento psiquiátrico, assistindo-se a uma valorização do cuidado extra-hospitalar, nos serviços ambulatoriais e centros de dia em detrimento da assistência intra-

hospitalar. Contudo, apesar da vontade e das crenças nesta mudança, a assistência comunitária ainda encontra problemas a nível operacional, devido a questões no que respeita à gestão de recursos e preparação de profissionais para esta nova realidade (OMS, 2001).

Entretanto observa-se que nem tudo acontece como se pretende, ou seja, as recidivas acontecem com frequência, assim como o período médio de internamento é longo e o espaço entre internamentos é pequeno. Perante esta situação entende-se que a saúde mental em Portugal ainda aguarda por um longo caminho de evolução na sua reforma psiquiátrica. Ou seja, o discurso de mudança no modelo assistencial é assertivo, mas as ações de implementação de novos serviços poderão estar aquém do necessário (Furegato, 2007).

Durante o internamento os doentes desaprendem as regras básicas de convivência em sociedade e ao sair do hospital a pessoa fica marcada pelo estigma e preconceito (Goffman, 2003). O internamento não representa apenas uma forma de tratamento para o doente, pois os familiares relatam a dificuldade em conviver com a desordem da loucura e consideram a hospitalização um momento em que podem descansar e viver com tranquilidade. Para a permanência do doente em casa, os familiares adotam como condição o uso de medicação, que evite os comportamentos inadequados e o reinternamento costuma ocorrer devido à suspensão do uso dos medicamentos prescritos (Sadigursky, 1997).

Sem dúvida que os dados históricos mostram o caminho de uma mudança em relação à assistência prestada ao doente mental; porém, apesar desta mudança, ainda há muitos e recorrentes internamentos hospitalares. Se hoje existe uma preocupação importante em diminuir os internamentos em hospitais psiquiátricos, qual o caminho do doente mental na sua vida quotidiana e na comunidade que o leva a um ciclo de reinternamentos (Alonso, 2000)?

Quando se verifica o frequente reinternamento de doentes mentais, deve ser questionado o que estará a falhar nas áreas de atendimento pelas quais o doente passa, ou seja, o internamento ou os serviços extra-hospitalares ou ainda uma combinação de vários elementos poderão estar a condicionar negativamente uma resposta positiva ao tratamento destes doentes (Santos, 2003).

Então, se a institucionalização pode ter significações negativas para o doente e se nos serviços comunitários houver respostas mais adequadas para situações de crise,

sem comprometer os vínculos sociais do doente, estes recursos devem pois ser privilegiados (Amico, 2005).

Em suma, os fatores que culminam para a propensão a situações de reinternamento salientam-se: a história natural e a gravidade da doença, os fatores sociais como o nível socioeconómico, a origem cultural, a carência de suporte social e familiar e mesmo as lacunas no próprio sistema de saúde (Gastal et al., 2000).

Ainda a acrescer a discriminação do doente mental que aliada às limitações próprias da doença, proporcionam a exclusão a que assistimos e que promove a cultura da dependência (Koga, 2002).

O doente mental tem necessidades específicas que não passam apenas pelo controlo da sintomatologia, devendo envolver a sua integração na sociedade, com desempenho de um papel social de modo estruturalmente adequado. É um indivíduo que necessita de apoio para enfrentar as diversas exigências da vida, com vista à melhoria do seu estado, contribuindo para viver o melhor possível com a doença. Torna-se pois essencial a visão holística do doente psiquiátrico, longe de uma análise meramente Médica, dando lugar a uma visão amplamente biopsicossocial.

2.3 A PREPARAÇÃO PARA A ALTA

Como já foi aludido, a esquizofrenia é uma doença crónica, com uma importante carga financeira e social para o doente, bem como para os seus familiares e sociedade. Essa carga refere-se aos custos com a intervenção Médica, com o transporte dos doentes para a realização do tratamento, a perda da produtividade, status funcional e qualidade de vida, como também a dor, o sofrimento e as limitações impostas pela doença (Daltio, Mari & Ferraz, 2007).

Neste contexto, torna-se essencial facilitar os processos de adaptação pelos quais o doente e família terão que passar após uma alta clínica, ou seja, é essencial a promoção de um eficaz processo de reabilitação.

A reabilitação pode ser definida como uma tentativa de controlar os fatores ambientais, assim como de equilibrar ou minimizar as dificuldades sociais e psicológicas residuais, salientando as qualidades do doente e promovendo as suas habilidades. A reabilitação é um processo que deve ser continuamente aplicado dentro do hospital e apoiado pela comunidade, dando-lhe seguimento. Altas hospitalares mal preparadas acabam por condicionar a reabilitação comunitária (Bandeira e Irano, 2002).

Na reabilitação há que ter em conta as necessidades individuais do doente bem como da sua rede social de apoio. Para que tal seja assegurado, é necessária a atuação de vários serviços e uma sensibilidade social para conseguir uma reintegração social destes indivíduos com dignidade (Ibidem).

Kaplan (1986) referiu em termos genéricos os possíveis resultados finais que se preconizam para a esquizofrenia, variantes conforme o sucesso do processo de reabilitação: recuperação completa e permanente; remissão completa com uma ou mais futuras recidivas; remissão social, com defeito da personalidade, sendo o doente capaz de se autocuidar e sustentar sem depender de supervisão; cronicidade estável; deterioração até uma fase terminal. Esta última fase - uma vida vegetativa – é o fenómeno menos comum nos últimos 25 anos, pois os métodos modernos de tratamento clínico e sociais, têm conseguido o êxito necessários, de modo a impedir pelo menos o culminar desta fase terminal nos indivíduos com esta patologia e que em muito estava associada às consequências da própria institucionalização.

Para o sucesso da reabilitação do doente é crucial que a alta constitua uma preocupação da equipa desde o seu momento de entrada no serviço psiquiátrico, para que futuramente ele seja co-participante no seu tratamento. Estudos têm mostrado que o ideal é que o planeamento da alta seja iniciado logo após a admissão do doente ou mesmo antes do internamento, em ambulatório, com a identificação das suas necessidades reais ou potenciais (Costa, 2007).

A partir do momento em que o doente se sente valorizado e integrado no seu processo de cuidar, ele pode sentir que também é responsável por si mesmo e pelo seu próprio cuidado e conseqüentemente resgatar a sua cidadania, potencialmente presente, antes da sua condição de cronicidade (Day, 2005).

As evidências indicam que a hospitalização prolongada acontece com frequência, especialmente em doentes esquizofrénicos em condições graves de desenvolvimento da doença, cujas características e sintomatologia caracterizam um perfil agressivo, resistente a medicamentos, com ideações suicidas recorrentes e sem apoio familiar de retaguarda para lidar com os aspetos lesivos da doença (Gabbard, 1998). Neste seguimento, é crucial promover uma alta eficaz por forma a evitar recidivas e a cronificação da doença.

Uma boa alternativa à hospitalização e após o controlo da fase aguda da doença, é o hospital de dia, que desenvolve um tipo de tratamento caracterizado por semi-hospitalização que possibilita ao doente permanecer durante o dia no hospital, em dias úteis da semana, para a realização de várias atividades realizadas individualmente e/ ou em grupos, permitindo o retorno ao final do dia à rotina do seu domicílio de forma integrada e estruturada (Netto, 1996).

Muitas famílias que conhecem esta forma de tratamento, aprovam e recomendam o hospital dia, pois além de garantir a medicação, vai contra a apatia e inércia do doente, oferecendo a possibilidade de o integrar em atividades e convivência com outras pessoas. As famílias confiam no hospital dia e ficam tranquilas quando o doente passa o dia em tratamento e não à deriva (Salles, M. M., 2007).

Contudo as recorrentes hospitalizações continuam a ser comuns e a constituir um fenómeno preocupante pois podem também contribuir para o processo de cronificação da doença, aumentando o isolamento do doente e o seu distanciamento do mundo (Alonso, 2000).

Segundo Bandeira e Irano (2002), os doentes psicóticos sentem dificuldades sérias de adaptação no quotidiano, o que implica um aumento do stress, contribuindo assim para a recorrência dos sintomas e consequentes reinternamentos. A descontinuidade no atendimento deste tipo de doentes é um dos principais problemas na gestão dos processos de alta, o que deve transformar-se na construção de estratégias de seguimento mais adequadas e integradas nos serviços de apoio.

As alternativas à hospitalização deviam-se constituir enquanto política de saúde mental de forma regionalizada, hierarquizada e integrada; procurando racionalizar a distribuição de recursos materiais e humanos, canalizar os recursos financeiros, controlar o fluxo de doentes e garantir a integração interinstitucional (Alonso, 2000).

3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

O acompanhamento terapêutico é essencial para o doente psicótico e deve ser realizado por um profissional altamente capacitado para o auxiliar no desenvolvimento de novas capacidades e para promover a confrontação com as dificuldades que ocorrem diariamente, estimulando-o a refletir e a favorecer a organização e o desenvolvimento de metas para a reintegração social (Netto, 1996).

A assistência de enfermagem a este tipo de doente é fundamental e específica e visa atender às necessidades humanas básicas, facilitando a comunicação e a participação social do doente e familiares. Envolve uma série de intervenções com o intuito de melhorar as condições e a qualidade de vida do doente e sua família, ajudando-os na manutenção e controle dos surtos e da doença. Também deve contribuir para uma melhor integração social, adesão ao tratamento e adaptação a uma nova condição de vida (Durão, 2007).

Na interação com o doente psicótico, o Enfermeiro e/ ou terapeuta deve demonstrar empatia, senso de humor, proporcionando apoio ao seu crescimento, trabalhando a criatividade e visando permitir e aceitar a confrontação. Há várias formas de terapias interessantes e determinadas pelas necessidades dos doentes. Alguns Enfermeiros, através de formação e experiência, dispõem de competências necessárias para conduzir esses grupos terapêuticos (Zanini, 2000).

As modalidades de intervenção abrangem tratamentos psicossociais e psicobiológicos e devem incluir sempre o doente e respectiva família. Em relação ao aspecto biológico, é importante que a enfermagem domine conhecimentos e observe os efeitos colaterais da medicação, acompanhe a saúde geral e a evolução do doente e da família perante o tratamento. Nos aspectos psicossociais, a enfermagem pode desenvolver várias atividades, como a visita domiciliária e coordenação de grupos de doentes em oficinas e demais atividades, além de estimular os doentes a usarem recursos disponíveis na sociedade, como o trabalho voluntário, atividades de grupo, exercícios físicos, atividades de lazer, entre outros (Netto, 1996).

O doente deve sentir-se seguro no ambiente de tratamento e com as pessoas que o assistem. O Enfermeiro, ao promover essa segurança, aumenta o vínculo de confiança,

melhora a qualidade assistencial e, conseqüentemente, obtém melhores resultados finais (Giacon, 2005).

Algumas das formas de promover a segurança são: identificar os fatores que aumentam a sua ansiedade; ajudar o doente a identificar o seu comportamento ansioso e a sua causa, visando diminuir a incidência de atos perigosos contra si mesmo e contra os outros; dizer ao doente que será sempre auxiliado a manter o controlo; retirar do ambiente qualquer objeto que possa gerar lesões, mantendo-o sob constante vigilância, explicando, cuidadosamente, o perigo desses objetos; manter a equipa sempre apta a exercer as funções atribuídas, para, se necessário, realizar um atendimento de emergência; facilitar e utilizar uma abordagem eficaz e segura perante agressões e usar a contenção física somente quando necessário para amenizar riscos para o doente e para a equipa, considerando os protocolos técnicos que autorizem esse ato, comunicando previamente o doente quanto à decisão (Ibidem).

É também de extrema importância no estabelecimento duma relação terapêutica com o doente, usar empatia seguida de palavras claras, diretas e simples; questionar cuidadosamente os conteúdos trazidos pelo doente para diferenciar o delírio da realidade; trazer o doente para a realidade; intervir na diferenciação entre ilusão (interpretação perceptual alterada, resultante de um estímulo externo real) e a realidade e evitar julgar os comportamentos bizarros, respeitando a sua integridade (Santos, 2006).

A APA (Associação Psiquiátrica Americana) refere como passos cruciais para uma boa intervenção terapêutica junto de doentes com esquizofrenia: estabelecer e manter a aliança terapêutica; monitorizar e acompanhar o doente, atendendo aos sintomas de recaída; promover educação sobre a esquizofrenia e seu tratamento; determinar a necessidade de medicação e de intervenções psicossociais e elaborar um plano de tratamento; reforçar a adesão ao plano de tratamento; incentivar a compreensão e a adaptação psicossocial; ajudar a reconhecer precocemente as recaídas, promovendo mudanças no tratamento e identificar fatores que precipitam ou perpetuam os surtos; reunir esforços para aliviar o stress familiar e melhorar o funcionamento familiar; facilitar o acesso do doente aos diversos serviços e coordenar os recursos destinados à saúde mental, tratamento de clínica geral, segurança social, lazer etc. Os objetivos gerais do tratamento são os seguintes: reduzir a gravidade dos sintomas psicóticos; prevenir o reaparecimento dos episódios sintomáticos e a deterioração associada do funcionamento do indivíduo e facultar um apoio que permita ao doente um funcionamento ao máximo nível possível. Os fármacos antipsicóticos, a reabilitação, as

atividades com apoio comunitário e a psicoterapia são os componentes principais do tratamento.

Na abordagem do processo de enfermagem, inicialmente o Enfermeiro deve preocupar-se em reunir toda a informação necessária, a partir do qual irá postular os respetivos diagnósticos e intervenções adequadas. A apreciação de doentes portadores de esquizofrenia pode significar um processo complexo, pois num episódio agudo, o doente não se encontra capaz de uma contribuição significativa para a construção da sua história clínica. Assim, torna-se necessário obter informações oriundas de diversas fontes. É também conveniente que o profissional esteja familiarizado com a dinâmica comum da doença, para melhor saber lidar com ela e avaliá-la (Mary, 2009).

Utilizando a informação obtida na avaliação do doente, conseguem-se estabelecer os diagnósticos de enfermagem apropriados. Para a avaliação correta dos cuidados necessários ao doente psicótico e especulação dos devidos resultados o Enfermeiro pode basear-se nos seguintes critérios para o auxiliar, verificando se o doente: demonstra capacidade de se relacionar satisfatoriamente com os outros; reconhece distorções da realidade; não causa danos a si mesmo ou aos outros; percebe o self de modo realista; demonstra capacidade de perceber corretamente o ambiente; mantém a ansiedade a um nível controlável; renuncia à necessidade de delírios e alucinações; demonstra capacidade de confiar nos outros; usa uma comunicação verbal apropriada nas interações com os outros; executa independentemente as atividades de autocuidado (Ibidem).

Para Mary (2009), inspirada na NANDA (2007) é possível fazer-se a seguinte atribuição de diagnósticos a comportamentos comumente associados a perturbações psicóticas: processos de pensamento perturbados; percepção sensorial perturbada; isolamento social; risco de violência dirigida a si mesmo e aos outros; comunicação verbal prejudicada; défice no autocuidado; coping familiar incapacitado; manutenção ineficaz da saúde e manutenção da casa prejudicada.

A avaliação das necessidades específicas e as ações de enfermagem devem ser aplicadas de acordo com a individualidade de cada doente e de cada família. Tendo assim em vista uma reorganização dos sintomas dos doentes e uma prevenção para futuros episódios, evitando a deteriorização definitiva que leva a incapacidade mental. A enfermagem psiquiátrica está então fundamentada no relacionamento interpessoal, no qual observa os aspetos biopsicossociais do ser humano. No âmbito biológico a

enfermagem enfoca efeitos colaterais da medicação e acompanha a saúde geral do doente e de sua família (Gomes, 2008).

A intervenção psicoterapêutica junto deste tipo de doentes é de primordial necessidade, sendo os Enfermeiros os profissionais que convivem mais de perto com os doentes e família os principais mentores a este nível. O esclarecimento, a educação para a saúde, o aconselhamento individual e familiar, são fontes de apoio cruciais na adaptação aos processos mórbidos, bem como à construção de mecanismos de coping adequados e ajustados às exigências da realidade da sociedade atual e das transições vivenciadas no desenrolar da doença (Ibidem).

3.1 PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO

O comprometimento funcional decorrente da evolução da esquizofrenia representa um imenso desafio para o doente, seus familiares e cuidadores. A esquizofrenia é tida como um transtorno caracterizado por promover grave deterioração funcional em várias esferas da vida e tem mobilizado inúmeros recursos com a meta de minimizar esses danos (Wallace e Liberman, 1985; Rabinowitz et al., 2007).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) - Versão 2 (2011): o autocuidado define-se como sendo “a atividade executada pelo próprio, que consiste em: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diárias (p. 41)”.

O sucesso do autocuidado está plenamente relacionado com as aptidões e capacidades a nível sensorial, cognitivo e funcional. Assim, faz todo o sentido rever de que forma os doentes com esquizofrenia apresentam alterações a estes níveis, predizendo assim de que forma o seu autocuidado poderá estar comprometido (Ibidem).

A preocupação com o funcionamento global neste transtorno tem-se mostrado crescente ao longo dos anos, sendo considerado, na atualidade, um importante indicador de desfecho na esquizofrenia. Vários instrumentos têm sido elaborados para orientar a mensuração da gravidade e melhorar o entendimento de causas relacionadas com as perdas do doente na execução de atividades sociais e de vida (Jolley et al., 2006).

Wing e Brown (1970), num estudo de acompanhamento de doentes internados por um longo período, demonstraram que o preditor mais confiável de melhoria dos sintomas positivos e negativos diz respeito à mudança de hábitos sociais como a redução do tempo ocioso e o aumento do contacto social dos doentes.

Olbrich et al. (1993) usaram uma abordagem similar e encontraram uma associação positiva entre a melhoria do funcionamento social e a redução dos sintomas psicóticos. O processo de desinstitucionalização dos doentes portadores de transtorno mental tem ampliado o conceito de tratamento psiquiátrico. Há uma crescente valorização das conquistas no desempenho social e pessoal desses doentes.

O processo de reabilitação tem como objetivo manter um acompanhamento dos doentes na comunidade, buscando o aperfeiçoamento de habilidades que proporcionem maior autonomia em diversas áreas da vida quotidiana (Bandeira et al., 1998).

Mas tarefa de promover uma melhoria no desempenho funcional na esquizofrenia é, sem dúvida, muito complexa. As experiências subjetivas relacionadas com esse transtorno promovem situações e percepções da realidade bastante particulares. Na maioria das vezes, tais experiências dificilmente são compartilhadas com as demais pessoas, incluindo os cuidadores e os profissionais envolvidos no tratamento. Dentro desse contexto, existe ainda um grande estigma, vinculado a uma visão socialmente negativa, que dificulta uma real inserção do doente com esquizofrenia na comunidade (Villares e Sartorius, 2003).

Duas estratégias medicamentosas têm sido utilizadas para abordagem dos défices cognitivos na esquizofrenia. A primeira envolve o uso de medicamentos que melhoram a cognição, os quais atuam em diferentes sistemas de neurotransmissão. Contudo, há ainda a dificuldade em lidar com os efeitos adversos desses medicamentos, que eventualmente podem piorar o quadro psicótico (Harvey e McClure, 2006; Bowie e Jaga, 2007).

A segunda estratégia envolve o uso de antipsicóticos que, de todo modo, são utilizados para tratar o quadro agudo da doença, bem como para evitar recaídas no tratamento de manutenção. Os antipsicóticos de primeira geração parecem apresentar um discreto benefício quanto à cognição na esquizofrenia. Já os antipsicóticos de

segunda geração têm um efeito benéfico, melhorando o desempenho dos doentes em várias áreas cognitivas (Harvey e Keefe, 2001; Woodward et al., 2005).

Os resultados mostram um efeito positivo, variável conforme a dimensão cognitiva que está a ser avaliada. Alguns estudos mostram também diferenças de ação nos mais diversos domínios cognitivos entre os antipsicóticos utilizados. Tais diferenças ainda precisam ser mais bem estudadas e ainda não constituem indicação diferencial para o uso deste ou daquele antipsicótico diante de um doente com um determinado défice cognitivo específico (Ibidem).

Mas, de um modo geral, admite-se, atualmente, que os antipsicóticos de segunda geração têm um impacto positivo na cognição, conforme mensuração por testes neuropsicológicos. O significado dessa melhoria cognitiva no desempenho funcional e social dos doentes ainda não se revela claro, embora alguns estudos demonstrem que, juntamente com outras abordagens, os antipsicóticos de segunda geração podem contribuir para um melhor desempenho cognitivo dos doentes, facilitando as abordagens psicossociais (Harvey e Keefe, 2001; Woodward et al., 2005).

Em paralelo, ao longo de várias décadas, o prejuízo funcional da doença tem sido basicamente tratado por intermédio dos programas de reabilitação psicossociais (Kurtz et al., 2001), que objetivam especificamente o treino de habilidades sociais, ocupacionais, do autocuidado e que promovam uma vida independente, amparado por técnicas comportamentais. Contudo, os resultados nesta área têm sido pouco expressivos, indicando que algum outro fator poderia estar a interferir nos efeitos dessas intervenções. Atualmente, os défices cognitivos são reconhecidos como fatores centrais desses resultados.

Considerando o facto de que estes programas são baseados nos modelos de aprendizagem e de que os défices cognitivos limitam a aquisição de novas informações e habilidades, pode-se supor que quanto mais graves forem os défices cognitivos, principalmente aqueles relacionados com a atenção, a memória e as funções executivas, menor é a possibilidade dos doentes com esquizofrenia beneficiarem de tais programas. Além disso, os sintomas negativos estão associados a um menor benefício das intervenções em reabilitação psiquiátrica (Sharma e Antonova, 2003).

Contudo, estudos experimentais com ênfase no treino cognitivo sistemático têm revelado alguns resultados positivos com doentes esquizofrénicos (Kurtz et al., 2001). Os autores revisaram e analisaram os estudos de reabilitação cognitiva em três áreas: funções executivas, atenção e memória. Os resultados indicaram que os doentes

obtiveram melhoria da habilidade atencional e da memória por meio do treino de sustentação da atenção e procedimentos de codificação. Além disso, o treino dessas habilidades levou a uma melhoria do reconhecimento dos sinais sociais.

O modelo compensatório comumente utilizado na reabilitação Médica tem sido considerado o mais apropriado para minimizar o impacto dos défices cognitivos na vida diária (Bellack et al., 1999). Assim, o emprego de estratégias compensatórias, como o uso de anotações e averiguação e a utilização de pistas visuais, assim como o treino das habilidades cognitivas, podem contribuir de forma efetiva para a minimização das consequências funcionais dos défices cognitivos na esquizofrenia no quotidiano.

Apesar de os resultados nessas áreas serem considerados promissores (Kurtz et al., 2001; Peuskens et al., 2005), uma série de questões continua em aberto, como aquelas relacionadas com a sustentação dos ganhos obtidos por intermédio do programa de reabilitação cognitiva e a generalização desses ganhos para as outras atividades da vida diária. Além disso, a maioria dos estudos que foram revisados e analisados continham amostras de doentes crónicos, ou seja, com maior grau de prejuízo cognitivo e, conseqüentemente, maior sintomatologia negativa (Kurtz et al., 2001). Neste sentido, o trabalho de reabilitação cognitiva poderia alcançar um efeito ainda maior com populações menos prejudicadas, como os doentes de primeiro episódio ou então por meio da intervenção precoce na população de alto risco.

É então conclusivo que muitos doentes com esquizofrenia apresentam prejuízos cognitivos significativos, especialmente em relação à memória, à atenção e ao funcionamento executivo. Esses prejuízos inevitavelmente têm um importante impacto sobre a capacidade funcional do doente e conseqüentemente na aptidão para a execução das atividades de vida diárias (Bellack et al., 1999).

Torna-se assim de extrema importância avaliar o comprometimento da funcionalidade quando fazemos intervenções em esquizofrenia. Essa avaliação é possível através do acompanhamento do doente em aspetos da vida ocupacional, social, no seu auto cuidado e em comportamentos disruptivos e faculta uma mais-valia na posterior implementação de estratégias que ajudem o indivíduo a ultrapassar limitações e obstáculos impostos pela doença nas suas atividades de vida diárias (Ibidem).

É ainda fundamental não esquecer os prestadores de cuidados, por norma, familiares, aos quais deve ser dado apoio, esclarecimento e informação, para que melhor saibam lidar com a doença e enfrentar as suas dificuldades. Esta atenção é de extrema

importância pois a família constitui o elo de ligação para a reintegração do doente mental no seu meio sociocultural, permitindo-lhe a aproximação a uma vida com a menor limitação possível.

A abordagem terapêutica na esquizofrenia tem passado por diversas mudanças ao longo das últimas décadas. O trabalho de profissionais de saúde mental, atuando em equipa, favorece uma visão ampla do comprometimento do indivíduo. Os serviços de saúde mental têm frequentemente adotado o conceito de reabilitação biopsicossocial. Para tal, fazem uso de uma equipa multidisciplinar, com vista a que as intervenções levem a uma melhoria no desempenho social, com medidas comportamentais de reabilitação ou novas medicações com maior eficácia em sintomas negativos, como metas no tratamento de doentes com esquizofrenia (Georgieff, 1995).

Hoje sabe-se que a doença e a deterioração iniciam-se anos antes das manifestações clínicas mais características da psicose. Por acontecimentos de crise, típicos da esquizofrenia, que evolui de forma crónica, o tratamento prolongado e sempre acompanhado de perto é emergente, pois a doença implica sérias perturbações na vida relacional, social e profissional do doente (Ibidem).

3.2 GESTÃO DE SINAIS E SINTOMAS E ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Recentemente tem-se verificado que o prognóstico e os aspetos irreversíveis da sintomatologia da esquizofrenia são piores quanto mais tempo esta perdurar sem tratamento. Daí que todo o esforço da comunidade científica esteja agora virado para os sintomas precoces e para a necessidade de instituir um tratamento o mais precocemente possível. Acredita-se que, com esta prática, se possa melhorar o prognóstico e, portanto, se possa evitar o tratamento durante toda a vida, a deterioração cognitiva e social, os sintomas residuais e a vulnerabilidade a novos surtos psicóticos (Wyatt, 1995).

Tal implica uma abordagem interdisciplinar, proporcionando uma melhor qualidade de vida ao doente dentro dos limites impostos pela própria doença (Netto, 1996).

A adesão do doente ao regime terapêutico é o comportamento desejável no tratamento de todas as doenças crónicas, sendo um tema bastante estudado em diferentes áreas. Na psiquiatria, a adesão visa, possibilitar que o tratamento psicofarmacológico auxilie no controlo dos sinais e sintomas psiquiátricos, melhore a

adaptação à doença e minimize o risco de recaídas e a necessidade de inúmeros internamentos psiquiátricos consecutivos (Bechelli, 2003).

De acordo com a CIPE[®] – Versão 2 (2011), a adesão ao regime terapêutico é: uma ação auto-iniciada para a promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, estando o indivíduo empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. O doente com adesão ao regime terapêutico é aquele que cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. Este conceito está frequentemente relacionado com o apoio da família e de pessoas significativas para o doente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do doente e relação entre o profissional de saúde e o mesmo.

Contudo, a adesão terapêutica é um processo complexo influenciado por múltiplas crenças e experiências que assumem um grau de importância diferente conforme cada doente. Ou seja, uma compreensão ampla da complexidade envolvida na atitude de aderir ou não ao tratamento medicamentoso por parte dos serviços e profissionais deve ser aprimorada e estar presente nos processos de capacitação dos doentes. Desse modo os doentes poderão tomar as suas próprias decisões conscientes da suscetibilidade em relação às crises do transtorno psicótico e da possibilidade de perdas e limitações nas várias esferas do seu quotidiano. Quando a adesão não ocorre, os profissionais devem, ainda, reforçar junto dos doentes os aspetos positivos alusivos à percepção dos benefícios em aderir ao tratamento medicamentoso (Alonso, 2000).

A medicação trata e previne a fase aguda da doença e é difícil promover a inserção social enquanto o doente está em crise, nesse sentido, o uso da medicação e a gestão de sinais e sintomas são passos incontestáveis, como parte crucial do processo de tratamento. Ao reduzir os sintomas, a medicação possibilita a introdução de outras formas de tratamento, organiza o mundo interno do doente, o que facilita a reintegração na realidade externa. Se muitas vezes os doentes parecem compreender a necessidade do uso regular da medicação, por outro lado, frequentemente não cumprem as prescrições Médicas. Associado a este facto, encontramos um relacionamento dos doentes com os serviços ambulatoriais sem consistência e com pouca adesão. Assim, a

equipa de saúde mental deve tomar providências para que as condutas terapêuticas sejam mantidas ao longo do tempo e de forma consolidada (Ibidem).

A introdução dos neurolépticos no tratamento das doenças mentais que se iniciou no final da década de 50 configurou a chamada Revolução Farmacológica e colaborou para o desenvolvimento de intervenções sociais e psicológicas no tratamento dos doentes mentais (Graeff, 1999).

Os doentes psiquiátricos submetidos ao tratamento com neurolépticos apresentaram uma melhoria da sintomatologia, o que permitiu uma maior interação entre doentes e profissionais de saúde. Tal situação contribuiu para uma evolução das competências da enfermagem, que vivenciou, a partir desta época, a necessidade de aprimoramentos da sua assistência (Stuart, 2001).

O papel do Enfermeiro foi, nesse processo, radicalmente transformado. Progressivamente constituiu-se uma responsabilidade de gestão direta com autonomia operativa, tornando possível uma participação desvinculada da rígida hierarquia institucional (Barros, 1999).

Contrariando as esperanças de benefícios permanentes e estáveis, logo se constatou que as recaídas e consequentes internamentos tornaram-se frequentes. Após a melhoria da sintomatologia, os doentes tendiam a tomar a medicação de forma irregular, chegando até mesmo a interromper o tratamento, demonstrando um comportamento de uso descontínuo dos neurolépticos prescritos (Bechelli, 1986).

Na verdade no curso dos tratamentos psiquiátricos, a não adesão tende a ser uma constante entre muitos doentes e as suas consequências, como o agravamento da sintomatologia, podem não ser notadas de imediato. Em alguns casos, podem mesmo passar meses, em média de três a sete meses, até começar a surgir, insidiosamente ou repentinamente, a recaída (Kane, 1987).

A permanência dos sinais e sintomas dificulta desta forma abordagens terapêuticas psicossociais, interação entre a equipa de saúde e o doente, além de prejudicar a reintegração social do doente. Mesmo considerando que as recaídas podem ser uma fase natural no curso da doença, a não adesão ao tratamento é apontada em vários estudos científicos como fator determinante do agravamento da doença, estando intimamente ligada às recaídas (Weiden, 1991).

As consequências da recaída são diversas: a rutura psicossocial; o desajuste do ambiente familiar; a necessidade de utilização de serviços de emergência; o internamento ou o maior número de consultas para o controlo clínico; o aumento do

custo financeiro para os serviços públicos e para a própria família (Glazer, 1992). Em certos casos, em consequência das recaídas, o tempo para recuperação torna-se mais longo e a resposta ao tratamento inferior (Kane, 1987).

A adesão pode assim ser apresentada como uma complexidade de fenómenos que envolvem a decisão do doente em utilizar e seguir a prescrição de medicamentos e procedimentos nos tratamentos psicofarmacológicos (Playle, 1998).

Em termos de mensuração, no tratamento dos transtornos mentais, a não adesão à medicação é observada em cerca de 50% das pessoas e responsável por inúmeros prejuízos, dificultando abordagens terapêuticas, psicossociais, interação entre a equipa de saúde e o doente, além de prejudicar a reintegração social do doente (Cardoso, 2006).

Pesquisas recentes junto de doentes com diagnóstico de esquizofrenia sugerem que o risco de recaída ronda os 3,5 a 10% por mês, aproximadamente (Ibidem), e indicam a não adesão ao tratamento psicofarmacológico como a principal razão para a ocorrência de recaída em doentes não hospitalizados (Yamada, 2005).

Além disso, mesmo em condições ótimas de tratamento, isto é, com supervisão do uso de medicamentos e assistência psicossocial adequada, a taxa de recaída é de 20%, após o primeiro ano do surto psicótico. Em condições regulares essa taxa fica em torno de 40% e, na ausência de tratamento, as taxas de recaídas ficam em torno de 60 a 75%, após o primeiro ano do surto psicótico (Ibidem).

Sabe-se ainda que a falha na adesão em doentes com esquizofrenia é um dos principais determinantes do prognóstico, significando exacerbação dos sinais e sintomas, aumentando significativamente a possibilidade de recaída, de reinternamento e a duração das readmissões (Casper e Regan, 1993). Depreende-se também que, quanto mais surtos, maior a perda nas funções psíquicas do doente (Davis e Andriukaitis, 1986).

Assim, acredita-se que profilaxia com antipsicóticos é comprovadamente eficaz na gestão da sintomatologia, reduzindo de forma drástica o número de novos surtos e a intensidade deles (Wyatt, 1991).

Consistente também com esses dados está o achado recente que mostra que doentes que recaíram apresentavam taxas de não adesão entre 38% e 68% (Owen et al., 1996).

Em geral, os fatores que podem influenciar a adesão medicamentosa são diversificados e a carência de programas de reabilitação especializados repercute nos doentes e familiares um desafio, muitas vezes solitário, de encontrar meios de articular

algum nível de inserção social e económica para tentar minimizar os prejuízos causados pela incapacidade e pelas desvantagens, decorrentes desta complexa problemática (Villares, 1999).

Sem dúvida que a adesão do doente ao regime terapêutico é um comportamento desejável no tratamento de todas as doenças crónicas, porém, na prática, observa-se que os doentes e seus familiares apresentam inúmeras dificuldades na manutenção do tratamento: reações adversas; interações medicamentosas; esquemas posológicos inconvenientes e caóticos; custo dos medicamentos; não entendimento das instruções; educação em saúde inadequada para o doente; deficiência dos serviços de saúde e relação Médico/doente deficiente, entre outras (Castro, 2008).

A referir que a dificuldade em definir o que é adesão vai ao encontro da própria dificuldade para detetá-la. A capacidade do profissional em identificar a não adesão é bastante limitada e uma percentagem razoável de casos de não adesão ou de adesão parcial passa despercebida pelos profissionais. Os métodos mais comumente utilizados para avaliar a adesão incluem o relato do doente, a contagem, a deteção da droga (por meio da urina, do sangue ou da saliva) e a presença de efeitos colaterais. Testes e escalas foram desenvolvidos para prever a adesão e determinar os principais fatores que podem influenciá-la (Karow et al., 2007).

De ressaltar que o défice cognitivo apresentado por este tipo de doentes em muito compromete o sucesso da adesão. Estudos indicam que a severidade do transtorno psiquiátrico, manifestada através de significativas perdas cognitivas, como dificuldade de memorização, podem constituir um fator em muito relevante para as várias limitações quotidianas, inclusive no que concerne à adesão ao tratamento (Miasso, 2008).

Perante tal situação de défice de conhecimento, estudos indicam que intervenções como terapia cognitiva comportamental, terapias focadas na família e psicoeducação podem colaborar para o sucesso da adesão ao tratamento, com redução significativa de recaídas e reinternamentos (Colom, 2004). Revela-se de extrema importância a este nível, considerar o conhecimento e a crença do doente e sua família sobre a manutenção do tratamento psiquiátrico prescrito, o que pode auxiliar profissionais de saúde para uma melhor orientação e assistência à saúde destes doentes. A integração da família no processo terapêutico é sempre um passo fundamental na recuperação do indivíduo com psicose, pela que a intervenção familiar deverá ser um dos recursos a considerar no tratamento (Carvalho, 2011).

Blackwell (1976) categoriza os erros na adesão ao regime medicamentoso em quatro grupos. Em primeiro lugar, os erros de omissão, ou seja, a não toma do medicamento prescrito. Depois, os erros de finalidade, ou seja, tomar o medicamento por razões erradas. Em terceiro lugar, os erros de dosagem, que se traduzem na ingestão de uma menor quantidade de medicamento que o necessário. Por fim, os erros na periodicidade ou sequência das ingestões. A literatura restringe-se quase que exclusivamente ao estudo dos erros de omissão.

Abordando detalhadamente, os fatores que contribuem para a decisão dos doentes não tomarem a medicação prescrita são numerosos e diversos (Birchwood, 2001). Estes incluem:

- efeitos secundários dos medicamentos prescritos: principalmente efeitos que possam ser perturbadores ou implicar a sociabilização, mas também aqueles que estejam relacionados com o aumento de peso ou disfunção sexual;
- falta de informação sobre a doença: os indivíduos podem acreditar que não estão doentes e, como tal, concluírem que não necessitam de medicação;
- traços clínicos da doença: por exemplo, paranóia ou desconfiança podem ser característicos de determinadas doenças;
- ganhos secundários da doença: por exemplo, pessoas que são maníacas podem gostar da sensação de elevação/ euforia e portanto podem não querer tomar a medicação pois sabem que lhes vai reduzir esta sensação;
- falta de sintomas: este é um problema principalmente para aqueles que estão a fazer medicação profilática para impedir uma nova ocorrência de sintomas – por exemplo, lítio num problema de bipolaridade;
- recusa na aceitação do diagnóstico: se um doente não acredita que tem um problema de saúde mental pode ser relutante na aceitação de medicação psicotrópica;
- crenças sobre o tratamento: muitas pessoas acreditam que a medicação não deve fazer parte do tratamento de problemas de saúde mental e esta crença pode afetar a sua decisão na toma dos mesmos;

- medo da dependência: alguns doentes acreditam que toda a medicação psicotrópica é viciante e mostram-se relutantes em iniciar o tratamento;
- qualidade da relação com o Médico: as pessoas envolvidas nas decisões acerca da sua medicação têm maiores probabilidades de adesão;
- ambiente do tratamento: a adesão a um regime de medicação é mais eficaz num ambiente hospitalar onde existe supervisão. O mesmo já não se verifica quando o ambiente é mais comunitário ou em casa;
- duplo diagnóstico: co-morbidez de um problema de saúde mental ou um abuso de substâncias aumenta a taxa de não-adesão à medicação;
- fraco conhecimento ou compreensão da medicação;
- regimes de tratamentos mais complexos conduzem a uma dificuldade na compreensão do uso dos mesmos.

Como já foi referido, a não-adesão a medicamentos psicotrópicos pode conduzir a variados efeitos, incluindo um agravamento de sinais e sintomas psicóticos e um aumento do número de recaídas que gera um acréscimo do número de hospitalizações. Por outro lado, isto pode causar uma perda nas atividades ocupacionais e recreativas que conduzem a uma diminuição da capacidade de socialização. A não adesão pode também aumentar a sobrecarga dos serviços de saúde mental. É portanto essencial que as intervenções que se focam na melhoria das taxas de adesão sejam desenvolvidas e implementadas (Ibidem).

Uma abordagem de gestão da medicação deve pôr em evidência a importância de interações que encorajem o doente à participação, escolha e autonomia. Também deve ter como objetivo o esclarecimento das razões por trás da não-adesão (Birchwood, 2001).

A avaliação da severidade dos efeitos da medicação é outro aspeto importante na gestão do regime medicamentoso. Estes efeitos podem não ser detetados porque os doentes podem não falar sobre eles e os Enfermeiros podem não perceber. Muitos efeitos secundários podem ser controlados com uma diminuição da dosagem, uma alteração de fármaco ou com a utilização de outros fármacos específicos para diminuir

os efeitos secundários. O Enfermeiro pode, com consentimento Médico e sempre que apropriado, ajustar a dose de medicação e trocar ou parar a toma do fármaco. Isto garante que os doentes tenham um acesso mais eficaz aos medicamentos e uma resposta mais rápida a efeitos secundários indesejados (Ibidem).

Os Enfermeiros de saúde mental desempenham assim um papel chave na gestão da sintomatologia dos efeitos secundários. Isto inclui intervenções não-Médicas para aliviar efeitos secundários comuns, tais como, prisão de ventre, boca seca ou aumento de peso que se revelam condicionantes essenciais num aumento da adesão a medicamentos psicotrópicos (Birchwood, 2001).

Outras intervenções eficazes para a promoção da adesão à terapêutica baseiam-se em técnicas de resolução de problemas e motivacionais, representadas por 55% de eficácia nas intervenções voltadas para a resolução de problemas contra 26% de eficácia naquelas baseadas apenas no tratamento. Conclui-se pois que intervenções psicoeducacionais isoladas de intervenções comportamentais e de suporte comunitário representam menor eficácia na melhoria da adesão dos doentes com esquizofrenia aos tratamentos propostos (Zygmunt, 2002).

Na adesão dos doentes aos medicamentos antipsicóticos, intervenções que empregam combinações entre estratégias educacionais e comportamentais são mais efetivas, resultando ainda em ganhos secundários como redução de recaídas e hospitalizações, melhora na psicopatologia e função social, ganhos na melhoria do conhecimento da droga utilizada e melhor “insight”. Ou seja, intervenções significativamente capazes de melhorar a adesão de pessoas com esquizofrenia à medicação prescrita representam benefícios para maximização dos resultados do tratamento com os antipsicóticos (Dolder, 2003).

Como já foi salientado, ter uma relação terapêutica positiva com a pessoa que prescreve e administra os medicamentos é um grande passo na adesão do doente ao tratamento. Esta relação requer envolvimento e compromisso terapêutico, o qual é um pré-requisito para qualquer intervenção ao nível da saúde mental. Historicamente, o compromisso com doentes, em particular aqueles que sofrem de doença mental grave, era um assunto que levantava alguma discussão. Considerava-se que doentes com esquizofrenia eram incapazes de manter este tipo de relação devido ao seu estado mental. Contudo, correntes de pensamento mais contemporâneas sugerem que ir ao

encontro das preocupações dos doentes quanto à sua doença e tratamento conduzem a resultados mais satisfatórios e a uma melhoria da relação destes com os serviços de saúde mental (Ibidem).

A educação é também uma componente chave para a adesão ao tratamento e no processo de gestão de sinais e sintomas em que se procura informar os doentes sobre a sua doença e respetiva medicação numa tentativa de aumentar a sua compreensão e facilitar a adesão e melhorar a sua condição patológica. Verifica-se que a muitos doentes não é fornecida a informação adequada sobre a medicação psicotrópica que lhes é prescrita. Isto pode ser resultado de diferentes fatores, tais como, o doente não procurar informações diretamente, o medo do profissional de saúde de que se fornecer a totalidade das informações possa pôr em causa a adesão do doente e a relutância do profissional em discutir abertamente determinado tipo de efeitos secundários (Higgins, 2005).

Higgins (2005) citou este último aspeto dando como exemplo o efeito secundário da disfunção sexual que pode ocorrer com alguns medicamentos psicotrópicos, em particular antipsicóticos e antidepressivos. Referindo-se a este tópico, Higgins sugere que “os Enfermeiros de saúde mental precisam de estar à altura do desafio de informar os doentes destes efeitos secundários e de como os mesmos podem ser diminuídos.” Contudo, enquanto a educação é importante para uma melhoria do conhecimento das pessoas sobre a sua medicação, quando usado de forma isolada de uma terapia de conformidade, não conduz à tão desejada adesão.

No que diz respeito às variáveis relativas ao doente, também o melhor que se pode fazer é procurar educá-lo, entendendo-se aqui o termo educação num sentido mais amplo que a simples “informação”. O treino de habilidades em áreas relacionadas com a medicação parece mais eficaz do que simplesmente prover informação. Eckman et al. (1990) preconizou um modo de gestão terapêutica que treinava os doentes em quatro áreas: obtenção de informação sobre a medicação; administração da medicação e avaliação dos seus benefícios; identificação dos efeitos colaterais e negociação da medicação com os profissionais de saúde. Num período de três meses, após 15 a 20 semanas de treino, houve uma melhoria significativa no conhecimento sobre a medicação, na habilidade de utilização e na adesão (de 67% para 82%, quando avaliada pelos doentes, e de 60% para 79%, quando avaliada pelos profissionais de saúde).

Kelly et al. (1990) identicamente descreveram duas intervenções que reduziram a não adesão num seguimento de seis meses. A primeira delas foi uma intervenção individual feita por um educador de saúde, antes das primeiras duas consultas após a alta, sendo que enfocava a melhoria da habilidade do doente em comunicar com os profissionais, expressando as suas preocupações e questionando as suas dúvidas. A segunda delas foi uma intervenção familiar e incluía três visitas domiciliárias, salientando o desenvolvimento de um plano de adesão individualizado e orientado comportamentalmente que, se necessário, incluiria o envolvimento da família após a alta. Os autores acreditavam que o essencial, em cada uma dessas intervenções, era a repetição frequente e o modelo comportamental, mais do que apelar para atitudes e crenças.

Gray (2005) afirmou: “Os Enfermeiros de saúde mental desempenham um papel fulcral na ajuda aos doentes numa gestão eficaz da sua medicação.” Perceber os motivos que estão por trás da decisão das pessoas para não tomarem a medicação e trabalhar em cooperação com elas para ir ao encontro destas razões é crucial quando os doentes têm a beneficiar deste tipo de fármacos ao mesmo tempo que se minimiza os seus efeitos secundários. Os Enfermeiros de saúde mental, em particular, através do uso de técnicas de gestão terapêutica podem desempenhar um papel positivo na gestão de sinais e sintomas e prevenção da recaída e portanto reduzir a disfunção psicológica e social fruto desta experiência.

De um modo genérico, para que os doentes tenham boa adesão, o mais importante é que sintam algum benefício, tenham uma supervisão familiar e uma relação positiva com o profissional que prescreve e supervisiona (Kane, 2003).

Para a não adesão, sobressai a importância dos efeitos colaterais que devem ser cuidadosamente explorados e tratados. A negação da doença (perda do “insight”) é outro fator que merece especial consideração. Por se tratar de um transtorno crónico cuja evolução pode ser muito modificada com o tratamento, avaliar e garantir uma adesão adequada é fundamental para um tratamento bem-sucedido (Ibidem).

Uma compreensão ampla da complexidade envolvida na atitude de aderir ou não ao tratamento medicamentoso por parte dos serviços e profissionais deve ser aprimorada e estar presente nos processos de capacitação dos doentes. Desse modo os doentes poderão tomar as suas próprias decisões conscientes da suscetibilidade em relação às crises do transtorno e da possibilidade de perdas e limitações nas várias esferas de seu

quotidiano, quando a adesão não ocorre. Os profissionais devem, ainda, reforçar junto aos doentes os aspetos positivos referentes à perceção dos benefícios em aderir ao tratamento medicamentoso (Kane, 2003).

O conhecimento do grau de adesão, assim como das crenças dos doentes sobre o transtorno psicótico e medicação é fundamental para uma conduta ética que valorize a subjetividade dos indivíduos. Este saber deverá ter o intuito de direcionar a implementação de estratégias, nos serviços de saúde, voltadas para a segurança das pessoas com esquizofrenia no que respeita à terapêutica medicamentosa e para a eficácia de gestão de sinais e sintomas (Ibidem).

O fenómeno da não adesão e as dificuldades muitas vezes sentidas no que concerne à gestão de sinais e sintomas podem ser realidades consideradas complexas e multicausais. Novos estudos devem ser realizados, focando os diferentes aspetos do assunto, contribuindo para um melhor entendimento e abrindo horizontes para novas abordagens destes temas tão centrais na prática clínica geral e na prática psiquiátrica em particular.

3.3 PREVENÇÃO DE RECAÍDAS DO DOENTE PSICÓTICO

A forma de tratamento e as metas para a abordagem da esquizofrenia variam de acordo com a severidade e a fase da doença. Na fase aguda a intenção passa por diminuir a gravidade dos sintomas psicóticos, diminuir o risco de suicídio, estabelecer objetivos de acordo com as capacidades do doente bem como com a sua família, prevenir danos e controlar o comportamento anormal, principalmente em tratamento a longo prazo; enquanto durante a fase estável, os objetivos são: garantir que a remissão ou controlo dos sintomas seja conseguida e que o doente mantenha ou melhore o seu nível de funcionamento e a sua qualidade de vida, prevenindo as recaídas, assegurando o seu acompanhamento para que não ocorram efeitos adversos provenientes do tratamento (Durão, 2007).

Devido à cronicidade da doença, o acompanhamento da pessoa por tempo indeterminado é necessário, visando identificar os aspetos de evolução da doença e a prevenção de recaídas, pois quanto menos recaídas o doente tiver, menor comprometimento significará na sua vida. Portanto, a terapia farmacológica deve ser iniciada o mais precocemente possível e associada aos cuidados que atendam às necessidades clínicas, emocionais e sociais do doente (Ibidem).

Vários rumos e horizontes tem a incidência de tratamento destes doentes.

Ho, Black e Andreasen (2003) afirmam: “Embora a psicoterapia intensiva psicodinâmica e orientada para a compreensão não seja geralmente recomendada, a forma de terapia individual que os psiquiatras utilizam quando proporcionam tratamento farmacológico envolve tipicamente uma síntese de diversas estratégias e intervenções psicoterapêuticas. Estas incluem a resolução de problemas, teste de realidade, psicoeducação e técnicas de apoio e cognitivo comportamentais baseadas numa aliança terapêutica empática com o doente. Os objetivos desta psicoterapia individual são: melhorar a adesão à medicação, aumentar o funcionamento social e ocupacional e prevenir a recaída (p. 419)”.

A terapia de grupo também demonstrou ser eficaz em indivíduos com esquizofrenia, em particular em ambulatório e quando combinada com tratamento farmacológico. Sadock e Sadock (2007) afirmam: “A terapia de grupo para pessoas com esquizofrenia foca-se geralmente em planos, problemas e relações da vida real. Alguns investigadores duvidam que a interpretação dinâmica e a terapia de introspeção sejam de valor para os doentes com esta patologia. Mas a terapia de grupo é eficaz na redução do isolamento social, aumentando o sentido de coesão e melhorando o teste para a realidade nestes doentes.” Segundo estes autores, esta forma de terapia tem tido melhores resultados na evolução a longo prazo da esquizofrenia, sendo que a interação social, o sentimento de coesão e a identificação e teste para a realidade podem revelar-se processos altamente terapêuticos.

A terapia de grupo em contexto de internamento hospitalar é contudo menos produtiva. Os doentes nestes casos apresentam por norma estados de sintomatologia e desorganização social mais graves, pelo que, a menor estimulação possível é a condição mais benéfica para o doente. A terapia de grupo pode revelar-se intensiva e muito estimulante, podendo tornar-se contraproducente (Mary, 2009).

As técnicas de modificação de comportamento têm apresentado sucesso na redução de comportamentos bizarros, perturbadores e desviantes e no aumento de comportamentos mais adequados. Os parâmetros cruciais para a obtenção dos melhores resultados incluem: definir claramente os objetivos e o modo como vão ser medidos, atribuir reforços positivos, negativos e aversivos a comportamentos adaptativos e mal adaptativos e utilizar instruções simples, concretas e estímulos para induzir o comportamento desejado (Ibidem).

Nos últimos tempos, o treino das competências sociais, tornou-se uma das intervenções psicossociais mais usadas como tratamento da esquizofrenia. Mueser, Bond e Drake (2001) afirmam: “A premissa básica do treino de competências sociais afirma que as competências interpessoais complexas envolvem a integração suave de uma combinação de comportamentos mais simples, incluindo os comportamentos não verbais (expressão facial, contacto visual); características paralinguísticas (sonoridade e afeto da voz); conteúdo verbal (adequação do que é dito) e o equilíbrio interativo (latência da resposta, quantidade de tempo a falar). Estas competências específicas podem ser ensinadas sistematicamente e, durante o processo formativo (recompensar aproximações sucessivas tendo em vista o objetivo comportamental), podem ser adquiridos repertórios completos e comportamentos complexos.”

Atualmente, o treino das competências sociais é cada vez mais importante, focando-se na representação de papéis, sendo selecionados uma série de cenários breves, que devem ser representativos de situações da vida real dos doentes, aumentando o grau de dificuldade conforme a capacidade demonstrada. O avanço terapêutico está voltado para as necessidades e limitações do doente, sendo focadas as pequenas unidades de comportamento, prosseguindo o treino de forma gradual. Evitam-se problemas que sejam ameaçadores e é dada relevância a competências funcionais prementes para as atividades de vida diárias (Mary, 2009).

Alguns profissionais acreditam também que a milieu therapy pode ser o tratamento adequado a doentes com esquizofrenia em conjunto com a administração de terapêutica psicotrópica (Ibidem).

Sadock e Sadock consideram que: “A maioria dos programas de milieu therapy enfatizam a interação de grupo e social, as regras e expectativas são mediadas pela pressão dos pares para a normalização da adaptação. Quando os doentes são vistos como seres humanos responsáveis, o papel de doente torna-se difuso. A milieu therapy enfatiza os direitos dos doentes aos objetivos a ter a liberdade de movimento e relações informais; enfatiza também a participação interdisciplinar e a comunicação clara orientada para os objetivos” (p. 970).

Contudo, os doentes tratados desta forma acabam por ter uma estadia hospitalar mais prolongada que os tratados com psicoterapia e farmacoterapia. Daí a sua aplicação em internamento ser mais limitada, pelas suas implicações económicas na admissão mais longa e dispêndio de um maior número de profissionais. Todavia, a sua implementação em ambulatório, acaba por se revelar uma mais-valia (Mary, 2009).

Existe também a linha de pensamento que defende que a esquizofrenia é uma doença da família e não do doente, neste seguimento, Safier (1997) afirma que:” Quando um membro da família tem uma doença mental grave, a família tem que lidar com um grande tumultuo na sua vida, um acontecimento terrível que causa muita dor e pesar pela perda duma criança ou relação até então promissora” (p. 5). Assim, a importância de estimular programas de intervenção junto das famílias deste tipo de doentes começou a ser notório, nomeadamente após a alta do doente, para impedir ou retardar a recaída e ajudar a manter o doente inserido na sua comunidade. Estes programas psicoeducacionais tratam a família como parte integrante do processo, como foco de resolução de problemas e em comportamentos concretos de ajuda para lidar com o stress. Os programas psicoeducacionais fornecem informações junto da família a propósito da doença e sugestões para processos de coping eficaz, reduzindo assim a possibilidade de recaída e auxiliando no zelar da saúde mental da família (Ibidem).

A esquizofrenia possui algumas características específicas assim como a família possui determinadas regras de conduta e de funcionamento muito próprias, o que faz com que a junção das duas, não se traduza na mera soma das partes. A presença de uma doença como a esquizofrenia no seio familiar altera toda a dinâmica familiar e coloca em relevância algumas das dificuldades e fragilidades do doente e de toda a estrutura familiar (Carvalho, 2011).

Dixon e Lehman (1995) concluem que apesar dos programas junto de famílias com doentes esquizofrénicos diferirem nas suas características e métodos, partilham um conjunto de pressupostos comuns: a esquizofrenia é vista como uma doença; o ambiente familiar não está implicado na sua etiologia; é prestado apoio e as famílias são referenciadas como agentes terapêuticos; as intervenções são parte de um conjunto de tratamentos utilizados em parceria com a farmacoterapia e a gestão clínica do doente é feita em ambulatório.

Asen et al. (2002) sugerem as seguintes intervenções com famílias de indivíduos com esquizofrenia: formar uma aliança estreita com os prestadores de cuidados; diminuir o ambiente emocional no seio familiar, reduzindo o stress e a carga dos familiares; aumentar a capacidade dos familiares de antecipar e resolver problemas; reduzir as expressões de raiva e culpa por parte dos familiares; manter expectativas razoáveis sobre o modo como o membro da família que está doente deve agir; encorajar os familiares a colocar limites e autonomia apropriados e promover mudanças desejáveis nos comportamentos e crenças dos familiares.

Ho, Black e Andreasen (2003) também relatam estudos que revelam que pode ser alcançado um resultado bastante positivo no tratamento de doentes esquizofrênicos ao incluir o sistema familiar no programa de cuidado.

Outra forma de intervenção consiste no tratamento comunitário assertivo que se trata de um programa comunitário em que uma equipa presta tratamento psiquiátrico de reabilitação e apoio abrangentes no seio da comunidade junto de portadores de doença mental grave como é o caso da esquizofrenia (Mary, 2009).

Os programas assertivos de tratamento são concebidos individualmente para cada doente e incluem o ensino de competências básicas, apoio do doente em trabalho com agências comunitárias e assistência no desenvolvimento duma rede social de apoio (Ho, Black e Andreasen, 2003), em que são salientadas as expectativas vocacionais do doente.

Outros serviços incluem o tratamento de abuso de substâncias, programas psicoeducacionais, apoio e educação da família, equipas móveis de intervenção em crise e atenção às necessidades de cuidados. As responsabilidades são partilhadas por múltiplos membros da equipa incluindo Psiquiatras, Enfermeiros, Assistentes Sociais e Terapeutas. Os serviços são prestados em domicílio ou em qualquer local em que o doente necessite de assistência (Mary, 2009).

A nível farmacológico, os antipsicóticos são os fármacos de primeira linha de intervenção. Permitem assim um controlo da sintomatologia através da correcção de desequilíbrios bioquímicos que acontecem na esquizofrenia a nível cerebral (Abreu et al., 2000).

Os efeitos colaterais dos antipsicóticos típicos são os maiores fatores de não adesão ao tratamento psicofarmacológico. São efeitos colaterais principais: distonia aguda (contrações musculares involuntárias com movimentos oculares, de língua e pescoço, mais raramente no tronco e membros e ocorrem logo no início do tratamento e duram cerca de 20 a 60 minutos); Parkinsonismo (rigidez muscular, tremores, expressão facial diminuída, lentidão nos movimentos e andar robotizado durante o tratamento, podendo diminuir um pouco gradativamente); acatisia (inquietação nos membros inferiores, dificuldade para manter-se parado, associado à ansiedade e agitação, ocorre nos primeiros dias do tratamento). São denominados efeitos colaterais extrapiramidais, pois geralmente ocorrem associados a hipotensão, sialorreia (salivação excessiva), ganho de peso, vertigens, alterações menstruais e sonolência (Falkai, 2001).

Os efeitos colaterais mais sérios envolvem: a discinesia tardia (efeito colateral grave, às vezes irreversível, caracterizado por movimentos involuntários na região da boca e, às vezes, noutras partes do corpo) e decorre do uso prolongado e melhora com a diminuição da dose da medicação, porém essa redução pode acarretar novos surtos psicóticos; síndrome neurolética maligna (efeito colateral mais grave, exige a suspensão imediata da droga e internamento hospitalar e caracteriza-se por: rigidez muscular, hipertermia, alterações do ritmo cardíaco, hipersudorese e delírio) (Ibidem).

Os antipsicóticos de primeira geração típicos mais utilizados no tratamento da esquizofrenia são: Clorpromazina, Flufenazina, Flupentixol, Haloperidol, Perazina, Perfenazina, Pimozida e Zuclopentixol. Os antipsicóticos de segunda geração atípicos mais comuns são: Amisulpirida, Aripiprazol, Clozapina, Olanzapina, Quetiapina, Risperidona, Ziprazidona e Zotepina (Harvey, 2001).

Estes últimos atuam através do bloqueio dos recetores pós-sinápticos de dopamina nos gânglios basais, hipotálamo, sistema límbico, tronco cerebral e medula. Demonstram também uma especial afinidade para recetores colinérgicos, alfa1-adrenérgicos histamínicos. Os efeitos antipsicóticos que produzem podem também estar relacionados com a inibição da transmissão de impulsos neuronais nas sinapses mediada pela dopamina (Mary, 2009).

Devido ao seu perfil de efeitos secundários mais favoráveis, os antipsicóticos atípicos (com exceção da Clozapina), são atualmente preferidos e perfazem em termos de prescrição cerca de 80% de entre as substâncias antipsicóticas prescritas (Ibidem).

Os antipsicóticos atípicos são antagonistas mais fracos do recetor de dopamina que os antipsicóticos convencionais, mas são antagonistas mais potentes de recetores de serotonina tipo 2. Apresentam também antagonismo para os recetores colinérgicos, histamínicos e adrenérgicos (Ibidem).

Os efeitos secundários mais comuns nos antipsicóticos atípicos são: aumento de peso; hiperglicemia e aumento do risco de desenvolver diabetes e níveis de triglicérides e colesterol elevados (Mary, 2009).

Sem tratamento medicamentoso, 70 a 80% dos indivíduos que experienciam um episódio psicótico apresentam uma recaída dentro de um ano. Esta frequência pode ser reduzida para cerca de 30% com a administração contínua de medicação (The Merck Manual of Diagnosis and Therapy, 2005).

Tal como já foi referido, a eficácia da medicação antipsicótica é aumentada em conjunto com a terapia psicossocial, visto que as manifestações desaparecem com a

utilização de fármacos, os doentes tornam-se naturalmente mais colaborantes com este tipo de terapias. Contudo, os resultados de tratamento são sempre demorados, o que leva frequentemente à descontinuação da medicação. Assim, o doente e suas famílias necessitam de ser educados nesse sentido (Mary, 2009).

Outra forma de tratamento, muitas vezes usada já em fim de linha, é a eletroconvulsivoterapia, que consiste na aplicação de eléctrodos na região fronto-temporal com passagem de corrente eléctrica de baixa amperagem (70 e 120 volts), estimulando uma convulsão tónico-clónica generalizada. Este tratamento é eficaz para certos subgrupos de indivíduos que sofrem de formas de esquizofrenia graves com transtornos depressivos associados, catatonia e mania profunda (Giacon, 2005).

Outros estudos também demonstraram que a sua eficácia é visível, principalmente em quadros depressivos e de esquizofrenia, verificando-se uma melhoria das recidivas e uma diminuição dos internamentos hospitalares, porém concluíram que a eficácia da eletroconvulsivoterapia isoladamente é inferior à dos psicotrópicos (Salleh, 2006).

O tratamento induzido por coma insulínico consiste numa série de comas profundos produzidos diariamente com a administração de grandes doses de insulina e foi bastante utilizado no passado para o tratamento da esquizofrenia. Hoje em dia é visto como uma forma de tratamento já obsoleta, pois as drogas atuais aparentemente produzem os mesmos efeitos ou até melhores, sendo menos caras e melhor toleradas pelos doentes (Kaplan, 1986).

A psicocirurgia já foi também um método de tratamento da esquizofrenia. Não há comparações experimentais conclusivas em relação ao uso deste método em relação com a farmacoterapia. Esta falha compreende-se pelo facto de que a psicocirurgia é usada apenas em último recurso. Contudo, a intervenção neurocirúrgica pode ter efeitos benéficos em certos casos, mas requer ainda muitas pesquisas de investigação (Ibidem).

Os tratamentos psicológicos e sociais como a psicoterapia têm-se mostrado como já foi mencionado um importante recurso terapêutico, associado ao tratamento farmacológico, na recuperação e reabilitação do indivíduo que sofre de esquizofrenia (Mary, 2009).

O problema torna-se mais preocupante quando os familiares perdem a esperança na reabilitação do doente, após recorrentes internamentos (Oliveira et al., 2005).

O acompanhamento da família deve ser efetuado desde o início do internamento, para que não haja rutura nas relações essenciais de vínculo (OMS, 2001).

As abordagens familiares com intervenções psicossociais são importantes para que os mesmos entendam a doença, como ela funciona, os seus sintomas, e assim ajudem no tratamento do ente querido, mostrando as dificuldades que apresentam com a presença de uma pessoa portadora de esquizofrenia. A família poderá compartilhar informações entre si, direcionando metas e objetivos para alcançarem a melhor maneira de cuidar do seu familiar, não deixando de lado o tratamento medicamentoso (Scazufca, 2000).

As sessões de educação com a família são de extrema importância, em que são relatadas as dificuldades, sendo que o terapeuta informa o melhor método a ser utilizado para superar os problemas. Outro ponto importante é o terapeuta conhecer as visões e os sentimentos da família em relação à esquizofrenia, como culpa, raiva, depressão e perda. Outra possibilidade é fazer essas sessões com várias famílias, para que assim elas troquem experiências, mas advertindo sempre que assuntos íntimos dos doentes esquizofrênicos não podem ser citados (Ibidem).

Algumas famílias sentem-se responsáveis pelo aparecimento da doença, em que ocorrem modificações sociais e morais para o portador de esquizofrenia. A convivência entre a família e o doente tem uma influência determinante nos comportamentos, convívio e relacionamento na sociedade. Esta revela-se essencial para o doente esquizofrênico, pois poderá significar um modelo a seguir e onde se apoiar perante as dificuldades encontradas no dia-a-dia (Carreira; Moura 2009).

Com a ausência da família, o portador de esquizofrenia não tem uma evolução satisfatória, principalmente na terapia psicossocial, pois a mesma não participa nos encontros realizados em grupos, ocasionando a falta de informação sobre o desenvolvimento do tratamento da doença para os profissionais de saúde. Outro pormenor crucial, é o modo como a família reage nos momentos de crise do portador, em que dependendo da reação da mesma pode prejudicar no tratamento do doente (Ibidem).

Apesar da comprovada efetividade da participação da família no tratamento ser benéfica, algumas famílias tem receios, mitos e medo de não conseguir dar apoio e suprimir as necessidades desses parentes esquizofrênicos. Além disto, as famílias sofrem muita discriminação da sociedade, e que com isto acabam por se afastar do doente para não se prejudicarem a nível social. Outro facto importante é a carga

financeira, em que é afetado o trabalho e a vida social de todas as pessoas que convivem com o esquizofrénico (Carreira; Moura 2009).

Com o afastamento da família, o portador sente-se sozinho, mais isolado da sociedade e muitas vezes com muita raiva, ocasionando um agravamento no seu quadro clínico, pois o mesmo pode deixar de tomar a medicação, tendo recaídas com episódios mais fortes e mais graves e até mesmo perder a vontade de viver e cometer o suicídio (Ibidem).

Sublinha-se assim que a família continua a ser, apesar das suas limitações, o melhor lugar de acolhimento destes doentes (Furegato; Santos; Neivas; Silva, 2002).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIAS DO ESTUDO

A investigação científica é um processo racional, sistemático, rigoroso e crítico, de aquisição de conhecimentos que permitem descrever, explicar, prever ou controlar fenómeno, factos ou acontecimentos, de forma a solucionar problemáticas ligadas ao nosso quotidiano. Então na enfermagem como uma profissão num contínuo desenvolvimento que pretende prestar cuidados humanizados e de qualidade, a investigação assume um papel preponderante no seu reconhecimento como uma ciência e arte de cuidar.

Neste capítulo aborda-se qual a metodologia utilizada, descrevem-se os participantes, o instrumento a que se recorreu, os procedimentos usados na recolha e análise de dados e faz-se a apresentação, bem como a discussão dos resultados obtidos.

A fase metodológica corresponde à operacionalização do estudo de forma a permitir que se estude e avalie as diferentes opções do mesmo, indicando os procedimentos para alcançar com maior facilidade um determinado fim: atingir os objetivos e responder de forma válida à questão orientadora. “ (...) O investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas (...) define população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efetuar a colheita de dados” (Fortin, 1999, p.40).

Como refere Tavares (1990), a opção metodológica deve ser definida em função dos objetivos estabelecidos.

A fase metodológica corresponde a operacionalização do estudo de forma a permitir que se estude e avalie as diferentes opções do mesmo, indicando os procedimentos para alcançar com maior facilidade um determinado fim: atingir os objetivos e responder de forma válida à questão orientadora (Fortin, 2009).

Este estudo pode ser caracterizado como descritivo pois insere-se num contexto exploratório que pretende caracterizar o fenómeno que se propõe estudar.

1.1 QUESTÕES METODOLÓGICAS

A formulação do problema a investigar é difícil; deve tratar-se de uma situação problemática que necessita esclarecimento ou pelo menos entendimento do fenómeno observado (Vilelas, 2009).

Para formular o problema de investigação foi efetuada primeiramente uma revisão bibliográfica sobre o tema que envolve o processo de agudização de doentes psicóticos, bem como os seus internamentos recorrentes. Após a recolha de material, emergiu a seguinte preocupação: Quais os contributos que Enfermagem pode dar para minimizar a incidência de surtos psicóticos e de reinternamentos?

Surge desta forma a questão de partida que irá iluminar o caminho da investigação: Em que medida, na opinião dos Enfermeiros, uma intervenção consistente no período de internamento pode contribuir para minimizar a necessidade de reinternamentos do doente psicótico?

Quivy explicita que “o objetivo da investigação é responder à pergunta de partida” (Quivy, 2005: 221). Com este propósito foram definidos os objetivos que se pretendiam atingir com a realização do estudo, já que estes desempenham o papel de fio condutor da investigação, a par da questão de partida.

Uma questão de investigação segundo Fortin (2009, p.72) “é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe. É um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos examinados, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”.

Assim, revela-se essencial a definição das questões orientadoras do trabalho, que segundo Fortin (2005: 101) “decorrem diretamente do objetivo e especificam os aspetos a estudar.”

Neste sentido, definiram-se as seguintes questões de investigação:

- Como vivenciam os Enfermeiros a experiência de tratamento do doente psicótico?
- Até que ponto os Enfermeiros consideram os surtos psicóticos fenómenos relevantes e frequentes nos doentes mentais?
- Em que medida os Enfermeiros consideram pertinente implementar intervenções específicas que deem resposta à incidência deste tipo de surtos?

- Que fatores julgam os Enfermeiros estar relacionados com a ocorrência deste tipo de surtos?

Tendo em conta os objetivos foi desenvolvido, como já se referiu, um estudo exploratório qualitativo com recurso a entrevistas aplicadas a um grupo de Enfermeiros.

Exploratório dado que este tipo de estudo surge “(...) quando aparece um novo fenómeno, que precisamente por ser novo, ainda não possui uma descrição sistemática (...)” (Vilelas, 2009, p.119). Neste tipo de estudo o investigador pretende adquirir um maior conhecimento de um fenómeno como preliminar a investigações futuras e descobrir relações entre as variáveis (Ibidem, p. 120).

Aqui a abordagem qualitativa ressalta como pertinente uma vez que “consiste na descrição de modos ou de tendências e visa fornecer uma descrição e uma compreensão alargada de um fenómeno” (Parse, 1996, Cit. por Fortin, 2009, p.27).

Ainda, segundo Oliveira (2000, p.134) e estudo exploratório é caracterizado para dar ênfase “à descoberta de práticas ou diretrizes que precisam modificar-se e na elaboração de alternativas que possam ser substituídas”.

A pesquisa qualitativa utiliza categorias analíticas para descrever e explicar fenómenos sociais. Estas categorias podem ser indutivamente derivadas, isto é, obtidas gradualmente a partir dos dados, ou usadas dedutivamente, no início ou no decorrer da análise, como forma de abordar os dados” (Pope e Mays, 2005).

O método de investigação qualitativo abrange a totalidade de seres humanos, concentrando-se na experiência humana. Segundo estes autores, o pesquisador que usa esta abordagem “acredita que seres humanos únicos atribuem significado a suas experiências e que elas derivam-se do contexto da vida”. Assim, o objetivo desta abordagem de investigação visa, mais do que avaliar, compreender, pois acredita-se que cada experiência pessoal é única e que é impregnada pelo contexto onde a pessoa se insere (Ibidem).

1.2 CONTEXTO E PARTICIPANTES

A seleção dos participantes tem um papel crucial no processo de investigação em causa pois dela dependerá a concretização com sucesso dos objetivos em estudo.

Este estudo vai realizar-se no Serviço de Psiquiatria dum Centro Hospitalar da área do Porto.

Os participantes deste estudo foram 10 Enfermeiros Especialistas/ Especializados, sendo o grupo constituído por dois indivíduos do sexo masculino e oito do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 31 e os 56 anos de idade. Os anos de exercício profissional variam entre os oito e os 34 e exercendo atividade profissional na categoria de Enfermeiro Especialista/ Especializado entre os três a 14 anos.

Tendo em conta a escassez de tempo para a elaboração deste trabalho, optou-se por uma escolha de conveniência, em função da rede de contactos colocada à disposição, bem como da disponibilidade das pessoas que se dispuseram a colaborar na realização do trabalho de investigação e que cumpriam o requisito de ser Enfermeiro Especialista/ Especializado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a exercer funções em serviço de internamento no referido Centro Hospitalar.

Após alguma reflexão, na escolha dos critérios de inclusão para seleção dos peritos do painel de estudo constaram a formação específica na área de saúde mental e psiquiatria, bem como a experiência profissional.

A escolha do Centro Hospitalar em causa, deve-se ao facto desta ser uma instituição de referência na área do grande Porto, tendo disponível a valência de Saúde Mental e Psiquiatria para tratar doentes de foro psiquiátrico na região Norte do País, comportando muitos casos de internamento motivados por surtos psicóticos. Foi tido em conta também como sendo uma mais-valia o facto de ser um hospital que investe na sua credibilização e formação contínua dos profissionais.

Pretende-se, no final do estudo, analisar quais poderão ser os fatores precipitantes que estão na origem da incidência de surtos psicóticos e de que forma as intervenções de Enfermagem poderão contribuir para minimizar a sua ocorrência.

1.3 ESTRATÉGIAS DE RECOLHA DE DADOS

Este estudo descritivo pretende analisar o fenómeno que se propõe estudar. Após se ter determinado quais as informações que se pretendiam recolher e após se ter selecionado os participantes, houve necessidade de elaborar uma estratégia de recolha de dados, a qual por sua vez exigiu o recurso a métodos de recolha de informação. Assim, e tendo em conta os participantes, tal como já mencionado anteriormente, optou-se como método a ser utilizado, a entrevista individual semi-estruturada (ANEXO I) em que segundo Polit e Hungler (1995, p. 167) - o pesquisador inicia com algumas

perguntas ou tópicos gerais, permitindo aos sujeitos contar as suas histórias de forma narrativa.

A entrevista semi-estruturada foi realizada no período compreendido entre o dia 22/03/2012 e o dia 30/03/2012, a Enfermeiros Especialistas/ Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a exercer funções num Centro Hospitalar – do Porto. Para proceder ao estudo de investigação, sendo possível proceder à colheita de dados através da concretização das referidas entrevistas foi formulado um projeto de investigação e apresentado à Comissão de Ética da instituição onde o estudo iria ter lugar, bem como foi solicitada autorização formal ao Conselho de Administração, no decurso da aprovação por parte da instância citada anteriormente.

Após a aprovação do Conselho de Administração, prosseguiu-se então com a realização das referidas entrevistas usando como meios a gravação áudio das mesmas, tendo-se colocado as questões de modo natural e descontraído, permitindo assim o desdobramento das perguntas facilitando também ao participante responder de forma fluida, espontânea, recorrendo a expressões e palavras que mais lhe convieram. Porém, houve a necessidade de, por vezes, orientar as questões devido à existência de alguma divagação por parte do entrevistado.

Após uma breve exposição introdutória acerca dos objetivos da entrevista e do que se esperava da mesma, as entrevistas foram não-diretivas, ou semidiretivas ou semi-estruturadas, sendo sempre pedidas pelo investigador e não pelo entrevistado, referindo-se contudo ao tema proposto pelo investigador a fim de dar resposta aos objetivos que se prendem com a referida investigação e não com o desenvolvimento pessoal da pessoa (Quivy e Campenhoudt, 1992).

É de referir que cada entrevista foi efetuada no serviço de internamento onde o participante exerce funções, tendo a mesma a duração média de 30 a 40 minutos e após o consentimento do participante (ANEXO II) em colaborar neste estudo, cumprindo assim as normas de ética e deontologia a que está sujeita qualquer investigação.

Ainda de relatar que, antes da realização das entrevistas, os participantes foram contactados previamente a fim de ser verificada a sua disponibilidade para participar no estudo. Além disso, após a realização das entrevistas, o material gravado foi transcrito na íntegra para o sistema informático, de forma a manter o máximo rigor nos discursos, sendo a duração média de transcrição de cada testemunho de cerca de 3 horas.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1998), a entrevista semi-estruturada é a mais utilizada na investigação social. Neste tipo de entrevista, o entrevistador deverá recorrer

a um guião semi-estruturado constituído por questões estabelecidas à priori, as quais abordam os tópicos que se pretendem estudar. O guião permite ainda ao investigador orientar a entrevista, obtendo informação a todas as questões, as quais poderão ser colocadas de forma aleatória ao longo do desenrolar da entrevista, atendendo ao facto de ser permitido ao entrevistado responder de forma autónoma e livre.

Como nos dizem Cabral e Tyrrell (1998), esta técnica de recolha de dados tem vantagens atendendo ao facto de permitir o registo imediato de todas as expressões verbais e a liberdade para o entrevistador prestar mais atenção ao entrevistado. Porém, apresenta desvantagens como por exemplo: a impossibilidade de registo de expressões faciais, dos gestos e mudanças de postura, o constrangimento pela presença de um aparelho que é pouco familiar e a dificuldade na transcrição rigorosa do material gravado.

O motivo pelo qual se optou pela entrevista semi-estruturada prende-se com o facto de: “Instaura-se uma verdadeira troca durante a qual o interlocutor do investigador exprime as suas perceções dum acontecimento ou duma situação, as suas interpretações ou as suas experiencias ao passo que, através das suas perguntas abertas e reações, o investigador facilita essa expressão, evita que ela se afaste dos objetivos da investigação e permite que o interlocutor aceda a um grau máximo de autenticidade e de profundidade” (Quivy e Campenhoudt, 1998, p.192).

1.4 TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Para tratamento da informação neste estudo de investigação qualitativa, foi usada a análise de conteúdo, para uma exploração detalhada e interpretativa de toda a informação obtida através do instrumento de recolha de dados.

De acordo com Bardin (2004, p. 37) análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ receção destas mensagens”.

Após a gravação de todas as entrevistas, como á foi referenciado, os discursos/ narrativas dos participantes foram transcritos na íntegra, de forma a estabelecer um primeiro contacto com as respostas a analisar, ou seja, saber quais os conteúdos apreendidos que devem ser estudados por meio da análise de conteúdo temático.

Afinal, a análise de conteúdo consiste no desmembramento do texto em unidades de análise, de forma a poder ser compreendido o seu sentido na comunicação, sendo essas unidades, posteriormente, reagrupadas em classes ou categorias (Bardin, 2004).

Para Quivy, a análise de conteúdo é extremamente importante para as ciências sociais, pois “ (...) oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e complexidade (...)”, permitindo, “(...) satisfazer harmoniosamente as exigências do rigor metodológico e da profundidade inventiva, que nem sempre são conciliáveis” (Quivy, 2005, p.227).

Ou seja, o discurso dos Enfermeiros participantes será objeto de análise de conteúdo, sem categorias à priori com o intuito de identificar e explorar exemplaridades.

Então, enquanto que os resultados numa investigação quantitativa “são as informações numéricas que resultam da análise estatística dos dados recolhidos junto dos participantes com a ajuda de instrumentos de medida” (Fortin, 2009, p.472), esta perspectiva na investigação qualitativa, dá lugar a uma análise mais subjetiva e rica em particularidades.

Prevê-se que os resultados deste estudo sejam apresentados em forma de quadro, de modo sintetizado, permitindo ao leitor uma consulta rápida e integral (ANEXO III).

1.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Como toda a investigação no âmbito da saúde envolve seres humanos, os aspetos éticos devem estar presentes desde o início da investigação (Fortin, 2009).

Neste sentido, é necessário respeitar o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo bem como, o direito a um tratamento justo e equitativo.

Segundo Fortin, Brisson e Coutu-Wakulczyk (2000) no exercício de qualquer atividade que englobe seres humanos é imprescindível ter em consideração as questões éticas e morais.

Pela natureza do tipo de estudo em causa foram tidos em consideração os aspetos anteriormente mencionados. De acordo com estes requisitos, elaborou-se e apresentou-se ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar um pedido a solicitar autorização para a realização do estudo, de onde constou o devido

projeto de investigação, após aprovação da Comissão de Ética da instituição, como já foi mencionado. Após a obtenção do deferimento da instituição, bem como a concordância dos participantes através do devido consentimento informado, deu-se início à recolha de dados sobre a temática em questão.

A responsabilidade pela conduta ética da investigação vai além dos princípios éticos relativos aos participantes e instituição onde se realiza a investigação, pois tal como refere Pais Ribeiro (2007, p. 266), a “(...) fidelidade aos dados recolhidos e aos resultados a que chega, não enviesamento das conclusões constituem regras fundamentais de toda a investigação científica”.

Quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida sendo zelado o devido respeito dos direitos da pessoa. As decisões conformes à ética são as que se fundamentam sobre os princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência (Ibidem).

Assim, primando estas condicionantes “(...) o sujeito selecionado tem o direito de decidir livremente, com todo o conhecimento de causa, de participar ou não participar num estudo” (Fortin, 2009).

2. A REALIDADE DO DOENTE PSICÓTICO

Pretendo agora centrar-me na apresentação, análise e discussão da informação que me foi possível recolher durante o estudo.

Segundo Fortin (2009), a fase de análise e interpretação dos resultados é a etapa mais morosa dum trabalho de investigação, pois exige uma reflexão minuciosa e uma análise profunda de todo o processo de investigação.

2.1 A RELAÇÃO E INTERAÇÃO SOCIAL

De acordo com as entrevistas efetuadas pude perceber que as opiniões dos profissionais de saúde, quanto à relação com o doente psicótico, variam um pouco, considerando alguns profissionais que se trata duma relação fácil, desde que se estabeleça uma relação de confiança e empatia, enquanto que outros entendem que este tipo de doente tem por norma sérias dificuldades em se relacionar com os outros. Por um lado há profissionais que consideram a relação com o doente psicótico, relativamente fácil, como demonstram as seguintes respostas:

“Quanto à relação com o doente psicótico, por norma ela é boa desde que se consiga através de estratégias psicoterapêuticas e de comunicação, obter a conquista da relação empática, criando um ambiente seguro, capaz de diminuir a ansiedade do doente, conseguindo também assim, muitas vezes, a aceitação do internamento e a adesão ao tratamento inicial. (...)” (entrevista 1)

“Considero uma relação fácil, pois normalmente são doentes que apesar de estarem alheados da realidade, se se conseguir estabelecer alguma empatia com eles, e no decorrer do cumprimento da terapêutica, ou seja, após a sua compensação clínica, são doentes de fácil trato.” (entrevista 7)

Por outro lado, há Enfermeiros que consideram a relação com este tipo de doente algo difícil, como está retratado nos seguintes testemunhos:

“É uma relação difícil por o doente ter dificuldade em perceber que a realidade dele, muitas vezes não é a realidade real. Ou seja, estabelecer uma relação com este tipo de doentes, embora seja benéfico, é difícil, pois o próprio doente tem dificuldade em desenvolver uma relação connosco, por se encontrar noutro mundo.” (entrevista 8)

“É uma relação difícil pois temos de perceber a realidade deles, a sua cultura e o seu background para os conseguirmos perceber, caso contrário, não conseguimos.” (entrevista 10)

É possível concluir assim que a relação com o doente psicótico é delineada por características muito específicas, inerentes a cada caso de doença e a cada indivíduo, exigindo então, uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde que com eles lidam, dado a sua circunstância de vida, muitas vezes alheada da realidade.

E, tal como dizia Matza et al. (2006), “o doente psicótico possui défices em relação ao seu comprometimento funcional (por exemplo, comportamento social, performance no trabalho e atividades da vida diárias)”, pelo que, o Enfermeiro deverá demonstrar uma sensibilidade especial perante este doente, a fim de estar desperto e melhor se adaptar a possíveis dificuldades relacionais que surjam.

No que diz respeito às capacidades de interação social, todos os profissionais demonstraram a opinião unânime da tendência destes doentes para se isolarem e apresentarem graves problemas na sua forma de se relacionar socialmente. Bom exemplo disto são as respostas que se seguem:

“A interação social está prejudicada nestes doentes (...).” (entrevista 1)

“Na grande maioria os doentes possuem dificuldades de interação social. São doentes com uma degradação progressiva, fruto da doença e medicação e que se tornam tendencialmente mais isolados.” (entrevista 7)

Já Gabbard (1998), afirmava, quanto ao relacionamento pessoal desordenado, este ocorre ao longo do tempo e caracteriza-se por: isolamento, comportamento desadequado, (...).

Também Leahman e outros (2006) concordavam: durante a fase de pródromos as pessoas experienciam um prejuízo substancial do funcionamento, apresentando sintomas não específicos como défices comportamentais, com deterioração do funcionamento e isolamento social.

A este propósito, refira-se que na última década os estudos neuropsicológicos que se debruçaram em investigar a relação entre os prejuízos cognitivos e funcionais na esquizofrenia, também concluíram que a diversidade de alterações cognitivas encontradas nesta doença têm a ver apenas com um número restrito de défices cognitivos, apresentando correlação significativa com o nível de prejuízo funcional (Green, 1996; Addington e Addington, 1999; Adad et al., 2000), assim, somente alguns défices foram considerados conclusivos.

Resultados similares foram encontrados no estudo realizado por Addington e Addington (1999) (...) que nos diz que, o bom funcionamento social, ocupacional e a maior autonomia requerem do indivíduo, a cada momento, a habilidade para aprender novas informações e para usá-las de forma adaptativa como, por exemplo, para lembrar nomes de novos conhecidos, eventos para partilhar com um amigo, prestar atenção e acompanhar o curso de uma conversa, aprender novas tarefas no trabalho, fazer compras, entre outras atividades.

Neste seguimento, é conclusivo que os défices cognitivos podem também ser considerados como um indicador para a aquisição de novas capacidades (Sharma e Antonova, 2003).

Estes estudos revelam-se então de grande interesse, quando pensamos na capacidade de relação e interação social como uma competência que depende das faculdades cognitivas dos indivíduos e da forma como as mesmas podem-se desenvolver e significar conquistas a este nível.

Houve ainda algumas conclusões que se salientaram, em que também foi encontrada literatura que corroborasse os dados, nomeadamente no que concerne à relação com o doente psicótico, muitos foram os que consideraram ser importante o desenvolvimento duma relação empática e de confiança, como se salienta nos exemplos:

“É importante a criação duma relação empática, para que ele confie em nós, caso contrário é difícil obter a sua colaboração, revelando-se por vezes hostis no trato.” (entrevista 2)

“O doente psicótico quanto à relação, por norma não é de fácil contacto, sendo necessário uma progressiva conquista de confiança, especialmente na fase aguda da doença. Mas quando é possível conseguir a sua confiança, são fiéis, estabelecendo boas relações com os outros.” (entrevista 4)

Santos (2006) refere: “é também de extrema importância no estabelecimento duma relação terapêutica com o doente, usar empatia (...).”

Houve ainda outras considerações em que também foi possível obter comprovação na literatura pesquisada e não menos importantes. Estão elas relacionadas com a importância da toma da terapêutica, para a estabilização psicopatológica do quadro clínico e sucesso na interação social destes indivíduos:

“Considero uma relação fácil, pois normalmente são doentes que apesar de estarem alheados da realidade, se se conseguir estabelecer alguma empatia com eles, e no decorrer do cumprimento da terapêutica, ou seja, após a sua compensação clínica, são doentes de fácil trato.” (entrevista 7)

Stuart (2001), afirmava: “os doentes psiquiátricos submetidos ao tratamento com neurolépticos apresentaram uma melhoria da sintomatologia, o que permitiu uma maior interação entre doentes e profissionais de saúde.”

Na mesma linha de abordagem, surge a seguinte ideia: “A permanência dos sinais e sintomas dificulta desta forma abordagens terapêuticas psicossociais, interação entre a equipa de saúde e o doente, além de prejudicar a reintegração social do doente. Mesmo considerando que as recaídas podem ser uma fase natural no curso da doença, a não adesão ao tratamento é apontada em vários estudos científicos como fator determinante do agravamento da doença, estando intimamente ligada às recaídas.” (Weiden, 1991)

Também considerações dependentes do diagnóstico em causa surgiram, seguem-se alguns exemplos:

“O diagnóstico de base será determinante nas relações que o doente irá desenvolver a nível social. Mas geralmente são doentes com muitas dificuldades em termos de relação. (...)” (entrevista 9)

De uma forma globalmente emergente, todos os entrevistados caracterizaram a relação do doente psicótico com a realidade e com os outros do mesmo modo, caracterizando-se pela desconfiança e isolamento social. Seguem-se os exemplos de resposta:

“É um doente que vive no mundo dele. É um doente reservado, desconfiado, isolando-se do mundo.” (entrevista 2)

“É um doente que se relaciona com a realidade dele, que muitas vezes não é a realidade real.” (entrevista 8)

Contudo, houve também quem fizesse a ressalva de que esta condição de algum alheamento destes indivíduos, pode ser transitória, inerente à gravidade do seu quadro patológico:

“Em termos de relação com a realidade, alguns têm um grande desfasamento, mas uma grande percentagem, especialmente sem ser na fase aguda, apresentam-se adequados perante a realidade.” (entrevista 7)

“A sua relação com a realidade também vai melhorando à medida que vai compensando a sua situação psicopatológica, antes disso é completamente alheada de tudo o que o rodeia.” (entrevista 9)

Sublinhando as ideias expressas, Santana (2007) afirmava: “o doente psicótico tem sensações que não correspondem à realidade, havendo uma modificação abrupta das suas relações com o mundo.” Para Chartier (2004), “o doente psicótico vivencia experiências fora da realidade comum, havendo uma desintegração das suas relações com os outros e com o mundo que o rodeia.”

2.2 TRANSTORNOS DO PENSAMENTO E ATIVIDADE PSICOMOTORA

O doente psicótico vivencia experiências peculiares relacionadas com a desintegração do Eu, em que ocorre um sério transtorno de pensamento, apresentando o indivíduo alterações na forma de pensar, de sentir e na maneira de se relacionar com o mundo exterior. Assim, o psicótico experimenta graves processos de desintegração da personalidade, com conseqüente desajustamento em relação ao meio social em que se insere, acabando por se sentir incompreendido e até marginalizado (Chartier, 2004).

As opiniões obtidas durante as entrevistas vieram confirmar estes conhecimentos anteriormente adquiridos:

“Apresentam ainda sinais e sintomas, a nível do pensamento, da percepção e da emoção inapropriados. Situações típicas destes casos são os delírios e perturbações formais do pensamento, ou seja, o discurso ilógico, por vezes também falam com voz monótona e podem apresentar comentários bizarros durante uma conversa.” (entrevista 1)

Também Kaplan (1997) afirmava que “a psicose está relacionada com a perda da crítica perante a realidade e com o comprometimento do funcionamento mental, manifestando-se por delírios, alucinações, confusão e perturbação da memória. Falar em comprometimento do teste da realidade significa que o indivíduo avalia erradamente a sutileza das suas percepções e pensamentos, realizando inferências incorretas acerca da realidade externa, ainda que em face a evidências contrárias.”

Muito embora houvesse quem considerasse que estes doentes podem apresentar alguma adequação do pensamento, quando devidamente compensados a nível psicopatológico:

“Existem doentes que apresentam o pensamento desorganizado, mas a grande maioria, quando devidamente compensados têm adequação do pensamento, sendo pessoas capazes.” (entrevista 7)

No que diz respeito às alterações psicomotoras, os inquiridos consideraram que o doente poder-se-á apresentar mais lenificado ou mais inquieto, em virtude da sua condição clínica e da atuação da terapêutica. Mas em geral, pensam haver sempre défices. Seguem-se os exemplos de resposta:

“Quanto às características psicomotoras, são doentes mais lentificados como consequência da medicação e sem o efeito da medicação, são doentes que se encontram mais inquietos, dada a instabilidade emocional e as alterações do pensamento.” (entrevista 7)

“Em termos psicomotores, numa primeira fase, são doentes algo inquietos e à posteriori ficam muito lenificados, por efeito da terapêutica.” (entrevista 9)

Também para John A. (1992), muitos doentes com psicose apresentam vários distúrbios motores e alterações do comportamento social. Pode acontecer ficarem inativos ou desenvolverem atividades repetitivas e sem objetivos quando se encontram sozinhos. Os extremos incluem estupor ou excitação catatónica. (...).

Conclui-se então que, sem dúvida, o doente psicótico apresenta alterações do pensamento e da atividade psicomotora em função das condicionantes que a doença lhes imprime e do cumprimento adequado da terapêutica.

2.3 DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO E GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

O êxito do autocuidado está plenamente relacionado com as capacidades e aptidões a nível sensorial, cognitivo e funcional do indivíduo psicótico. Assim, faz todo o sentido verificar que tipo de alterações os doentes apresentam a estes níveis, auspiciando assim de que forma o seu autocuidado poderá vir a estar comprometido. (Wallace e Liberman, 1985; Rabinowitz et al., 2007).

Cerca de 60% dos Enfermeiros inquiridos consideraram que o autocuidado no doente psicótico encontra-se dependente em grau elevado/ negligenciado. Bom exemplo disso são as respostas que se seguem:

“Em relação ao autocuidado, geralmente apresenta-se negligenciado necessitando de supervisão apertada, (...).” (entrevista 1)

“É muito variável. Mas quase sempre está muito limitada, por défices cognitivos, hábitos de vida deficientes e restrições próprias da doença. (...)”
(entrevista 6)

Já os restantes 40% da população inquirida acreditam que o autocuidado destes doentes se encontra antes, dependente apenas em grau reduzido. Testemunho de tal, são as seguintes afirmações:

“(...). Mas, por norma, asseguram o seu autocuidado e muitas vezes preferem ser os próprios a cuidar de si, sem auxílio, pois gostam e fazem questão de ser independentes.” (entrevista 2)

“No início principalmente, ou seja, na fase aguda, está afetada, depois, começa a melhorar, após a atuação da terapêutica. Contudo é um doente que necessita sempre de incentivo.” (entrevista 5)

Mas, é então conclusivo que muitos destes doentes apresentam prejuízos cognitivos significativos, especialmente em relação à memória, à atenção e ao funcionamento executivo. Esses prejuízos têm inevitavelmente um importante impacto sobre a capacidade funcional do doente e conseqüentemente na aptidão para a execução das atividades de vida diárias. (Bellack et al., 1999).

Quanto à adesão e gestão do regime terapêutico as opiniões foram coincidentes junto de todos os inquiridos, acreditando que existe uma forte negligência e descuido perante esta realidade, determinante no tratamento e progressão da doença:

“Quando o doente está descompensado, geralmente rejeita a medicação e é necessário recorrer a medicação injetável como alternativa.” (entrevista 2)

“Por norma estes doentes, não reconhecem a doença e arranjam perspicazes subterfúgios para conseguir a omissão da medicação. Isto acontece com mais frequência quando os doentes estão descompensados, mas, quando melhoram, também é comum, pois julgam não necessitar da medicação porque já se sentem bem. (...)” (entrevista 4)

Para acrescer à afirmação anterior, Karow et al. (2007) afirmam que: “a referir que a dificuldade em definir o que é adesão vai ao encontro da própria dificuldade para detetá-la. A capacidade do profissional em identificar a não adesão é bastante limitada e uma percentagem razoável de casos de não adesão ou de adesão parcial passa despercebida pelos profissionais.

Antevendo a tendência para a recaída e o reinternamento destes doentes, fruto do não cumprimento da terapêutica, já Kane (1987) dizia: “na verdade no curso dos tratamentos psiquiátricos, a não adesão tende a ser uma constante entre muitos doentes e as suas consequências, como o agravamento da sintomatologia, podem não ser notadas de imediato.”

Perspetivas de intervenção eficazes desejam-se em prole da melhoria deste problema tão comum junto deste tipo de doentes e que os afeta em todas as esferas da vida, desde o seu desempenho pessoal passando pelo social, emocional, relacional e laboral.

Portanto, a medicação tem que ser eficaz; para tal revela-se crucial dar uma grande importância a uma abordagem familiar e deve-se procurar que a relação terapêutica seja positiva e a menos assimétrica possível. Para a não adesão, sobressai a importância dos efeitos colaterais que devem ser cuidadosamente explorados e tratados. A negação da doença (perda do “insight”) é outro fator que merece especial consideração. Por se tratar de um transtorno crónico cuja evolução pode ser muito modificada com o tratamento, avaliar e garantir uma adesão adequada é fundamental para um tratamento eficaz. (Kane, 2003)

3. QUE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA MINIMIZAR A OCORRÊNCIA DE REINTERNAMENTOS?

O acompanhamento da pessoa com psicose prevê-se que seja prolongado no tempo por se tratar duma doença crónica, sendo necessário, focar os aspetos de progresso da doença e a prevenção de recaídas, pois quanto menos recaídas o doente tiver, menor comprometimento significará na sua vida. Portanto, revela-se crucial intervir o mais precocemente possível e associando o cumprimento adequado da terapêutica farmacológica aos cuidados que atendam às necessidades clínicas, emocionais e sociais do doente (Durão, 2007).

A resposta que consegue dar uma visão mais integral e que melhor caracteriza a opinião geral da atitude que poderá significar uma mais-valia quanto à minimização de ocorrência de reinternamentos do doente psicótico segue-se descrita em detalhe:

Salientando as boas práticas de enfermagem:

“ Usando de boas práticas de enfermagem, nomeadamente, ressaltando a utilização de método de referência; zelando sempre por uma boa adesão à terapêutica; estimulando a relação terapêutica, com técnicas de comunicação adequadas; facilitando a articulação com a equipa multidisciplinar; promovendo uma utilização da CIPE[®] melhorada; melhorando os registos; promovendo a articulação com os outros recursos da comunidade, não esquecendo os cuidados continuados e integrados e procurando executar e enriquecer as intervenções de enfermagem, encaminhando-as para terapias compensatórias e de reabilitação cognitiva (...).”

Quanto à avaliação deste tipo de doentes, a profissional ainda ressaltou:

“ (...) Doentes com patologias mentais graves necessitam de avaliação especial relativamente ao risco de problemas Médicos crónicos e aos efeitos secundários da medicação, pelo que nunca se deve descorar a sua monitorização rigorosa (...).

Teve ainda atenção em considerar a família e os cuidadores, como elementos essenciais no processo do cuidar:

“ (...) A atender que os cuidadores e familiares são também importantes mas não podemos excluir o doente. O ensino e orientação para recursos da comunidade são cruciais. Ainda a enfatizar a necessidade de estar atento aos sinais de alarme de sobrecarga do cuidador, a problemas de foro económico e social, tentando encontrar e encaminhar para alternativas viáveis (...).”

Não esqueceu também, a importância de promover uma atenção continuada dos cuidados na comunidade e uma reintegração integrada destes doentes na sociedade:

“ (...) Procurar o recurso a programas de gestão estruturada orientados para comportamentos saudáveis. Fazer por centralizar os cuidados destes doentes nos cuidados de saúde primários. Por norma estes doentes, com doenças crónicas são mais vulneráveis e têm uma ligação insuficiente com o Médico/ Enfermeiro de família. Devemos referenciá-los e incentivar a consulta no Centro de Saúde. É necessário também encorajar comportamentos saudáveis, como dieta e hábitos de exercício físico regulares, bem como, incentivar também e sempre que possível a cessação tabágica. Encaminhar estes indivíduos, quando exequível, para alternativas em cuidados de saúde continuados e integrados, terapias psicossociais, emprego e residências protegidos, onde possam ser acompanhados mais de perto, é de extrema importância para o sucesso da sua integração social e diminuição das probabilidades de reinternamento.” (entrevista 1)

Surgiram também outras respostas, que salientaram outros pormenores interessantes.

A que se segue salientou a falta de recursos humanos para dar resposta às necessidades, nomeadamente na comunidade:

“Seria importante existir mais pessoal de enfermagem para se poder fazer um acompanhamento na comunidade, verificando no domicílio as dificuldades sentidas quanto à adesão à terapêutica, entre outras, tentando corrigi-las ou adaptá-las. (...) (entrevista 2)

A literatura também sugere que o acompanhamento na comunidade pode representar, sem dúvida, uma enorme vantagem no combate à realidade do frequente internamento do doente psicótico.

Para confirmar tal afirmação, temos o ponto de vista de Mary (2009): “uma forma de intervenção bastante pertinente consiste no tratamento comunitário assertivo que se trata de um programa comunitário em que uma equipa presta tratamento

psiquiátrico de reabilitação e apoio abrangentes no seio da comunidade junto de portadores de doença mental grave como é o caso da esquizofrenia.”

Tal visão é aludida pela grande maioria dos Enfermeiros quando questionados sobre esta problemática. A par desta questão, está também a da importância de um adequado acompanhamento familiar. Bons exemplos desta abordagem são os seguintes:

“ (...) Contudo, estarmos mais presentes no acompanhamento às famílias seria essencial, bem como, insistir na importância do cumprimento da terapêutica e no acompanhamento do doente nas suas atividades de vida diárias. Poderíamos ainda, promover ações de educação para a saúde com mais frequência, junto do doente e família. (...) e deveria haver uma continuidade de cuidados ao doente, acompanhando-o a par e passo na sua integração social, familiar e profissional, para evitar recaídas. (entrevista 5)

“ (...) A família, por seu turno, deve ser ajudada no sentido de melhor acompanhar o doente em todos estes processos. (...)” (entrevista 8)

De notar que na anterior resposta é ainda salientado que existem fatores que não dependem diretamente da nossa intervenção e que contribuem também em muito para o curso determinante da doença e da forma como o doente a vivencia. E estão mais uma vez relacionados com a estrutura e dinâmica familiar. Outro exemplo desta crença é o que se segue:

“Antes de mais e se for viável, é importante estimular que os doentes tenham consciência da sua doença e da necessidade de tratamento e de ajuda/ apoio, seguidamente, é determinante reforçar os laços entre cuidadores e doentes, pois com a recessão económica que atravessamos, assiste-se muitas vezes a uma desresponsabilização por parte das famílias, com a tendência a fazerem questão de internar os doentes com mais ou menos motivos, aproveitando o dinheiro das suas reformas para colmatar outro tipo de encargos mensais. Assim, por mais que enfermagem faça, há questões que nos ultrapassam, relacionadas com a carga social e financeira que este tipo de doente implica e que explicam muitos dos internamentos e reinternamentos a que aqui assistimos” (entrevista 3)

A este respeito, os seguintes autores tecem considerações pertinentes e que vêm sublinhar a coexistência de fatores externos à doença e que a influenciam

diretamente, ressaltando, mais uma vez, a necessidade de acompanhamento familiar para o sucesso do tratamento e reinserção social destes doentes. Em paralelismo, há que se referenciar a falta de alternativas assistenciais e sociais viáveis, numa sociedade em que muito ainda se estigmatiza o doente mental. Seguem-se assim as reflexões.

As situações recorrentes de reinternamento podem dever-se a vários fatores, relacionados com a própria progressão da doença, a forma como se manifesta e as características pessoais, familiares e sociais do indivíduo portador. A não esquecer também as próprias falhas que o sistema de saúde ainda apresenta a este nível, revelando com frequência, dificuldade em dar resposta em caos de reinternamentos sucessivos, por falta de estrutura social e institucional capaz de sustentar situações deste tipo (Gastal et al., 2000).

Também as situações de exclusão típicas destes casos não promove em nada a melhoria do panorama, aumentando a estigmatização e a exclusão social destes indivíduos. Observa-se também que fruto desta situação social, os familiares deste tipo de doentes acabam por ficar sobrecarregados, pois a responsabilidade institucional é-lhes transferida com frequência, mantendo-se deste modo as grandes lacunas a que assistimos neste âmbito. Este cenário conduz muitas vezes a uma desestruturação da dinâmica familiar (Koga, 2002).

Sendo de salientar que, existem evidências de que a sobrecarga sentida pelos familiares de doentes mentais pode resultar em consequências negativas para a sua saúde mental, pela diminuição da sua qualidade de vida (Carvalho, 2011).

Por tudo isto, revela-se de extrema importância trabalhar junto das famílias destes doentes, melhor preparando-os, dotando-os de capacidades para as possíveis adversidades e assegurando assim também um acompanhamento do doente mais de perto, já na comunidade, com a visão de prevenir deste modo a recorrência de reinternamentos.

Uma visão interessante acerca da abordagem comunitária surge do testemunho que se segue, que enfoca a possibilidade de intervenção de um modo mais abrangente e bastante pertinente, junto de instituições de ensino, indo assim para além da atuação nas instituições de saúde. A este respeito não foi encontrada literatura que partilhasse da mesma ideia. Segue-se então testemunho:

“ (...) Também nas escolas poderiam ser promovidos ensinamentos de sensibilização para situações de foro patológico, ficando assim as pessoas e famílias mais alerta para estas realidades.” (entrevista 7)

De outro lado, surgiram respostas que ressaltaram a importância do Hospital de Dia neste processo. Passo a referenciar os exemplos disso:

“ (...) Contudo, um bom trabalho pode ser desenvolvido em ambiente hospitalar, especialmente ao nível do Hospital de Dia, em que os doentes já se encontram mais compensados clinicamente, estando assim mais disponíveis e abertos a ensinamentos, atividades lúdicas e terapêuticas e dinâmicas de integração social e laboral. (...)” (entrevista 6)

“De referir o apoio que é feito em Hospital de Dia, sendo os doentes acompanhados bem de perto, fazendo-se inclusivamente convocação via telefónica, para cumprimento da terapêutica, sempre que necessário. No contexto desta visita do doente poderia aproveitar-se para colher mais dados relativamente à sua situação social e para desenvolver mais ensinamentos, desde que o doente estivesse receptivo, evidentemente. Ou seja, a ideia seria fazer uma recolha mais explorada das necessidades dos doentes e intervir depois em termos de educação para a saúde.” (entrevista 9)

Neste seguimento surge a ideia que sublinha esta abordagem: “uma boa alternativa à hospitalização e após o controlo da fase aguda da doença, é o hospital de dia, que desenvolve um tipo de tratamento caracterizado por semi-hospitalização que possibilita ao doente permanecer durante o dia no hospital, em dias úteis da semana, para a realização de várias atividades realizadas individualmente e/ ou em grupos, permitindo o retorno ao final do dia à rotina do seu domicílio de forma integrada e estruturada (Netto, 1996).

Fazendo enfoque na importância de preparação da alta para o sucesso da mesma, surge a resposta:

“Com base numa abordagem multidisciplinar. Apostar em fazer uma preparação da alta organizada, desde o dia em que o doente entra e fazendo a articulação

com a família e comunidade, perspetivando a alta desde cedo. Referenciar sempre estes doentes para Centro de Saúde seria também crucial.” (entrevista 4)

Na literatura foi possível entender que para o sucesso da reabilitação do doente psicótico é crucial que a alta seja uma preocupação da equipa desde o seu momento de entrada no serviço psiquiátrico, para que ele possa participar ativamente no seu tratamento. Estudos têm mostrado que o ideal é que o planeamento da alta seja iniciado logo após a admissão do doente ou mesmo antes do internamento, em ambulatório, com a identificação das suas necessidades reais ou potenciais (Costa, 2007).

Valorizando a importância para o desenvolvimento de atividades de psicoeducação, surge a seguinte resposta:

“Estando mais presente nos grupos psicoeducativos. Estes realizam-se em contexto de ambulatório, em consulta. (...)” (entrevista 10)

Indo de encontro à informação disponibilizada pela profissional inquirida, surge a crença de Safier (1997): “os programas psicoeducacionais tratam o doente e a família como parte integrante do processo, como foco de resolução de problemas e em comportamentos concretos de ajuda para lidar com o stress. Os programas psicoeducacionais fornecem informações a propósito da doença e sugestões para processos de coping eficaz, reduzindo assim a possibilidade de recaída e auxiliando no zelar da saúde mental do doente e família.”

Entretanto e mais detalhadamente foram focados alguns pontos que os Enfermeiros consideraram serem determinantes para a prevenção da reincidência de internamentos destes doentes, foram eles: promoção do auto-cuidado, melhoria dos comportamentos de adesão, aperfeiçoamento das intervenções globais, autónomas e multidisciplinares, bem como a importância de sobressair um melhor acompanhamento no pós-alta. Faz-se agora a explanação em detalhe de cada um destes aspetos.

3.1 PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO

Quando questionados sobre de que forma seria possível promover o autocuidado destes doentes as respostas emergiram, centrando-se na necessidade de diagnóstico do

défice, na vigilância e na importância da promoção da autonomia. Exemplo disso são as respostas que se seguem, respectivamente, abordando cada uma das vertentes referidas:

“O Enfermeiro deve antes de mais tentar saber porque é que o doente se descuida no autocuidado e só depois deve tentar contornar as dificuldades. Não podemos mandar o doente arranjar-se sem saber o porquê da sua negligência, ou então a nossa intervenção não será consistente.” (entrevista 10)

“O Enfermeiro deve manter a vigilância, manter alguma insistência, motivar e incentivar o autocuidado, (...). Contudo é essencial verificar situações que estejam a provocar danos físicos ao doente tentando contorná-las, (...).” (entrevista 9)

“Estimular o doente a arranjar-se não o tornando dependente de terceiros, incentivando a sua autonomia, o seu bem-estar e aumentando a sua auto-estima.” (entrevista 3)

Na linha de pensamento anterior, para Kurtz et al. (2001), é de extrema importância avaliar o comprometimento da funcionalidade quando são levadas a cabo intervenções junto destes doentes. Essa avaliação é possível através do acompanhamento do doente em aspetos da vida ocupacional, social, no seu autocuidado e em comportamentos disruptivos e facultar uma mais-valia na posterior implementação de atividades que ajudem o indivíduo a ultrapassar limitações e obstáculos impostos pela doença nas suas atividades de vida diárias (Bellack et al., 1999).

Assim que efetuado o diagnóstico da situação, como mencionado, é importantíssimo não esquecer, aquando da vigilância e da motivação para a autonomia que, considerando as limitações típicas destes doentes no que concerne ao autocuidado é crucial desenvolver junto dos mesmos estratégias baseadas em modelos de aprendizagem, atendendo a que os défices cognitivos limitam a aquisição de novas informações e habilidades, e não esquecendo que quanto mais graves forem os défices cognitivos, principalmente aqueles relacionados com a atenção, a memória e as funções executivas, menor é a possibilidade dos doentes beneficiarem de tais estratégias. Além

disso, os sintomas negativos estão associados a um menor benefício deste tipo de intervenções de reabilitação psiquiátrica (Sharma e Antonova, 2003).

Contudo, estudos experimentais com enfoque no treino cognitivo sistemático têm revelado alguns resultados positivos neste tipo de doentes (Kurtz et al., 2001). Os autores analisaram os estudos de reabilitação cognitiva em três áreas: funções executivas, atenção e memória. Os resultados indicaram que os doentes obtiveram melhoria da habilidade atencional e da memória por meio do treino de sustentação da atenção e procedimentos de codificação. Além disso, o treino dessas habilidades levou a uma melhoria do reconhecimento dos sinais sociais.

Assim, o prejuízo funcional da doença que afeta diretamente a capacidade de autocuidado tem sido basicamente tratado ultimamente através de programas de reabilitação psicossociais (Kurtz et al., 2001), que objetivam especificamente o treino de habilidades sociais, ocupacionais, do autocuidado e que promovam uma vida independente, amparado por técnicas comportamentais.

3.2 MELHORAR OS COMPORTAMENTOS DE ADESÃO

Quando questionados sobre possíveis estratégias capazes de minimizar dificuldades de adesão ao regime terapêutico as opiniões incidiram nos seguintes aspetos relevantes: motivação da auto-adesão, administração compulsiva, atitude preventiva, identificação dos motivos da não adesão e envolvimento da família.

A adesão do doente ao regime medicamentoso é o comportamento desejável no tratamento da doença. Esta adesão propõe-se, possibilitar que o tratamento psicofarmacológico auxilie no controlo dos sinais e sintomas psiquiátricos, melhore a adaptação à doença e minimize o risco de recaídas e a necessidade de inúmeros internamentos psiquiátricos consecutivos (Bechelli, 2003).

Foram 6 as respostas que se basearam na motivação para a não adesão. Coloco a seguir um dos exemplos:

“O mais importante é desde o primeiro contacto estabelecer empatia dentro de um ambiente seguro, analisar os fatores psicossociais da não adesão, estabelecendo estratégias de adesão de uma forma securizante, ter tempo e dar tempo para uma escuta ativa, perceber o sofrimento do doente, transmitindo-lhe confiança e sempre com profissionalismo. (...)” (entrevista 1)

A este propósito Alonso (2000) sublinhava que a adesão ao regime terapêutico é um processo complexo influenciado por múltiplas crenças e experiências que assumem um grau de importância diferente conforme cada doente. Ou seja, uma compreensão ampla da complexidade envolvida na atitude de aderir ou não ao regime terapêutico por parte dos serviços e profissionais deve ser aprimorada e estar presente nos processos de capacitação dos doentes.

Foram 5 os inquiridos que abordaram a questão da necessidade de se recorrer com frequência à administração de medicação compulsiva, quando os doentes não se apresentam colaborantes e revelam perigo para si próprios ou para terceiros, sendo determinantemente importante a atuação da terapêutica para qua atinjam níveis compensatórios em termos químicos, conseguindo-se assim, uma melhor intervenção à posteriori, quando já foi alcançada alguma compensação psicopatológica do doente.

Passo a citar o seguinte exemplo de uma das entrevistas:

“ (...) No internamento, muitas vezes é necessário uma vigilância apertada e incisiva na toma da medicação oral e como alternativa, deve usar-se terapêutica injetável, especialmente nos casos em que não há a colaboração do doente. É importante os doentes sentirem que é um cuidado necessário da nossa parte a vigilância da toma da terapêutica, para melhoria do seu quadro clínico.”
(entrevista 5)

A importância da administração de terapêutica em casos de necessidade de intervenção compulsiva transparece quando Stuart (2001) afirma: “os doentes psiquiátricos submetidos ao tratamento com neuroléticos apresentam uma melhoria da sintomatologia, o que possibilita uma maior interação entre doentes e profissionais de saúde. Tal situação contribuiu para uma evolução das competências da enfermagem, de onde emerge a necessidade de aprimoramento da sua assistência.”

No que toca à necessidade de uma atitude preventiva perante a gestão do regime terapêutico, apenas um Enfermeiro a identificou como importante, salientando algumas atitudes:

“ (...) Para além disto, o doente pode e deve ser referenciado pelos profissionais de saúde a nível local na sua área de residência para acompanhamento e cumprimento da terapêutica. (...) A intervenção junto da família, apoiando-a, é também muito importante, de forma a enquadrá-la na necessidade de cumprimento da terapêutica.” (entrevista 9)

A consolidar esta crença da premência numa atitude preventiva, Higgins (2005) salientou: “a educação é também uma componente chave para a adesão ao tratamento em que se procura informar os doentes sobre a sua doença e respetiva medicação numa tentativa de aumentar a sua compreensão e facilitar a adesão e melhorar a sua condição patológica. Verifica-se que a muitos doentes não é fornecida a informação adequada sobre a medicação psicotrópica que lhes é prescrita. Isto pode ser resultado de diferentes fatores, tais como, o doente não procurar informações diretamente, o medo do profissional de saúde de que se fornecer a totalidade das informações possa pôr em causa a adesão do doente e a relutância do profissional em discutir abertamente determinado tipo de efeitos secundários.”

Neste seguimento, pode-se recordar Alonso (2000), que proferia que: “ao reduzir os sintomas, a medicação possibilita a introdução de outras formas de tratamento, organiza o mundo interno do doente, o que facilita a reintegração na realidade externa. Se muitas vezes os doentes parecem compreender a necessidade do uso regular da medicação, por outro lado, frequentemente não cumprem as prescrições Médicas. Associado a este facto, encontramos um relacionamento dos doentes com os serviços ambulatoriais sem consistência e com pouca adesão. Assim, a equipa de saúde mental deve tomar providências para que as condutas terapêuticas sejam mantidas ao longo do tempo e de forma consolidada.”

A atitude preventiva é de extrema importância pois, sabe-se ainda que a falha na adesão em doentes com esquizofrenia é um dos principais determinantes do prognóstico, significando exacerbação dos sinais e sintomas, aumentando significativamente a possibilidade de recaída, de reinternamento e a duração das readmissões (Casper e Regan, 1993). Depreende-se também que, quanto mais surtos, maior a perda nas funções psíquicas do doente (Davis e Andriukaitis, 1986).

Assim, acredita-se que profilaxia com antipsicóticos é comprovadamente eficaz na gestão da sintomatologia, reduzindo de forma drástica o número de novos surtos e a intensidade deles (Wyatt, 1991).

Já quanto à identificação dos motivos da não adesão, foram 5 os Enfermeiros a ponderar sobre essa questão de bastante relevância para o sucesso do cumprimento do regime terapêutico. Exemplo disso é a resposta que se segue:

“Saber o porquê e tentar perceber o que está nas entrelinhas da sua não adesão à terapêutica.” (entrevista 10)

Gray (2005) também concordou ao afirmar: “Os Enfermeiros de saúde mental desempenham um papel fulcral na ajuda aos doentes numa gestão eficaz da sua medicação. Perceber os motivos que estão por trás da decisão das pessoas para não tomarem a medicação e trabalhar em cooperação com elas para ir ao encontro destas razões é crucial quando os doentes têm a beneficiar deste tipo de fármacos ao mesmo tempo que se minimiza os seus efeitos secundários. Os Enfermeiros de saúde mental, em particular, através do uso de técnicas de gestão terapêutica podem desempenhar um papel positivo na gestão de sinais e sintomas e prevenção da recaída e portanto reduzir a disfunção psicológica e social fruto desta experiência.”

Para esclarecimento das principais causas da não adesão à terapêutica, Karow et al., (2007) discriminam que, os principais pontos nos quais podem ser identificados os fatores de risco para a não adesão na esquizofrenia, são: as variáveis relativas ao doente (variáveis demográficas, atitude para com o tratamento e a doença, nível de “insight”, medo de ser internado, etc.), a doença (em geral, os não aderentes têm níveis maiores de sintomas psicóticos positivos, com maior desorganização, hostilidade e desconfiança; também costumam ter menor adesão quando há uso ou abuso de álcool e/ou drogas), o tratamento (efeitos colaterais, via de administração e complexidade do regime), os profissionais de saúde (uma aliança terapêutica positiva facilita a adesão à medicação e vice-versa) e o ambiente (suporte social e familiar, questões financeiras, etc.)

Uma abordagem de gestão da medicação deve pôr em evidência a importância de interações que encorajem o doente à participação, escolha e autonomia. Também deve ter como objetivo o esclarecimento das razões por trás da não-adesão (Birchwood, 2001).

Assim, como dizia Alonso (2000), os doentes poderão tomar as suas próprias decisões conscientes da suscetibilidade em relação às crises do transtorno psicótico e da possibilidade de perdas e limitações nas várias esferas do seu quotidiano. Quando a adesão não ocorre, os profissionais devem, ainda, reforçar junto dos doentes os aspetos positivos alusivos à percepção dos benefícios em aderir ao tratamento medicamentoso.

Ainda o envolvimento da família foi uma problemática valorizada por duas Enfermeiras. Em exemplo disso, segue-se uma das respostas:

“ (...). É problema sim no pós-alta, em que se verifica uma enorme dificuldade por parte das famílias, em ajudar o doente a aderir ao regime terapêutico. Ou seja, é absolutamente importante trabalhar as famílias, o cuidador ou instituições que vão dar apoio ao doente em ambulatório, pois no geral, creio que as pessoas não estão preparadas para lidar com um doente psicótico, ou seja, os cuidadores esperam deste tipo de doente o mesmo tipo de resposta que teriam de um indivíduo não psicótico, o que não é suposto, pois estes indivíduos têm défices e graves alterações do pensamento/ comportamento, que devem condicionar toda a atuação. (...). (entrevista 8)

Para comprovar a necessidade de envolvimento da família neste processo de adesão à terapêutica já Castro (2008), afirmava: “sem dúvida que a adesão do doente à terapêutica prescrita seria o expectável no tratamento da doença, porém, na prática, observa-se que os doentes e seus familiares apresentam inúmeras dificuldades na manutenção do tratamento: reações adversas; interações medicamentosas; esquemas posológicos inconvenientes e caóticos; custo dos medicamentos; não entendimento das instruções; educação em saúde inadequada para o doente; deficiência dos serviços de saúde e relação Médico/doente deficiente, entre outras.”

Em geral, os fatores que podem influenciar a adesão medicamentosa são diversificados e a carência de respostas especializadas reflete nos doentes e familiares um desafio, muitas vezes solitário, de encontrar meios de articular algum nível de inserção social e económica para tentar minimizar os prejuízos causados pela incapacidade e pelas desvantagens, decorrentes desta complexa problemática (Villares, 1999).

Relembrando, de um modo geral, para que os doentes tenham boa adesão, o mais importante é que sintam algum benefício, tenham uma supervisão familiar e uma relação positiva com o profissional que prescreve (Kane, 2003).

3.3 INTERVENÇÃO: UMA ABORDAGEM GLOBAL

Em termos genéricos, a intervenção global efetuada em internamento é revestida de algumas ambivalências em termos de opinião. Ou seja, há profissionais que

consideram que a abordagem é suficiente e adequada às necessidades dos doentes, enquanto que outros, caracterizam-na como escassa e por vezes, ineficaz. Bom exemplo desta ambivalência são os testemunhos que se seguem. O primeiro é congruente com a ideia de que a abordagem ao doente psicótico em contexto de internamento é adequada. Enquanto que os outros dois, acreditam que a intervenção fica muito aquém do expectável:

“Na intervenção, que julgo adequada, tem-se sempre em atenção a avaliação inicial, a idade, o sexo do doente, bem como o risco de agressividade e suicídio e ainda os seus antecedentes psiquiátricos. Os cuidados prescritos por norma são: administração de psicofarmacologia e avaliação de resultados; execução de exames analíticos para despiste; execução de prescrições Médicas; monitorização de sinais vitais; avaliação do comportamento, estado de orientação, humor e capacidade de interação social; avaliação do risco de fuga e sua minimização; gestão de visitas e saídas; supervisão nas AVD’s; supervisão da toma da medicação; avaliação da evolução do comportamento e respetivos registos.” (entrevista 1)

A corroborar com este ponto de vista temos a afirmação: “as modalidades de intervenção abrangem tratamentos psicossociais e psicobiológicos e devem incluir sempre o doente e respetiva família. Em relação ao aspeto biológico, é importante que a enfermagem domine conhecimentos e observe os efeitos colaterais da medicação, acompanhe a saúde geral e a evolução do doente e da família perante o tratamento” (Netto, 1996).

Seguem-se então agora as ideias de que muito fica por fazer em contexto de internamento, junto do doente psicótico:

“ (...). Deveria haver uma maior interação e partilha entre o doente/ família e Enfermeiro, fazendo ensinamentos de vida, de forma a promover relações profícuas e de modo a que os doentes se sentissem melhor e também para que as famílias melhor soubessem atuar junto deles, despertando sempre os familiares para dificuldades de adesão ao regime terapêutico e negligência do autocuidado destes doentes. Desta forma, poder-se-ia prevenir muitas recaídas. Mas aqui a atuação circunscreve-se muito à abordagem farmacológica, o que é errado.” (entrevista 7)

“Em termos gerais creio que podia ser feito muito mais. A abordagem é essencialmente farmacológica. Estes doentes são doentes que necessitavam de um apoio permanente em termos técnicos. (...). (entrevista 9)

De um modo genérico, constata-se que os pareceres que falam da intervenção global junto do doente psicótico, confluem em intervenções de âmbito farmacológico, que representam 80% das opiniões. Entretanto outras há que se complementam com intervenções autónomas, interdependentes e de educação para a saúde, existindo apenas um inquirido a emergir com tal ideia de intervenção.

Assim, exemplo dum dos casos em que a atuação essencialmente terapêutica é ressaltada, é o seguinte:

“Em primeira linha e em doentes agudos, a intervenção é essencialmente farmacológica. É crucial assegurarmos o seu cumprimento de forma rígida para garantir níveis mais compensatórios em termos clínicos para o doente.” (entrevista 2)

Na linha do pensamento anterior, surge a seguinte afirmação que a enfatiza: “Na psiquiatria, a adesão visa, possibilitar que o tratamento psicofarmacológico auxilie no controlo dos sinais e sintomas psiquiátricos, melhore a adaptação à doença e minimize o risco de recaídas e a necessidade de inúmeros internamentos psiquiátricos consecutivos” (Bechelli, 2003).

A abordagem de intervenções autónomas foi evidenciada pelo caso que se segue:

“Na intervenção, que julgo adequada, tem-se sempre em atenção a avaliação inicial, a idade, o sexo do doente, bem como o risco de agressividade e suicídio e ainda os seus antecedentes psiquiátricos. (...); avaliação do comportamento, estado de orientação, humor e capacidade de interação social; avaliação do risco de fuga e sua minimização; gestão de visitas e saídas; supervisão nas AVD's; supervisão da toma da medicação; avaliação da evolução do comportamento e respetivos registos.” (entrevista 1)

A consolidar a importância da avaliação inicial surge a declaração de Mary (2009): “na abordagem do processo de enfermagem, inicialmente o Enfermeiro deve

preocupar-se em reunir toda a informação necessária, a partir do qual irá postular os respetivos diagnósticos e intervenções adequadas. A apreciação de doentes portadores de esquizofrenia pode significar um processo complexo, pois num episódio agudo, o doente não se encontra capaz de uma contribuição significativa para a construção da sua história clínica. Assim, torna-se necessário obter informações oriundas de diversas fontes. É também conveniente que o profissional esteja familiarizado com a dinâmica comum da doença, para melhor saber lidar com ela e avaliá-la.”

Sobressaindo a importância das intervenções autónomas, apresento a seguinte declaração de Netto (1996), com uma visão em muito holística e voltada para a integração social: “a enfermagem pode desenvolver várias atividades, como a visita domiciliária e coordenação de grupos de doentes em oficinas e demais atividades, além de estimular os doentes a usarem recursos disponíveis na sociedade, como o trabalho voluntário, atividades de grupo, exercícios físicos, atividades de lazer, entre outros.”

A salientar o interesse das intervenções multidisciplinares temos o seguinte exemplo:

“Vigilância, verificação de comportamentos e gestão da medicação, para se conseguir a obtenção de níveis terapêuticos e a estabilização do doente.”
(entrevista 10)

Para salientar a importância da abordagem multidisciplinar em psiquiatria, Georgieff (1995) afirma: “a abordagem terapêutica em saúde mental, na atuação em equipa, favorece uma visão ampla do comprometimento do indivíduo. Para tal, fazem uso da equipa multidisciplinar, com vista à implementação de intervenções específicas conquistam uma melhoria do desempenho social, com medidas comportamentais de reabilitação ou novas medicações com maior eficácia no controlo da sintomatologia, como metas no tratamento de doentes com psicose.”

E, por fim, abordando a importância da educação para a saúde, salienta-se a resposta que segue:

“ (...) Deveria haver uma maior interação e partilha entre o doente/ família e Enfermeiro, fazendo ensinamentos de vida, de forma a promover relações profícuas e de modo a que os doentes se sentissem melhor e também para que as famílias melhor soubessem atuar junto deles, despertando sempre os familiares para dificuldades de adesão ao regime terapêutico e negligência do autocuidado destes doentes. Desta forma, poder-se-ia prevenir muitas recaídas. Mas aqui a

atuação circunscreve-se muito à abordagem farmacológica, o que é errado.”
(entrevista 7)

Na sequência da declaração anterior emerge salientar-se: “por meio de abordagens educativas, de suporte, interpessoais e dinâmicas, é possível recuperar o indivíduo a nível psíquico, interpessoal e social” (Zanini, 2000).

Analisando, em suma, todas estas intervenções, cada uma em sua linha de abordagem, revelam-se necessárias e pertinentes para o sucesso do tratamento do doente psicótico e profilaxia de recidivas, desde que estruturadas de forma integrada e sistemática e atendendo às suas necessidades particulares e aos obstáculos que se impõe serem ultrapassados.

O Enfermeiro, como já foi visto deve representar um papel terapêutico no contexto da enfermagem psiquiátrica, independente das vertentes que este papel englobe (Tavares, 2002).

Então, a prática em enfermagem psiquiátrica baseia-se em intervenções que pretendem a melhoria da qualidade de vida do doente e sua família, com o objetivo de melhor controlar a doença, tentando torná-la o mais estável possível e promovendo a eficaz integração social, familiar, pessoal e laboral do doente (Mary, 2009).

3.4 IMPORTÂNCIA DAS INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS E MULTIDISCIPLINARES

No que diz respeito a intervenções autónomas e multidisciplinares resultam deste estudo de investigação inferências interessantes neste âmbito, ainda que não validadas por bibliografia pertinente.

As intervenções autónomas que mais expressão tiveram nas respostas dos inquiridos foram as relativas a intervenções de educação para a saúde, exemplo disso, é o testemunho que segue:

“Entrevistas, os ensinamentos junto do doente e família (promoção da adesão ao regime terapêutico e vigilância de sinais de recaída), a supervisão e vigilância das atividades dos doentes.” (entrevista 7)

Imediatamente a seguir, como respostas mais usuais, cada qual com 4 entrevistados em concordância quanto à sua importância como intervenções autónomas,

surgem: o apoio nas AVD's, a escuta ativa e o estabelecimento de uma relação de ajuda profícua. Discriminadamente, apresentam-se os exemplos:

“Foram elas no âmbito de: alimentação; vestir; assegurar o banho e a higiene corporal destes doentes; auxiliar e supervisionar a sua deambulação; participar ativamente na sua orientação para a realidade, na promoção de atividades recreativas; na gestão de técnicas de comunicação; na gestão do regime terapêutico; na gestão de um ambiente seguro; bem como na gestão de situações de agressividade/ hostilidade, proporcionando imobilizações segundo protocolo.” (entrevista 1)

“Essencialmente escuta ativa e a disponibilidade para escutar o doente é crucial, pois libera-os de outros pensamentos e tarefas, por vezes, ruminantes.” (entrevista 3)

“ (...), estabelecimento de relação de ajuda, acompanhamento e resolução de questões pessoais, familiares e profissionais do doente e todo o apoio necessário a esse nível. (...)” (entrevista 9)

Apenas com duas respostas concordantes, surgem as técnicas de psicoterapia e o relaxamento, em que os exemplos abaixo caracterizam:

“Algumas modalidades psicoterapêuticas, mas a sua implementação é ainda muito “verde” neste serviço. (...)” (entrevista 2)

“ (...), as intervenções que fiz foi sempre no sentido global, como, dinâmicas de grupo, relaxamento. (...)” (entrevista 8)

Quanto à importância da sua implementação, a opinião foi unânime, sendo consideradas de extrema relevância. Destacando-se a este nível a: autonomia do doente, a individualização da relação, a promoção da segurança, a prevenção de recaídas e o envolvimento da família. Como exemplos de cada um dos aspetos mencionados, seguem-se os testemunhos, respetivamente:

“São de extrema importância para que o doente adquira a sua autonomia física, psicológica e social o mais depressa possível, por forma a obter crítica acerca da doença e da realidade, conseguindo-se uma recuperação eficaz, de modo a

integrar-se na sociedade e no mundo do trabalho sem estigma e com a melhor qualidade de vida possível.” (entrevista 1)

“Sim, são importantes. Mas mais importante é que estas atividades vão de encontro às expectativas do doente, ou seja, devem atender às necessidades de cada um, sendo direcionadas para cada caso em particular.” (entrevista 3)

“São importantes para os doentes se sentirem seguros, compreendidos e para lhes reduzir o grau de sofrimento que muitas vezes a sintomatologia psicótica lhes provoca.” (entrevista 4)

“São importantes precisamente para evitar as recaídas destes doentes e para que se sintam mais integrados na sociedade.” (entrevista 7)

“São importantes se forem solicitadas. (...). Enquanto uma família estiver em negação aquela doença, é impossível conseguir-se fazer psicoeducação.” (entrevista 10)

Quando questionados acerca da dúvida destas intervenções serem suficientes ou não, a maioria (80%) dos inquiridos considerou que são insuficientes. Os dois exemplos que seguem retratam esta crença maioritária:

“Se serão suficientes, a prática diz-nos que talvez não, pelo número de reinternamentos, pela fraca adesão à terapêutica e atendendo ao grau de cronicidade destes doentes.” (entrevista 1)

“Poderia e deveria complementar-se com alternativas não farmacológicas, diminuindo os défices cognitivos com repercussões nas AVD's, bem como na vida social e profissional destes doentes. (...).” (entrevista 8)

Do outro lado, estão aqueles que consideram serem suficientes e adequadas, como retrata os exemplos:

“Vão sendo, dentro das condições do serviço. (...).” (entrevista 2)

“Em relação ao tipo de doentes que temos, acho que chegam. (...)” (entrevista 10)

Outros aspetos que foram referidos e que considero interessante mencionar, dizem respeito à escassez de recursos e à condição patológica dos doentes, como cita o exemplo:

“Nem sempre, mas também, não disponibilizamos dos meios necessários para atingir os fins. Ou seja, este tipo de intervenções deveria ser melhor estruturadas e organizadas e integradas de um modo mais consistente nas dinâmicas da equipa. Contudo, o estado agudo em que muitas vezes os doentes se encontram também não facilitam muito este tipo de abordagens.” (entrevista 6)

E ainda de fazer referência a escassa e inadequada dinâmica multidisciplinar, que foi também salientada por dois elementos, como sendo prejudicial. Segue o exemplo:

“Se houvesse uma cooperação multidisciplinar mais eficaz, teríamos mais conhecimento e acesso a informação sobre as necessidades dos doentes e poderíamos ir mais ao encontro da sua realidade. (...). (entrevista 4)

Assim, no que diz respeito a intervenções autónomas, é possível concluir por este espectro de atuação, que há um longo caminho a percorrer, com o intuito de se conquistar um campo de intervenção mais vasto e mais influente, com importante significado junto do universo do doente psicótico.

No que concerne a intervenções multidisciplinares, as respostas que se seguem, caracterizam aquilo que deveria constituir a realidade ambicionada:

“A abordagem multidisciplinar é muito importante proporcionando uma maior rapidez na diminuição dos sintomas, a exclusão de outros diagnósticos e causas orgânicas, a gestão mais eficaz de medicação, a diminuição dos défices, com uma melhor recuperação e com melhor prognóstico para o doente por haver um acompanhamento contínuo.” (entrevista 1)

“A abordagem multidisciplinar permite-nos ficar com uma visão mais abrangente quanto às necessidades do doente.” (entrevista 3)

Contudo, não é o que se constata na realidade do internamento em estudo. Prova disso são as afirmações que seguem e que proliferam na sua maioria:

“Se houvesse a devida abordagem multidisciplinar, seria possível ir ao encontro das necessidades dos doentes nas diversas vertentes de vida.” (entrevista 4)

“O doente deveria ser mais acompanhado pelas diferentes vertentes da equipa para uma melhor reinserção social, mas tal não acontece.” (entrevista 9)

Perante o panorama, emerge a necessidade de encontrar soluções que viabilizem uma melhor abordagem multidisciplinar, em congruência com as necessidades que se sobressaem dos doentes.

Assim, os Enfermeiros foram questionados sobre, conforme o seu parecer, de que forma se poderá melhorar a abordagem multidisciplinar, tendo sido obtidas respostas bastante interessantes, das quais, resalto algumas:

“Com espírito de equipa, envolvimento nos projetos do serviço, com partilha de resultados, pensando sempre em atingir os melhores indicadores de enfermagem, não esquecendo contudo, os objetivos institucionais e promovendo, sempre que possível, a investigação em enfermagem.” (entrevista 1)

“Nas reuniões multidisciplinares, os Enfermeiros deveriam ser mais interventivos, abordando as vertentes positivas da nossa intervenção. Seria importante também não atuarmos só em função do parecer Médico, mas antes valorizando a nossa intervenção independente, atribuindo-lhe mais qualidade e ressaltando-a junto da equipa multidisciplinar.” (entrevista 7)

“Participação em briefings. (...). É deste modo que podemos tomar conhecimento de outras visões acerca das matérias de doença e das histórias de vida dos doentes. Estes briefings deveriam contemplar todos os grupos profissionais e deveriam estar todos os elementos da equipa multidisciplinar presentes, para todos terem voz e conhecimento nas tomadas de decisão. (...).” (entrevista 10)

De salientar contudo que ainda existe muito a visão estanque e compartimentada, mesmo quando se aborda a necessidade de uma intervenção multidisciplinar. Ela está presente em afirmações como:

“O importante seria que a equipa Médica tomasse conhecimento dos nossos registos, creio que a grande falha parte daí. De resto, da nossa parte não vejo que possamos fazer mais para melhorar essa abordagem, para além de sensibilizar a equipa Médica para a necessidade de tomarem conhecimento dos nossos registos.” (entrevista 2)

“Se a equipa de enfermagem souber fazer bem a sua parte creio que já dá um enorme contributo para o sucesso da abordagem multidisciplinar. De resto, seria necessária mais cooperação, o que não acontece neste serviço. Seria imprescindível haver uma troca de informação entre as diferentes partes mais ativa.” (entrevista 4)

“Desde que enfermagem faça bem o seu papel, já contribui imenso para uma boa abordagem multidisciplinar. Se se interessar contudo também pelas diversas valências da equipa, poderá ter mais trunfos para diferentes formas de atuação.” (entrevista 6)

Salientou-se também a premência desta abordagem multidisciplinar começar desde o momento de admissão do doente, como sugerem as respostas seguintes:

“Deveríamos ter, na admissão doente, uma entrevista conjunta, ou seja, com a presença de todos os elementos da equipa. Contudo, na realidade, tal é muito difícil e embora não se faça isso em termos físicos, esta preocupação acaba por existir, tentando chegar a um entendimento entre as partes e procurando ter conhecimento dos dados oriundos de todos os elementos da equipa, por forma a fortalecer a nossa atuação”. (entrevista 5)

“ (...) A admissão deveria ser efetuada por uma equipa e não só por um elemento. Ou seja, isso é uma questão que não depende só de nós, pois para a equipa multidisciplinar funcionar, deveria passar-se à prática, muitas das teorias que se preconizam, mas só no papel e que em termos práticos não funcionam,

isto é, deveria haver uma interligação mais próxima entre os diferentes profissionais. (...).” (entrevista 9)

Conclui-se pois pelos testemunhos, que há ainda muito por fazer para a conquista duma abordagem multidisciplinar bem-sucedida, que significaria um passo em frente no cuidar do doente psicótico com necessidades muito específicas de intervenção e que só beneficiariam com uma dinâmica consistente e partilhada pelos diferentes membros da equipa, confluindo os vários conhecimentos no objetivo comum de o melhor tratar.

3.5 UM DESAFIO: PREPARAÇÃO E ACOMPANHAMENTO APÓS A ALTA

Quando os inquiridos foram questionados sobre a forma como a alta é preparada no internamento as respostas dividiram-se. Três pessoas concordaram com a ideia de que a alta é preparada convenientemente, exemplo disso são os testemunhos que seguem:

“A alta normalmente é preparada desde o início, percebendo as necessidades do doente no seio da sua família e comunidade, ou seja, é variante de doente para doente, dependendo de cada caso e de cada família em questão. (...).” (entrevista 5)

“Aqui a alta normalmente é preparada com o Médico e coadjuvada por nós e pelo serviço social. (...).” (entrevista 10)

Outras opiniões houve, em que consentiram que a alta era preparada de forma deficiente:

“Não se faz preparação para a alta. (...). Mas por norma, a alta não é preparada atempadamente, até porque muitas vezes temos conhecimento da mesma muito tardiamente. (...).” (entrevista 5)

“A alta deveria ser preparada desde o início, indo de encontro às necessidades do doente. Contudo quase nunca isso acontece. (...).” (entrevista 6)

E perante tais contradições e limitações, foram também sugeridas algumas perspetivas de melhoramento. Das quais se pode ressaltar:

“A alta deve ser preparada desde o primeiro dia por todos os técnicos em equipa, identificando os problemas do doente, planeando as intervenções, com envolvimento do doente/ família através do plano de cuidados, executando e avaliando diariamente e encaminhando-o para recursos da comunidade, se necessário. Utilizar uma check-list poderia ajudar no processo de preparação da alta para que nada faltasse na recuperação destes doentes.” (entrevista 1)

Um problema que se salientou como emergente na preparação da alta foi o da ineficácia da adequada comunicação interdisciplinar. Testemunho disso são as seguintes respostas:

“A responsabilidade de dar a alta está mais canalizada para o Médico. (...).” (entrevista 3)

“Numa grande parte das situações a alta destes doentes é única e simplesmente preparada pela equipa Médica e baseia-se na prescrição e indicações terapêuticas para o exterior. E muitas vezes, a equipa de enfermagem só tem conhecimento da alta do doente, no momento, sendo difícil, desta forma, prepará-la atempada e convenientemente. (...).” (entrevista 8)

Temos aqui portanto um grande problema a ser resolvido e que surtiria imensos benefícios se fosse contornado adequadamente. Como já foi mencionado, a reunião de esforços de todas as partes integrantes da equipa, só traz vantagens na fusão de todas as vertentes que são necessárias a ter em conta no processo de alta do doente que se pretende que seja bem-sucedido.

A este propósito, os Enfermeiros também foram questionados sobre a importância da abordagem multidisciplinar aquando da alta. Os testemunhos foram de encontro ao que já foi referenciado, denotando-se que a abordagem multidisciplinar é de extrema importância para a preparação mais eficaz da alta, nomeadamente: na gestão dos sinais e sintomas, na abordagem mais global da intervenção, para a própria complementaridade multidisciplinar e para dar resposta às necessidades do doente.

Neste contexto, falando da importância de gestão de sinais e sintomas, na gestão eficaz da alta, surge o testemunho:

“Para o sucesso do tratamento deste tipo de doentes, é essencial, o cruzamento de dados das diversas frentes, de forma a promover uma interseção mais eficaz da informação, possibilitando a resolução de todo o tipo de problemas de que estes doentes sofrem. (entrevista 6)

Abordando a premência da necessidade de uma abordagem mais global de intervenção aquando da alta, surge a afirmação:

“Para a preparação da alta deveria haver uma reunião multidisciplinar prévia, “colocando-se na mesa” todos os aspetos relevantes para esse momento segundo o parecer de cada interveniente da equipa, tentando sempre perceber que condições esperam o doente no pós-alta e adequá-las às suas necessidades.” (entrevista 2)

Focando a necessidade de uma complementaridade multidisciplinar, referencia um dos inquiridos:

“A abordagem multidisciplinar é muito importante proporcionando uma maior rapidez na diminuição dos sintomas, a exclusão de outros diagnósticos e causas orgânicas, a gestão mais eficaz de medicação, a diminuição dos défices, com uma melhor recuperação e com melhor prognóstico para o doente por haver um acompanhamento contínuo.” (entrevista 1)

E dando enfoque à veemência de dar resposta às necessidades do doente, surge o veredito:

“É importante os vários elementos da equipa unirem esforços por forma a colmatar as diferentes necessidades, nas diversas vertentes da vida do doente.” (entrevista 5)

Neste contínuo, julga-se pertinente referir a indagação de Day, (2005): “o doente ao sentir-se parte integrante do processo de preparação para a alta, é responsabilizado, sendo dado valor às suas capacidades e estimulada a sua autonomia, o que será essencial na reconquista do seu lugar na sociedade”.

A abordagem multidisciplinar, neste sentido, revela-se sem sombra de dúvidas promotora deste processo dinâmico de cuidar e reabilitar.

A acrescentar, o acompanhamento do doente após a alta também demonstra bastantes lacunas, o que se torna determinante no processo de reinserção social, com possível e conseqüente reinternamento.

Quase todas as respostas foram congruentes na informação fornecida, que é muito bem representada pelo testemunho que se segue:

“O utente após alta é acompanhado atendendo aos seus défices, ao apoio familiar, ao estadio da doença e ao Médico assistente em causa. Sendo que, pode ser: referenciado para o centro de saúde; referenciado para a equipa comunitária; referenciado para Hospital de Dia ou orientado para ser acompanhado em consulta externa ou em Médico privado.” (entrevista 1)

Como diziam Bandeira e Irano (2002), é de crucial relevância neste contexto, a necessidade de sensibilização, com o intuito de mudar o olhar da sociedade sobre a problemática destes doentes, avançando para uma reorganização social mais apropriada às suas carências, sendo aqui determinante a que deve passar pela transformação do modo de pensar e agir de profissionais, doentes, família e de toda a unidade social.

Mas houve testemunhos que evidenciaram importantes falhas neste processo de acompanhamento no pós-alta. Foram três os inquiridos que consideraram o acompanhamento no pós-alta algo precário. Evidencia disso são os seguintes testemunhos:

“Normalmente são seguidos em consulta e alguns cumprem a terapêutica em Hospital de Dia ou no Centro de Saúde da área, dependendo da distância, o que por um lado não é favorável ao cumprimento da terapêutica, ou seja, o ideal, seria todos os doentes serem seguidos em Hospital de Dia, de uma forma mais acompanhada e rigorosa pela equipa especializada de que dispomos.” (entrevista 5)

“O acompanhamento é muito reduzido, (...)” (entrevista 9)

Neste seguimento e como já foi referido, segundo Bandeira e Irano (2002), os doentes psicóticos têm, por norma, graves dificuldades na adaptação ao quotidiano comum, situação que é geradora de algum stress a si e aos seus familiares, o que concorre para o aumento da probabilidade de reinternamentos. As lacunas no cuidar deste tipo de doentes é um dos principais problemas na gestão da alta, devendo

significar maior investimento no desenvolvimento de planos de seguimento mais adaptados e solicitando auxílio junto de serviços de apoio.

Neste contexto, houve uma Enfermeira que fez uma sugestão que considerei interessante e que conseguiria fazer a ponte para a intervenção a nível hospitalar e na comunidade, colmatando algumas possíveis falhas:

“ (...) Contudo, como continuam a existir situações de descompensação por não cumprimento da terapêutica, considero que seria mais benéfico, existir uma equipa que tratasse do doente no domicílio nesse sentido, devendo haver uma maior interligação entre a abordagem hospitalar e em Centro de Saúde, esclarecendo estratégias mais eficazes de intervenção junto dos doentes, pois frequentemente, os profissionais na comunidade também não se sentem preparados para lidar com este tipo de doentes e por sua vez, eles também nos podem fornecer importantes informações sobre o doente no seu meio sociofamiliar. Seria também uma mais-valia, haver alguém de referência, capaz de chegar mais facilmente até ao doente, ocupando-se dele de um modo holístico, em hospital ou Centro de Saúde, apesar de que esta visão, para já, parece ser ainda um pouco utópica, mas seria sem dúvida a ideal solução para evitar os recorrentes reinternamentos.” (entrevista 8)

O doente psicótico continua a constituir um desafio para a sociedade atual, em termos de dificuldade de reintegração e de adaptação social, assim, revela-se crucial que a alta constitua uma preocupação da equipa desde o início do internamento, incentivando junto do doente uma postura proactiva de preparação da mesma. A alta deverá ir sempre de encontro às necessidades reais ou potenciais do doente e adequar-se a cada caso específico (Costa, 2007).

4. CONCLUSÕES

Segundo Quivy (2005): “ a conclusão de um trabalho de investigação social compreenderá geralmente três partes: uma retrospectiva das grandes linhas do procedimento que foi seguido; depois uma apresentação pormenorizada dos contributos para o conhecimento originados pelo trabalho e, finalmente, considerações de ordem prática.”

Assim, em traços gerais, este trabalho teve como intuito conhecer as componentes que contribuem para as diversas formas de manifestação de surtos psicóticos, os contornos inerentes à sua reincidência e os métodos plausíveis de prevenção e minimização da sua ocorrência.

Muitos indivíduos vivenciam situações de adoecimento mental, de carácter psicótico, que desencadeiam sofrimento tanto para o doente como para a família e encargos sérios a nível social. Lidar com a psicose significa viver com limitações e desgastes no dia a dia, sendo gerados obstáculos e lacunas no caminho da pessoa que padece do quadro psicótico e daqueles que a rodeiam.

Após a conclusão deste trabalho, não posso deixar de sublinhar como o doente psicótico representa um universo de características muito próprias, com bastantes limitações inerentes, próprias da doença e da forma como ela se manifesta e se repercute na sua vida, mas também com muitas capacidades e habilidades, que podem e devem ser vistas com audácia por parte dos profissionais de saúde e mesmo pela sociedade.

É conclusivo pensar-se que seria pertinente o desenvolvimento de estratégias capazes de integrar os doentes mentais em sociedade, evitando a cronicidade da doença e a conseqüente dependência. De acordo com Amico (2005), a reabilitação psicossocial passa pelos serviços de saúde intermediários que possibilitam a recuperação sociocultural e familiar dos indivíduos. As estratégias devem basear-se no conhecimento do impacto da doença na vida da pessoa, família e comunidade, devendo coordenar-se ações que proporcionem uma melhoria da qualidade de vida dos portadores de doença mental e seus familiares.

Os profissionais devem ter a responsabilidade de melhor conhecer as suas próprias competências, começando a articular saberes de forma a desenvolver um

conhecimento efetivamente interdisciplinar. Torna-se premente questionar os seus papéis, conquistando assim novos domínios na vida dos doentes com esta patologia mental (Silveira; Braga, 2004). Contudo, estes doentes devem também ser estimulados a ser participantes ativos no seu processo de tratamento e reinserção social, sendo para tal necessário existir uma estrutura de serviços de acompanhamento que favoreça a integração social e evite os internamentos.

Passa também pela responsabilidade dos profissionais o dever de estabelecimento da melhor acessibilidade aos serviços. São eles que estabelecem a relação entre os serviços extra-hospitalares e o próprio hospital psiquiátrico (Prazeres, 2005).

Assim, a discussão acaba por voltar ao ponto crucial, a necessidade de continuidade do tratamento. No caso da psicose, esta emergência ganha outro enfoque devido a fatores que acabam por dificultar este processo, como: a dificuldade de adesão ao regime terapêutico pelos efeitos colaterais de alguns medicamentos, a necessidade de administração continuada e a própria natureza dos transtornos psicóticos que leva o doente a não aderir ao tratamento (Beckmann, 1979; Schatzberg, 1997). Muitas vezes, o internamento serve apenas para estabilizar o quadro clínico em decorrência dos sintomas mais severos (Lima; Botega, 2006).

Foi possível perceber com a concretização deste trabalho que os motivos de internamento prendem-se essencialmente com: falta de suporte familiar e social, não adesão ou abandono do regime terapêutico, dificuldades socioeconómicas, negligência na procura de acompanhamento Médico ou mesmo por recaída clínica, inerente ao estado patológico.

Cabe pois à equipa de saúde mental detetar as necessidades do doente, operacionalizando de forma ótima a prestação de cuidados, tentando dar respostas significativas e que se traduzam na melhoria da assistência, colmatando as falhas que ainda se notam em questões difíceis de contornar junto destes doentes, como: a gestão de sinais e sintomas, a adesão ao regime terapêutico, a promoção do autocuidado e a prevenção de recaídas.

O Enfermeiro, como membro da equipa multiprofissional, deve concentrar-se na assimilação de novos conhecimentos e competências que possibilitem a melhoria da prática assistencial e que se reproduzam no acompanhamento da vida do doente no seu quotidiano.

Em suma, torna-se imprescindível que todos os profissionais de saúde perspetivem o doente mental no seu contexto de vida, salientando os recursos da comunidade, possibilitando a participação ativa do doente e da sua família no processo de tratamento e recuperação. Só assim se pode auspiciar a prevenção real de internamentos recorrentes.

O doente mental deve constituir parte integrante deste processo, sendo incentivado a empenhar-se na conquista das suas competências e habilidades, nunca esquecendo os seus direitos ético-legais. Este é um trabalho que envolve o doente, a sua família e toda a sociedade, com vista a minimizar o estigma e a segregação social destes indivíduos.

Ou seja, o diagnóstico e o simples tratamento farmacológico não são suficientes. Deve-se antes, investir com atenção a uma reabilitação social e laboral bem estruturada, aperfeiçoando novas formas de psicoterapia, com envolvimento da comunidade e família, neste processo de saúde/ doença (Dalgarrondo, 1995).

De um modo sintético, pode-se pois referenciar os contornos que estão na base da problemática deste estudo de investigação e que merecem a devida atenção: a história natural e a gravidade da doença psiquiátrica é de extrema importância no decurso deste processo, sendo que doentes crónicos têm inevitavelmente maior propensão ao reinternamento e ainda, os fatores sociais como o nível socioeconómico, a origem cultural, a falta de suporte social e familiar e até as deficiências no próprio sistema de saúde (Gastal et al., 2000).

No seguimento do anteriormente referido e designadamente, pode-se salientar: a escassa existência de uma rede de serviços substitutivos ao hospital, a falta de conhecimento dos mesmos pelos familiares, bem como a sua dificuldade de acesso; as situações de dificuldade socioeconómica dos doentes; o não seguimento correto do tratamento medicamentoso, assim como as dificuldades de acompanhamento e supervisão destes doentes por parte dos familiares, são fatores que contribuem em muito para o ciclo de reinternamentos a que se assiste. A acrescer ainda o desconhecimento sobre a patologia e as dificuldades que os familiares sentem em conviver e lidar com estes doentes, o que faz com que procurem na hospitalização, muitas vezes, a solução para os seus problemas. Desta forma, torna-se necessário uma intervenção junto dos familiares para que possam melhor saber lidar com a doença e com a discriminação e incompreensão sociais.

A discriminação do doente mental aliada às limitações próprias da doença, proporcionam a exclusão a que assistimos e promove a cultura da dependência. Observa-se também que fruto desta situação social, os familiares deste tipo de doentes acabam por ficar sobrecarregados, pois a responsabilidade institucional é-lhes transferida com frequência, contudo continua a haver uma grande lacuna no que concerne ao apoio no acolhimento deste tipo de doentes no seio familiar. Acaba por acontecer muitas vezes uma desestruturação da dinâmica familiar, onde se ressaltam sentimentos de culpa, dificuldades de adaptação, estigmatização social, sobrecarga financeira e confrontos no relacionamento com o doente por desconhecimento das características da doença (Koga, 2002).

Seria benéfico, sem dúvida, investir num melhor apoio familiar pois a família constitui-se como elo essencial na vida dos portadores de esquizofrenia, na medida em que são os familiares que identificam os primeiros sinais de doença procurando assim o tratamento, muitas vezes tornando-se responsáveis pela gestão do regime terapêutico (Villares, 2000).

A realidade é que as recorrentes hospitalizações continuam a ser comuns e a constituir em si, um fenómeno muito preocupante pois podem significar uma adjuvante ao processo de cronificação da doença, aumentando o isolamento do doente e o seu distanciamento do mundo (Alonso, 2000). Ou seja, estamos a fazer um caminho de agravamento do panorama das perspectivas de vida destes doentes. Urge então mudar de atitude e de forma de pensar e agir perante a doença mental.

É naturalmente próprio das suas circunstâncias que os doentes psicóticos sintam sérias dificuldades de adaptação ao quotidiano, o que implica um aumento do stress, contribuindo assim para a recorrência dos sintomas e consequentes reinternamentos. Mas a descontinuidade no atendimento deste tipo de situações é um dos principais problemas na gestão dos processos de alta, o que deve transformar-se na construção de estratégias de seguimento mais adequadas e integradas nos serviços de apoio. Torna-se assim de extrema importância a sensibilização e a mudança de cultura, investindo numa organização social mais adequada a estas necessidades, que deve passar pela mudança de mentalidade de profissionais, doentes, família e da própria sociedade (Bandeira e Irano, 2002).

Então, em Portugal, em alternativa à hospitalização surgiu o projeto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que se configura como um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do trabalho e da Solidariedade

Social e da Saúde. A rede é constituída por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social. Este projeto têm o intuito de promover a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia (Santos, 2010). Contudo ainda muito há por fazer, no que concerne ao investimento em termos de política e de formação de profissionais de saúde neste sentido.

Os objectivos da RNCCI passam pela prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que se encontrem em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados estão focados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da condição de dependência em que se encontra (Ibidem).

Deste modo, para Santos (2010) têm sido crescentes os esforços com a premência de substituir os serviços baseados no antigo modelo dos grandes hospitais psiquiátricos por serviços de base comunitária, através de programas de reabilitação psicossocial, incluindo treino de competências sociais, intervenções familiares psico-educacionais e apoios nas áreas residencial e do emprego.

As instituições psiquiátricas tradicionais, separadas do sistema geral e afastadas dos locais de residência das pessoas assistidas, dificilmente podem assegurar a prestação de programas integrados de promoção de reabilitação e reintegração social dos doentes (Ibidem).

De acordo com Santos (2010), as carências são muitas, no entanto existem também algumas medidas e sugestões que podem ajudar a ultrapassar as dificuldades e que poderiam contribuir para a implementação com sucesso do Projeto de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental:

- existência de uma unidade que assuma a responsabilidade e a coordenação da implementação do projeto na área de saúde mental (com competências técnicas e poder de decisão nesta matéria);
- divulgação do projeto a todos os elementos envolvidos no processo (incluir a participação de doentes, familiares e diferentes entidades da comunidade);
- promoção de ações de formação (essencial para a melhoria dos cuidados de saúde mental);
- desenvolvimento de algumas experiências de demonstração;

- realização de programas de prevenção e desenvolvimento de projetos de investigação na área da saúde mental;
- articulação entre a área da reabilitação e a integração social (colaboração entre o setor social e organizações não governamentais na reabilitação);
- preparar o processo de reabilitação e desinstitucionalização (preparar a alta dos doentes de forma adequada);
- transformação dos departamentos de psiquiatria dos hospitais gerais em centros de responsabilidade;
- desenvolvimento de serviços locais de saúde mental (distintos a uma área geodemográfica específica, com uma dimensão que assegure os cuidados essenciais sem que as pessoas se tenham que afastar demasiado do seu local de residência);
- promover a articulação com os cuidados de saúde primários;
- criação de novos modelos de gestão e financiamento que se podem revelar particularmente adequados à realidade das equipas de saúde mental comunitária (estruturação dos cuidados por cumprimento de objetivos).

Estas são algumas das recomendações que poderiam contribuir para um acompanhamento adequado destes indivíduos, com a prestação de cuidados de saúde mental numa perspetiva holística que permitiria uma melhor gestão de recursos, o melhor acesso aos serviços de saúde e o direcionar da intervenção para a reabilitação, com enfoque na promoção da autonomia destes doentes (Ibidem).

Após a realização deste trabalho de investigação, mantêm-se algumas questões que podem suscitar motivo de interesse para futuras investigações:

- Em que medida os Enfermeiros Especialistas/ Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria têm noção real do impacto da sua atuação no processo de reinternamento do doente psicótico?
- De que forma os Enfermeiros Especialistas/ Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria com uma formação crescente, podem consolidar o leque de intervenções autónomas que se concretizem numa mais-valia perante esta realidade?
- Como podem os Enfermeiros Especialistas/ Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria contribuir para uma prestação de cuidados mais eficaz e

próxima do doente, no contexto do projeto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, tal como estão perspectivados na legislação vigente?

Não podia também deixar de salientar, no final deste percurso, que me deparei com algumas dificuldades que se prenderam com a recolha de material bibliográfico, bem como com a seleção dos artigos, pois embora haja algumas publicações sobre a temática em causa, verifica-se que em termos de conhecimento pouco acrescentam de novo relativamente a publicações anteriores. Para além de que, em termos bibliográficos, não foi possível aceder a informação específica sobre intervenções autónomas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria no sentido de ajudar a contornar os problemas inerentes às questões do reinternamento do doente psicótico. O que revela a necessidade premente de investir na formação profissional e científica, nomeadamente no que respeita a intervenções autónomas de enfermagem que possam dar resposta a esta realidade tão preocupante.

Contudo, ultrapassadas estas dificuldades, acredito ter conseguido alcançar com sucesso os objetivos a que me propus. Podendo ainda concluir que a elaboração deste trabalho contribuiu de um modo positivo para o desenvolvimento de competências na área da investigação, bem como para o enriquecimento de perspetivas do saber em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e de estruturação de novas formas do conhecimento.

5. REFERÊNCIAS

5.1 BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, P.B., BOLGNESI, G., ROCHA, N. - *Prevenção e tratamento de efeitos adversos de antipsicóticos*. Rev Bras Psiquiatr. 2000; 22 (Suppl 1):44-8. 1447, 1994.
- ADAD, M.A., CASTRO, R., MATTOS, P. - *Aspetos neuropsicológicos da esquizofrenia*. Revista Brasileira de Psiquiatria 22 (supl. 1): 31-34, 2000.
- ADDINGTON, J., ADDINGTON, D. - *Attentional vulnerability indicators in schizophrenia and bipolar disorder*. Schizophr Res, 23: 197-204, 1997.
- ADDINGTON, J., ADDINGTON, D. - *Neurocognitive and social functioning in schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin 25(1): 173-182, 1999.
- ALNARENGA-SILVA, H., TEIXEIRA, J.R. A.L., COSTA, C. - *Esquizofrenia de início na infância: uma revisão da apresentação clínica e da evolução*. J Bras Psiquiatr. 2000;10(12):387-93.
- ALONSO, S. G.- *Falando sobre reinternação psiquiátrica: a voz das doentes* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2000.
- AMARAL, M. - *Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial*. Rev. Saúde Pública, 1997; 31(3):288-95.
- AMARAL, M., CHENIAUX, JR.. E. - *Psicoses com características afetivas e esquizofreniformes simultâneas*. J. Bras Psiquiatr. 1992; 41 (6):297-302.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed). Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2000.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- AMICO, L. C. - *La institucionalización de la locura: intervención Del trabajo social em alternativas de atención*. Buenos Aires: Espacio Editorial, 2005.
- ANDREASEN, N.C. - *Negative symptoms in schizophrenia: Definition and reliability*. Archives of General Psychiatry, 1982;39:784-788.

ANDREASEN, N.C - *Affective flattening and the criteria for schizophrenia. Am J Psychiatry* 136: 944-947, 1979.

ANDREASEN, N.C., CARPENTER, W.T., KANE, J.M., LASSER, R.A., MARDER, S.R., WEINBERGER, D.R. - *Remission in Schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. American Journal of Psychiatry*, 2005;162(3):441-49.

ANTHONY, W., COHEN, M., FARKAS, M. & GAGNE, C. - *Psychiatric Rehabilitation* (2nd ed.). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, 2006.

AMARAL, A. C. - *Prescrições de Enfermagem de Saúde Mental mediante a CIPE[®]*. Lusociência, 2010. Loures.

ASEN, E. - *Outcome research in family therapy: Family intervention for psychosis. Advances in Psychiatric Treatment*, 2002 - 8, 230-238.

BANDEIRA, M., GELINAS, D.; LESAGE, A. - *Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 12: 627-640, 1998.

BANDEIRA, M., IRANO, E. M. - *Reinserção social de psicótico: avaliação global do grau de assertividade em situações de fazer e receber críticas. Psicologia: reflexão e crítica*, Porto Alegre, v. 15, n. 3, p. 665-675.

BARDIN, L. - *Análise de conteúdo*. 3^a Edição. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARROS, S., EGRY, E.Y. - *O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de Enfermagem*. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 2001.

BARROS, S., SILVA, A.L.A., LOPÉRGOLO, A.C.D.; PITTA, A.M.F. - *Tentativas inovadoras na prática de ensino e assistência na área de saúde mental – I. Rev Esc Enfermagem USP*, 1999; 33(2):192-9.

BARROS, S. - *Saúde Mental - da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milénio*. São Paulo: Lemos, 2000.

BECHELLI, L.P.C. - *Long-acting antipsychotics in the maintenance treatment of schizophrenia: Part I. Foundations of its development, benefits and acceptance level in different countries and cultures. Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2003; 11(3):341-9.

- BECHELLI, L.P.C. - *Neurofármacos: efeitos terapêuticos e colaterais em doentes de esquizofrenia - impacto nos serviços de saúde mental*. J. Bras Psiquiatria, 1986; 35(1):3-9.
- BECKMANN, H., GATTAZ, W. F. - *Terapia medicamentosa das esquizofrenias*. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 8, n.2, p. 17-24, 1979.
- BELL, J. - *Como realizar um Projecto de Investigação*. 3ª Edição. Lisboa: Gradiva, 2008.
- BELLACK, A., GOLD, J.M., BUCHANAN, R.W. - *Cognitive rehabilitation for schizophrenia: problems, prospects, and strategies*. *Schizophrenia Bulletin* 25 (2): 257-274, 1999.
- BERGERET, J. - *A Personalidade normal e patológica* (3ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores. 2000.
- BERGERET, J., GEORGIEFF, N. - *A Personalidade normal e patológica* (3ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.. (1995). *A Esquizofrenia*, 2000 Lisboa: Instituto Piaget.
- BIRCHWOOD, M., SPENCER, E. - *Early intervention in psychotic relapse*. *Clinical Psychology Review*.S, 121M226, 2001.
- BIRCHWOOD, M., MASON, R., MacMILLAN F. - *Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis*. *Psychological Medicine*. 23, 2, 387-395, 1993.
- BLACKWELL, B. - *Treatment adherence*. *Br J Psychiatry* 129: 513-531, 1976. Casper, E.S.; Regan, J.R. - *Reasons for admission among six profile subgroups of recidivists of inpatient services*. *Can J Psychiatry* 38(10): 657-661, 1993.
- BLEULER, E. - *Demencia Praecox or the group of Schizophrenias*. Traduzido por Zinken J. New York, International Universities Press, 1950.
- BRACONIER, A.- *Manual de Psicopatologia* (1ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores, 2007.
- CAMPOS, A. - *Reformas da saúde: o fio Condutor*. Coimbra: Livraria Almedina, 2008.
- CARDOSO, L., GALERA, S.A.F. - *Perfil demográfico e clínico de pessoas que fazem uso de Decanoato de Haloperidol*. [Dissertação mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2006. p.78.
- CARDOSO, C. M. - *Os Caminhos da Esquizofrenia*. (10ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores., 2002.
- CARMO, H., FERREIRA, M. M. - *Metodologia da Investigação - Guia para auto-aprendizagem*. 2ª. Lisboa: Universidade Aberta, 2008.

- CARVALHO, José Carlos Marques – *Esquizofrenia e família: repercussões nos filhos e cônjuge* - Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências BioMédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, 2011.
- CASTLE, D. J., MCGARTH, J. & KULKARMI, J. - *As mulheres e a Esquizofrenia* (1ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores, 2003.
- CASTRO, M.S., FUCHS, F.D. - *Abordagens para aumentar a adesão ao tratamento em doentes com hipertensão arterial de difícil controle*. Rev. Bras. Hipertens.;15(1):25-7., 2008.
- COHEN, J. D., BARCH, D. M., CARTER, C, Servan-Schreiber - *Context-processing cognitive tasks*. J. Abnorm. Psychol., 108: 120-133, 1999.
- COLOM, F., VIETA, E., SANCHEZ-MORENO, J., MARTINEZ-ARÁN, A., TORRENT, C., REINARES, M., et al. - *Psychoeducation in Bipolar Patients with Comorbid Personality Disorders*. *Bipolar Disord.* 2004 ;6(4):294-8.
- COLVERO, L.A, IDE, C.A.C., ROLLIM, M.A. - *Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença*. Rev. Esc. Enferm. USP. 2004; 38(2):197-205.
- COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL - *Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal*, Lisboa: CNRSSM, 2007.
- COSTA, V.T., LUNARDI, V.L., LUNARD, FILHO W.D. - *Autonomia versus cronicidade: uma questão ética no processo de cuidar em enfermagem*. Rev. enferm. UERJ. 2007; 15(1):53-8.
- DALGALARRONDO, P. - *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- DALGALARRONDO, P. *Enfermarias de Psiquiatria*. In: BOTEGA, N. J. (Org.). *Serviços de Saúde Mental no Hospital Geral*. Campinas: Papiros, 1995. p. 95.
- DALTIO, C. S., MARI, J. J. & Ferraz, M. B. - *Estudos farmacoeconómicos e carga da doença em esquizofrenia*. Revista de Psiquiatria Clínica, 34(2), 208-212, 2007.
- DAVIS, J.M.; ANDRIUKAITIS, S. - *The natural course of schizophrenia and effective maintenance drug treatment*. J Clin Psychopharmacol 6(1 Suppl): 2S-10S, 1986.
- DAY, J.C., BENTAL, R.P., ROBERTO, C.; RANDALL, F., ROGERS, A., CATTELL, D., [et al.] - *Attitudes toward a antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals*. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(7):717-24.

- DAY, J.C, WOOD, G., DEWEY M., - *A selfrating scale for measuring neuroleptic side-effects. Validation in a group of schizophrenic patients.* British Journal of Psychiatry, 1995 -166, 5, 650-653.
- DIXON, L. B., & LEHAMAN, A.F. - *Family interventions for schizophrenia.* National Institute of Mental Health. Schizophrenia Bulletin, 1995 - 21(4), 631-643.
- DOLDER, C.R., LACRO, J.P., LECKBAND, S., JESTE, D.V. - *Interventions to improve antipsychotic medication adherence: review of Cardoso L, Galera SAF.* J Clin Psychopharmacol., 2003; 23(4):389- 99.
- DORNELLES, C. - *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.* 4ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2003.
- DRURY, V. M., ROBINSON, E. J., BIRCHWOOD, M. - *Theory of mind' skills during an acute episode of psychosis and following recovery.* Psychol Med, 28: 1101-1112, 1998.
- ECKMAN, T.A., LIBERMAN, R.P., PHIPPS, C.C., BLAIR, K.E. - *Teaching medication management skills to schizophrenic patients.* J. Clin. Psychopharmacol. 10(1): 33-38, 1990.
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO - *Guia Orientador para elaboração de Trabalhos Escritos,* 2007.
- FALKAI, P., WOBROCK, T., LIEBERMAN, J., GLENNTHOJ, B., GATTAZ, W.F., MOLLER, H.J. - *Guidelines for biological treatment of schizophrenia.* Part 1: acute Early course parameters, Schizophren. Bull. 22: 241-256, 1996.
- FERRARI, M.C.L. - *Esquizofrenia na infância e adolescência: um esboço histórico.* Rev Psiquiatr Clin. 1996;23(3):97-104.
- FIGUEIRA, I., MENDLOWICZ, NARDI A.E., MARQUES, C., VENTURA, P., MORAES, A., [et al.] - *Fobia social e transtorno do pânico em pacientes psicóticos.* J Bras. Psiquiatr. 1992;41(6):259-64.
- FIORAVANTI, M., CARLONE, O., VITALE, B., CINTI, M.E., CLARE, L. - *A meta-analysis of cognitive défices in adults with a diagnosis of schizophrenia.* Neuropsychology Review 15(2): 73-95, 2005.
- FIORIN, J. L. - *Elementos de análise de discurso.* São Paulo: Contexto/EDUSP; 1989.
- FORTIN, M. F. - *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Loures: Lusodidacta, 2009.
- FORTIN, M. F. - *O processo de investigação, da concepção à realização.* Lusociencia. Loures: Edições Técnicas e Científicas, Lda., 1999.

- FRISTON, K. J. - *Schizophrenia and the Disconnection Hypothesis* Acta Psychiatr. Scand. 99 (Suppl. 395): 68-79. 1999.
- FUREGATO, A. R. F., SANTOS, P. S., NEIVAS, A. F., SILVA, E. C. - *O fardo e as estratégias da família na convivência com o portador de doença mental*. Revista Texto & contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 11, n. 3, p. 51-6, 2002.
- GABBARD, G. - *Psiquiatria psicodinâmica*. 2ª ed. Porto Alegre. Artmed; 1998.
- GASTAL, L. G.; ANDREOLI, S. B.; QUINTANA, M. I. S.; GAMEIRO, M. A.; LEITE, S. O., McGRATH, J. - *Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 280-85, 2000.
- GEORGIEFF, N. - *A Esquizofrenia*. Lisboa: Instituto Piaget. B. 1995
- GIACON, B.C.C., GALERA S.A.F. - *Adaptação familiar após primeiro episódio de esquizofrenia*. In: Encontro Brasileiro de Enfermagem da Família: Construindo caminhos para o ensino de graduação e pós-graduação; 2005; São Paulo. São Paulo: 2005.
- GLAZER, W.M., KANE, J.M. - *Depot neuroleptic therapy: an underutilized treatment option*. J. Clin. Psychiatry. 1992;53(12): 426-33.
- GOFFMANN, E. - *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2003.
- GOLDMAN, H.H.; SKODOL, A.E.; LAVE, T.R. - *Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning*. Am J Psychiatry 149:1148-1156, 1992.
- GRAEFF, F.G., GUIMARÃES, F.S. - *Fundamentos de psicofarmacologia*. 4a ed. São Paulo: Editora Atheneu, 1999.
- GRAY, R., ROFAIL, D., ALLEN, J., NEWAY, T. - *A survey of patient satisfaction with and subjective experiences of treatment with antipsychotic medication*. Journal of Advanced Nursing. 52, 1, 31-37, 2005.
- GREEN, M. F. - *What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia?* Am. J. Psychiatry 153: 321-330. 1996.
- HAROLD, I. KAPLAN, SADOCK, B. J. - *Compêndio de Psiquiatria Dinâmica*. 3ª Edição, 1986. Artes Médicas.
- HARVEY, P.D., KEEFE, R.S. - *Studies of cognitive change in patients with schizophrenia following novel antipsychotic treatment*. AMJ Psychiatry. 2001;158(2):176-84.

- HARVEY, P.D., McCLURE, M.M. - *Pharmacological approaches to the management of cognitive dysfunction in schizophrenia* *Drugs*. 66(11): 1465-1473, 2006.
- HAWKINS, K.A., ADDINGTON, J., KEEFE, R.S., CHRISTENSEN, B., Perkins, D.O., ZIPURKSY, R. - *Neuropsychological status of subjects at high risk for a first episode of psychosis*. *Schizophr. Res.* 67(2-3): 115-112, 2004.
- HISSING, W. - *Compliance, quality assurance and standards for reiapseprevention in schizophrenia*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 89 (Supplement 382), 16-24, 1994.
- HO, B.C., BLACK, D-W. & ANDREASEN, N.C. - *Schizophrenia and other psychotic disorders*. In R.E. Hales & S.C. Yudofsky (Eds.). *Textbook of clinical psychiatry* (4th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, 2003.
- HIGGINS, A., BARKER, P., BEGLEY, C.M. - *Neuroleptic medication and sexuality: the forgotten aspect of education and care*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2005 - 12, 4, 439-446.
- JASPERS, K. - *Psicopatologia Geral*. Rio de Janeiro: Livr. Atheneu. (Orig.: *Allgemeine Psychopathologie*, 9a. aufl, 1959, Berlim: Springer Verlag 1959. Trad. port. de S P Reis e P C Rzezinski), 1987.
- JOLLEY, S., GARETY, P.A., ELLETT, L., KUIPERS, E., FREEMAN, D., BEBBINTON, P.E. [et al.] - *A validation of a new measure of activity in psychosis*. *Schizophr. Res.* 85 (1-3): 288-295, 2006.
- JONSSON, S.A., LUTS, A., GULDBERG-KJAER, N., & BRUN, A. - *Hippocampal pyramidal cell disarray correlates negatively to cell number: implications for the pathogenesis of schizophrenia*. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 247(3), 120-127, 1997.
- JOYCE, E.M., ROISER, J.P. - *Cognitive heterogeneity in schizophrenia*. *CurrentOpinion of Psychiatry* 20(3): 268-272, 2007.
- KANE, J.M., LIEBERMAN, J.A. - *Maintenance pharmacotherapy in schizophrenia*. In: Meltzer HY, editors. *Psychopharmacology: the third generation of progress*. New York: Raven Press; 1987. p.1103-9.
- KANE, J.M. - *Strategies for improving compliance in treatment of schizophrenia by using a long-acting formulation of an antipsychotic: clinical studies*. *J Clin Psychiatry* 64 (Suppl 16): 34-40, 2003.

KAPLAN, H.I, SADOK B.J., GREBB J.A., editores. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. Terapias biológicas. p. 809-946.

KAPLAN, H. I., SADOCK B. J., GREBB J. A. *Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*, 7a. edição. Editora Artes Médicas. Porto Alegre, 1997.

KELLY, G.R., SCOTT, J.E., MAMON, J. - *Medication compliance and health education among outpatients with chronic mental disorders*. Med Care 28(12): 1181-1197, 1990.

KIRSCHBAUM D.I.R. - *O trabalho de Enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos?* Cad IPUB, 2000; (19):15-36.

KOGA, M., FUREGATO, A. R. F. - *Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar*. Ciência, cuidado e saúde, v. 1, n. 1, p. 75-9, 2002.

KURTZ, M. M., MOBERG, P.J., GUR, R.C., GUR, R.E. - *Approaches to cognitive remediation of neuropsychological deficits in schizophrenia: a review and meta-analysis*. Neuropsychology Review 11(4): 197-210, 2001.

LARAIA, M.T. - *Psicofarmacologia*. In: STUART, G.W., LARAIA, M.T, editores. *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 607-39.

LAWRENCE C.K. - *Psiquiatria clínica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1976.

LAWRIE, S., & JOHNSTONE, E. - *Schizophrenia and Related Disorders*. In E. Johnstone, S. Lawrie, D. Owens, M. Sharpe & C. Freeman (Eds.), *Companion to Psychiatric Studies* (7th ed., pp. 390-420). Edinburgh: Churchill Livingstone, 2004.

LEHMAN, A.F., LIEBERMAN, J.A., DIXON, L.B. McGLASHAN, T.H., MILLER, A.L., PERKINS, D.O., & KREYENBUHL, J. - *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia*, 2nd edition. American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders, Compendium 2006. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2006.

LEHMAN, A.F., WARD, N.C.; LINN, L.S. - *Chronic mental patients: the quality of life issue*. Am J Psychiatry 139(10): 1271-1276, 1982.

LEITE, S. O., McGRATH, J. - *Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 280-85, 2000.

- LIMA, C.O.M., CAETANO, D. - *Evolução histórica do conceito de esquizofrenia*. J Bras Psiquiatr. 1995;44(11):559-62.
- LIMA, M. C., BOTEGA, N. J. - *Hospital de Dia: para quem e para quê?* São Paulo: Ver. Brasileira de Psiquiatria, v. 23, n. 01, p. 41-50, 2001.
- CARPENITO-MOYET, L. J., [et al.] – *Diagnósticos de Enfermagem – Aplicação à Prática Clínica*. 11ª Edição. Artmed Editora S. A., 2009. São Paulo.
- CARPENITO-MOYET, L. J. [et al.] – *Diagnósticos de Enfermagem – Aplicação à Prática Clínica – 11ª Edição*, ARTMED EDITORA, S.A., 2006 Porto Alegre.
- LYSAKER, P.H., LANCASTER, R.S., DAVIS, L.W. - *Clements CA. Patterns of neurocognitive défices and unawareness of illness in schizophrenia*. Journal of Nervous and Mental Disease, 2003; 191(1):38-44.
- LYSAKER, P.H., LANCASTER, R.S., DAVIS, L.W. - *Association of Neurocognition, Anxiety, Positive and Negative Symptoms with Coping Preference in Schizophrenia Spectrum Disorders*. Schizophrenia Research, 2005; 80(2-3), 163-171.
- TOWENSEND, M. C. - *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. 6ª Edição. (2009) Lusociência. Loures.
- MATZA, L.S., BUCHANAN, R., PURDON, S., BREWSTER-JORDAN, J. [et al.] - *Measuring Changes in Functional Status Among Patients with Schizophrenia: The Link with Cognitive Impairment*. Schizophrenia Bulletin 32(4):666-678. October, 2006.
- MELAMAN, J. - *Repensando o cuidado em relação aos familiares de doentes com transtorno mental* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1998.
- MENEZES, P.R. - *Prognóstico da esquizofrenia*. Rev Bras Psiquiatr. 22 (Supl 1):18-20, 2000.
- MEYER, B. - *Coping With Severe Mental Illness: Relations of the Brief COPE With Symptoms, Functioning, and Well-Being*. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 2001; 23(4), 265-277.
- MIASSO, A.I., CASSIANI, S.H.B., PEDRÃO, L.J. - *Bipolar affective disorder and medication therapy: identifying barriers*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2008 Ago;16(4):739-45.
- SÁ, M. L.- *Análise especializada: cuidados de saúde primários 2011-2016: reforçar, expandir*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2010.

- MINAYO, M. C. S. - *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MUERSEER, K.T., VALENTINER, D.P., AGRESTA, J. - *Coping with negative symptoms of schizophrenia: Patient And Family Perspectives*. *Schizophrenia Bulletin*, 1997;23(2):329-339.
- NETTO, M.R. - *Manejo clínico do primeiro episódio psicótico*. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000; 22(suppl 1):45-6.
- NETTO, M.R. - *Um guia para doente se familiares*. São Paulo: Lemos; 1996
- O'CARROLL, R. - *Cognitive impairment in schizophrenia*. *Advances in Psychiatric Treatment* 6:161-168, 2000.
- OLBRICH, R., VOSS, E., MUSSGAY, L., PFEIFFER, H. - *A weighted time budget approach for the assessment of cognitive and social activities*. *Soc Psychiatry Psychiatr. Epidemiol* 28, 184-188, 1993.
- OLIN, S.S., & MEDNICK, S.A. - *Risk factors of psychosis: Identifying vulnerable populations premorbidly*. *Schizophrenia Bulletin*, 1996; 22(2), 223-240.
- OLIVEIRA, A. M. N., LUNARD, V. L., SILVA, M. R. S. S. - *Repensando o modo de cuidar dp ser portador de doença mental e sua família a partir de Heidegger*. *Cogitare Enfermagem*, v. 10, n. 1, p. 9-15, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: critérios diagnósticos para pesquisa*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. - *Relatório sobre a saúde do mundo – saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Washington, 2001.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - CIPE[®] VERSÃO 2 – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*; Lusodidacta, 2011.
- OSÓRIO, C.M.S., ABREU, P.B.A., CAMOZZATO, A., LOBATO, M.I. - *Psicoses*. In: *Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial: Conduas Clínicas em Atenção Primária*. 2ª edição, capítulo 93, pág. 563-575. Editora Artes Médicas. Porto Alegre, 1996.
- OWEN, R.R., FISCHER, E.P., BOOTH, B.M., CUFFEL, B.J. - *Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia*. *Psychiatr Serv*. 47(8): 853-858, 1996.

- PEDINELLI, J. L. & GIMENEZ, G. - *As Psicoses do adulto* (1ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores, 2006.
- PEDROSO, P. R. E; OLIVEIRA, G.R. - *Blackbook Clínica Médica*. 1ª ed. Belo Horizonte: Blackbook, 2007.
- PEPLAU, H.E. - *Interpersonal techniques: the crux of psychiatric nursing*. Am. J. Nurs. 1962; 62 (6): 50-4.
- PEUSKENS, J.; DEMILY, C., THIBAUT, F. - *Treatment of cognitive dysfunction in schizophrenia*. - Clinical Therapeutics 27 (Suppl A): S25-S37, 2005.
- PLAYLE, J.F., KEELEY, P. - *Noncompliance and professional power*. J. Adv. Nurs., 1998;27(2):304-11.
- POPE, C., MAYS, N. - *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 2ª Edição Porto Alegre: Artmed, página 118, 2005.
- PRAZERES, O. S., MIRANDA, P. S. C. - *Serviço substitutivo e hospital psiquiátrico: convivência e luta*. *Psicologia: ciência e profissão*. vol. 25, n. 2, p. 198-211, 2005. Publishers, 1997.
- QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L. - *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva Publicações, 1992.
- RIBEIRO, J. L. P. - *Metodologias de Investigação em Psicologia e Saúde*. 3ª Edição. Porto: Legis Editora/Livpsic, 2010.
- ROBERT BERKOW, M. D., MARK H. BEERS, M. D., ANDREW J. FLETCHER, M. B., - *Manual Merck: Saúde para a família*. Editorial Oceano, s.d.
- ROCHA, R.M. - *Enfermagem em saúde mental*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2005.
- ROSA, M.A. - *Avaliação dos fatores de aderência ao tratamento medicamentoso em doentes esquizofrênicos* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1998.
- ROSA, M.A., MARCOLIN, M.A. - *Tradução e adaptação da Escala de Influências Medicamentosas (ROMI): um instrumento para avaliar a aderência ao tratamento*. J. Bras. Psiquiatr. (10-12): 405-412, 2000.
- ROSA, M.A., MARCOLIN, M.A. - *Evaluation of the factors interfering with drug treatment compliance among Brazilian patients with schizophrenia*. Rev. Bras. Psiquiatr. 27(3): 178-184, 2005.

- SADOCK, B.J., & SADOCK, V.A. - *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- SAFIER, E. - *Our families, the context of our lives*. Menninger Perspective, 1997; 28(1), 4-9.
- SALLES, M.M., BARROS, S. - *Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano* 2007.
- SANDÍN, B., EL ESTRÈS En: Belloch A, Sandín B, Ramos F, coordinadores. *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw Hill, 1995. p. 3-52.
- SANTOS, A.S. - *Projeto terapêutico em um CAPS: uma avaliação dos usuários*. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2006.
- SANTOS, P., & MAIA, J. -. *Adaptação e análise factorial confirmatória da Rosenberg self-esteem scale com uma amostra de adolescentes: Resultados preliminares* In A. Soares, S. Araujo & S. Caires (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e Contextos* (Vol. 6, pp. 101-113). Braga: APPORT., 1999.
- SANTOS, R. - *Estudo das reinternações psiquiátricas na região de Ribeirão Preto no período de 1998-1999*. Ribeirão Preto. 2003. p. 72. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto]. Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto, 2003.
- SCAZUFCA, M. - *Abordagem familiar em esquizofrenia*. Revista Brasileira Psiquiatria. Vol. 22. São Paulo, 2000.
- SCHNEIDER, J. F. - *O cuidado e a família do esquizofrénico*. Mundo Saúde, 2000;24(24):284-90.
- SCHWARZER, R. - *Stress, resources, and proactive coping*. Applied Psychology: An International Journal, 2001; 50, 400-407.
- SCHWARZER, R., & TAUBERT, S. - *Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive coping*. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, visions and challenges* (pp. 19-35). London: Oxford University Press, 2002.
- SEQUEIRA, C. – *Introdução à Prática Clínica: Do Diagnóstico à Intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Coimbra: Editora Quarteto, 2006.
- SHARMA, T., ANTONOVA, L. - *Cognitive function in schizophrenia deficits: functional consequences and future treatment*. *Psychiatric Clinics of North America* 26: 25-40, 2003.

- SILVA, A. T. M. C., BARROS, S. - *O trabalho de Enfermagem no Hospital Dia na perspectiva da reforma psiquiátrica em João Pessoa*. Ver. Esc. Enferm. USP. 2005; 39(3):310-6.
- SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. - *A equipa de saúde mental numa aproximação sociopoética: das relações interpessoais à produção de subjetividade*. Revista da Escola de Enfermagem USP, v. 38, n. 4, p. 429-37, 2004.
- SITSKOORN, M.M., ALEMAN, A., EBISH, S.J.H., APPELS, M.C.M., KAHN, R.S. - *Cognitive deficits in relatives of patients with schizophrenia: a meta-analysis*. Schizophrenia research 71: 285-295, 2004.
- SOUZA, L.A., COUTINHO, E.S.F. - *Fatores associados à qualidade de vida de doentes com esquizofrenia*. Ver. Bras. Psiquiatr. 28(1): 50-58, 2006.
- STUART, G.W., LARAIA, M.T. - *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
- TAVARES, C.M.M. - *Prática criativa da enfermagem psiquiátrica: fatores intervenientes no seu desenvolvimento*. Escola Anna Nery Ver. Enferm., 2002; 6 (1):107-17.
- TAYLOR, C.M. - *Fundamentos de Enfermagem psiquiátrica de Mereness*. 13ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- THIEDA, P., BEARD, S., RICHTER, A., KANE, J. - *An economic review of compliance with medication therapy in the treatment of schizophrenia*. Psychiatr. Serv. 54(4): 508-516, 2003.
- TORREY, E.F. - *Studies of individuals with schizophrenia never treated with antipsychotic medications: a review*. Schizophrenia Research 58: 101-115, 2002.
- TORREY, W., MUESER, K., McHUGO, G., & DRAKE, R. - *Self-Esteem as an Outcome Measure in Studies of Vocational Rehabilitation for Adults With Severe Mental Illness*. *Psychiatric Services*, 2000 51(2), 229-233.
- TOSTES, L.R.M, MORAES, L.R.N. - *Esquizofrenia: curso, evolução e prognóstico*. J. Bras. Psiquiatr. 1989; 38(4):233-9.
- VAZ-SERRA, A. - *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Edição de Autor, 2002.
- VAZ-SERRA, A., CANAVARRO, M., SIMÕES, M., PEREIRA, M., GAMEIRO, S., QUARTILHO, M., et al. - *Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da*

Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. Psiquiatria Clínica, 27(1), 2006; 41-49.

VENTURA, J., NUECHTERLEIN, K., SUBOTNIK, K., GREEN, M., & GITLIN, M. - *Self-efficacy and Neurocognition May be Related to Coping Responses in Recent-onset Schizophrenia. Schizophrenia Research, 2004; 69, 343-352.*

VILELAS, J. - *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento. 1ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2009.*

VILLARES, C. C. - *Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia. Revista Brasileira Psiquiatria. Vol 2. São Paulo. 2000. Disponível em: Acesso em: 19 de abril de 2010.*

VILLARES, C.C., SARTORIUS, N. - *Challenging the Stigma of Schizophrenia Ver. Bras. Psiquiatria 25(1): 1-2, 2003.*

WALLACE, C.J., LIBERMAN, R.P. - *Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial. Psychiatry Res 15(3): 239-247, 1985.*

WEIDEN, P., RAPKIN, B., ZYGMUNT, A., MOTT, T., GOLDMAN, D., FRANCES, A. - *Neuroleptic noncompliance in schizophrenia. In: Tamminga CA, Shulz SC, editors. Advances in neuropsychiatry and psychopharmacology. New York: Raven Press, 1991.p.285-96.*

WEIDEN, P., RAPKIN, B., ZYGMUNT, A., MOTT, T., GOLDMAN, D., FRANCES, A. - *Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenia. Schizophr. Bull 20(2): 297-310, 1994.*

WEIDEN, P., RAPKIN, B., ZYGMUNT, A., MOTT, T., GOLDMAN, D., FRANCES, A. - *Postdischarge medication compliance of inpatients converted from an oral to a depot neuroleptic regimen. Psychiatr. Serv. 46(10): 1049-1054, 1995.*

WEIDEN, P.J., OLFSO, M. - *Cost of relapse in schizophrenia. Schizophr. Bull 21(3):419-4 29, 1995.*

WIERSMA, D., NIENHUIS, F., SLOOFF, C., & GIEL, R. - *Natural course of schizophrenic disorders: A 15-year followup of a Dutch incidence cohort. Schizophrenia Bulletin, 1998; 24, 75-85.*

WING, J.K., BROWN, G.W. - *Institutionalism and schizophrenia: a comparative study of three mental health hospitals 1960-1968. Cambridge University Press, London, 1970.*

WYATT, R.J. - *Early intervention with neuroleptics may decrease the longterm morbidity of schizophrenia. Schizophr. Res 5(3): 201-202, 1991.*

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Mental health: new understanding, new hope*, Geneva: WHO, 2001.

YAMADA, K., WATANABE, K., NEMOTO, N., FUJITA, H., CHIKARAICHI, C., YAMAUCHI, K., et al. - *Predisposição a não adesão à medicação nos doentes não hospitalizados com a esquizofrenia: uma continuação de 2 anos*. *Psychiatry Res.*, 2006 Jan. 30;141(1):61-9. Epub 2005 Nov 28.

YANOS, P., PRIMAVERA, L., & KNIGHT, E. - *Consumer-run Service Participation, recovery of social functioning, and the mediating role of psychological factors*. *Psychiatric Services*, 2001; 52(4), 493-500.

ZUBIN, J., & SPRING, B. - *Vulnerability-Anew View of Schizophrenia*. *Journal of Abnormal Psychology*, 1977; 86(2), 103-126.

ZYGMUNT, A., OLDFSON, M., BOYER, C.A., MECHANIC, D. - *Interventions to improve medication adherence in schizophrenia*. *Am. J. Psychiatry*, 2002; 159(10):1653-64.

5.2 SITIOGRAFIA

ADDENGTON, D. E. - *Reducing suicide risk in patients with schizophrenia*. *Medscape Psychiatry & Mental Health*, 2006 [Em linha] [Consultado a 10 de Abril de 2012] disponível em URL: <http://www.medscape.com/viewprogram/5616>.

CARDOSO, L., GALERA S. A. F.. - *Adesão ao tratamento psicofarmacológico*, 2006 - [Em linha] [Consultado a 10 de Abril de 2012] disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000300015&script=sci_arttext.

CARDOSO, L., MIASSO, A. I., MAIS, B. M., ESTEVES, R. B. - *Grau de adesão e conhecimento sobre tratamento psicofarmacológico entre pacientes egressos de internação psiquiátrica*, 2011 - [Em linha] [Consultado a 10 de Abril de 2012] disponível em URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_12.pdf.

CARREIRA, G. O., MOURA, P. A. S. - *Esquizofrenia: Uma abordagem geral, com enfoque na assistência de enfermagem e familiar*, 2009. - [Em linha] [Consultado a 10 de Abril de 2012] disponível em URL: <http://www.polbr.med.br/arquivo/esq0599.htm>.

CARVALHO, I. S., COSTA, I. I., MALUSCHKE, J. S. N., BUCHER F. - *Psicose e Sociedade: interseções necessárias para a compreensão da crise*, 2007 - [Em linha] [Consultado a 12 de Abril de 2012] disponível em URL: <http://www.doaj.org/doaj?func=abstract&id=258794f>.

CHARMAINE, C. [et al.] - *Care: Giving, Receiving and Meaning in the Context of Mental Illness*, 2006. [Em linha] [Consultado a 05 de Março de 2012] disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16704331>.

CHENG LEE, THOMAS, H. McGLASHAN and SCOTT W. WOODS. - *Prevention of Schizophrenia - Can it Be Achieved?*, 2005 [Em linha] [Consultado a 08 de Março de 2012] disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15740175>.

DURÃO, M.A.S, SOUZA, M.C.B.M., MIASSO, A.I. - *Cotidiano de portadores de esquizofrenia após o uso de clozapina e acompanhamento grupal s.d..* - [Em linha] [Consultado a 10 de Abril de 2012] disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/10.pdf>.

EVERT, H., HARVEY, C., TRAUNER, T., HERRMAN, H.- *The relationship between social networks and occupational and self-care functioning in people with psychosis*, 2003 [Em linha] [Consultado a 08 de Março de 2012] disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12664228>.

FEITOSA, F. A.- *Atividades terapêuticas em hospitais psiquiátricos: papel do Enfermeiro*, 2005 - [Em linha] [Consultado a 12 de Abril de 2012] disponível em URL: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2005-04.pdf>.

FRANCIS, L. GILFEDDER - *Personal Experiences of Psychiatric Disability as a Benefit in Conducting Research*, 2010 [Em linha] [Consultado a 08 de Março de 2012] disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20615849>.

FREDERICK, J., FRESE - *On the impact of being diagnosed with Schizophrenia*, 2010 [Em linha] [Consultado a 08 de Março de 2012] disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20636120>.

GEANELLOS, R.. - *Adversity as opportunity: Living with schizophrenia and developing a resilient self*. International Journal of Mental Health Nursing, 2005 [Em

linha] [Consultado a 08 de Março de 2012] disponível em URL:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15733280>.

GRAY, R., WYKES, T., GOURNAY, K. - *The effect of medication management training on community mental health nurse's clinical skills*, 2003 - [Em linha] [Consultado a 10 de Abril de 2012] disponível em URL:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12559140>.

HEWITT, L., BIRCHWOOD, M.- *Preventing Relapse of Psychotic Illness Role of Self-Monitoring of Prodromal Symptoms*, 2002 [Em linha] [Consultado a 08 de Março de 2012] disponível em URL:
http://adisonline.com/diseasemanagement/Abstract/2002/10070/Preventing_Relapse_of_Psychotic_Illness__Role_of.1.aspx.

KURITA, H., HIGUCHI, T., NAKANISHI, M., KOYAMA, A., ITO, H. - *Nurses collaboration with physicians in managing medication improves patient outcome in acute psychiatric care*, 2006 [Em linha] [Consultado a 10 de Abril de 2012] disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16594944>.

KESHAVAN, M.S. [et al.] - *Challenges in preventing schizophrenia- A major hurdle is identifying those at risk for developing psychosis in the future*, 2009. [Em linha] [Consultado a 10 de Março de 2012] disponível em URL:
<http://lancashirecarelibraryblog.com/2010/02/16/challenges-in-preventing-schizophrenia-a-major-hurdle-is-identifying-those-at-risk-for-developing-psychosis-in-the-futu>.

LEROY SPANIOL, NANCY J.WEWIORSKI, CHERYL GAGNE & WILLIAM ,A. ANTHONY. - *The process of recovery from Schizophrenia*, 2002 [Em linha] [Consultado a 08 de Março de 2012] disponível em URL:
<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/0954026021000016978>.

CESARI, L. - *Percepção de mudança e qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia*, 2010 [Em linha] [Consultado a 12 de Abril de 2012] disponível em URL:
<http://www.ufsj.edu.br/portal2repositorio/File/mestradopsicologia/2010/Dissertacoes/DissertacaoPercepcao%20de%20mudanca%20e%20qualidade%20de%20vida.pdf>.

MARTINEZ, T. D., BLANQUÉ, J. M., CODINA, J., MONTORO, M., MAURI, L., VIDAL, N. B. - *Rationale and state of the art in early detection and intervention in psychosis*, 2011. [Em linha] [Consultado a 03 de Março de 2012] disponível em URL: http://www.experts.scival.com/uabcei/pubDetail.asp?t=pm&id=84858225959&o_id=12

MATTILA, E., LEINO, K., PAAVILAINEN, E. - *Nursing intervention studies on patients and family members: a systematic literature review*, 2009 [Em linha] [Consultado a 08 de Março de 2012] disponível em URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2008.00652.x/abstract>.

MCGRATH, J. - *Como funciona a esquizofrenia*. Estados Unidos. s. d. – [Em linha] [Consultado a 10 de Abril de 2012] disponível em URL: <HTTP://saude.hsw.uol.com.br/autores-howstuffworks.htm#mcgrath>.

MING, T. TSUANG [et al.] - *Diagnostic concepts and the prevention of schizophrenia*, 2002. [Em linha] [Consultado a 08 de Março de 2012] disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12211878>.

MONTEIRO, L. C., LOUZÃ, M. R. - *Alterações cognitivas na esquizofrenia: consequências funcionais e abordagens terapêuticas*, 2007 [Em linha] [Consultado a 12 de Abril de 2012] disponível em URL: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s2/179.html>.

MORAES, M. S., BARROS, S. - *Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano*, 2006 [Em linha] [Consultado a 12 de Abril de 2012] disponível em URL: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-450461>.

MUESER, K. T., BOND, G. R., & DRAKE, R. E. - *Community-based treatment of schizophrenia and other severe mental disorders: treatment OUTCOMES*. *Medscape Psychiatry & Mental Health Journal*, 6(1), 2001 [Em linha] [Consultado a 10 de Abril de 2012] disponível em URL: www.medscape.com/viewarticle/43059.

MUIRHEAD, D., HARVEY, C., INGRAM, G. - *Effectiveness of community treatment orders for treatment of schizophrenia with oral or depot antipsychotic medication: clinical outcomes*, 2006. [Em linha] [Consultado a 03 de Março de 2012] disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub.med/16756586>.

NANDA International (NANDA- I). - *Nursing diagnosis: Definitions & classification 2007-2008*. Philadelphia: NANDA-I. National Alliance for the Mentally III (NAMI), 2007. *Assertive Community Treatment (ACT)*, 2007 - [Em linha] [Consultado a 10 de Abril de 2012] disponível em URL: www.nami.org.

NICOLINO, P. S., VEDANA, K. G. G, MIASSO, A. I., CARDOSO, L.- *Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa* , 2011 - [Em linha] [Consultado a 10 de Abril de 2012] disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a23.pdf>.

PERRIN, M., KLEINHAUS, K., MESSINGER, J.. - *Critical periods and the developmental origins of disease: an epigenetic perspective of Schizophrenia*, 2010 [Em linha] [Consultado a 05 de Março de 2012] disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20840164>.

PINHEIRO, T. L. S., CAZOLA, L. H.O., SALES, C. M., OLIVEIRA, A. R. A. - *Factores relacionados com as internações de portadores de esquizofrenia*, 2010 [Em linha] [Consultado a 12 de Abril de 2012] disponível em URL: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/17865>.

ROSA, M. A., ELKIS, H. - *Adesão em esquizofrenia*, 2007 - [Em linha] [Consultado a 10 de Abril de 2012] disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010160832007000800008&script=sci_arttext.

SANTOS, A. - *Cuidados Continuados Integrados e Saúde Mental*, 2010 [Em linha] [Consultado a 4 de Julho de 2012] disponível em URL: <http://barometro.com.pt/archives/515>.

KRAEPELIN, C., JANSSEN, B., GAEBEL, W. - *Prevention of rehospitalization in schizophrenia: results of an integrated care project in Germany*, 2009 [Em linha] [Consultado a 08 de Março de 2012] disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19876680>.

VALE & VALE – *Esquizofrenia*, 2006 - [Em linha] [Consultado a 10 de Abril de 2012] disponível em URL: <http://www.saude-mental.net>.

VIEIRA, A. [et al.] - *Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas*, 2010 [Em linha] [Consultado a 12 de Abril de 2012] disponível em URL: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0171.pdf>.

WEINMANN, S., JANSSEN, B., GAEBEL, W. - *Guideline adherence in medication management of psychotic disorders: an observational multisite hospital study*, 2005. [Em linha] [Consultado a 03 de Março de 2012] disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15952941>.

YUNG, A. R., KILLACKEY, E., HETRICK, S. E., PARKER, A. G., SCHULTZELUTTER, F., KLOSTERKOETTER, J., PURCELL R. & MCGORRY, P. D. - *The prevention of Schizophrenia*, 2007 [Em linha] [Consultado a 08 de Março de 2012] disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18092241>.

ZANINI, M.H. - *Psicoterapia na esquizofrenia*. Rev. Bras. Psiquiatr. [periódico na Internet], 2000; 22:47-9. [Consultado a 03 de Março de 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a16v22s1.pdf>.

ZHUL, B., ASCHER-SVANUM, H., FARIES, D., PENG, X., SALKEVER, D., SLADE, E. - *Costs of treating patients with schizophrenia who have illness-related crisis events*, 2008. [Em linha] [Consultado a 03 de Março de 2012] disponível em URL: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244x-8-72.pdf>.

ANEXOS

Anexo I – Guião da Entrevista Semiestruturada

Entrevista Semi-Estruturada - Guião

1. Objectivos Gerais:

- Avaliar os padrões de resposta humana alterados em utentes com transtornos de natureza psicótica;
- Analisar o produto dos diagnósticos de Enfermagem e as intervenções mais frequentes para lhes dar resposta, designadamente na promoção do auto cuidado, gestão do regime terapêutico e gestão de sinais e sintomas;
- Identificar as intervenções focalizadas na preparação para a alta;
- Debater alternativas assistenciais, a nível de cuidados de Enfermagem, susceptíveis de minimizar reinternamentos.

Designação dos blocos	Objectivos	Formulário de questões
Legitimação da entrevista e motivação	<ul style="list-style-type: none">• Legitimar a entrevista.	<ul style="list-style-type: none">• Informar sobre a pesquisa desenvolvida e seus objectivos;• Assegurar a confidencialidade de todas as informações fornecidas;• Solicitar a autorização para gravação da entrevista.
Motivação do entrevistado	<ul style="list-style-type: none">• Motivar o entrevistado a participar na entrevista.	<ul style="list-style-type: none">• Informar que no final do estudo e caso deseje, o participante terá acesso aos dados e em qualquer momento poderá não autorizar o seguimento da entrevista;

		<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar a colaboração do entrevistado salientado a importância do estudo.
Caracterização do entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar os participantes do estudo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar dados sobre: nº de observação, data, hora, duração, idade do participante, bem como o seu género, experiência profissional e experiência profissional como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.
Relação assistencial com o utente psicótico	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar a realidade clínica do utente psicótico; • Analisar a problemática de relação com o utente psicótico. 	<ul style="list-style-type: none"> • De acordo com a sua experiência, como caracteriza em geral o utente psicótico, em termos de organização do pensamento, relação com a realidade e características psicomotoras? • Como caracteriza a relação com o utente psicótico?
Padrões de resposta humana alterados no utente psicótico	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar a forma como é realizada a avaliação inicial do utente; • Identificar os padrões de resposta humana mais frequentemente alterados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em que medida observa dificuldades de interacção social neste tipo de doentes? • E nas actividades de vida diária, que alterações ressalta? • Quais as respostas humanas que considera mais afectadas nestes doentes?
Diagnósticos de Enfermagem mais	<ul style="list-style-type: none"> • Reflectir sobre a capacidade de 	<ul style="list-style-type: none"> • Do decurso da avaliação inicial, que aspectos tentar perceber e avaliar?

<p>frequentes nestes utentes</p>	<p>autocuidado do doente psicótico;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflectir sobre os comportamentos de gestão e de adesão ao regime terapêutico deste doente; • Reflectir sobre a gestão de sinais e sintomas. 	<ul style="list-style-type: none"> • O que diria sobre a capacidade de autocuidado? • O que pode o Enfermeiro fazer para tentar promover o autocuidado? • Observou situações de dificuldade na adesão ao regime terapêutico? O que pode ser feito para as minimizar? • Qual a consciência que os utentes revelam sobre os seus sintomas? • Como pode o Enfermeiro intervir para promover uma gestão mais eficaz dos sinais e sintomas?
<p>Intervenções de Enfermagem mais frequentes de natureza colaborativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar quais as intervenções de Enfermagem de natureza colaborativa mais frequentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em termos genéricos, como caracteriza a intervenção clínica e quais os cuidados prescritos mais frequentes? • Em que medida pode a Enfermagem intervir no sentido de uma melhor abordagem multidisciplinar?
<p>Intervenções de Enfermagem autónomas mais frequentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar quais as intervenções de Enfermagem de natureza autónoma mais frequentes; • Avaliar o potencial para desenvolver e alargar o leque de actividades autónomas, tendo em vista os resultados dos diagnósticos de Enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que intervenções autónomas teve oportunidade de desenvolver com estes utentes? • Qual a importância destas intervenções autónomas? • São suficientes? O que mais poderia ser feito a este nível?
<p>Preparação da alta do utente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar áreas e intervenções de Enfermagem susceptíveis de minimizar 	<ul style="list-style-type: none"> • Como é preparada a alta do doente psicótico?

	<p>a ocorrência de reinternamentos;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicar como é preparada a alta do utente psicótico; • Avaliar o potencial de introduzir alternativas na preparação da alta, que incluam informação ao utente e a pessoas significativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Qual a importância de uma abordagem multidisciplinar? • Que tipo de intervenção é possível desenvolver junto de pessoas significativas para o utente? • Como é acompanhado o utente após a alta? • Na sua opinião, em que medida pode a Enfermagem colaborar para minimizar a ocorrência de reinternamentos?
Finalização	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecer a colaboração prestada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecer a colaboração, disponibilidade e qualidade da informação dispensada; • Obter o consentimento informado assinado.

Anexo II – Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo (em português):

O Processo de Agudização e Reinternamento do Doente Psicótico: um contributo para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros.

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do voluntário)

_____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na minha pessoa.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito proposto pelo investigador.

Data: ____ / _____ / 20__

Assinatura do voluntário:

O Investigador responsável:

Nome: Ana Margarida Monteiro Ribeiro

Assinatura:

Anexo III – Exemplos do processo de Análise de Conteúdo

Domínio: Organização do pensamento, relação com a realidade e características psicomotoras do doente psicótico			
Respostas \ Categorias	Alteração do pensamento	Alterações psicomotoras	Relação com a realidade e com os outros
1	Apresentam ainda sinais e sintomas, a nível do pensamento, da percepção e da emoção inapropriados. Situações típicas destes casos são os delírios e perturbações formais do pensamento, ou seja, o discurso ilógico, por vezes também falam com voz monótona e podem apresentar comentários bizarros durante uma conversa.	Apresentam alterações do comportamento tais como: desorganização, agitação, hiperatividade ou inatividade.	
2	Pensamento desorganizado.		É um doente que vive no mundo dele. É um doente reservado, desconfiado, isolando-se do mundo.
3	Geralmente apresentam pensamento desorganizado.	(...) dado interpretar as suas convicções delirantes e alucinatórias como algo ameaçador e tende a apresentar inquietude e/ ou agitação psicomotora, dependendo do tipo de delírio e da sua intensidade.	É um doente quanto à relação com a realidade que se isola no seu mundo (...)
4	São doentes com distorção do pensamento, que se manifestam pelas alucinações e delírios (...)	Em termos de características psicomotoras, devido à medicação que tomam, apresentam alguma lentificação motora.	(...) estão desfasados da realidade, mas é o que encaram como verdadeiro.
5	São doentes que possuem um pensamento e comportamento desorganizados.	São doentes que podem estar calmos ou agitados (...)	(...) normalmente têm tendência a isolar-se, têm bastante desconfiança em relação aos outros e muitas vezes é difícil detetar atividade delirante, pois são reservados e evitam a abordagem (...)
6	Quanto à organização do pensamento, podem estar bastante perturbados.	Acerca da sua condição psicomotora, os doentes podem estar condicionados, fruto da medicação que fazem ou em estado de hiperatividade, como resultado da doença.	Em termos gerais são indivíduos autónomos, mas também podem apresentar-se limitados nas tarefas quotidianas. Quanto à relação com a realidade alguns estão mais adequados, outros têm algum tipo de limitação.
7	Existem doentes que apresentam o pensamento desorganizado, mas a grande maioria, quando devidamente compensados, têm adequação do pensamento, sendo pessoas capazes.	Quanto às características psicomotoras, são doentes mais lentificados como consequência da medicação e sem o efeito da medicação, são doentes que se encontram mais inquietos, dada a instabilidade emocional e as alterações do pensamento.	Em termos de relação com a realidade, alguns têm um grande desfasamento, mas uma grande percentagem, especialmente sem ser na fase aguda, apresentam-se adequados perante a realidade.

8	O pensamento é desorganizado, especialmente na fase aguda.	Normalmente é um doente agitado em termos de características psicomotoras, precisamente, por se encontrar numa outra realidade.	É um doente que se relaciona com a realidade dele, que muitas vezes não é a realidade real.
9	O seu pensamento é desorganizado, tendo em conta as diferentes fases pelas quais o doente passa.	Em termos psicomotores, numa primeira fase, são doentes algo inquietos e à posteriori ficam muito lenificados, por efeito da terapêutica.	A sua relação com a realidade também vai melhorando à medida que vai compensando a sua situação psicopatológica, antes disso é completamente alheada de tudo o que o rodeia.
10	O pensamento é desorganizado.	Em termos psicomotores, existem muitos défices. Na linha bipolar, salientam-se os sintomas positivos, enquanto que no doente esquizofrénico, notam-se mais os sintomas negativos, de qualquer forma há sempre défices.	Há sempre bastantes incompetências sociais, pois são doentes que têm uma realidade só deles.

Domínio: O que pode Enfermagem fazer para minimizar a ocorrência de reinternamentos do doente psicótico	
Categorias	Contributo de Enfermagem para minimizar a ocorrência de reinternamentos do doente psicótico
Respostas	
1	Usando de boas práticas de enfermagem, nomeadamente, ressaltando a utilização de método de referência; zelando sempre por uma boa adesão à terapêutica; estimulando a relação terapêutica, com técnicas de comunicação adequadas; facilitando a articulação com a equipa multidisciplinar; promovendo uma utilização da CIPE melhorada; melhorando os registos; promovendo a articulação com os outros recursos da comunidade, não esquecendo os cuidados continuados e integrados e procurando executar e enriquecer as intervenções de enfermagem, encaminhando-as para terapias compensatórias e de reabilitação cognitiva. (...) pelo que nunca se deve descorar a sua monitorização rigorosa. (...) O ensino e orientação para recursos da comunidade são cruciais. Ainda a enfatizar a necessidade de estar atento aos sinais de alarme de sobrecarga do cuidador, a problemas de foro económico e social, tentando encontrar e encaminhar para alternativas viáveis. Procurar o recurso a programas de gestão estruturada orientados para comportamentos saudáveis. Fazer por centralizar os cuidados destes doentes nos cuidados de saúde primários. Por norma estes doentes, com doenças crónicas são mais vulneráveis e têm uma ligação insuficiente com o médico/ enfermeiro de família. Devemos referenciá-los e incentivar a consulta no Centro de Saúde. É necessário também encorajar comportamentos saudáveis, como dieta e hábitos de exercício físico regulares, bem como, incentivar também e sempre que possível a cessação tabágica. Encaminhar estes indivíduos, quando exequível, para alternativas em cuidados de saúde continuados e integrados, terapias psicossociais, emprego protegido e residências protegidas, onde possam ser acompanhados mais de perto, é de extrema importância para o sucesso da sua integração social e diminuição das probabilidades de reinternamento.
2	Seria importante existir mais pessoal de enfermagem para se poder fazer um acompanhamento na comunidade, verificando no domicílio as dificuldades sentidas quanto à adesão à terapêutica, entre outras, tentando corrigi-las ou adaptá-las. Mas isto é ainda apenas uma visão voltada para o futuro e não uma realidade dos nossos dias.
3	Antes de mais e se for viável, é importante estimular que os doentes tenham consciência da sua doença e da necessidade de tratamento e de ajuda/ apoio, seguidamente, é determinante reforçar os laços entre cuidadores e doentes, pois com a recessão económica que atravessamos, assiste-se muitas vezes a uma desresponsabilização por parte das famílias, (...). Assim, por mais que enfermagem faça, há questões que nos ultrapassam, relacionadas com a carga social e financeira que este tipo de doente implica e que explicam muitos dos internamentos e reinternamentos a que aqui assistimos.
4	Com base numa abordagem multidisciplinar. Apostar em fazer uma preparação da alta organizada, desde o dia em que o doente entra e fazendo a articulação com a família e comunidade, perspetivando a alta desde cedo. Referenciar sempre estes doentes para Centro de Saúde seria também crucial.
5	(...) Creio que nestes doentes, existem fatores que os predis põem aos surtos e que nos ultrapassam, como o stress, situações de conflito, agressões do meio entre outras circunstâncias ambientais. Contudo, estarmos mais presentes no acompanhamento às famílias seria essencial, bem como, insistir na importância do cumprimento da terapêutica e no acompanhamento do doente nas suas atividades de vida diárias. Poderíamos ainda, promover ações de educação para a saúde com mais frequência, junto do doente e família. Tentarmos seguir os doentes na comunidade também seria importante, mas a enfermagem da comunidade representa um papel crucial neste processo, ou seja, poderia e deveria haver uma continuidade de cuidados ao doente, acompanhando-o a par e passo na sua integração social, familiar e profissional, para evitar recaídas.
6	É difícil chegar a estes doentes quando já se encontram na comunidade, logo, a este nível, a intervenção é mais da responsabilidade dos profissionais de Centro de Saúde. Contudo, um bom trabalho pode ser desenvolvido em ambiente hospitalar, especialmente ao nível do Hospital de Dia, em que os doentes já se encontram mais compensados clinicamente, estando assim mais disponíveis e abertos a ensinamentos, atividades lúdicas e terapêuticas e dinâmicas de integração social e laboral. Também a intervenção junto das famílias é essencial no pós-alta, para prevenção de recaídas destes doentes, nomeadamente no que concerne à gestão da terapêutica e à deteção de sinais e sintomas de risco de forma precoce, bem como formas de atuação em conformidade.
7	Os ensinamentos junto da família são essenciais, sejam eles pontuais ou formais. Na comunidade, também pode e deve ser desenvolvido um importante trabalho, desde que os profissionais tenham conhecimento da população e das suas necessidades pela observação do doente no seu ambiente, eles poderiam ter uma intervenção mais eficaz e adequada. Também nas escolas poderiam ser promovidos ensinamentos de sensibilização para situações de foro patológico, ficando assim as pessoas e famílias mais alerta para estas realidades.
8	Pode contribuir com os ensinamentos no sentido da prevenção de recaídas, sendo de ressaltar que é essencial que o doente perceba os seus sinais e sintomas desde o início da descompensação, devendo ainda compreender a importância de cumprir a terapêutica. A família, por seu turno, deve ser ajudada no sentido de melhor acompanhar o doente em todos estes processos. Trabalhar o doente com o intuito de ele entender a importância da compreensão da sua doença e da adoção de medidas que a tratam, é pois crucial. (...)
9	De referir o apoio que é feito em Hospital de Dia, sendo os doentes acompanhados bem de perto, fazendo-se inclusivamente convocação via telefónica, para cumprimento da terapêutica, sempre que necessário. No contexto desta visita do doente poderia aproveitar-se para colher mais dados relativamente à sua situação social e para desenvolver mais ensinamentos, desde que o doente estivesse receptivo,

	evidentemente. Ou seja, a ideia seria fazer uma recolha mais explorada das necessidades dos doentes e intervir depois em termos de educação para a saúde.
10	Estando mais presente e de forma mais ativa nos grupos psicoeducativos. Estes realizam-se em contexto de ambulatório, em consulta. (...) A nível do internamento, enquanto o doente não estiver estabilizado em termos cognitivos, não é possível fazer valer as nossas intervenções.