

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ESQUIZOFRENIA E AUTOUIDADO: VALIDAÇÃO PARA A
POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ESCALA DE REQUISITOS DE
AUTOUIDADO (ERA-h)*

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação académica orientada pelo Professor Doutor José Carlos
Carvalho e Co-orientada pelo Professor Doutor Juan Merino

Joana Catarina Ferreira Coelho

Porto | 2015

AGRADECIMENTOS

À minha Mãe, por me ter ensinado a nunca desistir.

Ao Xavier.

À Carlinha.

Ao Nuno.

Ao pai.

A eles, pelo amor, pelo suporte e pelo porto de abrigo.

À Sónia, pela partilha e por ter ajudado a que tudo fosse concretizável.

À Laura por me ter feito sempre sorrir.

Ao professor Doutor José Carlos Carvalho, orientador deste trabalho, pela disponibilidade, dedicação e ensinamentos ao longo deste percurso.

Ao professor Doutor Juan Merino, pelo apoio e partilha de conhecimentos.

A todos os doentes que aceitaram participar neste estudo.

E a todos aqueles que direta ou indiretamente tornaram este caminho exequível.

SIGLAS E ABREVIATURAS

CID-10	Classificação Internacional Estatística de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DSM-V	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
SPSS®	<i>Statistic Package Social for the Social Sciences</i> ®
%	Porcentagem
D. P.	Desvio Padrão
N	Total
Pág.	Página
ERA-h	Escala de Requisitos de Autocuidado <i>Hospitalaria</i>
AVD	Atividades de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
cit por	Citado (a) por
et al.	E colaboradores
CI	Intervalo de Confiança
CCI	Coefficiente de Correlação Intraclasse
r	Correlação de Pearson

ÍNDICE GERAL

RESUMO	11
ABSTRACT	13
RESUMEN.....	15
INTRODUÇÃO	17
PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCETUAL E TEÓRICO	21
1. ESQUIZOFRENIA.....	23
2. Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem	31
3. ESQUIZOFRENIA, AUTOCUIDADO E ENFERMAGEM	39
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	47
4. METODOLOGIA	49
4.1 Tipo de Estudo.....	49
4.2 Objetivos do Estudo.....	50
4.3 Variáveis.....	50
4.4 População e Amostra	51
4.5 Tradução e Validação do Instrumento Psicométrico	53
4.6 Colheita de Dados	56
4.7 Análise e Tratamento de Dados	57
4.8 Considerações Éticas.....	59
5. RESULTADOS	63
5.1. Caraterização da Amostra.....	63
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	79
7. CONCLUSÕES	85
8. CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO PARA A ENFERMAGEM	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
ANEXOS	101
ANEXO I - Consentimento Informado.....	103
ANEXO II - Autorizações das Instituições - Casa de Saúde do Telhal, Hospital de Magalhães Lemos EPE, Centro Hospitalar Espinho/Vila Nova de Gaia, EPE	107
ANEXO III - Autorização do autor da escala <i>ERA-h</i>	113
ANEXO IV - Tradução da <i>ERA-h</i> pelo Investigador Principal	117
ANEXO V - Tradução da <i>ERA-h</i> por Enfermeiro Independente.....	121

ANEXO VI - Versão de Consenso da Tradução da <i>ERA-h</i>	124
ANEXO VII - Versão do Grupo de Peritos da <i>ERA-h</i>	127
ANEXO VIII - Documento explicativo do Estudo	131

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Critérios de Diagnóstico DSM IV e V - Esquizofrenia	26
Tabela 2: Critérios de Diagnóstico CID-10 - Esquizofrenia	27
Tabela 3: Teorias de Enfermagem	32
Tabela 4: Requisitos de Autocuidado.....	35
Tabela 5: Instrumentos de Avaliação das Atividades de Vida Diária.....	40
Tabela 6: Instrumentos de Avaliação do Autocuidado baseados na teoria de Dorothea Orem	42
Tabela 7: Caracterização Sociodemográfica da Amostra.....	64
Tabela 8: Distribuição da Amostra por Serviço de Internamento	65
Tabela 9: Caracterização da Amostra segundo o Tipo de Esquizofrenia	66
Tabela 10: Estatística Descritiva dos Itens da <i>ERA-h</i>	67
Tabela 11: Resultados obtidos por item na <i>ERA-h</i>	68
Tabela 12: Estatística Descritiva dos Itens do Índice de Barthel	69
Tabela 13: Estatística Descritiva: resultados do Índice de Barthel	70
Tabela 14: Estatística Descritiva dos Itens do Índice de Lawton & Brody.....	71
Tabela 15: Estatística Descritiva: resultados do Índice de Lawton & Brody	72
Tabela 16: Coeficiente de Consistência Interna - alfa de Cronbach - por domínio da escala <i>ERA-h</i>	73
Tabela 17: Carga Fatorial dos Itens da <i>Era-h</i> por domínio	74
Tabela 18: Correlação dos domínios da <i>ERA-h</i> com o total do instrumento	75
Tabela 19: Validade Convergente - Correlação de Pearson	76
Tabela 20: Consistência interna na amostra teste reteste.....	77
Tabela 21: Coeficiente de Correlação Intraclasse: teste-reteste	78
Tabela 22: Relação entre domínios da <i>ERA-h</i> e os itens de avaliação dos Índices de Barthel, Lawton & Brody	82
Tabela 23: Focos de Atenção para a Prática de Enfermagem de acordo com a <i>ERA-h</i>	91

ÍNDICE DE FÍGURAS

Figura 1: Seleção da Amostra.....	52
-----------------------------------	----

RESUMO

A esquizofrenia caracteriza-se por uma diversidade de sintomas, que abrangem o funcionamento psíquico humano, desde o pensamento ao comportamento. Diz respeito a uma síndrome heterogénea que afeta um grande conjunto de capacidades do indivíduo, tal como a linguagem, perceção, afeto e a vontade.

O autocuidado é uma área central nos cuidados de Enfermagem sendo muitas vezes negligenciado nos indivíduos com esquizofrenia. De acordo com Dorothea Orem, as alterações no autocuidado surgem por situações associadas ao estado de saúde, quando o indivíduo deixa de ter capacidade para gerir todas as ações necessárias para satisfazer a suas necessidades.

A intervenção autónoma de Enfermagem é relevante no foco de atenção autocuidado, pelo que, os profissionais necessitam de instrumentos capazes de avaliar esta dimensão junto da pessoa com esquizofrenia, por forma, a facilitar o processo de Enfermagem, e a identificação de diagnósticos, para que o planeamento dos cuidados seja o mais individualizado e personalizado possível.

Não se conhecem instrumentos de avaliação do autocuidado validados e adequados às necessidades da pessoa com esquizofrenia em Portugal, pelo que, pareceu pertinente levar a cabo este estudo.

Tem como objetivo principal a validação de um instrumento psicométrico, com base na teoria do autocuidado de Dorothea Orem, para a pessoa com esquizofrenia. Para que este fosse concretizável foi efetuada a tradução, adaptação e validação do instrumento para a população portuguesa. A caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, enquadra-se nos objetivos específicos do estudo.

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal. O método de amostragem utilizado foi não probabilístico, com uma amostra de 165 indivíduos com diagnóstico clínico de esquizofrenia, em regime de internamento psiquiátrico, em diferentes instituições do país.

Na recolha de dados foi utilizado um questionário: a primeira parte centrada na colheita de dados sociodemográficos e clínicos, e a segunda constituída

pelos instrumentos psicométricos *ERA-h*, e os Índices e Barthel e Lawton & Brody.

Todos os princípios éticos foram respeitados.

Os procedimentos utilizados para obtenção dos resultados tiveram por base os utilizados pelo autor original da *ERA-h*.

Os resultados apontam para uma fidelidade, com um alfa de Cronbach total igual a 0,90 e estabilidade com valores entre 0,97 e 0,99, na prova teste-reteste. Na validade de critério encontram-se associações positivas em relação ao Índice e Lawton & Brody, e negativas face ao Índice de Barthel. E a consistência interna total é de 0,87 para todos os domínios do instrumento. Estes resultados assemelham-se aos obtidos pelo autor.

As propriedades psicométricas da *ERA-h*, aplicada a uma amostra de indivíduos com esquizofrenia em diferentes instituições de saúde do país, mostra que a versão portuguesa da *ERA-h* é um instrumento válido e fiável para avaliar o autocuidado. Para além disso, mostra-se um instrumento de fácil e rápida aplicação, sendo vantajoso para a avaliação diagnóstica no âmbito do autocuidado.

Palavras-Chave: Esquizofrenia; Autocuidado; Enfermagem; Estudo de Validação;

ABSTRACT

Schizophrenia is characterized by a range of symptoms which include the human mental functioning, from the thought to the behavior. This involves an heterogeneous syndrome that affects a wide range of the individual capabilities, such as the language, the perception, the affection and the will.

Self-care, which is a central area in the nursing care, is often neglected in the individuals with schizophrenia. According to Dorothea Orem, changes in the self care come from situations associated with the health condition when the individual loses the ability to handle all the necessary actions to satisfy their own needs. The autonomous nursing intervention is relevant in the focus of attention self-care therefore, professionals need tools to evaluate this aspect in the person with schizophrenia in order to facilitate the nursing and the diagnosing process so that the planning of care is the most individualized and personalized as possible.

So far there are no validated and appropriate self-care evaluation tools for the needs of the person with schizophrenia in Portugal, therefore, it has become possible to carry out this study.

The study presents as main objective the validation of a psychometric instrument based on the nursing theory of Dorothea Orem, for a person with schizophrenia. In order to achieve this, the translation, adaptation and validation of the instrument for the Portuguese population, was made. The socio-demographic and clinical characterization of the sample, reflects the specific goals of the study.

This is a quantitative, descriptive and cross-sectional study. The sampling method used was not probabilistic, the sample consisted of 165 individuals with clinical diagnosis of schizophrenia, in a psychiatric inpatient at different institutions.

For the collection of data was used a semi-structured interview technique, divided into two parts: the first focused on the sócio-demographic

and clinical collection of data, and the other consisting of the psychometric instruments ERA-h, and the Barthel Index and Lawton & Brody.

All ethical principles were taken into account.

The procedures used to obtain the results were based on those used by the original author of ERA-h.

The results point to fidelity, with a total Cronbach's alpha equal to 0.90 and stability with values between 0.97 and 0.99 in the test-retest evidence. In the criterion validity there are positive associations regarding the Index and Lawton & Brody, and negative against the Barthel Index. And the total internal consistency is 0.87 for all the instrument's fields.

These results are similar to those obtained by the author.

The psychometric properties of ERA-h, when applied to a sample of individuals with schizophrenia in different health institutions in the country, shows that the Portuguese version of ERA-h is a valid and reliable instrument to evaluate self-care. In addition, it proves to be an instrument of easy and fast application, being advantageous for the diagnostic evaluation in the context of self-care.

Keywords: Schizophrenia; Self-Care; Nursing; Validation Study;

RESUMEN

La esquizofrenia se caracteriza por una variedad de síntomas, que incluyen el funcionamiento mental humano, desde el pensamiento hasta el comportamiento. Se trata de un síndrome heterogéneo que afecta a un gran número de capacidades individuales, como el lenguaje, la percepción, el afecto y la voluntad.

El autocuidado es un área central de los cuidados de enfermería que a menudo no se aborda en las personas con esquizofrenia. Según Dorothea Orem, los cambios en el auto-cuidado surgen de las situaciones asociadas con el estado de salud, cuando el individuo pierde la capacidad de gestionar todas las acciones necesarias para satisfacer sus propias necesidades.

La intervención autónoma de Enfermería es relevante en el foco de atención del auto-cuidado y, por lo tanto, los profesionales necesitan herramientas para evaluar esta dimensión de la persona con esquizofrenia con el fin de facilitar el proceso de Enfermería, y la identificación de los diagnósticos de manera que la planificación de la atención sea lo más individualizada y personalizada posible.

No se conocen instrumentos validados para evaluar el auto-cuidado y las necesidades de las personas con esquizofrenia en Portugal, de aquí la pertinencia de llevar a cabo este estudio.

El principal objetivo de este estudio fue la validación psicométrica de un instrumento, basado en la teoría de Dorothea Orem, para personas con esquizofrenia. De manera que se realizó la traducción, adaptación y validación del instrumento en población portuguesa. Las características sociodemográficas y clínicas de la muestra, se establecen dentro de los objetivos específicos del estudio.

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. El método de muestreo utilizado fue no probabilístico, con una muestra de 165 individuos diagnosticados de esquizofrenia y hospitalizados en diferentes instituciones del país.

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario: en la primer parte del mismo se recogieron los datos sociodemográficos y clínicos, y la segunda parte contenía los instrumentos psicométricos ERA-h, el Índice de Barthel y el índice de Lawton y Brody.

Se respetaron todos los principios éticos.

Los procedimientos utilizados para obtener los resultados se basaron en los utilizados por el autor original de la ERA-h.

Los resultados de la escala ERA-h, muestran una fiabilidad, con un alfa total de Cronbach igual a 0,90 y una estabilidad con valores comprendidos entre 0,97 y 0,99 en las pruebas test-retest. Con respecto a la validez de criterio se encontraron asociaciones positivas con el índice de Lawton y Brody y negativas con el índice de Barthel. Y la consistencia interna total fue de 0.87 para todas las dimensiones del instrumento.

Estos resultados son similares a los obtenidos por el autor.

Las propiedades psicométricas de la ERA-h, aplicadas a una muestra de individuos con esquizofrenia en diferentes instituciones sanitarias del país, muestra que la versión portuguesa de la ERA-h es un instrumento válido y fiable para evaluar el autocuidado. Además, es un instrumento de aplicación fácil y rápida, siendo ventajoso para la evaluación diagnóstica como parte de los cuidados personales.

Descriptor: Esquizofrenia; Autocuidado; Enfermería; Estudio de Validación;

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma doença mental crónica, caracterizada por um conjunto de sintomas, como alucinações, comportamento e discurso desorganizado, alterações do pensamento e cognição (Patel et al., 2014). Afeta ainda os sentimentos, a perceção, a atenção, o humor, a linguagem e a capacidade de tomada de decisão (March et al, 2013).

As funções cognitivas são também atingidas e, num quadro de esquizofrenia, as que são mais afetadas dizem respeito, à memória de trabalho e visual, a aprendizagem, a velocidade de processamento, a atenção e concentração, e as funções executivas (Vieira, 2013).

O início precoce desta doença juntamente com o seu carácter crónico tornam-na um transtorno severo, quer para a pessoa, quer para a sua família (Patel et al., 2014). O processo de diagnóstico centra-se nos sintomas, positivos, negativos e cognitivos (Schub et al, 2014).

A importância das funções cognitivas e de todas as áreas afetadas pela esquizofrenia, têm grande impacto naquilo que será o desempenho funcional das pessoas com tal diagnóstico clínico. Neste sentido, é fundamental o desenvolvimento de estratégias de intervenção que otimizem, não só, o funcionamento cognitivo, mas também comportamental, com reflexo nas atividades básicas de vida diária, e ainda, nas instrumentais (Vieira, 2013).

Na prática de Enfermagem, emerge um foco de atenção, que se centra no autocuidado. Este é um conceito que de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem se assume como *atividade executada pelo próprio: 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 diária* (ICN, 2010, p.41).

O autocuidado implica que sejam executadas ações dirigidas pela e para a própria pessoa, ou ainda, dirigidas ao ambiente com a finalidade de

satisfazer as próprias necessidades, de maneira a contribuir para a manutenção da vida, saúde e bem-estar (Soderhamn, 2000 *cit in* Tanqueiro, 2013).

Com o intuito de melhorar as intervenções autónomas de Enfermagem no âmbito do autocuidado foram criadas diversas teorias e filosofias, entre as quais a Teoria do Défice de Autocuidado, elaborada por Dorothea Elizabeth Orem. Esta é uma teoria geral que engloba outras três teorias: teoria do autocuidado, que descreve como e porque razão as pessoas cuidam de si; a teoria do défice de autocuidado, que define a existência de alterações no autocuidado quando a habilidade de um indivíduo não é nem parcial, nem totalmente adequada às suas necessidades, justificando assim, as intervenções de Enfermagem nesta área, e ainda, a teoria dos sistemas de Enfermagem, que se centra na descrição e explicação das relações que devem ser mantidas para que seja possível a implementação de planos de cuidados (Brito, 2012).

De acordo com Petronilho (2012), o autocuidado é sensível à prestação de cuidados de Enfermagem, com uma perspetiva positiva na promoção da saúde, através do aumento dos conhecimentos e das habilidades, onde os enfermeiros têm um papel decisivo (Pereira, 2012).

Desta forma, os profissionais de Enfermagem necessitam de instrumentos capazes de avaliar a capacidade da pessoa com esquizofrenia, para poder realizar o seu autocuidado (Merino, 2011).

De acordo com o parecer nº. 72/2008 do Conselho de Enfermagem, sendo o enfermeiro responsável pela conceção, planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados, a sua tomada de decisão na sua prática clínica deve assentar numa abordagem sistemática de avaliação, recorrendo à observação direta ou indireta, mas também, à utilização de escalas ou outros instrumentos psicométricos (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Na área da saúde mental a qualidade da prestação de cuidados é essencial, mas para isso é necessária a existência de instrumentos de avaliação, que permitam uma recolha de dados mais sistematizada, por forma a serem desenvolvidos planos de cuidados que vão de encontro às reais necessidades dos indivíduos (Mota et al., 2014).

No âmbito do 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, no ano letivo 2014/2015, sob orientação do Professor Doutor José Carlos Carvalho e coorientação do Professor Doutor Juan Merino, surgiu a possibilidade de desenvolver um trabalho de investigação com o intuito de traduzir, adaptar culturalmente e validar a *Escala de Requisitos de Autocuidado Hospitalaria (ERA-h)*, para a população portuguesa.

Até à data por não haver conhecimento de um instrumento direcionado para a população portuguesa que permita esta colheita de dados no âmbito do autocuidado, mas direcionado para uma determinada população, por essa razão, emergiu este estudo de investigação, com a perspetiva de facilitar o processo de Enfermagem, e sobretudo, identificar de forma sistematizada as necessidades das pessoas com esquizofrenia no autocuidado.

Esta é uma escala psicométrica de avaliação, direcionada para o foco de atenção para a prática de Enfermagem: autocuidado, tendo como base a teórica Dorothea Orem, e sendo ainda, específica para uma população com diagnóstico clínico de esquizofrenia, sendo desenvolvida por Merino (2011) em Barcelona, Espanha.

A motivação de base para todo este processo de investigação, nasceu na necessidade de existir uma avaliação diagnóstica eficaz, no âmbito do autocuidado, em específico em pessoas com esquizofrenia, num serviço de internamento. Este foco de atenção para a prática de Enfermagem tem diferentes contornos, quando observado por uma perspetiva da saúde mental e psiquiatria, pois os indivíduos carecem de diferentes tipos de intervenção neste âmbito, devido, na grande maioria das vezes, à sintomatologia que é característica de um quadro de esquizofrenia.

Para que o processo de Enfermagem decorra de uma forma eficaz, com a implementação de intervenções que dão resposta às necessidades reais dos indivíduos, as atividades de diagnóstico devem ser o mais objetivas possível, e o recurso a instrumentos de avaliação é fundamental.

O principal objetivo é a validação de um instrumento psicométrico, tendo por base a teoria de Enfermagem de Dorothea Orem, para a pessoa com esquizofrenia.

Os objetivos específicos são:

- Traduzir a Escala de Requisitos de Autocuidado (*ERA-h*) Hospitalaria para a língua portuguesa;
- Adaptar a Escala de Requisitos de Autocuidado (*ERA-h*) Hospitalaria para a população portuguesa;
- Validar a Escala de Requisitos de Autocuidado (*ERA-h*) Hospitalaria para uso em Portugal e em contexto hospitalar;
- Caracterizar socio-demograficamente a amostra;
- Contribuir para a sistematização do processo de Enfermagem no âmbito do autocuidado, da pessoa com esquizofrenia;

Trata-se de uma investigação de natureza quantitativa, do tipo transversal e descritiva. Pretende verificar a fidelidade e validade de um instrumento de medida, com o intuito de poder ser utilizado na população portuguesa. A amostra é constituída por 165 indivíduos, de ambos os sexos, em regime de internamento, com idade igual ou superior a 18 anos e com diagnóstico clínico de esquizofrenia. Para o processo de colheita de dados, foi utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, a escala *ERA-h*, juntamente com os Índices de Barthel, Lawton & Brody.

Este documento encontra-se dividido em duas partes: o enquadramento conceptual e o estudo empírico. Na primeira parte será explorado os conceitos de esquizofrenia, autocuidado e a relação entre ambos. E na segunda parte, centrada na metodologia seguindo-se a apresentação e discussão dos resultados, finalizando com as conclusões do estudo, algumas sugestões para futuras investigações e as referências bibliográficas.

Na elaboração do presente relatório foram diversas as fontes bibliográficas, tais como: livros presentes na biblioteca da Escola Superior de Enfermagem do Porto, bases de dados disponibilizadas na *B-on*, e repositórios *online*. Sendo ainda utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), de forma a uniformizar a linguagem.

Este documento encontra-se escrito à luz do novo acordo ortográfico.

PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCETUAL E TEÓRICO

1. ESQUIZOFRENIA

Pelo menos 26 milhões de pessoas vivem com esquizofrenia em todo o mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde, e muitos mais estão indiretamente afetados por ela.

(Mental Health Foundation, 2014, p.2)

Desde há muitos séculos que são encontrados relatos dos sintomas que hoje seriam compatíveis com um quadro de esquizofrenia. Mas é apenas no século XVII, que os sintomas psíquicos são valorizados como inerentes à disfunção mental, começando a surgir interesse em conceituar e classificar as perturbações psiquiátricas (Vallejo, 2006 *cit in* Bambo, 2010).

A esquizofrenia foi descrita pela primeira vez por Bénédict Morel no ano de 1852, como uma síndrome que afetava adolescentes e adultos jovens, e que, evoluía para demência, sendo por isso, designada como “demência precoce”. Mais tarde, em 1899 Emil Kraepelin decide sistematizar as diferentes entidades de “demência precoce”. Por outro lado, Eugen Bleuler em 1911 baseado na existência de desconexão e dissociação das funções psíquicas sugere o termo de esquizofrenia (Centeno et al., 2006 *cit in* Merino, 2011). De acordo com Bleuler, os sintomas característicos da esquizofrenia eram o autismo, ambivalência, afeto embotado e fraca associação de ideias. Os delírios e as alucinações seriam acessórios, pois ocorriam em outras perturbações psiquiátricas. Kurt Schneider em 1948, faz a distinção dos sintomas de primeira ordem - causados pela esquizofrenia - e os sintomas de segunda ordem - reações ao processo mórbido (Fonseca, 1987; Paim, 1990; Kaplan, 2007; Moreno, 2007 *cit in* Bambo, 2010). Estes conceitos constituíram as bases para a definição dos critérios de diagnóstico para o quadro de esquizofrenia, que permanecem até hoje.

Etimologicamente, o termo esquizofrenia significa *mente dividida* ou *dissociada*, pois os pensamentos e os sentimentos não se relacionam entre si de forma lógica e harmoniosa (Ferreira, 2011).

A esquizofrenia trata-se, por isso, de uma desordem psiquiátrica complexa, onde ainda hoje se estuda a sua etiologia, devido à variedade de apresentações clínicas que assume (Silveira et al, 2012). É uma alteração psiquiátrica que afeta cerca de 1% da população mundial, numa fase precoce da vida do indivíduo, pois geralmente surge no final da adolescência ou no início da idade adulta (Ferreira, 2011). Por essa razão é, talvez, a doença mental mais trágica e devastadora, pois assume-se como uma das principais causas de incapacidade entre jovens adultos (Ho, Black & Andreasen, 2003 *cit in* Pinho, 2013).

Em Portugal tem uma prevalência estimada entre 0,6 a 1%, afetando cerca de 70 a 100 mil portugueses (RCM Pharma, 2010 *cit in* Bambo, 2010).

Os indivíduos com esquizofrenia têm um risco entre duas a três vezes maior de mortalidade, face à população em geral, o que se traduz numa diminuição entre 10 a 25 anos na esperança média de vida (March et al, 2013).

Os fatores que podem despoletar esta patologia são ainda desconhecidos, no entanto, é defendido que a carga genética e os fatores ambientais a que o indivíduo está exposto podem assumir um papel importante para o desenvolvimento de um quadro de esquizofrenia (Schub et al, 2014). A história familiar desta patologia mental aumenta o risco do seu aparecimento. A esquizofrenia é diagnosticada em cerca de 8-10% de indivíduos com um familiar doente de primeiro grau, e o risco de desenvolver a doença é de 40% se ambos os progenitores tiverem esquizofrenia. Desnutrição fetal e a exposição a alguns vírus durante a gravidez, estão também associados ao aumento do risco de aparecimento de esquizofrenia (March et al, 2013).

Existem ainda, outras possibilidades explicativas que conduzem ao aparecimento de um quadro de esquizofrenia, tais como: a hipótese dopaminérgica, que defende que as substâncias que diminuem a atividade dopaminérgica dos neurónios, exercem efeitos benéficos na redução dos

sinais e sintomas agudos da psicose, nomeadamente, agitação, ansiedade, delírios e alucinações. Por outro lado, os mecanismos que estimulem a libertação de dopamina potenciam o aparecimento de sinais e sintomas psicóticos (March et al, 2013).

De acordo com Pedersen (2011), alterações cerebrais podem despoletar o aparecimento desta patologia. Assim como, a personalidade, as dinâmicas familiares e os acontecimentos de vida são importantes no desenvolvimento da esquizofrenia (Dalery & D'Amato, 2001; Afonso, 2002; Sadock & Sadock, 2008 & Carvalho, 2011).

Esta patologia enquadra-se no ramo das psicoses, sendo por isso caracterizada por alterações graves no pensamento, emoções e comportamento. Os sintomas clínicos englobam sintomas psicóticos (alucinações e delírios), embotamento afetivo, perda de motivação (abulia), alterações de comunicação, falta de iniciativa para iniciar e estar envolvido em atividades, apatia, pensamento e comportamento desorganizado, défices cognitivos, alterações de humor a até mesmo, alterações motoras (Tandon et al., 2009 cit in Silveira et al., 2012). Verifica-se ainda, disfunção cognitiva, levando a défices de atenção, processamento de informação, aprendizagem e memória (Martins, 2012).

É possível caracterizar a sintomatologia característica de esquizofrenia como positiva, onde se englobam as alucinações, delírios, perturbações do pensamento, linguagem e sentimentos, ou, sintomatologia negativa, caracterizada pelo isolamento, perda de volição e depressão (Martins, 2012).

As manifestações da esquizofrenia são tão diversas que exigem esforços contínuos, no sentido, de clarificar o seu diagnóstico. Desde os tempos áureos até à criação dos sistemas de classificação hoje utilizados à escala mundial - DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) e CID (*Classificação Internacional de Doenças*) - o conceito de esquizofrenia sofreu um longo e polémico processo de aperfeiçoamento (Oliveira, 2010).

O DSM pretende melhorar não só o diagnóstico, mas também a caracterização dos indivíduos com esquizofrenia, por forma, a que o tratamento seja o mais adequado possível. Esclarecer sobre a esquizofrenia e permitir a sua delimitação, são fatores facilitadores para o processo de

diagnóstico. De acordo com o DSM-V, existem cinco subtipos de esquizofrenia: paranoide, desorganizada, catatônica, indiferenciada e residual (Schub et al, 2014).

São apresentados os critérios segundo o DSM IV e V para o diagnóstico de esquizofrenia, comparando com os da versão anterior (Tabela 1):

Tabela 1: Critérios de Diagnóstico DSM IV e V - Esquizofrenia

Critérios segundo DSM:	
DSM IV	DSM V
<p>A. Sintomas característicos: dois ou mais dos seguintes, cada um presente por um período significativo de tempo durante um mês (ou menos se tratado com sucesso):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Delírios. 2. Alucinações. 3. Discurso desorganizado. 4. Comportamento severamente desorganizado ou catatônico. 5. Sintomas negativos (por exemplo, embotamento afetivo ou abuliação) <p>NOTA: Apenas um sintoma do critério A é necessário se os delírios são bizarros ou as alucinações consistem em vozes que têm implicação no comportamento ou pensamento da pessoa, ou duas ou mais vozes conversando entre si.</p>	<p>A. Sintomas característicos: dois ou mais dos seguintes, cada um presente por um período significativo de tempo durante um mês (ou menos se tratado com sucesso). Pelo menos um destes deve incluir 1 -3:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Delírios. 2. Alucinações. 3. Discurso desorganizado. 4. Comportamento severamente desorganizado ou catatônico. 5. Sintomas negativos (por exemplo, embotamento afetivo ou abuliação)
B. Disfunção social / ocupacional.	B. Disfunção social / ocupacional.
C. Duração de 6 meses.	C. Duração de 6 meses.
D. Exclusão de perturbação esquizoafetiva ou do Humor.	D. Exclusão de perturbação esquizoafetiva ou do Humor.
E. Exclusão de perturbações relacionadas com substâncias ou outra condição médica.	E. Exclusão de perturbações relacionadas com substâncias ou outra condição médica.
<p>F. Relação com uma Perturbação Global do Desenvolvimento ou Autismo.</p> <p>Se existe história de Autismo, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é feito apenas se existirem delírios ou alucinações presentes durante pelo menos 1 mês (ou menos, se tratados com sucesso).</p>	<p>F. Relação com uma Perturbação Global do Desenvolvimento ou Autismo.</p> <p>Se existe história de Autismo ou outro transtorno da comunicação de início na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é feito apenas se existirem delírios ou alucinações presentes durante pelo menos 1 mês (ou menos, se tratados com sucesso).</p>

(Adaptado de Tandon et al., 2013, p.3)

Ainda numa perspectiva de nomenclatura e sistematização do diagnóstico de esquizofrenia, é indispensável abordar a Classificação

Internacional Estatística de Doenças e problemas relacionados com a saúde (CID - 10), onde a esquizofrenia é classificada em nove subtipos: esquizofrenia paranoide, esquizofrenia hebefrénica, esquizofrenia catatónica, esquizofrenia indiferenciada, esquizofrenia depressão pós esquizofrénica, esquizofrenia residual, esquizofrenia simples, outras esquizofrenias e esquizofrenia não especificada (Carvalho, 2011) (Tabela 2).

Tabela 2: Critérios de Diagnóstico CID-10 - Esquizofrenia

Critérios segundo CID-10:	
Critérios gerais para esquizofrenia paranoide, hebefrénica, catatónica e indiferenciada.	
	(1) Pelo menos um dos seguintes deve estar presente: (a) Eco, inserção, roubo ou irradiação do pensamento; (b) Delírios de controlo, influência ou passividade claramente referindo-se ao corpo ou aos movimentos dos membros ou pensamentos, ações ou sensações específicas. Perceção delirante; (c) Vozes alucinatórias comentando o comportamento do doente ou discutindo entre elas sobre o doente ou outros tipos de vozes alucinatórias vindo de alguma parte do corpo; (d) Delírios persistentes de outros tipos que são culturalmente inapropriados e completamente impossível (p. ex., ser capaz de controlar o tempo ou estar em comunicação com alienígenas de outro planeta)
G1. Pelo menos uma das síndromes, sinais e sintomas listados em (1) abaixo, ou pelo menos dois dos sinais e sintomas listados em (2) estão presentes na maior parte do tempo durante um episódio da doença psicótica que dure pelo menos 1 mês (ou em algum tempo durante a maioria dos dias).	(2) Ou pelo menos dois dos seguintes: (a) Alucinações persistentes de qualquer modalidade, quando ocorrendo todos os dias por pelo menos 1 mês, quando acompanhadas por delírios (os quais podem ser inconstantes ou pouco estruturados) sem conteúdo afetivo claro, ou quando acompanhadas por ideias superestimadas persistentes; (b) Neologismos, interceções ou interpolações no curso do pensamento, resultando em discurso incoerente ou irrelevante; (c) Sintomas negativos, tais como apatia marcante, pobreza de discurso e embotamento ou incongruência de resposta emocionais (deve ficar claro que esses sintomas não são decorrentes de depressão ou medicação antipsicótica)
(G2) Cláusulas de exclusão mais comumente usadas.	(1) Se o doente também satisfaz os critérios para episódio maníaco (F30.-) ou depressivo (F32.-), os critérios listados em G1 (1) e G1(2) acima devem ter sido satisfeito antes de que a perturbação do humor se desenvolvesse. (2) A perturbação não é atribuível a doenças orgânicas (no sentido de F00-F09) ou a intoxicação (F1x.3 e F1x4) relacionada com álcool ou drogas.

(CID-10, 1994; Falkai, 2006 *cit in* Bambo, 2010, p. 35)

Fazendo uma comparação entre ambos os sistemas de classificação, é possível concluir que o CID - 10 explora em maior extensão e detalhe os sintomas da esquizofrenia (Shorter, 2005 *cit in* Albano, 2012).

Apesar de todos os esforços no sentido de clarificar o conceito de esquizofrenia, a sua fisiopatologia e etiologia são, ainda hoje, desconhecidas, apesar de todos os avanços das neurociências. Desta forma, ainda existe uma grande dificuldade para explicar as principais causas que levam ao aparecimento desta patologia (Marques, 2003 *cit in* Almeida, 2009).

Ao contrário de outras doenças orgânicas, onde é possível identificar o agente causal da patologia através de exames laboratoriais e definir um tratamento eficaz, na esquizofrenia o diagnóstico é mais complexo e deve ser feito numa perspetiva longitudinal. No entanto, testes laboratoriais como hemograma completo, exames serológicos e exames de urina podem ajudar a fornecer indícios que justifiquem os sintomas psicóticos. Para além disso, a imagiologia pode também ter um papel importante no diagnóstico clínico da esquizofrenia (Bambo, 2010).

A esquizofrenia assume efetivamente um carácter crónico, no entanto, apresenta uma boa resposta ao tratamento (Merino, 2011). Os métodos de intervenção terapêutica utilizados nesta patologia têm vindo a evoluir de uma forma cada vez mais segura, essencialmente devido ao aparecimento de fármacos que atuam ao nível da diminuição dos sintomas psicóticos, mas também tem vindo a ser feito um investimento nas intervenções não farmacológicas (Capela, 2013).

Numa perspetiva psicofarmacológica, o tratamento de eleição recai nos antipsicóticos. Por outro lado, intervenções de reabilitação e suporte psicossocial devem igualmente ser implementadas, englobando sempre a família (Tomás, 2013). A educação familiar permite adquirir estratégias para conviver com a doença e também, assegurar a adesão ao regime terapêutico da pessoa com esquizofrenia (Merino, 2011).

O tratamento da esquizofrenia constitui um desafio constante, os indivíduos apresentam-se com uma grande variedade e combinação de sintomas, pelo que, a escolha da terapêutica deve ser cuidadosa, dado que a resposta aos diferentes fármacos é variável e imprevisível (Albano, 2012).

De facto, um dos grandes desafios associados ao tratamento da esquizofrenia, passam pela manutenção e adesão ao regime terapêutico, que engloba: as consultas, a medicação e intervenções psicoterapêuticas. Esta é uma situação que potencia as situações de recaída e consequentes hospitalizações. Para além disso, cerca de 30% dos doentes com esquizofrenia não apresentam uma resposta efetiva ao tratamento farmacológico. E ainda de ressalvar, a diversidade e severidade dos efeitos secundários dos antipsicóticos, que limitam a sua utilidade e potenciam a não adesão ao regime medicamentoso (Tomás, 2013).

As intervenções não farmacológicas ganham relevo, e são importantes para ajudar os indivíduos com esquizofrenia e as suas famílias a lidar com tal diagnóstico, através do contacto com terapeutas e a partilha dos seus pensamentos e sentimentos face à doença. A terapia cognitivo-comportamental, a arteterapia e a terapia familiar, são estratégias de intervenção não farmacológicas que têm evidenciado vantagem no tratamento da esquizofrenia (Garety et al, 2014).

A psicoterapia - educar o doente e a sua família sobre a importância da adesão ao regime terapêutico, quais os potenciais efeitos secundários da medicação, e quais os sinais e sintomas a que devem estar alerta, por forma a procurar ajuda personalizada - é uma ferramenta importante no domínio das intervenções não farmacológicas.

Por outro lado, enfatizar a importância de um acompanhamento não farmacológico contínuo, e alertar para as comorbilidades, são intervenções fundamentais no tratamento desta patologia (Marche et al, 2013).

É importante ressalvar que cuidar de um familiar com uma patologia mental grave gera uma grande pressão familiar, pelo que, intervenções dirigidas especificamente a estas famílias, como terapia de grupo ou grupos de auto ajuda, é fundamental para o alívio desta sobrecarga (Merino, 2011).

Por fim, ainda de referir que a esquizofrenia não tem obrigatoriamente de estar associada a um mau prognóstico. Os índices de recuperação variam entre 10 e 60%, onde 20 a 30% dos doentes esquizofrénicos são capazes de ter uma vida dita normal, sem incapacidade provocada pelo seu transtorno (Sadock & Sadock, 2008 *cit in* Carvalho, 2011).

Em pleno século XXI a sociedade deixou de considerar a esquizofrenia uma doença crónica, progressiva e totalmente incapacitante, limitando todos os sonhos e ambições de quem dela padece. A esquizofrenia deixou de ser uma sentença. A busca incessante por novas estratégias de intervenção, assume que a recuperação deste quadro patológico não é apenas possível, mas sim um direito natural de todos aqueles atingidos pela mesma (Garety et al, 2014).

2. Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem

A Enfermagem, sempre foi uma profissão diretamente ligada ao cuidar, e por isso, historicamente também se preocupou com o ensino e a promoção do autocuidado dos seus clientes. Florence Nightingale, a perscrora da Enfermagem moderna, promoveu o autocuidado, quando ensinou os soldados na Guerra da Criméia, em 1854, a cuidar dos seus próprios ferimentos. Ela desvendou o papel da Enfermagem ao proporcionar ao seu cliente um ambiente que permitisse que o mesmo alcançasse uma melhoria do seu estado de saúde (Félix et al., 2009).

O conceito de autocuidado relacionado com a área de Enfermagem surgiu pela primeira vez no ano de 1958, por Dorothea Orem, quando refletiu sobre a necessidade de auxílio aos indivíduos por parte dos profissionais de Enfermagem (Silva et al., 2008).

O autocuidado assume-se como um conceito central em Enfermagem, estando ligado às Teorias de Enfermagem associadas à Escola das Necessidades, das quais são referências nomes como: Virgínia Henderson e Dorothea Orem (Kérrouac, 1996; Meleis, 2007 *cit in* Silva, 2011). Assim, o autocuidado está baseado numa definição criada por Dorothea Orem, que o caracterizou como um conjunto de atividades que cada individuo inicia e realiza com o objetivo de manter a vida, o bem-estar e a saúde (Orem, 1971 *cit in* Água, 2012). Pode ainda ser definido como um processo pelo qual um leigo age por sua conta na promoção da saúde e prevenção, assim como um despiste da doença e no seu tratamento (Levin et al., 1979; Pearson, 1992 *cit in* Silva, 2013).

Também Carpenito (1998:264) definiu este conceito como: *engloba as atividades exigidas para a satisfação das necessidades diárias, geralmente denominadas atividades de vida diária* (Silva, 2013).

As teorias constituem uma forma sistemática de olhar o mundo, por forma a descrever, explicar, prever e controlar tudo o que está à nossa volta. É desta forma que as teorias de Enfermagem definem a conceptualização da realidade, com a finalidade de descrever e explicar os cuidados de Enfermagem (Oliveira et al, 2007).

Na seguinte tabela são apresentadas as principais teorias de Enfermagem (Tabela 3).

Tabela 3: Teorias de Enfermagem

Autor	Teoria	Descrição
Hildegard E. Peplau	Teoria do Relacionamento Interpessoal	Segundo Potter e Perry, a teoria de Peplau (1909-1999) esta centrada no relacionamento interpessoal, que é construído nos diversos estágios de desenvolvimento pelos quais as pessoas passam. No caso do profissional de Enfermagem, existe um esforço para desenvolver um relacionamento de confiança com o individuo, e à medida que essa confiança aumenta, o profissional ajuda o mesmo a identificar os problemas e a encontrar as soluções potenciais. Segundo Belcher e Fish (2000), Peplau defende que a Enfermagem pode ser encarada como um processo interpessoal, pois envolve a interação entre dois ou mais indivíduos, o que proporciona o processo terapêutico.
Martha Elizabeth Rogers	Teoria Humanista e Humanitária	Rogers considera o individuo de uma forma global, e em constante desenvolvimento e mudança. O profissional de Enfermagem interage com o individuo e ajuda-o a alcançar o máximo bem-estar. A Enfermagem está relacionada com todas as pessoas, sejam saudáveis ou doentes, ricas ou pobres, jovens ou idosas. Segundo Falco e Lobo (2000), Rogers defende que a Enfermagem é uma ciência humanística e humanitária, dirigida à descrição e explicação do ser humano em toda a sua totalidade e desenvolvimento.
Madeleine M. Leininger	Teoria da Enfermagem Transcultural	A Enfermagem transcultural dedica-se ao estudo comparativo e análise de diferentes culturas no que diz respeito à Enfermagem e às práticas de cuidados de saúde-doença, com o objetivo de proporcionar uma prestação de cuidados significativos e eficazes para os indivíduos, de acordo com os seus valores culturais e o seu contexto de saúde-doença. George (2000) a forma que Leininger construiu a sua teoria de Enfermagem com base na premissa de que as pessoas de cada cultura têm a sua forma de experimentar e perceber os cuidados de Enfermagem, podendo relacionar essas experiências e sensações com as suas crenças e valores culturais.

Jean Watson	Teoria do cuidado Transpessoal	A Enfermagem está voltada, principalmente, para os cuidados que derivam da perspectiva humanística combinada com a base de conhecimentos científicos. O conhecimento científico ajuda o enfermeiro a expandir a sua visão do mundo, além de desenvolver o pensamento crítico. O desenvolvimento dessas ferramentas é necessário à ciência do cuidado, que se foca mais na promoção da saúde. Talento (2000) destaca ainda que, Watson, propõe sete pressupostos sobre a ciência do cuidado e dez fatores de cuidados primários para a formação da estrutura da sua teoria, dos quais, os três primeiros formam o fundamento filosófico para a ciência do cuidado. Para Watson esses três fatores formam, o sistema de valores humanístico-altruísta, o cultivo da fé-esperança e o cultivo da sensibilidade para si e para os outros.
-------------	--------------------------------	---

(Adaptado de Oliveira et al., 2007, p. 130-132)

Ainda no âmbito das teorias de Enfermagem, e ressaltando a que está na base deste processo de investigação, resta fazer referência à investigadora - Dorothea Orem - que no ano de 1971 desenvolveu a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, onde a condição que implica a intervenção de Enfermagem num indivíduo, é a ausência de capacidade para manter a quantidade e a qualidade do autocuidado. Este que é fulcral para a sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença e na capacidade para lidar com os seus efeitos (Almeida, 2009).

Dorothea Orem com esta teoria pretende explicar quando, e em que medida as intervenções de Enfermagem devem ser executadas junto dos indivíduos por forma a ir de encontro às suas necessidades no âmbito do autocuidado (Schub, 2014). Segundo esta investigadora todas as pessoas têm uma habilidade natural para executar todas as tarefas inerentes ao autocuidado, no entanto, por diversos motivos, podem ter zonas deficitárias. Assim, o profissional de Enfermagem deve responder a esse défice, apoiando o indivíduo no autocuidado. O défice no autocuidado surge quando a relação entre as exigências do mesmo são maiores do que a capacidade de resposta do indivíduo (Orem et al., 2001 *cit in* O'Shaughnessy, 2014). O foco para a intervenção de Enfermagem neste âmbito passa por assistir a pessoa por forma a recuperar da doença (Seed et al., 2012).

O desenvolvimento da sua teoria culminou em 1985, elaborando três teorias relacionadas, sendo elas: Teoria do Autocuidado - centra-se nas pessoas e descreve os motivos e a forma como elas cuidam de si - Teoria do Défice do Autocuidado - descreve quais as necessidades de cuidados que surgem ao longo da vida das pessoas e onde os enfermeiros podem atuar - e Teoria dos Sistemas de Enfermagem - explica de que forma é que os enfermeiros interagem com as pessoas para que se produza prestação de cuidados (Almeida, 2009).

A Teoria do Autocuidado defende que o objetivo do profissional de Enfermagem é ajudar o indivíduo para que este consiga levar a cabo as ações relacionadas com o autocuidado, por forma a conservar a sua saúde e recuperar de uma situação de doença (Merino, 2011). Para que as pessoas sejam capazes de realizar o seu autocuidado têm de possuir capacidades para tal, desse modo devem conseguir agir por forma a regular os fatores internos e externos que afetam o seu próprio funcionamento e desenvolvimento. Deste modo assumem-se como *agentes do autocuidado*, conceito central da teoria de Dorothea Orem (Silva, 2011).

De acordo com esta teoria, as necessidades no autocuidado podem ser classificadas segundo três categorias: as necessidades fundamentais, como por exemplo, alimentação, padrão de sono e repouso; as necessidades relacionadas com o ciclo vital e, por fim, as necessidades que resultam das alterações do estado de saúde (Schub, 2014). Orem define ainda os requisitos de autocuidado, que dizem respeito às ações dirigidas à provisão de autocuidado. São eles: requisitos universais (comuns a todos os seres humanos e associados ao ciclo vital), requisitos de desenvolvimento (associados ao crescimento e aos processos de desenvolvimento, englobando as condições adversas que possam surgir) e os requisitos de desvio de saúde (que surgem em situações e doença) (Almeida, 2009).

Na tabela seguinte são apresentados os aspetos inerentes a cada um dos tipos de requisitos do autocuidado (Tabela 4).

Tabela 4: Requisitos de Autocuidado

Requisitos Universais	<p>Representam ações humanas que se produzem a partir de condições internas e externas do indivíduo, que mantêm a sua estrutura e funcionamento, permitindo assim, o seu desenvolvimento.</p> <ul style="list-style-type: none">- Manutenção de uma quantidade suficiente de ar;- Manutenção de uma quantidade suficiente de água;- Manutenção de uma quantidade suficiente de alimentos;- Prestação de cuidados associados aos processos de eliminação (urinária, intestinal e transpiração);- Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso;- Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social;- Prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humano;- Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro dos grupos sociais;
Requisitos de Desenvolvimento	<p>Associados aos processos de desenvolvimento humano, assim como às condições que ocorrem ao longo de todo o ciclo vital. Dizem respeito a eventos que podem afetar o desenvolvimento tais como; infância, adolescência, envelhecimento, gravidez e parto, situação de casamento, divórcio, situações de mudança no percurso da vida.</p> <ul style="list-style-type: none">- Prestação de cuidados para manter as condições necessárias que apoiem os processos vitais e promovam os processos de desenvolvimento durante as etapas do ciclo vital;- Prestação de cuidados para prevenir os efeitos negativos de situações adversas: privação educacional, perda de familiares ou amigos, desemprego, doença terminal;
Requisitos de Desvio de Saúde	<p>Associados às alterações na constituição corporal, à genética, aos desvios estruturais e funcionais.</p> <ul style="list-style-type: none">- Assegurar assistência médica adequada;- Ter consciência e prestar atenção aos efeitos e resultados da doença;- Levar a cabo medidas diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação;- Ter consciência e prestar atenção aos efeitos do tratamento;- Aprender a viver com a doença e o seu tratamento, com um estilo de vida que permita o desenvolvimento pessoal adequado;- Modificar o autoconceito e autoimagem para aceitação face a um estado de saúde particular;

(Adaptado de Merino, 2011, p.32, 34-35 & Brito, 2012, p. 24, 27)

À semelhança do que foi descrito anteriormente, a Teoria do défice do Autocuidado é também parte constituinte da grande teoria de Orem. O défice de autocuidado constitui a essência da teoria geral do défice de autocuidado, por definir a necessidade de assistência de Enfermagem. Numa situação onde o indivíduo apresenta necessidade de intervenções para promover ou manter a sua saúde, e essa necessidade é maior que a sua capacidade de ação, estabelece-se aquilo a que Orem chama de défice do autocuidado (Leonardo, 2011).

Estes podem assumir um déficit completo ou apenas parcial. Um déficit de autocuidado completo, significa que não existe capacidade para serem satisfeitas as necessidades no âmbito do autocuidado, já um déficit parcial, pode traduzir-se na incapacidade de satisfazer um ou vários requisitos de autocuidado (Orem, 1993, 1995 *cit in* Silva, 2011).

Neste contexto emergem ainda mais dois conceitos: a atividade de autocuidado, que explica os fatores que intervêm e a forma como o indivíduo é capaz de identificar o problema, gerir ou controlar e delinear a natureza da ação a realizar para se adaptar a novas situações. Já a necessidade de autocuidado terapêutico descreve as atividades que o indivíduo deve executar com eficácia para se manter estável e saudável (Almeida, 2009).

Apesar do conceito de déficit de autocuidado ser algo um pouco abstrato, quando expresso em termos de limitações da ação, ajuda a compreender o papel do indivíduo no autocuidado e permite emanar orientações daquilo que serão as intervenções de Enfermagem neste domínio (Tomey & Alligood, 2002 *cit in* Queirós et al, 2014). De acordo com esta teoria as intervenções dos profissionais de Enfermagem passam por ajudar os indivíduos a satisfazer as suas necessidades, com suporte físico e psicológico, manutenção de um ambiente apropriado para o processo de recuperação, ou ainda, pela transmissão de informação, ensinando (Schub, 2014).

Por fim, e não menos importante, emerge como central a intervenção de Enfermagem naquilo que Orem definiu como a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

O sistema de Enfermagem, de acordo com Orem é definido como *produto de uma série de relações que se estabelecem entre o enfermeiro e a pessoa com déficit no autocuidado ou com cuidado dependente* (Orem, 1993, 1995 *cit in* Silva, 2011, p.22).

Segundo Orem as intervenções de enfermagem pode ser:

- Totalmente compensatórias - compensar a incapacidade, apoiar e proteger;
- Parcialmente Compensatórias - substituir o cliente em algumas atividades;

- Apoio e Educação - ajudar a tomar decisões, fomentar a aprendizagem, fornecer informação;

Tendo sempre por objetivo satisfazer e modificar os requisitos de autocuidado universal, de desenvolvimento e os desvios da saúde (Brito, 2012).

Desta forma é possível concluir que os enfermeiros podem desempenhar vários papéis mediante as respostas que são dadas pelos indivíduos, sendo que o princípio orientador da sua atuação é a promoção do autocuidado (Almeida, 2009).

3. ESQUIZOFRENIA, AUTOUIDADO E ENFERMAGEM

A contínua melhoria das condições socioeconómicas, e na prestação de cuidados de saúde, contribuíram para o aumento da longevidade da população, à qual, está também associada uma maior prevalência de doenças crónicas, como a esquizofrenia, dependência nas atividades de vida diária e declínio das funções cognitivas (Duarte 2007 *cit in* Apóstolo, 2012).

Sabe-se que a esquizofrenia tem uma base neurodesenvolvimental, sendo consensual a existência de défices cognitivos (Gold, 2004, *cit in* O'Grada & Dinan, 2007; Heinrichs & Zakzanis, 1998; Keef *et al.*, 1995; Saykin *et al.*, 1991, *cit in* em Marques-Teixeira, 2005 *cit in* Santos, 2013). Desta forma, os indivíduos com esquizofrenia tendem a apresentar alterações do comportamento, afetando assim a sua funcionalidade, qualidade de vida e competências sociais (Lysaker *et al.*, 1995; Mueser *et al.*, 1991 *cit in* Santos, 2013).

É consensual que as funções executivas são também afetadas, o que reflete uma alteração do desempenho ligado às rotinas dos indivíduos com esquizofrenia (Welsh, 2002 *cit in* Santos, 2013).

Os prejuízos funcionais são observados ao longo de toda a doença, e têm um impacto significativo sobre as atividades de vida diária (Monteiro *et al.*, 2007).

Compreende-se que existem dificuldades na realização das atividades de vida diária por parte da população com esquizofrenia, o que contribuiu para uma grande necessidade, por parte destes indivíduos, em obter apoio de terceiros para realizar as suas tarefas do quotidiano (Sharma & Antonova, 2003 *cit in* Apóstolo, 2012).

A preocupação dos profissionais de saúde com a área da saúde mental tem vindo a ser crescente. Os profissionais de Enfermagem têm um papel fundamental na reabilitação das pessoas com perturbações psiquiátricas (Carvalho, 2012).

O processo de Enfermagem, dando ênfase às intervenções autônomas de Enfermagem, assume-se como uma ferramenta fundamental na prestação de cuidados (Carvalho, 2012).

O profissional de Enfermagem tem capacidade para diagnosticar e priorizar problemas, procurando executar uma colheita de dados relevantes, que permitem o estabelecimento de objetivos, e a definição de um plano de cuidados, devidamente fundamentado. Para além disso, procede a diferentes momentos de avaliação para que seja possível a adequação das intervenções, sempre que necessário, visando a melhoria contínua da prestação de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Os enfermeiros recorrem a atividades de diagnóstico, para que seja feita uma recolha e apreciação dos dados relevantes, que permitam uma continuidade no processo de Enfermagem. É neste âmbito que o recurso a escalas e instrumentos psicométricos ganha importância, e desta forma, seguidamente, são apresentados alguns direcionados para a colheita de dados no âmbito do autocuidado (Tabela 5).

Tabela 5: Instrumentos de Avaliação das Atividades de Vida Diária

Nome	Descrição	Nº. de Itens	Dimensões
Índice Lawton & Brody	Este instrumento avalia o nível de independência no que se refere à realização das atividades instrumentais, mediante a atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas atividades (Araújo, et al., 2008; Sequeira, 2007).	8	Usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro;
Índice de Pfeffer	O Índice de Pfeffer é constituído por itens relacionados com a capacidade do indivíduo para realizar atividades instrumentais de vida diária e funções cognitivas/sociais. Quanto menor a pontuação obtida, maior a independência e autonomia (Cassis et al., 2007).	10	Fazer compras, preparar alimentação, manter-se em dia com a atualidade, prestar atenção a programas de rádio, TV e de os discutir.

Índice de Barthel	<p>O Índice de Barthel avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007). Cada atividade apresenta entre 2 a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência (Sequeira, 2007).</p>	10	Comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas
Índice de Katz	<p>O Índice de Katz desenvolveu-se para medir o funcionamento físico de doentes com doença crónica (Katz, 1963).</p>	6	Controlo de esfíncteres, banho, utilização da casa de banho, mobilidade, vestir/despir e alimentação;
Escala EK	<p>Esta escala apresenta-se dividida em dez categorias, em que cada uma apresenta quatro alternativas que fornecem pontuações parciais entre 0 e 3. A pontuação total é obtida pela soma das pontuações parciais e varia entre 0 e 30. Quanto maior o grau de comprometimento funcional, maior a pontuação obtida (Martinez et al., 2006).</p>	10	Uso de cadeira de rodas, transferência da cadeira de rodas, capacidade para permanecer de pé, capacidade para balançar-se na cadeira de rodas, movimento dos braços, capacidade de usar as mãos e os braços para comer, mobilização na cama, capacidade para tossir e falar, bem-estar geral;

(Adaptado de Apóstolo, 2012, p.6-24)

Além dos instrumentos apresentados anteriormente, outros centram-se também no autocuidado, mas, à semelhança do que é apresentado no presente estudo, com base na teoria do autocuidado de Orem (Tabela 6).

Tabela 6: Instrumentos de Avaliação do Autocuidado baseados na teoria de Dorothea Orem

Instrumento	Autores	Ano	Dimensões
The exercise of Self-care Agency	Kearney & Fleischer	1979	Autoestima Resposta ativa e passiva às situações Conhecimentos Motivação
The Denyes Self-Care Agency Instrument	Denyes	1980	Capacidade para tomar decisões Avaliação relativa ao estado de saúde Conhecimentos Níveis de energia física Sentimentos Atenção à saúde
The Denyes Self-Care Practice Instrument	Denyes	1980	Nutrição e saúde Descanso e interação social
The Perception of Self-Care Agency Questionnaire	Hanson & Beckel,	1985	Motivação Capacidades cognitivas para tomar decisões Limitações cognitivas Capacidade de movimento Conjunto de habilidades
The Appraisal of Self-Care Agency Scale	Evers	1986	Combina os componentes do autocuidado com a capacidade para desempenhar produtivamente operações de autocuidado
Dependent Care Agent Questionnaire	Moore JB & Gaffney KF	1989	Requisitos de autocuidado Responsabilidade social Interação social
Self as Carer Inventory	Geden & Taylor	1991	Conhecimento de si mesmo Juízo crítico e decisões que afetam o autocuidado Consciência de si mesmo Habilidades físicas e satisfação com as atividades de autocuidado
The Mental Health-Related Self-Care Agency Scale	Wets & Isenberg	1997	Capacidade para manter a atenção, uso controlado da energia disponível, motivação, capacidade para tomar decisões sobre o cuidado de si mesmo, capacidade para adquirir conhecimentos técnicos, conjunto de habilidades cognitivas e capacidade para ordenar diferentes ações do autocuidado.
Questionário baseado na Teoria de Orem de Clark	Clark	1998	Nutrição, descanso, sono, estado físico, gestão de stress, apoio social, segurança ambiental, qualidade de vida e permanecer ativo e independente.

(Adaptado de Merino, 2011, p.51)

Apesar de todos os instrumentos apresentados na tabela 6 terem em consideração a teoria de Enfermagem de Dorothea Orem, não são específicos para a pessoa com esquizofrenia. Por exemplo, o instrumento *The Appraisal of Self-Care Agency Scale* teve como área de aplicação, a depressão e foi amplamente utilizado junto de indivíduos com Diabetes Mellitus (Pace et al., 2014). Já o *Denyes Self-Care Agency Instrument* e *Denyes Self-Care Practice Instrument* foram utilizados em estudos que relacionam o autocuidado e a obesidade, e ainda na área da depressão (Burdette, 2010).

Os cuidados de Enfermagem, também eles dirigidos à pessoa com esquizofrenia, recaem no processo de Enfermagem, como forma metodológica. E após as atividades de diagnóstico, estes são caracterizados pela formulação de diagnósticos de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Estes que se assumem *como rótulo atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de Enfermagem* (ICN,2011, p. 16 *cit in* Carvalho, 2012).

Num quadro de esquizofrenia emergem determinados diagnósticos de Enfermagem, tais como: delírios, alucinações, agressividade, ansiedade, isolamento, apatia, abolia, agitação, comportamento autodestrutivo, inquietação, hostilidade, comunicação comprometida, estigma, processo familiar comprometido, *coping* comprometido, interação social comprometida (Carvalho, 2012).

Barlow e Durand (2006) salientam na sintomatologia negativa, a anedonia e apatia, como principais razões para o descuido em áreas como a alimentação, higiene pessoal e interação social (Almeida, 2013). Todas estas áreas definidas por Orem.

Se por um lado, em termos de intervenção, a sintomatologia positiva responde melhor ao tratamento farmacológico, tal já não se verifica nos sintomas negativos da doença. A apatia, a falta de iniciativa para iniciar qualquer atividade, mesmo no âmbito do autocuidado, a abulia característica a esta patologia, impõem grandes desafios àquilo que é a intervenção autónoma do enfermeiro (Campos, 2008 *cit in* Almeida, 2013).

De acordo com Sharma e Antonova (2003), o défice cognitivo causado pela esquizofrenia é geralmente estável ao longo do tempo, não dependendo

dos sintomas positivos ou negativos. Por esta razão, quando existe o planeamento de uma intervenção de reabilitação destes doentes, é fundamental começar por compreender quais são os efeitos destes défices nas atividades de vida diária (Almeida, 2013).

O foco de atenção para a prática de Enfermagem *autocuidado* dá origem a diferentes diagnósticos, comuns, na pessoa com esquizofrenia, não só, por falta de capacidades ou conhecimentos para executar atividades de autocuidado. Mas também, a própria sintomatologia, seja ela positiva ou negativa, podem estar na base do comprometimento nesta área.

Os diagnósticos como *autocuidado comprometido*, são frequentes, mas também é possível elencar: *dependência no autocuidado*, *autocuidado diminuído*, *risco de autocuidado comprometido* e *risco de autocuidado diminuído*. Também neste âmbito, focos de atenção como *capacidade para tomar banho*, *transferir-se*, *usar o sanitário* e *vestir-se/despir-se*, estão relacionados com o mesmo (ICN, 2010).

Os doentes com esquizofrenia, quando comparados com indivíduos saudáveis, têm necessidades adicionais, exigindo um acompanhamento e tratamento especializado (Almeida, 2013).

No desenho do plano de cuidados, as intervenções autónomas de Enfermagem ganham relevo, e traduzem-se em ações executados por enfermeiros, com a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as suas qualificações profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

De acordo com a Classificação das Intervenções de Enfermagem, a ação do enfermeiro no âmbito do autocuidado traduz-se em:

- Atender à cultura no indivíduo para promover atividades de autocuidado;
- Atender à idade do indivíduo para promover atividades de autocuidado;
- Monitorizar a capacidade do indivíduo para autocuidado independente;
- Monitorizar a necessidade do indivíduo para a utilização de dispositivos de compensação;

- Assistir o individuo no autocuidado até que esteja completamente capacitado para assumir o autocuidado;
- Providenciar artigos pessoais desejados;
- Providenciar um ambiente terapêutico;
- Encorajar o individuo a realizar as atividades de vida diária conforme o seu nível de capacidade;
- Encorajar a independência, mas interferir sempre que o individuo tiver dificuldades no desempenho;
- Estabelecer uma rotina para as atividades de autocuidado;

(Bulechek et al., 2010, p.170)

Ainda existem poucos estudos que se centram na importância da avaliação do autocuidado, específico na pessoa com esquizofrenia. Pelo que, a existência de escalas específicas para esta área também são diminutas. Contudo, existem alguns estudos que originaram escalas de avaliação, tendo por base a teoria de D. Orem, mas que são específicas, por exemplo, para indivíduos com depressão, como o caso da *Perception Self-Care Agent*.

É possível afirmar que a maioria das escalas desenvolvidas e utilizadas junto de indivíduos com esquizofrenia, não englobam todas as dimensões do autocuidado, ou avaliam dimensões não relacionadas com o mesmo, e não têm por base a teoria de Dorothea Orem (Merino, 2011).

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

4. METODOLOGIA

O conceito de metodologia diz respeito a um conjunto de normas, que visam orientar o processo de investigação científica (Fortin et al, 2009).

Este é um capítulo onde o investigador define de forma clara o desenho do estudo e os instrumentos utilizados, por forma a deixar claro o que foi feito, como foi feito e qual a razão pelo qual foi feito (Bento, 2011).

Este estudo tem como finalidade transformar o instrumento *ERA-h* num aspeto facilitador para a prática dos profissionais de Enfermagem, em especial, da área da Saúde Mental e Psiquiatria. Para além disso, este instrumento apresenta também relevância no âmbito da sistematização do processo de diagnóstico de Enfermagem, associado ao foco autocuidado, especificamente no contexto da pessoa com esquizofrenia.

Assim, os próximos subcapítulos centrar-se-ão na contextualização e justificação do estudo, a apresentação dos seus objetivos e todos os procedimentos que estão inerentes à tradução e validação da *ERA-h*, com o maior detalhe possível.

4.1 Tipo de Estudo

O estudo recai sobre o paradigma quantitativo, que adota uma estratégia sistemática, objetiva e rigorosa por forma a gerar e refinar conhecimento (Sousa et al., 2007), do tipo transversal, uma vez que a recolha de dados ocorreu num único momento temporal (Fortin et al., 2009), e descritivo, pois visa descrever fenómenos e determinar a frequência dessa ocorrência numa dada população (Fortin et al, 2009), não havendo procura de relação causa-efeito entre variáveis (Sousa et al., 2007).

Trata-se de um estudo para verificar a fidelidade e validade de um instrumento de medida permitindo a sua utilização com toda a confiança (Fortin et al., 2009).

4.2 Objetivos do Estudo

Os objetivos apontam para os resultados que se pretendem alcançar, podendo incluir diferentes níveis, que vão desde o geral ao mais específico (Ferrito et al., 2010). São essencialmente, a descrição, explicação ou predição, de acordo com o estado da arte numa determinada área (Fortin et al., 2009).

O objetivo do estudo é:

- Validação de um instrumento psicométrico - *ERA-h* - com base na teoria de Dorothea Orem, para a pessoa com esquizofrenia.

No que concerne aos objetivos específicos, estes são:

- Traduzir a Escala de Requisitos de Autocuidado (*ERA-h*) Hospitalaria para a língua portuguesa;
- Adaptar a Escala de Requisitos de Autocuidado (*ERA-h*) Hospitalaria para a população portuguesa;
- Validar a Escala de Requisitos de Autocuidado (*ERA-h*) Hospitalaria para uso em Portugal e em contexto hospitalar;
- Caracterizar socio-demograficamente a amostra;
- Contribuir para a sistematização do processo de Enfermagem no âmbito do autocuidado, da pessoa com esquizofrenia;

4.3 Variáveis

A variável é um conceito ao qual pode ser atribuída uma medida. Corresponde a uma característica que é atribuída a uma pessoa ou a um acontecimento, que se constituem objetos relevantes para uma investigação, e às quais é atribuído um valor numérico (Fortin et al., 2009).

Neste estudo as variáveis foram distinguidas entre principal e secundária. A variável principal é o autocuidado. Já no que diz respeito às variáveis secundárias, são:

- Sociodemográficas - idade, sexo, estado civil e escolaridade;
- Clínicas - tipo de esquizofrenia;

Ainda de acrescentar que podem ser consideradas também como variáveis o resultado final da aplicação do Índice de Barthel - pontuação entre 90 -100, independente; pontuação entre 60-89, ligeiramente dependente; pontuação entre 40-55, moderadamente dependente; pontuação entre 20-35, severamente dependente e, por fim, pontuação inferior a 20, totalmente dependente.

O Índice de Lawton & Brody - pontuação igual a 8 pontos, independente; pontuação entre 9-20 pontos, moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda, e por fim, pontuação superior a 20 pontos, severamente dependente, necessita de muita ajuda.

4.4 População e Amostra

O conceito de população pode ser traduzido como todas as pessoas ou objetos sobre os quais se pretendem retirar conclusões (Norusis, 1991 *cit in* Ribeiro, 2010). Assim sendo, a população do presente estudo diz respeito a pessoas com esquizofrenia em contexto de internamento psiquiátrico.

Segundo Fortin et al., 2009, o conceito de amostra centra-se numa fração da população, sobre o qual recai o estudo, e assume um papel de representatividade dessa mesma população.

Os critérios de inclusão para a seleção da amostra foram:

- Internamento num serviço psiquiátrico onde fosse permitida a realização do estudo;
- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Manifestar interesse em colaborar na investigação, mediante aceitação expressa, nomeadamente, através da assinatura do consentimento informado.¹

No que toca aos critérios de exclusão:

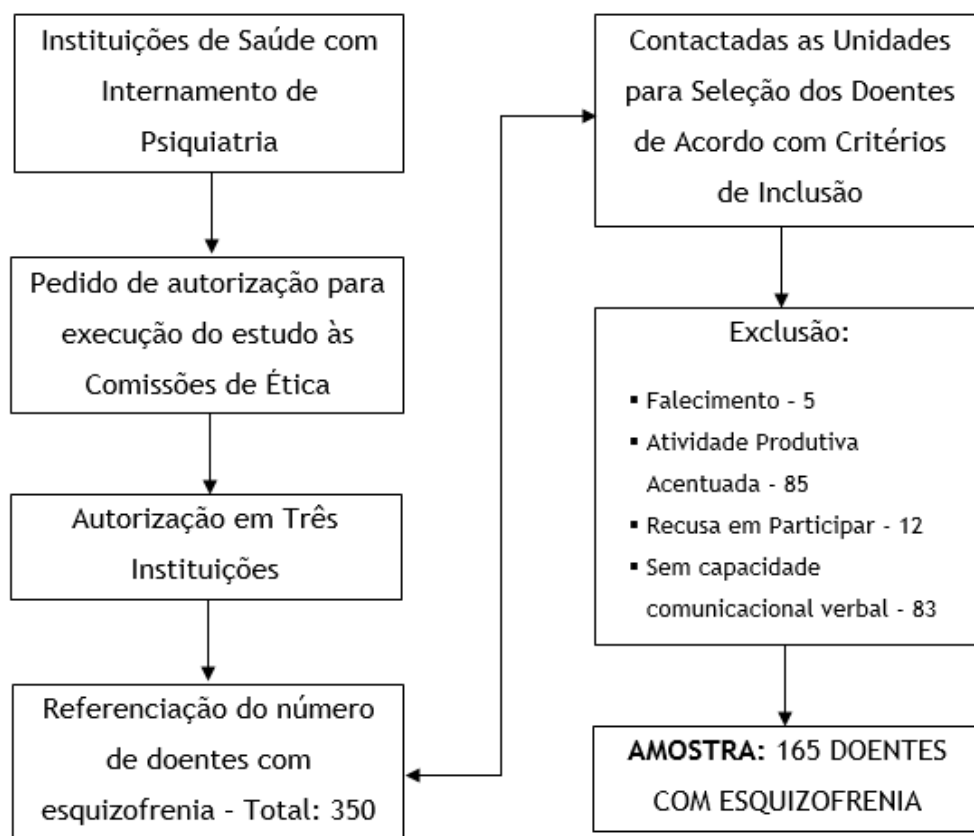
- Recusa face à colaboração na investigação;
- Situações de agitação psicomotora, atividade delirante e/ou alucinatória presente;

¹ Ver Anexo I - Consentimento Informado

- Alterações significativas da comunicação.

Para a seleção da amostra o método de amostragem utilizado foi não probabilística (ou seja, os participantes são escolhidos por métodos não aleatórios), de conveniência ou acidental, no qual é feito o uso de pessoas facilmente acessíveis (LoBiondo-Wood & Haber, 2001 *cit in* Santos et al., 2008). A amostra foi constituída por um total de 165 pessoas em contexto de internamento psiquiátrico de diferentes instituições do país - Instituto São João de Deus, Casa de Saúde do Telhal, Hospital de Magalhães Lemos, EPE e Centro Hospitalar Espinho/Vila Nova de Gaia, EPE² - com diagnóstico clínico de esquizofrenia, e com interesse em participar no estudo. (Figura 1)

Figura 1: Seleção da Amostra



² Ver Anexo II - Autorizações das Instituições para realização do Estudo

4.5 Tradução e Validação do Instrumento Psicométrico

A utilização de instrumentos psicométricos é frequente na prática de Enfermagem. No entanto, muitas vezes em processos de investigação, o instrumento selecionado encontra-se numa outra língua (Fortin et al., 2009), o que requer processos de tradução e validação dos mesmos.

O essencial a ser considerado num instrumento é se em primeiro lugar, ele mede o que pretende medir e não outro aspeto diferente ou parecido - validade - e, segundo, se a sua aplicação for repetida, nas mesmas condições, com os mesmos participantes, o resultado deve ser idêntico - fidelidade (Ribeiro, 2010).

No presente estudo, o relevante é perceber se o instrumento reúne esta validade e fidelidade para medir o autocuidado da pessoa com esquizofrenia, direcionado para a população portuguesa.

Neste sentido, todos os tópicos seguintes recaem no processo de tradução e validação de forma mais pormenorizada.

4.5.1 Tradução do Instrumento Psicométrico

A tradução e adaptação de instrumentos de medida desenvolvidos noutras culturas, para realidades específicas, tem sido um procedimento frequente, e que permite economizar tempo, recursos, permitindo a comparação de dados em diferentes culturas. O processo de tradução e validação de uma escala criada numa outra língua implica um sistema rigoroso e faseado de tradução e, posteriormente, a aplicação de testes estatísticos para a sua validação (Fortin et al., 2009 *cit in* Santos et al., 2008).

De acordo com Beato et al., 2007, este processo compreende as seguintes etapas: tradução inicial, realizada por dois tradutores independentes, síntese de ambas as traduções, *back translation*, ou seja, retrotradução, e por fim, análise por grupo de peritos.

O que é pretendido com a tradução de instrumentos, é que este permita a comparação de conceitos de diferentes culturas (Fortin et al., 2009). No

processo de tradução de um instrumento é ainda importante existir equivalência linguística, conceptual e psicométrica (Ribeiro, 2010).

Numa primeira fase, e antes mesmo do processo de tradução e validação do instrumento *ERA-h* ter início, é fundamental existir um pedido de autorização para utilização do mesmo, dirigido ao autor do instrumento. À data de 10 de Dezembro de 2014, foi executado um contacto via correio eletrónico dirigido ao Professor Doutor Juan Francisco Merino, responsável pela criação e validação da escala *ERA-h* em Barcelona, no ano de 2011, no sentido de solicitar autorização para tradução e validação da escala para a população portuguesa. Após este contacto, a resposta não tardou a chegar, sendo esta positiva.³

Após este passo foi possível iniciar o processo de tradução, que contou com dois momentos: o primeiro deles disse respeito à tradução para português elaborada pelo investigador principal⁴, e um segundo momento, que disse respeito à tradução da *ERA-h* por um enfermeiro, com domínio na língua espanhola, sem contacto prático nem especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria⁵.

Após a elaboração destes dois documentos, coube ao investigador principal criar uma versão de consenso provisória, tentando manter a maior coerência possível dos conceitos utilizados. Este processo deu origem à versão de consenso provisória da *ERA-h*, em língua portuguesa.⁶

Por fim, esta versão provisória de consenso foi enviada a uma enfermeira de nacionalidade espanhola, sem contacto com a área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, no sentido de executar o processo de retrotradução para a língua espanhola. É importante referir que esta tradução não apresentava discrepâncias significativas face à original, pelo que, foi enviada ao seu autor responsável pela criação do instrumento, no sentido de validar a versão retrotraduzida. Uma vez mais o seu parecer foi bastante positivo.

³ Ver Anexo III - Autorização do autor da escala *ERA-h*

⁴ Ver Anexo IV - Tradução da *ERA-h* pelo Investigador Principal

⁵ Ver Anexo V - Tradução da *ERA-h* por enfermeiro independente

⁶ Ver Anexo VI - Versão de Consenso da Tradução da *ERA-h*

4.5.2 Grupo de Peritos e Pré-Teste

O grupo de peritos é crucial para alcançar a equivalência transcultural do instrumento a ser traduzido. Este terá de analisar a origem do instrumento e as seguintes traduções do mesmo. O consenso deve ser obtido em todos os itens (Beato et al., 2007). Após a análise de todos os peritos, se todos concordarem que tal item avalia tal conteúdo, então, pode ser aceite como verdadeiro (Ribeiro, 2010).

Ainda de ressaltar que neste processo, onde foi submetida a versão provisória de consenso, elaborada pelo investigador principal, o que se pretende verificar é a validade de conteúdo, que é estabelecida através da evidência de que os atributos incluídos no teste assumem-se como uma amostra representativa do que se pretende medir (Ribeiro, 2010).

À data de 26 de Janeiro de 2014 decorreu o momento formal para análise da versão de consenso provisória. O grupo de peritos foi constituído por dois elementos: ambos investigadores e docentes na Escola Superior de Enfermagem do Porto, com grau de Doutor, vasto conhecimento científico sobre a temática do autocuidado e esquizofrenia, mas também, contexto prático de tradução e validação de instrumentos. Fatores estes determinantes para se assumirem como peritos neste processo de investigação.⁷

Assegurada a validação de conteúdo, foi realizado um pré-teste do instrumento, por enfermeiros independentes, com a versão definida pelo grupo de peritos, com 10 doentes, no sentido de avaliar a adequação e compreensão dos itens.

A apreciação foi positiva, pelo que, não foram sugeridas quaisquer alterações.

⁷ Ver Anexo VII - Versão do Grupo de Peritos da ERA-h

4.6 Colheita de Dados

A colheita de dados decorreu entre Junho e Agosto de 2015, nos serviços de internamento de psiquiatria, das instituições que autorizaram o mesmo, e junto dos doentes que aceitaram participar no estudo.

No processo de colheita de dados foi utilizado um questionário, organizado em quatro grandes áreas: a primeira centrada na colheita de dados sociodemográficos, com questões fechadas e apenas duas delas com questões abertas, nomeadamente, no tipo de esquizofrenia e profissão que exerce ou exerceu, com o objetivo de caracterizar clínica e socio demograficamente a amostra.

Na segunda parte é apresentada a *ERA-h*, depois disso, o Índice de Barthel, e por fim, como constituinte da quarta e última parte, surge o Índice de Lawton & Brody.

Todos estes instrumentos faziam-se ainda acompanhar de uma nota introdutória onde estavam identificados os autores, o tipo e os objetivos do estudo, assim como a garantia do anonimato e confidencialidade da informação fornecida, e o documento do consentimento informado.

Para a seleção dos instrumentos utilizados foram tidas em conta as seguintes considerações:

- Serem instrumentos validados e adaptados à população portuguesa;
- Avaliarem *à priori* os mesmos domínios constituintes da *ERA-h*;
- Serem aconselhados pelo autor da escala *ERA-h*;

A Escala de Requisitos do Autocuidado Hospitalaria (*ERA-h*) trata-se de um instrumento criado e validado em Barcelona no ano de 2011, com o intuito de avaliar o autocuidado da pessoa com esquizofrenia, em função da teoria do autocuidado de Dorothea Orem (Merino, 2011). É constituída por 33 itens, que permitem um preenchimento através de uma escala de likert de 1 a 5. Quanto mais o resultado se aproximar de 5, menor é a capacidade do indivíduo de reunir os parâmetros englobados naquele requisito do autocuidado.

O Índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965 *cit in* Araújo et al., 2007).

A pontuação mínima de 0 corresponde a máxima dependência para todas as atividades de vida diária avaliadas, e a máxima de 100 traduz total independência. Trata-se de um instrumento de fácil aplicação e interpretação, consome pouco tempo no seu preenchimento e possui dados psicométricos bastante consistentes (Araújo et al., 2007).

O Índice Lawton & Brody é um instrumento que permite avaliar a funcionalidade instrumental, e foi desenvolvido em 1969. Trata-se de uma medida genérica que avalia o nível de independência da pessoa no que se refere à realização de atividades instrumentais (AIVD) que compreendem tarefas como usar o telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro, mediante a atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas atividades. Quanto maior for o *score* obtido, maior será o grau de dependência, conseqüentemente, quanto menor for o *score* obtido, maior será o grau de independência (Araújo et al., 2008).

4.7 Análise e Tratamento de Dados

Após a colheita de dados, é fulcral o seu tratamento, para que estes se possam tornar úteis para o processo de investigação.

Os dados colhidos foram tratados informática e estatisticamente com recurso ao *Statistic Package Social for the Social Sciences*® (SPSS®). Foi utilizada estatística descritiva e inferencial.

Todos os dados colhidos forem editados pelo investigador principal, e todos aqueles que poderiam identificar os participantes foram codificados, no sentido de garantir a confidencialidade e o anonimato. Todos os valores apresentados nas tabelas foram arredondados às centésimas.

No domínio do processo de validação de instrumentos psicométricos, importa avaliar os dois grandes tipos de propriedades psicométricas: fidelidade e validade (Ribeiro, 2010).

Por fidelidade entende-se o grau de confiança que é obtido através de um questionário. Refere-se à estabilidade ou constância dos resultados, que pode ser medida através do método do teste-reteste, ou à consistência interna (Almeida & Freire, 2003 *cit in* Sousa, 2008). A consistência interna diz respeito à variação nas respostas ao questionário como resultado de diferenças individuais, de opiniões diversificadas sobre determinado assunto (Pestana & Gageiro, 2005 *cit in* Sousa, 2008). Esta é fornecida pelo alfa de Cronbach, quando se trata de variáveis ordinais (Almeida & Freire, 2003 *cit in* Sousa, 2008).

Segundo Pestana & Gageiro (2005), o alfa de Cronbach varia entre 0 e 1, sendo tanto melhor quanto maior a sua proximidade da unidade. Conforme o valor do alfa é possível classificar a consistência interna, sendo que para um alfa inferior a 0,6, esta é inaceitável.

- Consistência interna fraca: alfa de Cronbach entre 0,6 e 0,7;
- Consistência interna razoável: alfa de Cronbach entre 0,7 e 0,8;
- Consistência interna boa: alfa de Cronbach entre 0,8 e 0,9;
- Consistência interna muito boa: alfa de Cronbach superior a 0,9 (Sousa, 2008).

Os valores do alfa de Cronbach são apresentados à centésima.

A validade refere-se ao que o teste mede e a quão bem o faz, ou seja, é a garantia de que o teste mede aquilo a que se propõe medir (Ribeiro, 2010). Existem os seguintes tipos de validade:

- Validade de conteúdo: que se estabelece pela evidência de que os atributos incluídos no teste são uma amostra representativa dos que se pretendem medir;
- Validade de critério: indica a eficiência de um teste em prever o comportamento de uma pessoa numa dada situação;
- Validade de constructo: capacidade de um instrumento para medir o conceito ou constructo definido teoricamente (Fortin et al., 2009).

A força de associação entre variáveis escalares foi analisada com recurso ao teste de correlação de Pearson. O valor resultante do teste indica a força e a direção com que as medidas variam uma em função da outra. A associação pode ser negativa, se os valores de uma variável variam inversamente aos da segunda e pode ser positiva se os valores das duas variáveis variam no mesmo sentido, podendo os coeficientes da correlação variar entre 0 e -1 e entre 0 e 1 (Carvalho, 2011). Para Pestana & Gageiro (2005), um valor de correlação menor que 0,2 indica uma associação muito baixa, entre 0,2 e 0,39 baixa, entre 0,4 e 0,69 moderada, entre 0,7 e 0,89 alta e entre 0,9 e 1, muito alta (Carvalho, 2011).

Para calcular o coeficiente de homogeneidade dos itens estimando as correlações de cada item com o total da escala e subescala, foi definido como limite inferior da correlação 0,20 (Clark & Watson, 1995 *cit in* Merino, 2011).

O Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) é um índice que sintetiza o grau de concordância entre duas medidas quantitativas, sendo estabelecido um intervalo de confiança de 95% (Argimon & Jiménez, 2004 *cit in* Merino 2011).

No geral, para a análise das propriedades psicométricas da ERA-h foram seguidos os procedimentos bases do autor.

4.8 Considerações Éticas

A investigação levanta sempre o problema da responsabilidade do investigador a respeito dos direitos da pessoa (Fortin et al., 2009).

O processo de investigação direcionado para o Homem e as suas respostas às situações de saúde/doença, suscita, inevitavelmente questões éticas. Estas que advêm da necessidade de serem criadas regras que regulamentem e controlem a investigação junto dos seres humanos. Não podendo, por isso, existir dúvidas que a investigação em Enfermagem reúne e aplica na prática os princípios éticos universais. Seja qual for o projeto de investigação, os princípios éticos de autonomia, beneficência, não

maleficência e justiça, devem ser respeitados e orientadores em todos os momentos da investigação (Grande, 2000 *cit in* Martins, 2008).

Por forma a regulamentar a investigação junto de seres humanos, foram a pouco e pouco instaurados códigos à escala nacional e internacional, como o código de Nuremberga ou a Declaração de Helsínquia (Fortin et al., 2009).

As comissões de éticas surgem, precisamente, com o intuito de perceber se os projetos de investigação respeitam os princípios éticos e, consequentemente, os direitos humanos (Fortin et al, 2009).

Assim, todo e qualquer processo de investigação científica, pelas suas características, é uma atividade humana que acarreta grande responsabilidade ética (Nunes, 2013).

Por forma a respeitar todos os aspetos referidos anteriormente, o projeto de investigação foi enviado à Comissão de Ética das diferentes instituições de saúde, onde decorreu a colheita de dados, por forma, a ser devidamente analisado e aprovado. Para além disso, o projeto foi ainda acompanhado pelo documento de consentimento informado, juntamente com o documento explicativo do estudo⁸, por forma a esclarecer todos os potenciais participantes.

O respeito pelas pessoas e pela sua escolha esclarecida assenta no princípio segundo o qual, toda a pessoa tem o direito e a capacidade de decidir por ela própria. Resulta deste princípio o direito do indivíduo decidir se quer ou não, participar num estudo (Levine, 1986; National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1982 *cit in* Fortin et al., 2009). O consentimento informado significa que o sujeito obteve toda a informação essencial, que conhece o conteúdo e que compreendeu bem aquilo em que se envolve (Fortin et al., 2009).

Todos os dados colhidos foram codificados para que fossem tratados de forma confidencial.

A informação recolhida destinou-se exclusivamente ao estudo.

Foi ainda respeitado o princípio da beneficência, ressaltando a isenção de dano e exploração, quer da pessoa com esquizofrenia, quer do seu cuidador.

⁸ Ver Anexo VIII - Documento explicativo do estudo

Os participantes foram ainda informados de que a participação é voluntária e em caso algum a recusa será motivo de qualquer tipo de prejuízo assistencial ou outro para o participante ou para terceiros, sendo que esta pode ser cessada a qualquer momento.

5. RESULTADOS

Após ter sido apresentado um enquadramento teórico face aos conceitos base de todo o processo de investigação, ter sido apresentada de forma detalhada a metodologia utilizada e ter terminado o processo de colheita de dados, emerge a necessidade de apresentação dos resultados obtidos, através da análise estatística a que foram submetidos.

Assim, os seguintes subcapítulos são dedicados à apresentação, de forma, essencialmente, descritiva (pois a sua discussão fará parte de um próximo capítulo) dos resultados obtidos em função da colheita de dados realizada em contexto clínico.

5.1. Caraterização da Amostra

Neste subcapítulo são apresentadas as principais variáveis que permitem a caracterização da amostra, quer do ponto de vista sociodemográfico, mas também clínico, fazendo referência ao seu diagnóstico. Desta forma será realizada uma análise estatística descritiva no que diz respeito às seguintes variáveis: idade, escolaridade, género, estado civil, situação profissional, profissão que exerce ou exerceu e, por fim, o tipo de esquizofrenia, enquadrado na caracterização clínica. Para além disso, será ainda tido em conta a caracterização da amostra, em função dos instrumentos psicométricos utilizados, centrados no autocuidado.

5.1.1. Caraterísticas Sociodemográficas

No que diz respeito ao género, destaca-se um maior número de indivíduos do sexo masculino, com uma percentagem de 78,2%, correspondente a 129 indivíduos. O que contrasta com uma percentagem de 21,8%, relativa ao sexo feminino, que traduz cerca de 36 indivíduos.

Quanto à idade dos participantes envolvidos no estudo, destaca-se o mais jovem com 19 anos, o valor mínimo, e o mais velho com 97, o valor máximo, sendo a idade média dos participantes 53,26 anos, com um desvio padrão de 14,45 anos.

Relativamente ao estado civil, salienta-se o predomínio de pessoas solteiras, o que corresponde a uma percentagem de 82,4% do total da amostra. Ainda de ressaltar 13,3% de pessoas divorciadas e apenas 3% de pessoas casadas. Tendo o estado civil de união de facto ou viúvo uma percentagem insignificante.

No que toca à escolaridade, a média de anos da mesma das pessoas integrantes da amostra foi de 6,94 anos, sendo a moda de 4 anos, ou seja, o número de anos de escolaridade de uma maior percentagem de indivíduos (44,8%). Ainda de acrescentar que o valor mínimo de anos de escolaridade é 0, e que o valor máximo de anos corresponde a 24, ou seja, frequência no ensino superior.

A situação profissional destaca-se como um parâmetro de caracterização sociodemográfica da amostra. Desta forma 69,7% dos participantes encontram-se reformados por invalidez, 15,2% reformados por idade, e ainda, cerca de 14,5% encontram-se desempregados.

Neste âmbito, salienta-se o facto de 18,8%, ou seja, 31 indivíduos, nunca ter tido qualquer experiência profissional, e aquelas que mais se evidenciam são: agricultura e empregados fabris.

A tabela 7 descreve com mais detalhe cada um dos aspetos sociodemográficos.

Tabela 7: Caracterização Sociodemográfica da Amostra

		%	Média	D.P.	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo
Género	Masculino	78,2						
	Feminino	21,8						
Idade			53,26	14,45	51	52	19	97
Estado Civil	Solteiro(a)	82,4						
	Casado(a)	3						
	Divorciado(a)	13,3						
	União de Facto	0,6						
	Viúvo(a)	0,6						

Escolaridade		6,94	4,10	4	5	0	24
	Reformado(a) por Idade	15,2					
	Doméstico(a)	0					
Situação Profissional	Empregado(a)	0,6					
	Reformado(a) por Invalidez	69,7					
	Desempregado(a)	14,5					
	Estudante	0					

5.1.2. Características Clínicas

O aspeto clínico de base que foi tido em conta para a colheita de dados, foi a existência obrigatória de um diagnóstico clínico de esquizofrenia, com acompanhamento clínico, nomeadamente, num registo de internamento.

A colheita de dados decorreu em serviços de internamento de agudos e serviços de longo internamento.

É importante ressaltar que, inicialmente, era expectável a colheita de dados englobar um maior número de utentes em serviços de internamento de agudos, no entanto, na maioria das vezes, face ao seu estado de descompensação clínica, não reuniam critérios para dar resposta ao questionário.

A tabela seguinte retrata o número de participantes em cada tipo de unidades (Tabela 8).

Tabela 8: Distribuição da Amostra por Serviço de Internamento

Serviço	N	%
Internamento de Agudos	8	4,8
Longo Internamento	157	95,2

Para além disso, no processo de colheita de dados, foi considerado o tipo de esquizofrenia, devido às suas diferentes limitações e impacto no âmbito do autocuidado.

A esquizofrenia do tipo paranoide representa 58,8% da amostra, e a residual 39,4%.

Desta forma a tabela seguinte (tabela 9) demonstra a percentagem de cada tipo de esquizofrenia encontrada na amostra.

Tabela 9: Caracterização da Amostra segundo o Tipo de Esquizofrenia

		N	%
Esquizofrenia	Paranoide	97	58,8
	Indiferenciada	1	0,6
	Residual	65	39,4
	Hebefrénica	2	1,2

5.1.3. Avaliação da Amostra com Recurso a Instrumentos Psicométricos

Os instrumentos psicométricos utilizados na colheita de dados foram: *ERA-h*, Índices de Barthel e Lawton & Brody.

5.1.3.1 *ERA-h*

No que concerne aos resultados totais do *ERA-h*, a média da sua pontuação foi de 83,69 com um valor mínimo de 39 e máximo de 141. Estes valores resultam da análise da escala de likert de 1 a 5, em 33 itens, que constitui a mesma. Assim, o valor máximo possível seria 165, que correspondia a uma total incapacidade de dar resposta aos diferentes requisitos do autocuidado, constatando com um valor mínimo possível de 33, que traduz total capacidade de resposta aos requisitos de autocuidado. A tabela seguinte retrata por cada item, os valores de tendência central, desvio padrão, e ainda, o mínimo e o máximo, em função de cada item (Tabela 10).

Tabela 10: Estatística Descritiva dos Itens da *ERA-h*

	Média	D.P.	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo
Item 1	2,61	1,44	1	3	1	5
Item 2	2,92	1,65	1	3	1	5
Item 3	2,52	1,99	3	3	1	5
Item 4	3,21	1,36	4	4	1	5
Item 5	2,08	1,23	1	2	1	5
Item 6	3,28	1,45	5	3	1	5
Item 7	2,02	1,56	1	1	1	5
Item 8	2,22	1,49	1	1	1	5
Item 9	1,83	1,16	1	1	1	5
Item 10	2,63	1,51	1	2	1	5
Item 11	2,48	1,48	1	2	1	5
Item 12	2,47	1,53	1	2	1	5
Item 13	2,13	1,41	1	1	1	5
Item 14	2,39	1,54	2	2	1	5
Item 15	2,28	1,33	1	2	1	5
Item 16	2,99	1,41	4	3	1	5
Item 17	2,96	1,39	4	3	1	5
Item 18	3,04	1,37	4	3	1	5
Item 19	2,10	1,48	1	1	1	5
Item 20	2,23	1,53	1	1	1	5
Item 21	3,80	4,34	4	4	1	5
Item 22	2,33	1,47	1	2	1	5
Item 23	2,12	1,41	1	1	1	5
Item 24	2,11	1,38	1	2	1	5
Item 25	3,46	1,60	5	4	1	5
Item 26	3,45	1,71	5	4	1	5
Item 27	1,68	1,02	1	1	1	5
Item 28	1,88	1,27	1	1	1	5
Item 29	2,61	1,60	1	2	1	5
Item 30	2,75	1,52	1	3	1	5
Item 31	2,79	1,49	1	3	1	5
Item 32	2,55	1,50	1	2	1	5
Item 33	2,05	1,32	1	1	1	5

Da análise da tabela 10 é possível concluir que o item 21 - A pessoa reconhece os sintomas de descompensação e tem capacidade para solicitar ajuda - foi aquele que obteve uma maior média, o que traduz, que um maior número de indivíduos da amostra, não é capaz de cumprir este requisito, ou seja, não é capaz de identificar sintomas de descompensação psíquica.

Já o item 27 - A pessoa sente ansiedade para desempenhar as atividades da vida diária - é aquele onde um maior número de indivíduos da amostra reúne capacidades para cumprir este requisito do autocuidado.

Tal como referido anteriormente, a escala *ERA-h*, trata-se de um instrumento com uma escala de likert de 1 a 5. A tabela 11 retrata o número de pessoas da amostra, em função de cada domínio, item e resposta obtida.

Tabela 11: Resultados obtidos por item na *ERA-h*

Dimensões	Itens	Escala de Likert										
		1		2		3		4		5		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
D1	Manutenção de uma quantidade suficiente de ar, água e alimentos	1	59	35,8	19	11,5	33	20,0	35	21,2	19	11,5
		2	56	33,9	19	11,5	18	10,9	27	16,4	45	27,3
		3	43	26,1	39	23,6	47	28,5	27	16,4	9	5,5
		4	26	15,8	26	15,8	34	20,6	45	27,3	34	20,6
		5	75	45,5	37	22,4	26	15,8	19	11,5	8	4,8
		6	29	17,6	21	12,7	36	21,8	32	19,4	47	28,5
D2	Prestação de cuidados associados aos processos de eliminação	7	107	64,8	10	6,1	13	7,9	7	4,2	28	17,0
		8	85	51,5	21	12,7	18	10,9	20	12,1	21	12,7
		9	95	57,6	28	17,0	24	14,5	11	6,7	7	4,2
D3	Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso	10	54	32,7	36	21,8	23	13,9	21	12,7	31	18,8
		11	61	37,0	33	20,0	29	17,6	14	8,5	28	17,0
		12	68	41,2	29	17,6	18	10,9	23	13,9	27	16,4
		13	84	50,9	28	17,0	20	12,1	14	8,5	19	11,5
		14	75	45,5	23	13,9	21	12,7	19	11,5	27	16,4
D4	Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	15	71	43,0	25	15,2	31	18,8	28	17,0	10	6,1
		16	38	23,0	25	15,2	27	16,4	51	30,9	24	14,5
		17	36	21,8	29	17,6	31	18,8	44	26,7	25	15,2
		18	32	19,4	30	18,2	27	16,4	51	30,9	25	15,2
D5	Prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humano	19	94	57,0	19	11,5	13	7,9	19	11,5	20	12,1
		20	89	53,9	17	10,3	11	6,7	28	17,0	20	12,1
		21	39	23,6	13	7,9	14	8,5	25	15,2	74	44,8
		22	72	43,6	31	18,8	18	10,9	23	13,9	21	12,7
		23	88	53,3	21	12,7	10	6,1	24	14,5	14	8,5
		24	79	47,9	40	24,2	13	7,9	15	9,1	18	10,9
		25	35	21,2	17	10,3	16	9,7	31	18,8	66	40,0
		26	43	26,1	13	7,9	13	7,9	19	11,5	77	46,7
		27	99	60,0	36	21,8	19	11,5	6	3,6	5	3,0
		28	98	59,4	24	14,5	16	9,7	18	10,9	9	5,5
D6	Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro dos grupos sociais	29	66	40	21	12,7	24	14,5	19	11,5	35	21,2
		30	52	31,5	28	17,0	24	14,5	31	18,8	30	18,2
		31	46	27,9	33	20,0	26	15,8	29	17,6	31	18,8
		32	60	36,4	31	18,8	25	15,2	21	12,7	28	17,0
		33	85	51,5	24	14,5	33	20,0	8	4,8	15	9,1

Para além da apresentação dos dados anteriores, foi relevante a realização do teste t para amostras independentes, no sentido de perceber, em função de cada domínio da *ERA-h*, se existem diferenças estatisticamente significativas, no grau de dependência do autocuidado, sendo esta uma das principais variáveis em estudo, em função do sexo da amostra.

Este que se trata de uma prova paramétrica para amostras independentes, e que tem por objetivo comparar médias de dois grupos (Marôco, 2014).

Verificam-se diferenças estatisticamente relevantes entre homens e mulheres no domínio 2 - Prestação de cuidados associados aos processos de eliminação - onde os homens apresentam maior dificuldade ($t(163)=-0,93$; $p=0,0001$). No domínio número 6 - promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro dos grupos sociais - uma vez mais, é o sexo masculino que apresenta maior grau de dependência ($t(163)=3,48$; $p=0,0001$).

5.1.3.2 Índice de Barthel

Com a avaliação da amostra segundo o Índice de Barthel, a pontuação máxima obtida foi de 100, o que corresponde a total independência no autocuidado, contrastando com um valor mínimo de 0, que corresponde a total dependência no autocuidado.

A tabela seguinte retrata por cada item deste instrumento a sua estatística descritiva (Tabela 12).

Tabela 12: Estatística Descritiva dos Itens do Índice de Barthel

	Média	D.P.	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo
Alimentação	9,30	2,27	10	10	0	10
Vestir	8,85	2,68	10	10	0	10
Banho	4,30	1,74	5	5	0	5
Higiene Corporal	4,24	1,80	5	5	0	5

Uso da Casa de Banho	9,21	2,53	10	10	0	10
Controlo Intestinal	9,36	2,29	10	10	0	10
Controlo Vesical	9,64	8,30	10	10	0	10
Subir Escadas	9,12	2,53	10	10	0	10
Transferência Cadeira - Cama	14,03	3,40	15	15	0	15
Deambulação	13,97	3,20	15	15	0	15

Com a análise da tabela 12 é possível concluir, que o grau de dependência de acordo com o Índice de Barthel, não é muito marcado na amostra, pois todas as médias dos seus diferentes domínios se aproximam do valor que corresponde a total independência.

A tabela 13 reflete, por cada item do Índice de Barthel, o número e a percentagem da amostra, que se enquadrou em cada uma das dimensões de resposta.

Tabela 13: Estatística Descritiva: resultados do Índice de Barthel

Dimensão	Nível de independência	N	%
Alimentação	Independente	149	90,3
	Necessita de Ajuda	9	5,5
	Dependente	7	4,2
Vestir	Independente	136	82,4
	Necessita de Ajuda	20	12,1
	Dependente	9	5,5
Banho	Independente	142	86,1
	Dependente	23	13,9
Higiene Corporal	Independente	140	84,8
	Dependente	25	15,2
Uso da Casa de Banho	Independente	152	92,1
	Necessita de Ajuda	6	3,6
	Dependente	10	6,1
Controlo Intestinal	Independente	152	92,1
	Incontinência Ocasional	5	3,0
	Incontinente ou Algaliado	8	4,8
Controlo Vesical	Independente	143	86,7
	Incontinência Ocasional	12	7,3
	Incontinente ou Algaliado	10	6,1

Subir Escadas	Independente	145	87,9
	Necessita de Ajuda	11	6,7
	Dependente	9	5,5
Transferência Cadeira - Cama	Independente	151	91,5
	Necessita de Ajuda Mínima	3	1,8
	Necessita de Grande Ajuda	4	2,4
	Dependente	7	4,2
Deambulação	Independente	146	88,5
	Necessita de Ajuda	9	5,5
	Independente com Cadeira de Rodas	5	3,0
	Dependente	5	3,0

5.1.3.3 Índice de Lawton & Brody

À semelhança de todos os dados apresentados anteriormente, resta a apresentação dos mesmos, mas relativos à avaliação da amostra segundo o Índice de Lawton & Brody.

De ressaltar, que contrariamente ao Índice de Barthel, neste instrumento, quanto maior for o valor do resultado final, maior vai ser a dependência dos indivíduos nas atividades instrumentais de vida diária.

A tabela seguinte retrata a estatística descritiva do mesmo (Tabela 14).

Tabela 14: Estatística Descritiva dos Itens do Índice de Lawton & Brody

	Média	D.P.	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo
Cuidar da Casa	3,15	1,33	2	3	1	3
Lavar a Roupa	2,41	2,41	3	3	1	3
Preparar Comida	3,25	0,99	4	4	1	4
Ir às Compras	2,62	1,90	4	2	1	4
Uso de Telefone	2,21	1,33	1	1	1	4
Uso de Transporte	2,47	1,22	1	3	1	4
Uso do Dinheiro	2,15	0,67	2	2	1	3

Responsável pelos Medicamentos	2,16	0,8	3	2	1	3
---------------------------------------	------	-----	---	---	---	---

Os dados apresentados na tabela 14 evidenciam desde logo um maior grau de dependência nas atividades instrumentais, sendo a utilização do dinheiro, aquela que apresenta resultados mais fracos, traduzindo assim, uma maior incapacidade.

Para que seja possível uma análise detalhada de cada uma das áreas de avaliação do Índice de Lawton & Brody, segue a tabela seguinte (Tabela 15).

Tabela 15: Estatística Descritiva: resultados do Índice de Lawton & Brody

Dimensão	Nível de Dependência	N	%
Cuidar da Casa	Cuida da casa sem ajuda.	14	8,5
	Faz tudo exceto o trabalho pesado.	52	31,5
	Só faz tarefas leves.	36	21,8
	Necessita de ajuda para todas as tarefas.	22	13,3
	Incapaz de fazer qualquer tarefa.	41	24,8
Lavar a Roupa	Lava a sua roupa.	26	15,8
	Só lava pequenas peças.	46	27,9
	É incapaz de lavar a roupa.	93	56,4
Preparar Comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda.	10	6,1
	Prepara se lhe derem os ingredientes.	35	21,2
	Prepara pratos pré-cozinhados.	23	13,9
	Incapaz de preparar refeições	97	58,8
Ir às Compras	Faz as compras sem ajuda.	41	24,8
	Só faz pequenas compras.	44	26,7
	Faz as compras acompanhado.	36	21,8
	É incapaz de ir às compras.	44	26,7
Uso do Telefone	Usa-o sem dificuldade.	83	50,3
	Só liga para lugares familiares.	14	8,5
	Necessita de ajuda para o usar.	19	11,5
	Incapaz de usar o telefone.	49	29,7
Uso de Transporte	Viaja em transporte público ou conduz.	59	35,8
	Só anda de táxi.	13	7,9
	Necessita de acompanhamento.	50	30,3
	Incapaz de usar o transporte.	43	26,1
Uso do Dinheiro	Paga as contas, vai ao banco.	28	17,0
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	84	50,9
	Incapaz de utilizar o dinheiro.	53	32,1
Responsável pelos Medicamentos	Responsável pela medicação.	42	25,2
	Necessita que lhe preparem a medicação.	55	33,3
	Incapaz de responsabilizar pela medicação.	68	41,2

5.1.4. Consistência Interna

A consistência interna designa a concordância existente entre todos os enunciados individuais que constituem o instrumento de medida. Refere-se à homogeneidade dos enunciados que servem para medir diferentes aspetos relativos a um mesmo conceito. A técnica mais comumente utilizada para apreciar o grau de consistência interna de um instrumento de medida é o cálculo do coeficiente alfa de Cronbach (Fortin, 2009).

A escala ERA-h apresentou um alfa de Cronbach total de 0,871, com um valor de 0,44 no domínio de prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humano, e 0,90 no domínio de promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro dos grupos sociais.

O coeficiente de homogeneidade por cada dimensão da ERA-h é apresentado na tabela seguinte (Tabela 16).

Tabela 16: Coeficiente de Consistência Interna - alfa de Cronbach - por domínio da escala ERA-h

	Domínios da escala ERA-h	Itens por Domínio	Alfa de Cronbach -Total do Domínio
D1	Manutenção de uma quantidade suficiente de ar, água e alimentos	1,2,3,4,5,6	0,58
D2	Prestação de cuidados associados aos processos de eliminação	7,8,9	0,72
D3	Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso	10,11,12,13,14,15	0,86
D4	Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	16,17,18	0,88
D5	Prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humano	19,20,21,22,23,24,25,26,27,28	0,44
D6	Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro dos grupos sociais	29,30,31,32,33	0,90
	Total ERA-h	1 a 33	0,87

Com a apresentação da tabela anterior conclui-se:

- Domínio 1: fraco alfa de Cronbach
- Domínio 2: razoável alfa de Cronbach
- Domínio 3: bom alfa de Cronbach
- Domínio 5: bom alfa de Cronbach
- Domínio 6: inaceitável
- Domínio 7: bom alfa de Cronbach

Sendo o valor total de consistência interna considerado bom e totalmente de encontro ao valor conseguido pelo autor na escala original.

Após apresentação da consistência interna de cada domínio da escala ERA-*h*, resta refletir sobre a carga fatorial de cada um dos itens que constituem os mesmos. Desta forma, e enquadrado na validade de constructo, foi realizada uma análise fatorial confirmatória, de acordo com o autor de base do instrumento de medida (Merino, 2011). A tabela seguinte demonstra o resultado da mesma (Tabela 17).

Tabela 17: Carga Fatorial dos Itens da Era-*h* por domínio

Domínio	Itens	Carga Fatorial
D1	1	0,59
	2	0,81
	3	0,70
	4	0,76
	5	0,64
	6	0,83
D2	7	0,78
	8	0,67
	9	0,42
D3	10	0,81
	11	0,83
	12	0,87
	13	0,86
	14	0,86
	15	0,62
D4	16	0,76
	17	0,70
	18	0,81
D5	19	0,75
	20	0,80
	21	0,76
	22	0,67
	23	0,70

	24	0,67
	25	0,81
	26	0,84
	27	0,75
	28	0,76
	<hr/>	
	29	0,69
	30	0,80
D6	31	0,84
	32	0,84
	33	0,76

Foi ainda calculada a correlação existente entre o total de consistência interna de cada domínio da ERA-h, em função do total do instrumento. Os resultados são apresentados na tabela 18 e evidenciam fortes e moderadas correlações, sendo apenas uma correlação fraca positiva o valor do domínio 2 face ao total.

Tabela 18: Correlação dos domínios da ERA-h com o total do instrumento

	D1	D2	D3	D4	D5	D6
DTotal	r=0,71	r=0,35	r=0,84	r=0,70	r=0,84	r=0,72

5.1.5. Validade de Critério

A validade de critério refere-se à correlação entre um instrumento de medida e outro instrumento que mede o mesmo fenómeno (Fortin, 2009). Assim sendo, esta pode ser divergente ou convergente. Neste estudo, apenas será apresentada a validade convergente, pois os instrumentos Índice de Barthel e Índice de Lawton & Brody, medem ambas áreas constituintes da ERA-h - atividades básicas e instrumentais de vida diária. (Tabela 19).

Tabela 19: Validade Convergente - Correlação de Pearson

Domínios ERA- <i>h</i>	Total	Índice de Barthel	Índice de Lawton & Brody
Total	-0,14	-0,14	0,42**
D1	0,71**	0,06	0,21**
D2	0,35**	-0,16*	0,31**
D3	0,84**	-0,19	0,44**
D4	0,70**	-0,08	0,20*
D5	0,84**	-0,01	0,22**
D6	0,72**	-0,22**	0,40**

0,40** Correlação significativa $p < 0,01$ (2 caudas)

* Correlação significativa $p < 0,05$ (2 caudas)

Os dados apresentados na tabela 19 evidenciam de imediato uma correlação positiva face ao Índice de Lawton & Brody e uma negativa face ao Índice de Barthel. Entre o valor total da ERA-*h* e o índice de Lawton & Brody destaca-se uma correlação positiva moderada.

5.1.6. Fidelidade

A fidelidade é uma propriedade fundamental dos instrumentos de medida, designa a precisão e constância dos resultados. Refere até que ponto as diferenças encontradas são atribuíveis a verdadeiras diferenças entre os sujeitos (Fortin, 2009).

5.1.6.1 Consistência Interna

A tabela 20 apresenta os valores de consistência interna do questionário em cada um dos seus domínios, obtidos na amostra em estudo. Como se pode verificar o valor total de alfa de Cronbach na prova teste é de 0,87 e na prova reteste é de 0,90, o que indica uma boa consistência interna (Ribeiro, 2010).

Tabela 20: Consistência interna na amostra teste reteste

	Domínios da escala ERA-h	Itens por Domínio	Alfa de Cronbach -Total do Domínio - Teste	Alfa de Cronbach -Total do Domínio - Reteste
D1	Manutenção de uma quantidade suficiente de ar, água e alimentos	1,2,3,4,5,6	0,58	0,58
D2	Prestação de cuidados associados aos processos de eliminação	7,8,9	0,72	0,72
D3	Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso	10,11,12,13,14,15	0,86	0,86
D4	Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	16,17,18	0,88	0,88
D5	Prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humano	19,20,21,22,23,24,25,26,27,28	0,44	0,62
D6	Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro dos grupos sociais	29,30,31,32,33	0,90	0,90
	Total ERA-h	1 a 33	0,87	0,90

5.1.6.2 Coeficiente de Correlação Intraclasse

Na tabela 21 são apresentados os valores do coeficiente de correlação intraclasse, para uma amostra de 20 indivíduos (n=30).

Tabela 21: Coeficiente de Correlação Intraclasse: teste-reteste

	Domínios da escala ERA-<i>h</i>	Itens por Domínio	CCI	CI 95%
D1	Manutenção de uma quantidade suficiente de ar, água e alimentos	1,2,3,4,5,6	0.99	0.97 - 0.99
D2	Prestação de cuidados associados aos processos de eliminação	7,8,9	0.99	0.98 - 0.99
D3	Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso	10,11,12,13,14,15	0.95	0.89 - 0.97
D4	Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	16,17,18	0.98	0.96 - 0.99
D5	Prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humano	19,20,21,22,23,24,25,26,27,28	0.98	0.967 - 0.99
D6	Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro dos grupos sociais	29,30,31,32,33	0.99	0.98 - 0.99
	Total ERA-<i>h</i>	1 a 33	0.97	0.97 - 0.99

De acordo com os valores apresentados, o grau de concordância é muito bom, pois aproxima-se bastante de 1.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados obtidos, importa ressaltar o seu significado, ou seja, perceber quais são as ilações que deles podem ser retiradas, e até que ponto vão de encontro ao referencial teórico. Para além disso, importa compreender as relações entre os dados alcançados neste estudo de investigação e aqueles que foram conseguidos noutros estudos, designadamente, no estudo original de criação e validação do instrumento.

Para que os profissionais de enfermagem enriqueçam os seus diagnósticos e intervenções, necessitam de instrumentos capazes de avaliar determinadas áreas, de um ponto de vista mais objetivo. O mesmo acontece na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, onde muitas vezes, as competências técnicas e conhecimentos científicos destes profissionais permitem a construção de instrumentos psicométricos quando estes desconhecem a existência de tais para avaliação de determinada área, em função de determinados referenciais teóricos.

Neste estudo o referencial teórico de base é a teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, que em função dos seus diferentes requisitos do autocuidado, originam os diferentes itens constituintes da ERA-h.

Uma vez que o instrumento já havia sido criado por Merino (2011) nesta investigação a tradução, adaptação e validação da ERA-h foram os pilares centrais.

Esta investigação permitiu avaliar as características psicométricas de uma escala de avaliação dos requisitos do autocuidado, junto de indivíduos com diagnóstico clínico de esquizofrenia, tendo por base o estudo de Merino (2011). Foi realizada uma tradução da ERA-h para a língua portuguesa, sujeita a um grupo de peritos, dando origem a uma escala do tipo likert de cinco pontos. Este procedimento permitiu a avaliação da validade de

constructo e a verificação da idoneidade entre os itens do instrumento e a teoria de Dorothea Orem.

Tal como foi descrito anteriormente neste relatório, existem diversos instrumentos de avaliação do autocuidado, mas nenhum deles, foi construído em função da teoria de Dorothea Orem, e é específico para avaliar os diferentes requisitos do autocuidado da pessoa com diagnóstico de esquizofrenia. O *The Mental Health-Related Self-Care Agency Scale* (West & Isenberg, 1997) foi o único instrumento encontrado baseado na teoria de Orem, no entanto, é destinado à pessoa com depressão.

No estudo das propriedades psicométricas foi analisado se a ERA-*h* media verdadeiramente o que era suposto medir (validade), e se a sua repetição com os mesmos sujeitos, nas mesmas condições, teria um resultado semelhante (fidelidade) (Ribeiro, 2010).

Os resultados do estudo, de uma forma geral, mostram que as características psicométricas da ERA-*h* são boas. Por um lado, tanto a consistência interna medida através do alfa de Cronbach, como a estabilidade temporal, avaliada através do coeficiente de correlação intraclasse, são adequados.

De acordo com estudo de Merino (2011), o alfa de Cronbach total obtido foi de 0,87, o que corresponde, ao valor de consistência interna global do instrumento alcançado neste estudo.

Sendo que, o domínio cinco obteve o menor valor de alfa, contrariamente ao estudo de Merino (2011), que obteve o valor mais baixo no domínio relativo aos cuidados associados aos processos de eliminação, ou seja, domínio dois.

Segundo Merino et al. (2015), com um novo processo de investigação, apresentam um alfa de Cronbach total que ronda os 0,94, no entanto, as sub dimensões da ERA-*h* apresentam consistência interna na ordem dos 0,70 - o que de uma forma geral confirma os resultados obtidos neste estudo. No entanto, apresenta a dimensão 4 - manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social - como domínio com menor consistência interna, o que, denota um contraste face ao presente estudo e à investigação inicial da ERA-*h*.

A carga fatorial de cada um dos itens, ou seja, a congruência que cada item do instrumento tem comparativamente aos restantes itens da escala (Gouvei et al., 2010), apresenta valores aceitáveis, à exceção do item 9 - a pessoa tem repercussões associadas à sudorese - com um alfa de Cronbach de 0,42, o que segundo Sousa (2008) traduz fraca consistência interna. Este item, se eliminado, poderia ser um fator que conseguisse aumentar a consistência interna do total do domínio.

O procedimento utilizado para obtenção das cargas fatoriais de cada item, foi uma análise fatorial confirmatória, por três principais motivos:

- Indicação do autor original do instrumento;
- O instrumento já ter sido alvo do processo de validação;
- O instrumento ser criado em função dos requisitos do autocuidado, por essa razão, cada um deles pertence a cada domínio, conforme teoria de enfermagem de base.

Os valores obtidos pelo teste de correlação r de Pearson entre os resultados da ERA-h e os diferentes domínios, sugerem que os requisitos do autocuidado são homogéneos, apresentando correlações fortes, à exceção do domínio 2, que se relaciona com os processos de eliminação. De salientar que neste domínio se encontra o item 9, o que reúne a menor carga fatorial de todo o instrumento.

Para avaliação da validade convergente, ou seja, para perceber a correlação com um outro instrumento que teoricamente esteja relacionado ao que o teste mede (Campbell & Fiske, 1959 *cit in* Pasquali, 2007), foi realizada uma correlação de Pearson entre a ERA-h e os Índices de Barthel e Lawton & Brody. Face aos totais evidencia-se uma correlação moderada positiva entre a ERA-h e o Índice de Lawton & Brody ($r=0,42$), o que permite concluir que ambos os instrumentos têm áreas de avaliação comuns. Por outro lado, destaca-se uma correlação negativa muito baixa com o Índice de Barthel ($r=-0,14$), o que pode traduzir que ambos os instrumentos não medem as mesmas áreas. No entanto, é importante destacar que os scores finais obtidos em cada um dos instrumentos são inversamente proporcionais, o que pode explicar as correlações positivas e negativas.

A tabela seguinte apresenta uma proposta dos diferentes domínios da ERA-*h* e as áreas de avaliação dos restantes instrumentos de medida a que foi submetida a avaliação da validade convergente. (Tabela 22)

Tabela 22: Relação entre domínios da ERA-*h* e os itens de avaliação dos Índices de Barthel, Lawton & Brody

Domínios Era- <i>h</i>	Itens por Domínio	Índice de Barthel	Índice de Lawton & Brody
D1	1,2,3,4,5,6		Preparar Comida
D2	7,8,9	Controlo Intestinal e Vesical	
D3	10,11,12,13,14,15		Cuidar da Casa
D4	16,17,18	--	--
D5	19,20,21,22,23,24,25,26,27,28	Higiene Corporal Banho Vestir	Responsável pelo Medicamentos
D6	29,30,31,32,33		Uso do Dinheiro

Com a análise da tabela anterior é notório que existe um maior número de domínios relacionados entre o Índice de Lawton & Brody e a ERA-*h*.

No estudo da fidelidade, os resultados obtidos através do coeficiente de correlação intraclassa, na prova teste-reteste tem como valor total 0,97, sendo todos os valores por domínio superiores a 0,95. Estes valores são ligeiramente superiores comparativamente ao estudo de Merino (2011), onde o valor do ICC total foi de 0,90 e de 0,89 no estudo de Merino et al., (2015).

O principal risco associado à prova teste-reteste é a definição do intervalo de tempo entre as provas mais adequado. Segundo Streiner & Norman (2003), o intervalo de tempo indicado é entre 2 a 14 dias (Merino, 2011). Sendo que nesta investigação, a prova reteste foi aplicada 15 dias depois do teste.

Ainda no domínio da análise da fidelidade, os valores de consistência interna situaram-se entre 0,58 e 0,90, sendo o valor total de 0,90. De salientar a discrepância do valor de alfa no domínio 5 - prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humano - com 0,44 na prova teste

e 0,62 na prova reteste. Segundo Merino et al., (2015), o valor de alfa total na prova reteste é ainda superior, atingindo um valor de 0,94.

Com a apresentação dos dados relativos à fidelidade é possível afirmar com segurança, que o instrumento apresenta uma boa fidelidade.

Olhando agora de uma forma crítica para os dados relativos à caracterização da amostra, verifica-se:

- A amostra foi constituída por 165 indivíduos, o que respeita as indicações de Gorsuch (1983) que recomenda um mínimo de N: 5:1, no entanto, a amostra de Merino (2011) foi de 341 e de 264 no estudo de 2015, respeitando a recomendação de 5 a 20 participantes para cada item da escala, conforme Cortina (1993), Norman & Streiner (1996 e 2003) *cit in* Merino et al., (2015), o que leva a concluir que a amostra neste estudo foi adequada;

- A maioria da amostra foi constituída por indivíduos do sexo masculino, o que corresponde a uma percentagem de 78,2%, o que vai de encontro ao estudo inicial de 2011, onde o sexo masculino esteve em maior percentagem. Nesta investigação justifica-se este valor, pelas instituições onde foi realizada a colheita de dados, sendo uma delas, apenas de internamento de indivíduos do sexo masculino;

- A média de idade conseguida no estudo de Merino et al., (2015) foi de 43,5 anos, contrastando com uma idade média superior neste estudo - 53,26 anos - o que também difere da idade média da amostra no estudo de construção e validação da ERA-h - 45,5 anos;

- O estado civil está de acordo em todos os estudos, sendo o solteiro aquele que reúne uma maior percentagem;

- Nas características clínicas da amostra, e fazendo apenas referência ao tipo de esquizofrenia, neste estudo os resultados vão de encontro aos já encontrados por Merino (2011) e (2015), sendo a esquizofrenia do tipo paranoide a mais frequente;

- De acordo com os resultados obtidos segundo o Índice de Barthel, a maioria da amostra é totalmente independente em todos os domínios das atividades básicas de vida diária;

▪ Com os resultados obtidos no Índice de Lawton & Brody conclui-se que a maioria da amostra:

- Cuidar da casa: faz tudo exceto o trabalho pesado;
- Lavar a roupa: é incapaz de lavar a roupa;
- Preparar comida: incapaz de preparar refeições;
- Ir às compras: só faz pequenas compras e/ou incapaz de ir às compras;
- Uso do telefone: usa-o sem dificuldade;
- Uso de transporte: viaja em transporte público ou conduz;
- Uso do dinheiro: só em pequenas quantidades de dinheiro;
- Responsável pelos medicamentos: incapaz de se responsabilizar pela medicação.

▪ Da análise dos resultados obtidos pela ERA-*h* destaca-se:

- Domínio 1: desadequada ingestão de líquidos, falta de conhecimentos e habilidades para preparação de dieta adequada;
- Domínio 2, 3 e 6: a maioria da amostra apresenta total adequação aos requisitos de autocuidado nestes domínios;
- Domínio 4: denota-se uma insatisfação com as relações pessoais e diminuição da interação social da maioria da amostra;
- Domínio 5: destaca-se a incapacidade para identificação de sinais de descompensação, e falta de conhecimentos no âmbito das doenças sexualmente transmissíveis.

Todos os resultados obtidos devem enquadrados na doença e tipo de unidade de internamento onde os indivíduos se encontram.

Pretende-se que este seja um estudo essencialmente com relevância clínica, e que esta se sobreponha à relevância estatística, para que desta forma, seja mais útil na prática clínica dos enfermeiros.

7. CONCLUSÕES

O pilar fundamental para dar início ao presente estudo centrou-se na necessidade de avaliar de forma minuciosa as características da pessoa com esquizofrenia no seu autocuidado.

A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico, reconhecido clinicamente. Um dos aspetos fundamentais da esquizofrenia é que engloba um conjunto de disfunções neurocognitivas que influenciam e comprometem largamente o funcionamento social, cognitivo e comportamental (Aguiar et al., 2008 *cit in* Santos, 2012).

Shirakawa (2000) afirma que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia necessitam de estimulação. Por essa razão, ninguém melhor que um profissional de Enfermagem de saúde mental, para poder ajudar a pessoa a recuperar habilidades perdidas, acompanhando-a lado a lado nas diferentes atividades de vida (Couto, 2012).

Considerando que a dependência no âmbito do autocuidado na pessoa com esquizofrenia é significativa, importa estudar instrumentos psicométricos que permitam a sua avaliação.

Neste sentido foram estudadas as propriedades psicométricas da ERA-h, aquando da sua aplicação a indivíduos com esquizofrenia internados em Portugal.

Analisando os resultados obtidos verifica-se que a ERA-h, quando submetida ao grupo de peritos, apresenta uma sólida validade de conteúdo. Para além disso, trata-se de um instrumento, que embora contenha 33 itens, é preenchido com facilidade e rapidez, sobretudo se já existir um conhecimento e avaliação prévia da pessoa com esquizofrenia.

Aquando da realização do pré-teste, junto de outros profissionais de enfermagem, as apreciações foram positivas, salientando-se a clareza dos itens e a rapidez da sua aplicação, sendo por isso um instrumento fácil e útil para ser utilizado na prática clínica.

Quanto aos objetivos específicos definidos inicialmente neste estudo, todos foram concretizados: desde a tradução, adaptação e validação da *ERA-h*. Foi ainda caracterizada a amostra clínica e sociodemograficamente, e uma vez que, os resultados demonstram que o instrumento apresenta boas medidas psicométricas, mede o que é suposto medir, torna-se relevante para a sistematização do processo de enfermagem no âmbito do autocuidado da pessoa com esquizofrenia.

No que diz respeito à fidelidade, face aos resultados a *ERA-h* apresenta boa consistência interna (valor total do alfa de Cronbach da *ERA-h*: 0,87) e a estabilidade temporal, com um coeficiente de correlação intraclasse de 0,97, na prova teste-reteste.

Na validade convergente, realizada através da utilização do Índice de Barthel e do Índice de Lawton & Brody, as correlações não foram muito significativas, no entanto, demonstraram corretamente, a forma como estes instrumentos são inversamente proporcionais. Já no que diz respeito à validade de constructo, tendo em conta os seus seis domínios, tendo por base a teoria de Dorothea Orem, todos os domínios são representativos, à exceção do domínio referente à prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humano.

Um estudo que implique uma amostra com doentes com esquizofrenia, em regime de internamento, ofereceu diversas dificuldades, desde logo o acesso aos mesmos, passando pela pouca investigação na área.

Outras limitações sentidas passaram pelo tempo de espera até à obtenção das autorizações da Comissão de Ética das diferentes instituições, a pouca bibliografia que relaciona diretamente a dependência no autocuidado na pessoa com esquizofrenia e a importância da intervenção autónoma de enfermagem e por fim, o período académico limitado.

Para efeitos de investigação futura seria interessante:

- Realizar mais estudos com a *ERA-h*, com amostras mais significativas, de forma a verificar se esta se trata efetivamente de um instrumento com boas propriedades psicométricas para ser aplicada na população portuguesa;
- Perceber junto de pessoas com outro tipo de patologia mental, ou até mesmo, ausência de doença, se este instrumento traduz de forma correta a sua avaliação no âmbito do autocuidado;
- Estudar os componentes que constituem o domínio da prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humano, por forma a melhorar ou acrescentar itens para melhorar a validade de constructo e a consistência interna;
- Concretizar a avaliação não só da validade convergente, mas também da discriminante;
- Realizar estudos com recurso a outros instrumentos de avaliação das atividades de vida diária, que não o Índice de Barthel e o Índice de Lawton & Brody;
- Colocar a hipótese de cotar a escala, para que fosse mais fácil o enquadramento do grau de dependência no autocuidado;
- Realizar estudos apenas junto de adolescentes/jovens adultos, no sentido de perceber se os parâmetros psicométricos se mantêm;
- Realizar análise fatorial exploratória, para perceber se os itens se organizam nos mesmos domínios definidos por Dorothea Orem, ou se são reagrupados de formas distintas.

Por forma a ressaltar a pertinência do estudo para a Enfermagem, são apresentados os principais contributos no capítulo seguinte.

8. CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO PARA A ENFERMAGEM

A finalização deste trabalho de investigação tem obrigatoriamente de salientar a relevância que este tem para a Enfermagem, quer do ponto de vista académico, quer pela sua vertente clínica.

Do ponto de vista académico, este foi um estudo que obteve ganhos para a disciplina de Enfermagem, em especial para a de Saúde Mental e Psiquiatria. No entanto, este foi um estudo que recaiu essencialmente sobre um foco de atenção para a prática de Enfermagem - autocuidado - que habitualmente está descentralizado nos serviços de psiquiatria, mas que, necessita de intervenção, mesmo em doentes com patologia psiquiátrica, seja ela, esquizofrenia ou outra.

O autocuidado é, desde sempre, uma área de atenção de excelência dos enfermeiros. Por essa razão é fulcral desenvolver esforços para demonstrar que os profissionais de Enfermagem podem ser uma ajuda profissional e especializada relevante quando as pessoas necessitam de reconstruir a sua autonomia nesta área (Brito, 2012).

Um dos grandes desafios da Enfermagem de hoje centra-se exatamente, na busca e na valorização de um potencial científico, conferindo ao enfermeiro um carácter de profissional específico (Roese et al, 2005).

Hoje é possível afirmar que a Enfermagem compreende um conjunto de saberes e processos, centrados nas respostas humanas e no autocuidado, com o objetivo de agir sobre o estado de saúde de forma a promover a melhor qualidade de vida possível ou proporcionar uma morte serena (Abreu, 2007, p.40).

A Enfermagem tem como objeto o cuidado, e como tal, existem diversas possibilidades de aproximar todos os seus saberes e tipos de conhecimento, numa procura de melhoria de prestação de cuidados, e potenciando sempre

o corpo de conhecimentos, numa lógica de racionalidade científica, empírica e analítica, que lhe confere o *status* de disciplina (Almeida et al, 2009).

Esta investigação visou o estudo do autocuidado da pessoa com esquizofrenia, validando um instrumento de medida para o mesmo.

Um dos objetivos definidos inicialmente foi a contribuição para a sistematização do processo de Enfermagem no âmbito do autocuidado da pessoa com esquizofrenia. Para que isto seja concretizável é necessário existirem instrumentos de medida que analisem o autocuidado dos doentes esquizofrénicos, tal como a *ERA-h* (Gallego et al., 2001 *cit in* Merino, 2011). O seu processo de validação é um contributo, para que o processo de diagnóstico seja mais sistematizado e objetivo.

De acordo com o instrumento em estudo, com os seus diferentes domínios e de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, é possível elencar os seguintes focos de atenção para a prática de Enfermagem, que de acordo com os diferentes juízos geram diferentes diagnósticos de Enfermagem (todos eles relacionados ao foco autocuidado e passíveis de serem identificados de acordo com a *ERA-h*) (Tabela 23):

Tabela 23: Focos de Atenção para a Prática de Enfermagem de acordo com a ERA-h

Foco Principal	Focos Secundários
Autocuidado	Adesão
	Adesão ao Regime Medicamentoso
	Alimentar-se
	Arranjar a Casa
	Arranjar-se
	Ansiedade
	Capacidade para Alimentar-se
	Capacidade para Andar
	Capacidade para Arranjar a Casa
	Capacidade para Arranjar-se
	Capacidade para Realizar o Autocuidado
	Capacidade para Tomar Banho
	Capacidade para Usar o Sanitário
	Capacidade para Vestir-se
	Comportamento de Procura de Saúde
	Conhecimento
	Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso
	Continência Intestinal
	Continência Urinária
	Expetativa
	Força de Vontade
	Hidratação Adequada
	Incontinência Urinária
	Ingestão de Alimentos
	Ingestão de Líquidos
	Iniciativa
	Insónia
	Obstipação
	Padrão de Eliminação
	Padrão de Higiene
Padrão de Ingestão de Líquidos	
Padrão de Sono	
Sono	
<i>Stress</i>	
Usar o Sanitário	
Volição	
Vontade de Viver	

A escala *ERA-h*, com todos os seus domínios, e de acordo com os requisitos de autocuidado, permitem avaliar as necessidades das pessoas com esquizofrenia, orientando assim os profissionais de Enfermagem no planeamento dos seus cuidados. Consequentemente, a implementação de intervenções de Enfermagem que pretendem potenciar e aumentar as capacidades do indivíduo no âmbito do autocuidado, estão ao mesmo tempo a potenciar a sua autonomia (Merino, 2011).

Em modo de conclusão é importante referir que o conhecimento sobre a *ERA-h* ou outros instrumentos psicométricos, são importantes não só para o aumento do conhecimento na disciplina de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, mas também para facilitar a prática clínica dos profissionais de Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson Correia - *Fundamentos, teorias e considerações didáticas* - Formasau: formação e saúde, Lda., Coimbra, Julho 2007

ÁGUA, Pedro - *O autocuidado das pessoas com diabetes* - Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada, Instituto de Ciências da Universidade Católica Portuguesa, Porto, Julho 2012

ALBANO, Daniela Alexandra dos Santos - *Esquizofrenia: Patologia e Terapêutica* - *Dissertação de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas*, Faculdade de Ciências e Tecnologias, Universidade do Algarve, 2012

ALMEIDA, Andreia Marcela Nogueira - *Do universo ao multiverso da esquizofrenia: estudo de caso* - *Dissertação de Mestrado* - Universidade Fernando Pessoa, Porto 2009

ALMEIDA, Armando - *A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência - estudo exploratório no contexto domiciliar* - Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Instituto de Ciências da Universidade Católica Portuguesa, Porto, Novembro 2009

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; MISHIMA, Silvana Martins; et al - *Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão?*- Rev Bras Enferm, set.-out.- 62(5):748-52, Brasília 2009

ALMEIDA, Tiago - *Esquizofrenia e qualidade de vida: estudo comparativo entre participantes com e sem terapia ocupacional* - Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto, 2013

APÓSTOLO, João Luís - *Instrumentos para Avaliação em Geriatria* - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Maio de 2012

ARAÚJO, F.; PAIS RIBEIRO, J.; OLIVEIRA, A.; PINTO, C.; MARTINS, T. - *Validação da escala de Lawton & Brody numa amostra de idosos não*

institucionalizados - Lleal, J.Pais-Ribeiro, I.Silva & S. Marques (Edts.), Atas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde - p. 217-220, Lisboa, 2008

ARAÚJO, Fátima; RIBEIRO, José; OLIVEIRA, António; PINTO, Cristina - *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados* - Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. 25, nº. 2, p.59-66, Dezembro, 2007

BAMBO, Arsénio Filipe José - Tradução, adaptação cultural e validação para população portuguesa das escalas de avaliação da perturbação formal do pensamento na esquizofrenia - *Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental* - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2010

BEATON, Dorcas; BOMBARDIER, Claire; GUILLEMIN, Francis; FERRAZ, Marcos - *Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures* - Institute for Work & Health, Revised June 12, 2007

BENTO, António - *As etapas do processo de investigação: do título às referências bibliográficas* - Coleção ideias em prática, Universidade da Madeira, Funchal, 2011

BRITO, Alice - Reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado: uma teoria explicativa - *Tese de Doutoramento* - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Março 2012

BULECHEK, Gloria; BUTCHER, Howhard; DOCHTERMAN, Joanne - *Classificação das Intervenções de Enfermagem* -, Elsevier Editora Lta., Rio de Janeiro 2010

BURDETTE, Linda - *Relationship between self-care agency, self-care practices and obesity among rural midlife women* - Dezembro, 2011 [Consult. 02 Julho 2015] Disponível na Internet: <<https://www.sdstate.edu/nurs/programs/phd/upload/LBurdette2010.pdf>>

CAPELA, Graça - Desenvolvimento de Competências nos Familiares/Cuidadores de pessoas com Esquizofrenia - *Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria* - Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Novembro de 2013

CARDOSO, Alexandrina Maria Ramos - *Representação dos Conceitos Centrais da Enfermagem: num contexto da saúde materna e obstetrícia* - Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Junho de 2003

Carvalho, J.C. Freitas, P. Leuschner, A. & Olson, D. - *Healthy Functioning in Families with a Schizophrenic Parent* - Journal of Family Psychotherapy, 25:1, 1-11, 2014

CARVALHO, José Carlos - *Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem centradas no Processo Familiar da Pessoa com Esquizofrenia* - Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, vol.8, p.52-57, Dezembro 2012

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

CARVALHO, José Carlos; FREITAS, Paula Pinto; LEUSCHNER, António; OLSON, David - *Healthy functioning in families with a schizophrenic parent* - Journal of Family Psychotherapy, nº. 25, p.1-11, 2014

COUTO, Fábria - *A experiência subjetiva da vida diária de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e a sua relação com o bem-estar psicológico e satisfação com a vida* - Dissertação de Mestrado, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Junho 2012

FERREIRA, Ana Isabel Soares - *Esquizofrenia e Análises Forenses: desenvolvimento de um método analítico para quantificação de fármacos psicotrópicos por LC-MS/MS* - Dissertação de Mestrado em Química Forense - Departamento de Química, Universidade de Coimbra, 2011

FERRITO, Cândida; NUNES, Lucília; RUIVO, M^a Alice - *Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. Percursos* - Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal - Nº 15, Janeiro - Março de 2010

FORTIN, M. F.; CÔTÉ, J.; FILION, F. - *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009

FORTUÑO-LLEIXÀ, Mar; CURTO-MONTESÓ, Pilar - *Investigació en infermeria: teoria i pràctica* - Publicações VER Arola Editors, S.L., Tarragona 2015

GARETY, Philippa; EDWARDS, Todd - Psychological Interventions in Schizophrenia - *World Federation for Mental Health - World Mental Health Day, Living with Schizophrenia*, 2014

GORSUCH, R.L. - *Factor Analysis - 2ª Edição*, Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum, 1983

HAIR JR., F; BLACK, W.C; BABIN, B. J. - *Multivariate data analysis: A global perspective* - Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) - *Classificação internacional para a prática de enfermagem- versão 2*, Jean - Marteau, 1201 Genebra, Suíça, 2010

LEONARDO, Vera - *Famílias que integram dependentes no autocuidado: recursos utilizados pelos prestadores de cuidados* - Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2011

MARCH, Penny; SCHUB, Tanja - Schizophrenia: na overview - *Cinahl Information Systems* - EBSCO Publishing, Julho 2013

MARÔCO, João - *Análise estatística com o SPSS Statistics - 6ª edição*, Pêro Pinheiro, 2014

MARTINS, Cristiana Gonçalves - Nutrição e Esquizofrenia - *Revisão Temática - 1º Ciclo em Ciências de Nutrição Faculdade de Ciências de Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto*, 2012

MARTINS, José Carlos - Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética - *Pensar Enfermagem* - Vol. 12, nº. 2, 2º Semestre de 2008

MENTAL HEALTH FOUNDATION - Schizophrenia: the facts - 2014 [Consult. 7 jan. 2015]. Disponível na Internet: URL:<http://mentalhealth.org.uk/our-work/world-mental-health-day/world-mental-health-day-2014/> >

MERINO, Juan - Estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA) basada en la Teoría de D. Orem para pacientes diagnosticados de esquizofrenia - *Tese de Doutoramento* - Universidade de Barcelona, 2011

MERINO, Juan Roldán; CANUT, TERESA Lluch; RAPOSO, Isabel - *Psychometric Properties of Self-Care Requisites Scale in Hospitalized Patients Diagnosed with Schizophrenia* - Perspectives in Psychiatric care, 2015

MONTEIRO, Luciana; LOUZÃ, Mário - Alterações Cognitivas na Esquizofrenia: consequências funcionais e abordagens terapêuticas - Revista de Psiquiatria Clínica, vol. 34, p.179-183, São Paulo, 2007

MOTA, Sandra; ARAÚJO, Maria; TRIGUEIROS, Maria; LEUCHNER, António; SOUSA, Maria - *Construção e validação de um instrumento para avaliar a satisfação e importância atribuída aos serviços de enfermagem prestados na área da saúde mental* - Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Ed. Esp. 1), 53-58, 2014.

NUNES, L. - *Considerações Éticas: A Atender nos Trabalhos de Investigação Académica de Enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, 2013

O'SHAUGHNESSY, Maria - *Application of Dorothea Orem's Theory of Self-Care to the Elderly Patient on Peritoneal Dialysis* - Nephrology Nursing Journal, Vol. 41, nº.5, p.495-498, Setembro/Outubro, 2014

OLIVEIRA, Ana Sofia - *Conceptualização histórica da esquizofrenia* - Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, 2010

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - *Mobilização de escalas, instrumentos, equipamentos ou outros meios e métodos como recurso à avaliação diagnóstica em enfermagem* - Conselho de enfermagem, parecer nº.72/2008 [Consult. 08 Abril 2015] Disponível na Internet: < http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-72-2008.pdf >

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais* - Agosto, 2012 - [Consult. 27 Maio 2015] Disponível na Internet: < http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf >

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros* - 2012 - [Consult. 27 Maio 2015] Disponível na Internet: < http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/repe_vf.pdf >

PACE, Ana; STACCIARINI, Thaís - *Tradução, adaptação e validação de um escala para o autocuidado de portadores de diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina* - Acta Paul Enfermagem, vol. 27(3), p.221-9, 2014

PASQUALI, Luiz - *Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho?* - Psicologia: Teoria e Pesquisa, vol. 23, nº. Especial, p.00-107, 2007

PATEL, Krishna; CHERIAN, Jessica; GOHIL, Kunj; ATKINSON, Dylan - *Schizophrenia: overview and treatment options* - P&T, vol. 39, nº. 9, Setembro 2014

PEDERSEN, DD - *Psychiatric Disorders/Interventions: Schizophrenia and other psychotic disorders* - *PsychNotes: Clinical Pocket guide* - Davis Company, Filadelfia, 2011

PEREIRA, Mónica - *A promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição* - Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Outubro 2012

PINHO, Lara Manuela Guedes - *Esquizofrenia: eficácia de um programa de psicoeducação com familiares* - *Dissertação de Mestrado* - Departamento de Educação, Universidade de Aveiro, 2013

QUEIRÓS, Paulo; VIDINHA, Telma; FILHO, António - *Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem* - Revista de Enfermagem Referência, Série IV - nº. 3, p. 157-164, Novembro/Dezembro 2014

RIBEIRO, José - *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* - Coleção Psicologia da Saúde, 2ª edição, Placebo Editora Lda., Outubro de 2010

ROESE, Adriana; SOUZA, Aline Corrêa; et al - *A produção do conhecimento na enfermagem: desafios na busca de reconhecimento no campo interdisciplinar* - Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 26 (3):302-7, Dezembro 2005

SADOCK, B. & SADOCK, V. - *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica* - 9.ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008

SANTOS, Ana; PEIXOTO, Clara; TOMÁS, Alexandre - *Tradução, adaptação e validação da escala Jones Dependency Tool* - Enformação, Novembro - Março, 2008

SANTOS, Nathalie - *Disfunção executiva na esquizofrenia: um estudo de caso no contexto* - Dissertação de Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Outubro 2013

SANTOS, Nélia - *Teoria da mente, esquizofrenia e inimputabilidade: estudo exploratório* - Dissertação de Mestrado, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Outubro 2012

SCHUB, Tanja; MARCH, Penny - *Schizophrenia: disorganized type - Cinahl Information Systems* - EBSCO Publishing, Dezembro 2014

SEQUEIRA, Carlos - *Cuidar de idosos com dependência física e mental* - Lidel edições técnicas, Lda., Lisboa, Outubro de 2010

SILVA, Rosa - *A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas no concelho do porto: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno* - Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada, Instituto de Ciências da Universidade Católica Portuguesa, Porto, Outubro 2011

SILVEIRA, Celeste; TEIXEIRA, João; LEITE, António - *More than one century of schizophrenia: na evolving perspective* - *The Journal of Nervous and Mental Disease* - Volume 200, nº. 12, Dezembro 2012

SILVEIRA, Maria Celeste Sousa - *Estudo do componente P200 dos potenciais evocados em doentes com Esquizofrenia: contribuição para a definição de endofenótipos* - *Tese de Doutoramento* - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2014

SOUSA, Alexandra; FORTUNATO, JM; CORREIA, Jorge - *Recetores da dopamina e esquizofrenia* - *Revista Portuguesa de Psicossomática* - vol. 4, nº. 2, p. 135-148, Sociedade Portuguesa de Psicossomática, 2002

SOUSA, Paulo - *Efeitos da confiança organizacional na utilidade percebida em formação profissional: um estudo correlacional* - Tese de Mestrado Integrado em Psicologia do Trabalho, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, 2008

SOUSA, Valmi; DRIESSNACK, Martha; MENDES, Isabel - *Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 1 - desenhos de pesquisa quantitativa* - Revista Latino-am Enfermagem 15 (3), Maio-Junho, 2007

SOUZA, Francislê; SOUZA, Dayse - *Formular questões de investigação no contexto do corpus latente na internet* - Internet Latent Corpus Journal, vol. 2, nº. 1, 2011

TANDON, Rajiv; GAEBOL, Wolfgang; BUSTILLO, Juan; GUR, Raquel; MALASPINA, Dolores - Definition and description of schizophrenia in the DSM-5 - Journal Schizophrenia Research, 2013

TANQUEIRO, Maria Teresa - *A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura* - Revista de Enfermagem Referência, III Série, nº. 9, p. 151 - 160, Março 2013

TOMÁS, Margarida - As intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria para os familiares das pessoas com diagnóstico médico de esquizofrenia - *Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria* - Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Dezembro de 2013

VIEIRA, Joana - *Reabilitação Cognitiva na Esquizofrenia* - Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, vol. 11, nº. 2, Dezembro 2013

ANEXOS

ANEXO I - Consentimento Informado

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E
VALIDAÇÃO DA ESCALA DE REQUISITOS DE AUTOUIDADO (ERA-H)
HOSPITALARIA PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA**

Exmo (a) Sr (a),

Foi convidado(a) a participar no estudo: *Tradução, Adaptação Cultural e Validação da Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA-h) Hospitalaria para a População Portuguesa*, que visa, traduzir a Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA-h) Hospitalaria para a língua portuguesa, adaptar a Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA-h) Hospitalaria para a população portuguesa, validar a Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA-h) Hospitalaria para uso em Portugal e contribuir para a sistematização do processo de Enfermagem no âmbito do autocuidado, da pessoa com esquizofrenia.

A sua participação é voluntária e em caso algum a recusa será motivo de qualquer tipo de prejuízo assistencial ou outro para si ou para terceiros.

Os recursos necessários à execução do estudo serão assegurados pela investigadora.

A confidencialidade da informação fornecida, através do instrumento de recolha de dados será garantida, e destina-se exclusivamente ao presente estudo.

Assim sendo, eu _____
aceito participar voluntariamente neste estudo, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem necessidade de justificação e sem qualquer prejuízo. Mais declaro, que li o documento explicativo do estudo e que, me considero totalmente informado(a) e esclarecido(a).

Assinatura do Investigador: _____

Assinatura do Participante: _____

Local e Data: _____, _____ / _____ / _____

ANEXO II - Autorizações das Instituições - Casa de Saúde do Telhal, Hospital de Magalhães Lemos EPE, Centro Hospitalar Espinho/Vila Nova de Gaia, EPE



INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS
Sede

Exma. Sra.
Drª. Sara Brígida
Directora da Casa de Saúde do Telhal
Estrada do Telhal, nº 55
2725-588 Mem Martins

Lisboa, 25 de Junho de 2015

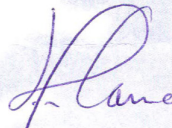
V-Ref.:
N-Ref.: DIR/ISJD/O-242/2015
Proc.:
Assunto: Requerimento para realização de estudo

Exma. Sra.,

Atendendo ao seu pedido para a realização de um estudo na Casa de Saúde do Telhal, foi o mesmo submetido a parecer da Comissão de Ética do Instituto S. João de Deus.

A mesma, após a análise da documentação enviada por V. Exa., emitiu um parecer positivo. Assim, dá-se deferimento ao pedido efectuado, ficando a aguardar pela comunicação da finalização do estudo em causa bem como dos resultados do mesmo.

Unido em hospitalidade e missão expresso os meus melhores cumprimentos,


Ir. Vítor Manuel Lameiras Monteiro
Presidente de Direcção



COMISSÃO DE ÉTICA
HOSPITAL DE MAGALHAES DE LEMOS

Parecer Nº 3 /2015

HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS, EPE
Reunião do C.A.
16/4/15
Acta n.º 14/2015

Identificação do(s) Proponente(s)
Nome(s): **JOANA CATARINA FERREIRA COELHO**
Filiação Institucional: aluna do Mestrado em Enf Saúde Mental na Escola Superior de Enfermagem do Porto
Investigador Responsável/orientador: Doutor José Carlos Carvalho
Distribuído na CES em: 18/03/2015

[Handwritten signature]
Adrião Leachra
Presidente
Abílio Peixoto
Vice-Presidente
José Carlos Carvalho
Director Clínico
[Handwritten signature]
José Carlos Carvalho
Director

Título do Projeto: **Tradução, Adaptação Cultural e Validação da Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA-h) Hospitalária para a população portuguesa.**

Considerando que:

O projeto é justificado e pretende validar para a população portuguesa uma tradução e adaptação cultural da escala ERA-h, a partir da versão em espanhol. Trata-se, portanto, de um estudo metodológico, de natureza observacional e transversal.

A autora pretende realizar o estudo numa amostra de pessoas adultas, com diagnóstico de esquizofrenia, internados neste hospital. Serão critérios de exclusão as situações de crise e comprometimento da comunicação.

Além do instrumento referido (ERA-h) será também aplicado um questionário sociodemográfico, avaliado o índice de Barthel e o índice de Lawton-Brody.

Não são identificados riscos para os sujeitos.

É garantida a confidencialidade dos dados em todo o processo.

O projeto inclui informação a fornecer e modelo de consentimento a utilizar.

Parecer

O estudo não apresenta qualquer risco nem custos para os sujeitos envolvidos e é garantido o consentimento informado e a confidencialidade dos dados, pelo que o nosso parecer é positivo.

O relator: _____

[Handwritten signature]
(Margarida Vieira)

Data: 15/04/2015

O Presidente da Comissão de Ética: _____

[Handwritten signature]
Apreciação Reunião do CES de 15-4-2015



CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

Exma. Senhora
Enfermeira
Joana Catarina F. Coelho
ESEP

N/Ref.: 357/2015

Assunto: Autorização para colheita de dados para trabalho de Investigação intitulado "Tradução, Adaptação Cultural e Validação da Escala de Requisitos de Autocuidado Hospitalária para a População Portuguesa"

Em resposta ao V/ pedido para efetuar recolha de dados, para realização de trabalho de Investigação intitulado "Tradução, Adaptação Cultural e Validação da Escala de Requisitos de Autocuidado Hospitalária para a População Portuguesa" vimos informar que está devidamente autorizado conforme Despacho do Sr. Enf. Diretor Belmiro Rocha, de 22-04-2015.

Aguardamos contacto com o nosso Centro de Formação, a fim de planejar o referido estudo.

Para qualquer contacto deve mencionar a N/REF.: 357 /2015

Sem outro assunto de momento, apresento os meus melhores cumprimentos.

Vila Nova de Gaia, 12 de Maio de 2015

Centro de Formação
Tel/Fax: 22 7865127 – Ext. 11627
E-mail: df@chvg.mn-saude.pt

Centro Hospitalar de
Vila Nova de Gaia / Espinho, E.P.E.
Rua Conçação Fernandes 2/in
4434-502 Vila Nova de Gaia

www.chvg.mn-saude.pt
Tel. + 351 22 786 51 00
Fax + 351 22 7830209
eMail geral@chvg.mn-saude.pt

NIF: 508 141 156
Capital (atribuído) 47.082.000,00 (euros)
Registo (Comercial) nº 508 141 156



ANEXO III - Autorização do autor da escala *ERA-h*

Permission for use (Permiso de utilización)

Self-Care Requisites Scale, SCRS (in Spanish, Escala de Requisitos de Autocuidado, ERA).

En calidad de autor de la escala de Requisitos de Autocuidado ERA manifiesto que he sido informado del uso de la Escala de Requisitos de Autocuidado para paciente diagnosticados de esquizofrenia, en un estudio titulado “*Traducción, Adaptación Cultural y Validación al portugués de la escala de Requisitos de Autocuidado ERA*” que va a ser realizado por la Sra. Joana Catarina Ferreira Coelho, en calidad de investigadora principal del proyecto, en el marco del programa docente de Maestría en Enfermería Salud Mental y Psiquiatría. Esta investigación estará dirigida por los doctores José Carlos Marques de Carvalho, PhD, y Juan Francisco Roldán Merino, PhD.

La utilización de la escala es exclusivamente para el estudio solicitado.

Atentamente,

Juan Roldan Mérimo, Phd, RN, MHSN.

Campus Docent Sant Joan de Deú-Fundació Privada. Escuela Universitaria de Enfermería Sant Joan de Déu, adscrita a la Universidad de Barcelona.

Barcelona (España), 10 de diciembre de 2014.

Roldán-Merino, J., Lluch-Canut, T., Menarguez-Alcaina, M., Foix-Sanjuan, A., & Haro Abad, J. M. (2014). Psychometric evaluation of a new instrument in Spanish to measure self-care requisites in patients with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50(2), 93–101. doi:10.1111/ppc.12026.

ANEXO IV - Tradução da *ERA-h* pelo Investigador Principal

Nº.	Item	1	2	3	4	5
1	A pessoa é capaz de realizar atividade física sem mostrar sinais de dificuldade respiratória.					
2	Consumo de tabaco.					
3	A pessoa ingere a quantidade adequada de líquidos.					
4	A pessoa tem conhecimentos para realizar uma dieta equilibrada.					
5	A pessoa ingere uma quantidade adequada de alimentos em relação à sua necessidade diária.					
6	A pessoa tem conhecimentos e habilidades suficientes para preparar a refeição quando precisa.					
7	A pessoa tem problemas no controlo do esfínter urinário.					
8	A pessoa tem problemas com a sua eliminação instestinal.					
9	A pessoa tem dificuldades com a sua transpiração.					
10	A pessoa tem conhecimentos para manter a sua habitação saudável.					
11	A pessoa realiza as tarefas domésticas que precisa para manter a sua habitação de forma saudável.					
12	Grau de motivação da pessoa para realizar as tarefas domésticas.					
13	Grau de cumprimento das atividades da unidade ou serviço.					
14	Grau de cumprimento das atividades da unidade ou serviço.					
15	A pessoa tem dificuldades para adormecer, manter e / ou ter um sono reparador.					
16	Grau de interação social.					
17	Grau de satisfação com as relações sociais (satisfação): a pessoa sente-se compreendida, valorizada e apoiada pelos seus familiares, amigos e outras pessoas à sua volta.					
18	A pessoa tem interesse em manter relações de amizade com pessoas à sua volta.					
19	A pessoa realiza uma higiene adequada.					
20	A pessoa usa roupa limpa e adequada ao tempo e ao local.					
21	A pessoa reconhece os sintomas de descompensação e tem capacidade para solicitar a ajuda correspondente.					
22	Grau de cumprimento e gestão do tratamento farmacológico.					
23	Grau de cumprimento de visitas de seguimento					
24	A pessoa reconhece os riscos do consumo de substâncias tóxicas.					
25	O paciente conhece os riscos e métodos de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.					
26	Utiliza métodos para prevenir as doenças sexualmente transmissíveis.					
27	A pessoa sente ansiedade para desempenhar as atividades da vida quotidiana.					
28	A pessoa sente ansiedade quando se encontra em contacto com outras pessoas.					
29	A pessoa tem habilidades para gerir adequadamente os seus recursos económicos.					
30	A pessoa manifesta ter dificuldades em assumir as suas funções.					
31	A pessoa manifesta ter dificuldades para tomar as suas próprias decisões na vida quotidiana.					

32	Tem capacidade para lidar com situações sociais novas.					
33	A pessoa está interessada e motivada para aprender e adaptar na sua vida diária novas condutas saudáveis que favoreçam o seu bem-estar pessoal e a sua qualidade de vida.					

ANEXO V - Tradução da *ERA-h* por Enfermeiro Independente

Nº.	Item	1	2	3	4	5
1	A pessoa é capaz de realizar as atividades físicas sem mostrar sinais de fadiga respiratória.					
2	Consumo de tabaco.					
3	A pessoa ingere um aporte adequado de líquidos.					
4	Tem a pessoa conhecimentos para realizar uma dieta equilibrada.					
5	A pessoa come uma quantidade de alimentos adequada em relação às suas necessidades.					
6	A pessoa tem os conhecimentos e as habilidades suficientes para preparar a sua comida quando precisa.					
7	A pessoa tem problemas no controlo do esfíncter urinário.					
8	A pessoa tem algum problema com a sua eliminação fecal.					
9	A pessoa tem dificuldade com a transpiração.					
10	A pessoa tem conhecimento para manter a sua habitação saudável.					
11	A pessoa realiza as tarefas domésticas que precisa para manter a habitação de forma saudável.					
12	Grau de motivação que a pessoa tem para realizar as tarefas domésticas.					
13	Grau de cumprimento das atividades na unidade/serviço.					
14	Grau de motivação para as atividades da unidade/serviço.					
15	A pessoa tem dificuldades para conciliar, manter e/ou ter um sono reparador.					
16	Grau de interação social.					
17	Grau de satisfação das relações sociais.					
18	A pessoa tem interesse em manter relações de amizade com outras pessoas em seu redor.					
19	A pessoa realiza uma higiene adequada.					
20	A pessoa usa um vestuário limpo e adequado ao tempo e lugar.					
21	A pessoa reconhece os sintomas de descompensação e tem a capacidade para solicitar a ajuda correspondente.					
22	Grau de cumprimento e gestão do tratamento farmacológico.					
23	Grau de cumprimento das visitas de acompanhamento.					
24	A pessoa reconhece os riscos do consumo de substâncias tóxicas.					
25	O paciente conhece os riscos e os métodos para prevenir as doenças de transmissão sexual.					
26	Utiliza os métodos para prevenir as doenças de transmissão sexual.					
27	A pessoa sente ansiedade para desempenhar as atividades da vida diária.					
28	A pessoa sente ansiedade quando se encontra em contacto com outras pessoas.					
29	A pessoa tem as habilidades para manusear adequadamente os seus recursos económicos.					
30	A pessoa manifesta ter dificuldade para assumir os seus papéis.					
31	A pessoa manifesta ter dificuldade para tomar as suas próprias decisões na sua vida quotidiana.					

32	Tem capacidade de enfrentar situações sociais novas.					
33	A pessoa está interessada ou motivada para aprender e adaptar na sua vida diária novos comportamentos saudáveis que favoreçam o bem-estar e sua qualidade de vida.					

ANEXO VI - Versão de Consenso da Tradução da *ERA-h*

Nº.	Item	1	2	3	4	5
1	A pessoa é capaz de realizar atividade física sem mostrar sinais de dificuldade respiratória.					
2	Consumo de tabaco.					
3	A pessoa ingere a quantidade adequada de líquidos.					
4	A pessoa tem conhecimentos para realizar uma dieta equilibrada.					
5	A pessoa ingere uma quantidade adequada de alimentos em relação às suas necessidades.					
6	A pessoa tem conhecimentos e habilidades suficientes para preparar a refeição quando precisa.					
7	Controlo do esfínter urinário.					
8	Padrão de eliminação intestinal adequado.					
9	A pessoa não tem repercursões associadas à sudorese.					
10	A pessoa tem conhecimentos para manter a sua habitação saudável.					
11	A pessoa realiza as tarefas domésticas que precisa para manter a sua habitação de forma saudável.					
12	Nível de motivação que a pessoa tem para realizar as tarefas domésticas.					
13	Nível de cumprimento das atividades da unidade ou serviço.					
14	Nível de motivação das atividades da unidade ou serviço.					
15	A pessoa tem um sono reparador.					
16	Interação social.					
17	Satisfação com as relações sociais: a pessoa sente-se compreendida, valorizada e apoiada pelos seus familiares, amigos e outras pessoas ao seu redor.					
18	A pessoa tem interesse em manter relações de amizade.					
19	A pessoa realiza a sua higiene de forma adequada.					
20	A pessoa usa o vestuário limpo e adequado ao tempo e ao local.					
21	A pessoa reconhece os sintomas de descompensação e tem capacidade para solicitar a ajuda.					
22	Nível de adesão e gestão do tratamento farmacológico.					
23	Adesão às consultas de seguimento.					
24	A pessoa não consome bebidas estimulantes.					
25	A pessoa conhece os riscos e métodos de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.					
26	A pessoa utiliza métodos de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.					
27	A pessoa não sente ansiedade para desempenhar as atividades da vida diária.					
28	A pessoa não sente ansiedade quando interage com outras pessoas.					
29	A pessoa tem capacidades para gerir adequadamente os seus recursos económicos.					
30	A pessoa não manifesta ter dificuldades em assumir os seus diferentes papéis.					
31	A pessoa não manifesta ter dificuldades para tomar decisões.					

32	A pessoa tem capacidade para enfrentar situações novas.					
33	A pessoa está interessada em adotar estilos de vida promotores de bem-estar e qualidade de vida.					

ANEXO VII - Versão do Grupo de Peritos da *ERA-h*

Nº.	Item		1	2	3	4	5
1	A pessoa é capaz de realizar atividade física sem mostrar sinais de dificuldade respiratória.	Adequação					
2	Consumo de tabaco.	Adequação					
3	A pessoa ingere a quantidade adequada de líquidos.	Adequação					
4	A pessoa tem conhecimentos para realizar uma dieta equilibrada.	Conhecimentos					
5	A pessoa ingere uma quantidade adequada de alimentos em relação às suas necessidades.	Adequação					
6	A pessoa tem conhecimentos e habilidades suficientes para preparar a refeição quando precisa.	Conhecimentos					
7	Controlo do esfínter urinário.	Adequação					
8	Padrão de eliminação intestinal adequado.	Adequação					
9	A pessoa tem repercursões associadas à sudorese.	Adequação					
10	A pessoa tem conhecimentos para manter a sua habitação saudável.	Conhecimentos					
11	A pessoa realiza as tarefas domésticas que precisa para manter a sua habitação de forma saudável.	Adequação					
12	Nível de motivação que a pessoa tem para realizar as tarefas domésticas.	Adequação					
13	Nível de cumprimento das actividades da unidade ou serviço.	Adequação					
14	Nível de motivação das actividades da unidade ou serviço.	Adequação					
15	A pessoa tem um sono reparador.	Adequação					
16	Interação social.	Adequação					
17	Satisfação com as relações sociais: a pessoa sente-se compreendida, valorizada e apoiada pelos seus familiares, amigos e outras pessoas ao seu redor.	Satisfação					
18	A pessoa tem interesse em manter relações de amizade.	Adequação					
19	A pessoa realiza a sua higiene de forma adequada.	Adequação					
20	A pessoa usa o vestuário limpo e adequado ao tempo e ao local.	Adequação					
21	A pessoa reconhece os sintomas de descompensação e tem capacidade para solicitar a ajuda.	Adequação					
22	Nível de adesão e gestão do tratamento farmacológico.	Adequação					
23	Adesão às consultas de seguimento.	Adequação					
24	A pessoa consome bebidas estimulantes.	Adequação					
25	A pessoa conhece os riscos e métodos de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.	Conhecimentos					
26	A pessoa utiliza métodos de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.	Adequação					
27	A pessoa sente ansiedade para desempenhar as atividades da vida diária.	Adequação					
28	A pessoa sente ansiedade quando interage com outras pessoas.	Adequação					

29	A pessoa tem capacidades para gerir adequadamente os seus recursos económicos.	Adequação					
30	A pessoa manifesta ter dificuldades em assumir os seus diferentes papéis.	Adequação					
31	A pessoa manifesta ter dificuldades para tomar decisões.	Adequação					
32	A pessoa tem capacidade para enfrentar situações novas.	Adequação					
33	A pessoa está interessada em adotar estilos de vida promotores de bem-estar e qualidade de vida.	Adequação					

ANEXO VIII - Documento explicativo do Estudo

INFORMAÇÃO DO ESTUDO AOS PARTICIPANTES

Este documento tem como objetivo fornecer aos potenciais participantes informações completas do estudo para que possam ficar esclarecidos, no sentido de poderem tomar uma decisão consciente relativa à sua participação no mesmo.

Investigadora: Joana Catarina Ferreira Coelho, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação do Professor Doutor José Carlos Carvalho e coorientação do Professor Doutor Juan Merino.

Título do Estudo: Tradução, Adaptação Cultural e Validação da Escala de Requisitos de Autocuidado (*ERA-h*) Hospitalaria para a População Portuguesa

Objetivos do estudo:

- Traduzir a Escala de Requisitos de Autocuidado (*ERA-h*) Hospitalaria para a língua portuguesa;
- Adaptar a Escala de Requisitos de Autocuidado (*ERA-h*) Hospitalaria para a população portuguesa;
- Validar a Escala de Requisitos de Autocuidado (*ERA-h*) Hospitalaria para uso em Portugal e em contexto hospitalar;
- Contribuir para a sistematização do processo de Enfermagem no âmbito do autocuidado, da pessoa com esquizofrenia;

Pertinência do estudo: A esquizofrenia continua a constituir-se, hoje em dia e mais do que nunca, a problemática central no âmbito da Psiquiatria. Trata-se de uma das patologias mais devastadoras, caracterizando -se por uma diversidade de sintomas, que abrangem todo o funcionamento psíquico humano, desde o pensamento ao comportamento (Andreasen & Black, 2001 *cit in* Silveira, 2014). Diz respeito a uma síndrome heterogénea, que afeta um grande conjunto de capacidades do doente, tais como a linguagem, a perceção, o pensamento, o afeto e a vontade. Assume um carácter crónico, o que releva a necessidade de preocupação face à sobrecarga evidente, para o cuidador, a família e a própria sociedade (Carvalho, 2011).

Para além do descrito anteriormente, também a área do autocuidado, é muitas vezes, negligenciada pela pessoa com esquizofrenia. De acordo com a Teoria do Déficit de Autocuidado de D. Orem, o indivíduo apresenta alterações no autocuidado quando, por situações associadas ao seu estado de saúde, deixa de ter capacidade para gerir todas as ações necessárias para satisfazer as suas necessidades. Aqui os profissionais de Enfermagem, em

especial, da área da Saúde Mental e Psiquiatria, encontram um espaço para a implementação de intervenções.

Tendo por base a Teoria de D. Orem, a área do autocuidado, na pessoa com esquizofrenia, pode ser promovida com intervenções como: gestão dos sintomas por parte da próprio doente, potenciar a autonomia e executar um acompanhamento do tratamento destes indivíduos, por forma a aumentar a adesão à terapêutica (Merino, 2011).

Assim sendo, os profissionais de Enfermagem necessitam de instrumentos capazes de avaliar a capacidade da pessoa com esquizofrenia, para poder realizar o seu autocuidado (Merino, 2011).

População Alvo: Indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico clínico de esquizofrenia e com acompanhamento clínico.

Metodologia: Serão aplicados formulários, e ainda algumas questões para caracterização sociodemográfica.

Considerações Éticas: A investigadora assegura que este estudo tem benefício social e não apresenta nenhum risco previsto para a pessoa com esquizofrenia e o seu cuidador. Todos os dados colhidos serão, durante todo o estudo, tratados de forma confidencial, sendo ainda de realçar que será salvaguardado o anonimato da pessoa com esquizofrenia, tal como o seu cuidador. Será respeitado o princípio de respeito à dignidade humana, através do consentimento informado, assim como o princípio da beneficência, ressaltando a isenção de dano e exploração, quer da pessoa com esquizofrenia, quer do seu cuidador.

A confidencialidade da informação fornecida, através dos instrumentos de recolha de dados será garantida. A informação recolhida destina-se exclusivamente ao presente estudo.

A participação é voluntária e em caso algum a recusa será motivo de qualquer tipo de prejuízo assistencial ou outro para o participante ou para terceiros. A participação pode ser cessada a qualquer momento pelo participante, sem necessidade de justificação.

Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento adicional, podendo para o efeito contactar-me por email e/ou pessoalmente.

Agradeço desde já a sua participação,

Joana Catarina Ferreira Coelho
Endereço eletrónico: ep2194@esenf

