



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**Contributo das intervenções psicoeducativas na
adesão terapêutica da pessoa com doença mental
grave**

Pedro Miguel da Silva Custódio

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**Contributo das intervenções psicoeducativas na
adesão terapêutica da pessoa com doença mental
grave**

Pedro Miguel da Silva Custódio

Orientador: Professor Carlos David

2012



“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode fazer mudanças, recomeçar e fazer um novo fim...”

(Chico Xavier, espírita brasileiro)

Índice

Resumo	
Abstract	
Introdução.....	8
CAPÍTULO I – Enquadramento teórico.....	13
1.1. Doença mental.....	15
1.2. Adesão terapêutica.....	17
1.3. Intervenções psicoeducativas	22
1.4. O cuidar em Imogene King.....	28
CAPÍTULO II – Atividades desenvolvidas em estágio.....	30
2.1. Caracterização dos locais de estágio.....	31
2.2. Fundamentação do programa psicoeducativo.....	33
2.3. Descrição do programa.....	34
2.4. Aspetos éticos.....	41
2.5. Reflexão crítica e fundamentada dos processos de trabalho utilizados e resultados obtidos.....	43
CAPÍTULO III – Conclusões.....	52
3.1. Considerações finais e perspetivas futuras.....	53
Bibliografia.....	57
Anexos	

Índice de Anexos

ANEXO 1 – Planificação da Sessão do Módulo I

ANEXO 2 – Apresentação PowerPoint da Sessão do Módulo I

ANEXO 3 – Planificação da Sessão do Módulo II

ANEXO 4 – Apresentação PowerPoint da Sessão do Módulo II

ANEXO 5 – Planificação da Sessão do Módulo III

ANEXO 6 – Apresentação PowerPoint da Sessão do Módulo III

ANEXO 7 – Planificação da Sessão do Módulo IV

ANEXO 8 – Apresentação PowerPoint da Sessão do Módulo IV

ANEXO 9 – Planificação da Sessão do Módulo V

ANEXO 10 – Apresentação PowerPoint da Sessão do Módulo V

ANEXO 11 – Planificação da Sessão do Módulo VI

ANEXO 12 – Apresentação PowerPoint da Sessão do Módulo VI

ANEXO 13 – Panfleto “Doença Mental: Um novo começo”

ANEXO 14 – Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

RESUMO

Apesar da problemática da adesão/não adesão terapêutica ser motivo de preocupação por parte da comunidade científica, vários estudos apontam que, nos países desenvolvidos, apenas 50% dos doentes portadores de doenças crônicas aderem às recomendações terapêuticas. A falta de adesão à terapêutica compromete a eficácia dos tratamentos e contribui para o aumento considerável dos custos em saúde, constituindo um problema de saúde pública major (WHO, 2003).

A doença mental, nas suas mais diversas manifestações, também trata-se de uma doença de evolução prolongada, condicionando negativamente a vida de um indivíduo, ficando este, por vezes, incapacitado de se relacionar com outros, de responder aos estímulos da sociedade e às solicitações que esta lhe impõe.

A psicoeducação tem como fundamento terapêutico capacitar as pessoas com doença mental de um enfoque teórico e prático para compreender e lidar com as consequências da doença, para transformar "a" doença na doença "deles", o que basicamente significa tentar entender a relação complexa entre sintomas, personalidade, ambiente interpessoal, efeitos colaterais da medicação e ao mesmo tempo responsabilizá-los em relação à sua doença e ao seu tratamento, otimizando a adesão terapêutica.

O tratamento apropriado das doenças mentais implica não somente uma abordagem farmacológica, mas também intervenções psicológicas e psicossociais, de modo a assegurar não apenas a remissão da sintomatologia, mas também a recuperação funcional (social e ocupacional) da pessoa.

Assim, face à evidência da eficácia da psicoeducação na adesão terapêutica da pessoa com doença mental grave, foi concebido e aplicado um programa psicoeducativo intitulado "Doença Mental: um novo começo" no serviço de internamento de doentes agudos do departamento de psiquiatria de um hospital pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Palavras-chave: adesão terapêutica; doença mental grave; psicoeducação; intervenções psicoeducativas; programa psicoeducativo.

ABSTRACT

In spite of the problematic adherence/non adherence to therapeutic being a reason of concern to the scientific community, several studies point out that in developed countries only 50% of the patients with chronic illness accept the therapeutic recommendations. The lack of adherence to the therapeutic is a problem that compromises the effectiveness of the treatments and contributes to the substantial increase of costs in health, what constitutes a major problem of public health (WHO, 2003).

Mental illness, in its different manifestations, is also a disease of prolonged evolution that can affect negatively a person's life. This person is, sometimes, unable to relate to others, to respond to stimuli from society and to the requests imposed by it.

Psychoeducation, in its therapeutical basis, enables people with mental illness to have a theoretical and practical approach so that they can understand and deal with the consequences of the disease in order to change "the" disease into "their" disease, what basically means try to understand the complex relation between symptoms, personality, interpersonal environment, collateral effects from medication and, at the same time, to make the patients feel responsible in what concerns to their disease and their treatment, optimizing the therapeutic adherence.

The appropriated treatment of mental diseases calls not only for a pharmacological approach, but also for psychological and psychosocial interventions, to ensure the remission of the symptoms, as well as the functional recovery (social and occupational) of the person.

Thus, facing the evidence of the effectiveness of psychoeducation in therapeutic adherence of the person with severe mental illness, was conceived and implemented a psychoeducational program entitled: "Mental Illness: a new beginning" in a service of hospitalization of acute patients of the psychiatric department in a hospital from the *Health Regional Administration from Lisbon and Vale do Tejo*.

Key words: therapeutic adherence; severe mental illness; psychoeducation; psychoeducative interventions; psychoeducational program.

INTRODUÇÃO

Na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, onde o formando encontra-se a exercer a sua atividade, prestam-se cuidados, diariamente, a pessoas que são reinternadas devido ao abandono da terapêutica. Atendendo à experiência profissional do formando, verifica-se que existe um número considerável de doentes que abandonam a terapêutica devido a condições financeiras, no entanto a maioria deve-se a outros factores.

A falta de adesão à terapêutica compromete a eficácia dos tratamentos e contribui para o aumento considerável dos custos em saúde, constituindo um problema de saúde pública major (OMS, 2002).

Green (1988, citado por McIntosh, 2008) refere que a descontinuação efectiva da terapêutica é a maior causa de descompensação nas perturbações psicóticas.

Na revisão bibliográfica efetuada, existe evidência de que as intervenções psicoeducativas podem fazer toda a diferença e evitar estas recaídas, quer na deteção precoce de situações de risco, quer em doentes que registam reinternamentos devido a abandono da terapêutica.

A escolha desta área da adesão terapêutica deve-se não somente a um interesse pessoal, mas também pela crescente evidência de que a psicoeducação, embora não substitua o tratamento medicamentoso, é um importante recurso na otimização significativa dos efeitos dos tratamentos farmacológicos e dos seus resultados, além de apresentar características preventivas para recaídas e para a saúde mental dos familiares.

Knapp e Isolan (2005) acreditam que um dos principais objetivos da psicoeducação é a adesão à medicação. Ela visa dar aos clientes informações sobre a natureza e o tratamento da sua doença, contemplando um conjunto de ensinamentos teóricos e práticos para que os clientes possam compreender e lidar melhor com a sua patologia.

Considerando os factores supracitados, a problemática estudada diz respeito ao contributo da psicoeducação na adesão terapêutica da pessoa com doença mental grave.

Assim, o formando realizou um estágio no departamento de psiquiatria de um hospital pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS de Lisboa e Vale do Tejo) cuja finalidade consistiu em:

Adquirir e desenvolver competências na área da psicoeducação para realizar intervenções promotoras de adesão terapêutica, estruturadas e individualizadas, à pessoa com doença mental grave e sua família.

Para este efeito, procurou realizar intervenções psicoeducativas promotoras de adesão terapêutica, individualmente ou em grupo, à pessoa com doença mental grave e sua família, com a supervisão da enfermeira orientadora do ensino clínico, através da concepção e aplicação de um programa de psicoeducação para pessoas com doença mental grave, tentando demonstrar um auto-conhecimento e consciência de si mesmo, enquanto pessoa e enfermeiro.

Atendendo ao regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental da Ordem dos Enfermeiros (OE) (20 de Novembro de 2010), o formando procurou adquirir e/ou desenvolver, no decorrer do ensino clínico, as seguintes competências:

F1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;

F4. Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Ele optou por adquirir e desenvolver as competências acima descritas, não somente por lhe suscitaram maior interesse, mas também porque estão relacionadas com a finalidade do seu projecto. A mobilização das competências supracitadas possibilitar-lhe-á atingir os objetivos definidos.

Contribuir para a adesão terapêutica da pessoa com doença mental grave, através de intervenções psicoeducativas, é a grande finalidade deste estágio, indo ao encontro de uma das competências específicas do enfermeiro especialista em

enfermagem de saúde mental. A realização de intervenções psicoeducativas está incluída na prestação de cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Uma das outras competências a desenvolver diz respeito a processos de auto-conhecimento.

“A maneira como uma pessoa se percebe e se avalia pode ditar a forma como se relaciona com os outros...” (Vaz Serra, 1986, p. 58).

Taylor (1992) considera que o enfermeiro possui uma ferramenta importante e singular e que pode ter mais influência no cliente do que qualquer medicamento ou terapia – ele próprio, a sua maneira de ser. Embora o enfermeiro tenha um papel de grande importância, “deve, em primeiro lugar, saber e acreditar que o cliente, independentemente da natureza do seu problema de saúde, é o único detentor dos recursos básicos para o resolver” (Lazure, 1994, p. 13).

Quando se fala em adesão terapêutica, ganha relevância a teoria de alcance de metas e objectivos de Imogene King.

É essencial olhar a pessoa como um parceiro nos cuidados, importa envolvê-la em todo o processo, uma vez que esta é o foco de toda a intervenção.

Os objetivos têm que ser definidos em função da pessoa e não do cuidador. É imperativo respeitar as suas expectativas, motivações e ritmos próprios.

A comunicação entre enfermeiro e pessoa é extremamente importante, pois o cuidado de enfermagem envolve conhecimento e habilidades de comunicação com uma variedade de indivíduos, procurando alcançar metas. A dificuldade de comunicação entre doentes e profissionais de saúde é perceptível, pois muitas vezes não há um acordo entre eles em relação ao tratamento, ou seja, as preferências do doente não são consideradas, dificultando a adesão (King, 1981).

Para além de uma forte motivação pessoal, a descoberta de si próprio foi um passo decisivo ao longo de todo este processo para o estabelecimento de uma relação com os doentes promotora da adesão terapêutica. Aceitar o outro como ele é o

primeiro passo para compreender os fatores que levam um doente a abandonar a terapêutica.

Com vista a uma organização que permitisse uma consulta clara e objetiva, procedeu-se à seguinte estruturação escrita do relatório:

Introdução – Da qual fazem parte a pertinência e a relevância do tema, onde se justifica a opção pelo mesmo; a finalidade e objectivos; e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental desenvolvidas.

Segue-se o Capítulo I – Enquadramento teórico, com a exposição de três grandes temas: a doença mental, a adesão terapêutica e as intervenções psicoeducativas. É exposta a sustentação teórica da problemática, enquadrando o trabalho num corpo de conhecimento científico relevante e analisando-o à luz da teoria de Imogene King.

Capítulo II – Atividades desenvolvidas em estágio. É feita uma caracterização dos locais de estágio. Seguidamente, procede-se à fundamentação e descrição do programa psicoeducativo. Inclui também toda uma reflexão crítica e fundamentada dos processos de trabalho utilizados e resultados obtidos, bem como das limitações do trabalho. Descreve e analisa as questões éticas que se colocaram ao longo do estágio e o modo como foram abordadas. As intervenções realizadas são justificadas de acordo com o modelo teórico de enfermagem de Imogene King.

Por último, segue-se o Capítulo III – Conclusões. Analisam-se as perspetivas de desenvolvimento/continuidade do trabalho, bem como as implicações deste na prática. Descreve os aspectos positivos e negativos da experiência. Termina com uma reflexão sobre as competências desenvolvidas.

CAPÍTULO I

Enquadramento teórico

Os cuidados de enfermagem têm por objetivo ajudar o cliente a ser proativo na consecução do seu “projecto de saúde”. Assim, centram-se na prevenção da doença e na promoção dos processos de readaptação, procurando a satisfação das necessidades humanas fundamentais, com a máxima independência na realização das atividades de vida, visando a adaptação funcional do cliente aos défices e adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2001). O enfermeiro para dotar a pessoa doente de conhecimento e capacidade para ser proativo na consecução do seu “projecto de saúde”, recorre à implementação de processos de ensino e aprendizagem, fornecendo informação que tem por objetivo que a pessoa doente desenvolva competências para a implementação de comportamentos adequados à sua condição de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A adoção de comportamentos adequados à condição de saúde da pessoa doente, não sendo dependente em exclusivo do conhecimento, é influenciada decisivamente por ele, onde os contextos sociofamiliar, económico e profissional são fatores também concorrentes (Padilha, 2006). Com base na revisão bibliográfica, existem áreas prioritárias de intervenção, e que as pessoas doentes apresentam dificuldades após alta hospitalar, nomeadamente: falta de conhecimento sobre a medicação; falta de conhecimento para o autocuidado; falta de conhecimento sobre os recursos da comunidade; e falta de estruturas de suporte (Naylor et al., 2000; Jaarsma et al., 2000). A partir de estudos realizados, pode-se verificar a importância do exercício profissional dos enfermeiros neste processo, pois as áreas identificadas pelos autores são focos de atenção da prática de enfermagem e sensíveis aos cuidados de enfermagem (Pereira, 2007).

1.1. Doença mental

A doença mental condiciona negativamente a vida de uma pessoa, ficando esta, por vezes, incapacitada de se relacionar com outros, de responder aos estímulos da sociedade e às solicitações que esta lhe impõe. Espinosa (1998, p. 17) define a doença mental como, “um desequilíbrio psíquico que se pode manifestar através de diversos sinais e sintomas, e que dificulta o desenvolvimento da vida habitual da pessoa”.

Outra definição é dada pela aliança para a doença mental, com sede nos Estados Unidos, que define doença mental como, “uma doença cerebral de carácter biológico, que pode perturbar gravemente a capacidade para pensar, sentir e para se relacionar com outras pessoas e com o ambiente” (Neeb, 2000, p. 177).

Nos últimos dez anos, o peso da doença mental, para o indivíduo e para a comunidade, tanto em termos absolutos como em comparação com outras patologias, tornou-se incontestável (Gusmão et al., 2005), tendo um impacto considerável sobre os indivíduos, as famílias e as comunidades (OMS, 2002).

As psicoses são consideradas as doenças mais graves e incapacitantes entre todas as doenças mentais (Kaplan & Sadock, 2007).

Psicose é um termo psiquiátrico genérico para um estado mental no qual estão presentes cisões entre pensamento, emoção e comportamento. Nos períodos agudos desta doença podem ocorrer alterações sensoriais (alucinações) e do pensamento (delírios), com desorganização marcada do comportamento. Estas crises são vivenciadas geralmente com agitação, angústia, dificuldades de interação social e em cumprir normalmente as atividades de vida diária (Kaplan & Sadock, 2007).

O espectro das psicoses incluiu dois grandes grupos: a esquizofrenia e a perturbação bipolar (vulgo psicose maníaco-depressiva). A esquizofrenia é a representante mais característica das psicoses. Estima-se que aproximadamente 1% da população seja afetada por esta doença (Kaplan e Sadock, 2007).

De acordo com a 4ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, publicação da *American Psychiatric Association*, conhecida pela

designação de DSM-IV, são definidas outras perturbações psicóticas, tais como: perturbação esquizofreniforme ou perturbação psicótica breve (formas mais breves de psicose); perturbação esquizoaffectiva (concomitância de perturbação do humor) e perturbação delirante. Considera-se ainda as perturbações psicóticas induzidas por uma condição física geral ou induzidas por substâncias. A psicose maníaco-depressiva, conhecida como perturbação bipolar, é atualmente definida como uma perturbação do humor. É uma doença que se caracteriza pela recorrência de episódios (repetidos ou alternados) de mania e depressão, com ou sem sintomatologia psicótica (DSM-IV-TR, 2002).

É habitual nas perturbações do espectro da psicose ocorrer uma egosintonia face aos sintomas, o que consubstancia uma denegação face à doença. Esta ausência de crítica (*insight*) e incapacidade de reconhecer o carácter estranho ou bizarro do comportamento traduz-se, frequentemente, numa dificuldade na adesão à terapêutica anti-psicótica (Donohoe, 2006).

Pese os fatos supracitados, uma compilação de estudos feita por Donohoe (2006) com o objetivo de avaliar as taxas de adesão terapêutica em pessoas com doença crónica, incluindo esquizofrenia, artrite, diabetes, asma, depressão e doença bipolar, concluiu não haver grandes divergências entre as mesmas. Por um lado se conclui que a esquizofrenia, patologia psicótica, não pode ser associada só por si a taxas de adesão muito mais baixas do que outras doenças crónicas. Por outro lado, depreende-se que nos estudos são apenas avaliadas pessoas que consentiram participar nos mesmos, podendo enviesar resultados (Donohoe, 2006).

A adesão à terapêutica anti-psicótica tem efeitos benéficos e largamente estudados no tratamento da sintomatologia positiva da esquizofrenia e noutras patologias psicóticas, na prevenção de recaídas, (re) hospitalização e na diminuição das taxas de cronicidade. Assim, a fraca adesão terapêutica aumenta os fatos acima citados (Smith et al, 1999; Sim, 2006) e ainda a probabilidade de provocar danos a si mesmo ou aos outros assim como diminuição na taxa de sucesso das intervenções psicossociais (Coffey, 1999).

Green (1988) citado por Mcintosh (2008) refere que a descontinuação efetiva da terapêutica é a maior causa de descompensação nas perturbações psicóticas.

Estima-se que, se as pessoas fossem totalmente aderentes à medicação, a taxa de descompensação psicótica seria reduzida em 15%, tendo em conta que cerca de 50% têm recaídas em menos de um ano de remissão (Kisling, 1994, citado por Gray et al, 2002).

1.2. Adesão terapêutica

Considerando a importância dos fármacos na prevenção de recaídas, seja a doença de que natureza for, importa desenvolver estratégias que promovam uma maior adesão ao regime medicamentoso recomendado.

Quando se aborda o conceito de adesão, implica sempre uma participação ativa da pessoa no seu processo de tomada de decisão, relacionada com o seu processo de doença e plano de tratamento. O processo de tomada de decisão refere-se à cognição com as características específicas: disposição para reter ou abandonar ações tendo em conta o julgamento; capacidade de escolher entre duas ou mais alternativas pela identificação da informação relevante, das consequências potenciais de cada alternativa, dos recursos de suporte e das contradições entre desejos, pensando e selecionando as alternativas; fazer escolhas que afetam o próprio ou terceiros (ICN, 2005).

Na literatura inglesa, encontram-se diferenciadas as palavras “compliance”, “adherence” e “concordance” no sentido crescente da autonomia da pessoa. Assume-se um papel passivo no tratamento associado à palavra “compliance”, um envolvimento mais ativo no tratamento a “adherence” (Donohoe, 2006) e “concordance”, que surge na bibliografia associada a uma maior autonomia da pessoa no processo de decisão. Aborda a adesão terapêutica como um processo de livre escolha em que o profissional de saúde adota apenas um papel facilitador, de suporte e de aconselhamento (Chien, 2008). Gray et al (2002) afirma que os profissionais de saúde mental necessitam de se mover do papel de assegurar a *compliance* para desenvolver a *concordance*.

Em Portugal não existe discussão em torno da definição da palavra. A importância reside no facto de se realçar a aliança terapêutica entre a pessoa e o profissional de saúde, onde o cumprimento do esquema terapêutico é o comportamento resultante

de um trabalho de equipa (Donohoe, 2006). O formando optou por utilizar o termo “adesão terapêutica”, descrita na literatura como o grau em que as pessoas cumprem a medicação respeitando a prescrição (Haynes et al, 2002, citado por Donohoe, 2006). Ou “adesão” definida como o grau de concordância entre o comportamento da pessoa e o aconselhamento dos profissionais de saúde relativamente à aceitação do esquema terapêutico, dieta ou mudanças no estilo de vida (Nursat et al, 2002, citado por Sim, 2006).

Uma revisão da literatura efetuada, considera que esta definição não é assim tão simples, dado que as definições variam de autor para autor, podendo a mesma pessoa, na mesma circunstância, ser considerada aderente num estudo e incluída no grupo da não adesão noutra, dependendo dos critérios e dos instrumentos de medida. A adesão pode ser considerada total, parcial, nula ou errática (Cramer,1991, citado por Lindström et al, 2000).

A adesão aparece muitas vezes associada ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo da doença, motivação, relação entre o profissional de saúde e o cliente (ICN, 2006).

A adesão terapêutica traz ganhos, quer para a pessoa, que experiencia sintomas menos exacerbados, quer para os cuidadores, que apresentam menores níveis de stress (Smith et al, 1999).

Apesar da problemática da adesão/não adesão ser motivo de preocupação por parte da comunidade científica, vários estudos apontam que, nos países desenvolvidos, apenas 50% das pessoas portadoras de doenças crónicas aderem às recomendações terapêuticas (WHO, 2003).

A não adesão aos tratamentos constitui provavelmente a mais importante causa de insucesso das terapêuticas, introduzindo disfunções no sistema de saúde através do aumento da morbilidade e da mortalidade (Gallagher, Viscoli, & Horwitz, 1993, citado por Delgado & Lima, 2001, p. 81). As repetidas situações de recaída e o alargamento do período de tratamento, conduz a um sofrimento evitável e a custos substanciais acrescidos (Enlund et al, 1987, citado por Delgado & Lima, 2001, p. 81).

Os profissionais de saúde devem compreender e identificar quais os fatores que influenciam a tomada de decisão das pessoas relativamente a comportamentos de não adesão terapêutica.

Konkle-Parker (2001), refere quatro categorias principais de fatores que influenciam a adesão terapêutica:

- 1 - fatores relacionados com a medicação: efeitos secundários da medicação número de medicamentos, tamanho do medicamento, apresentação do medicamento, restrições na dieta implicadas pelo medicamento, duração e complexidade da administração do medicamento;
- 2 - fatores relacionados com a pessoa: conhecimento sobre o processo de doença, crenças de saúde, estadio da doença, aceitação do diagnóstico, compreensão sobre adesão, preparação para tomar a medicação prescrita, estratégias de *coping*, confiança nas capacidades;
- 3 - fatores relacionados com o ambiente: fator financeiro, disponibilidade telefónica, suporte familiar e suporte social;
- 4 - fatores relacionados com o enfermeiro: competências comunicacionais, disponibilidade para questões abertas, relação terapêutica.

Os níveis de adesão terapêutica nas pessoas em fase aguda da doença são geralmente mais elevados do que nas pessoas com doenças crónicas, uma vez que a presença de sintomas tem uma grande influência na perceção da doença e no comportamento de adesão. As pessoas com doença apercebem-se mais facilmente dos seus problemas de saúde, e tentam resolvê-los, se os associarem a sintomas desagradáveis, pelo que a presença destes ajuda a pessoa a assumir a doença e a procurar cuidados de saúde (Horne, 2000).

No que respeita a duração e complexidade da terapêutica, a mais complexa dificulta a gestão do tratamento e doença e são mais propícios à ocorrência de erros, tais como: esquecimento e omissão das tomas, não cumprimento das doses e horário de medicação (Mansur et al., 2001; Ockene et al., 2002). A complexidade da terapêutica é um fator condicionante de adesão, considerando que quanto maior for o número de medicamentos prescritos e maior for o número de tomas diárias, menor será a adesão (Brannon & Feist, 1996). Quando a terapêutica envolve a mudança de hábitos já enraizados e provoca alterações no estilo de vida da pessoa, como por exemplo: dieta, gestão de

complicações, deslocações periódicas para exames, os índices de adesão tendem a ser inferiores há aqueles que envolvem somente a adesão à medicação (Lip & Li Saw-Hee, 2000; Mansur & Rainer Düsing, 2001). Outros aspetos que têm sido associados ao baixo índice de adesão são o custo dos medicamentos e os seus efeitos secundários, que podem ser desagradáveis. As circunstâncias sociais das pessoas são determinantes no que respeita aos comportamentos de saúde, relacionados com a adesão (Cameron, 1996; Bishop, 1994), bem como o apoio da família e dos amigos (Murray et al., 2004).

Se considerarmos o problema da não adesão como um problema de mudança de comportamentos, as teorias da mudança de comportamentos podem também ser consideradas teorias da adesão. As teorias explicativas de Mudança Comportamental centram-se no indivíduo, nomeadamente, em fatores como o seu conhecimento, crenças, aptidões, experiências passadas, motivação, auto-conceito, desenvolvimento psicológico e comportamentos (Glanz, 1999).

Vários modelos de mudança de comportamento, pretendem explicar as relações entre o pensamento e o comportamento das pessoas, relativamente às questões afetas à saúde e às doenças. Baseiam-se no pressuposto de que compreendendo as suas crenças, valores e atitudes, será possível planejar uma intervenção mais eficaz, que permita modificar e controlar os comportamentos adotados, relativos à saúde.

De acordo com Leventhal e Cameron (1987), os estudos sobre adesão têm seguido uma de cinco perspetivas teóricas principais: biomédica, comportamental, comunicacional, cognitiva e de auto-regulação. Cada uma destas perspetivas inclui uma ou mais teorias ou modelos que se propõem, cada um por si, explicar a totalidade da intervenção vocacionada para a mudança de comportamentos relativos à saúde.

Numa perspetiva evolutiva, o modelo biomédico ajudou a perceber as relações entre a adesão e a doença / regime terapêutico, tendo impulsionado o desenvolvimento de novas formas de administração de terapêutica de modo a facilitar a adesão ao regime medicamentoso e permitiu conhecer os níveis de adesão, no âmbito de algumas doenças, utilizando medidas diretas como os valores bioquímicos. Este

modelo, em que o doente é mero executor e deve obedecer ao que lhe é solicitado, sem participar nas decisões, está mais associado ao conceito inicialmente usado, de “compliance”, que não é adequado, se pretendemos oferecer cuidados de saúde congruentes, que respondam “às necessidades, preferências e vontades dos doentes” (Ribeiro, 2005, p. 227).

As teorias ou modelos comportamentais são mais adequados quando se pretende o treino e a aprendizagem de capacidades para realizar atividades instrumentais referentes ao regime terapêutico aconselhado, dando ênfase aos estímulos que desencadeiam o comportamento e às recompensas que o reforçam (Leventhal e Cameron, 1987).

A perspetiva comunicacional emergiu nos anos setenta encorajando os profissionais de saúde a melhorarem as suas competências de comunicação e impulsionando a realização de registos escritos e a transmissão de informações entre profissionais por esta via. Permitiu ainda que fosse dada maior ênfase à educação das pessoas e ao desenvolvimento de relações mais iguais, entre estes e os profissionais de saúde. Esta abordagem aumentou a satisfação dos doentes com os cuidados de saúde e mostrou que é necessário interagir com os doentes desenvolvendo relações amáveis e calorosas, mas por si só é insuficiente para mudar o seu comportamento de adesão (WHO, 2003). Inclui-se nesta perspetiva o modelo da hipótese cognitiva de adesão de Ley, desenvolvido em 1981, no qual o autor defende que a adesão se pode prever através de uma combinação da satisfação do doente em relação à consulta com a compreensão da causa, extensão e tratamento da sua doença e com a capacidade de recordar a informação fornecida pelos profissionais de saúde. Ainda de acordo com o modelo de Ley (1981) é possível melhorar a adesão, melhorando a comunicação, o que inclui clareza, simplicidade e repetição das informações transmitidas oralmente; dar seguimento à consulta com entrevistas adicionais; e fornecer informação escrita, que permita recordar mais tarde as informações fornecidas

A perspectiva cognitiva inclui várias teorias e modelos como: o modelo de crenças de saúde, a teoria da aprendizagem social de Bandura, a teoria da ação racional de Fishbein, que depois deu origem à teoria do comportamento planeado e a teoria da motivação protetora de Rogers.

A perspectiva de auto-regulação pretende explicar as variáveis do contexto e as respostas cognitivas individuais às ameaças à saúde, à luz do modelo de auto-regulação. Por auto-regulação entende-se o processo sistemático de tentativas individuais conscientes de modular pensamentos, emoções e comportamentos de modo a alcançar determinados objetivos, num ambiente em mudança (Zeidner, Boekaerts & Pintrich, 2000). No âmbito da saúde, espera-se que pessoas com uma boa auto-regulação tenham maior probabilidade de adotar comportamentos saudáveis e menor probabilidade de se envolverem em comportamentos de risco (Woo & Frisbie, 2005).

Todos os modelos e teorias apresentam vantagens e desvantagens no que se refere ao fenómeno da adesão não o explicando totalmente. Dada a multiplicidade de doenças e de regimes terapêuticos com diferentes especificidades, nenhum modelo se adapta a todas as situações, pelo que uma abordagem com recurso a diferentes modelos parece ser a estratégia mais eficaz (Leventhal e Cameron, 1987).

1.3. Intervenções psicoeducativas

Apesar da reconhecida natureza biológica das psicoses, nomeadamente da esquizofrenia, que representa a doença mental mais grave e incapacitante que se conhece, os fatores ambientais têm um papel de grande importância na evolução da patologia (Bahls, 2003). As terapêuticas farmacológicas contribuem para a recuperação sintomática, no entanto não têm, por si só, um papel fundamental para o retorno do funcionamento da pessoa. Este facto conduziu a um aumento do foco na necessidade de recuperação social, através da combinação de intervenções psicossociais afetivas com uma boa gestão da medicação (Bahls, 2003).

Nos tratamentos que visam os aspectos psicossociais da esquizofrenia, surgem as intervenções psicoeducativas, que reúnem uma combinação de recursos didáticos para doentes e seus familiares sobre a doença e estratégias terapêuticas orientadas no sentido de aprimorar o manuseamento de fatores de stress através da melhoria da comunicação e na resolução de problemas. Actualmente já existem evidências de que as intervenções psicoeducativas nas psicoses representam um importante recurso terapêutico (Bahls, 2003).

Perante os fatos supracitados, pode considerar-se as intervenções psicoeducativas como uma das estratégias para promoção da adesão terapêutica.

Duhamel (1995) define intervenção como alguma ação ou resposta da enfermeira, incluindo ações terapêuticas, respostas cognitivas e afetivas que ocorrem no contexto do relacionamento enfermeira/doente e oferecido para o indivíduo, família ou comunidade onde a enfermeira trabalha. É comum afirmar-se que o objetivo da intervenção de enfermagem é efetuar mudanças que ajudem o cliente e a família a darem respostas mais efetivas aos problemas de saúde.

O conceito de intervenção, segundo Suhonen et al. (2008, p. 844), “destaca a experiência de saúde como individual pelo que a intervenção de enfermagem também deve ser individualizada, adaptada às características individuais com resultados evidenciados na saúde do indivíduo. Destaca ainda o controlo e participação na tomada de decisão pelo próprio indivíduo tendo em conta as suas expectativas a fim de obter consequências desejáveis”.

Segundo Rummel-Kluge et al (2006) a intervenção psicoeducativa refere-se a informação sistemática, estruturada e didática relativa à doença e ao seu tratamento e tem em conta os aspetos emocionais individuais, permitindo estimular os indivíduos a lidar com a doença adequadamente. Esta intervenção permite que a pessoa seja capaz de compreender as diferenças entre as suas características pessoais e as características da doença, ajudando-o a lidar melhor com a sua problemática, pois passa a conhecer detalhadamente as consequências, os sintomas e os fatores desencadeantes referentes à patologia que apresenta (Caminha et al., 2003).

As intervenções psicoeducativas objetivam criar melhores condições de adaptação e de independência para as pessoas com doença mental, basicamente, através do desenvolvimento e do reforço de habilidades individuais. Devem também envolver os familiares, que precisam de apoio e de orientação para enfrentar o stress provocado pela presença da patologia e, ainda, aprender a conduzir adequadamente as inúmeras situações que surgem da convivência com o seu familiar adoecido (Marder, 1999).

Os componentes fundamentais destas intervenções compartilham as seguintes características: educação ampla sobre a patologia, treino de habilidades de

comunicação, treino de resolução de problemas e como lidar com as crises agudas (Bahls, 2003; Bellack & Mueser, 1993)

Segundo Goldstein (1995), a técnica clínica de esclarecer a pessoa doente e sua família a respeito da doença que os afeta, com seus aspetos etiológicos, diagnósticos, evolutivos, terapêuticos e prognósticos, visando aprimorar a participação no processo de tratamento, chama-se psicoeducação.

Knapp e Isolan (2005) acreditam que um dos principais objetivos da psicoeducação é a adesão à medicação. Ela visa dar aos pacientes informações sobre a natureza e o tratamento da perturbação psicótica, promovendo ensinamentos teóricos e práticos para que o paciente possa compreender e lidar melhor com a sua doença, ou seja, desenvolver uma estratégia de *coping* adequada ao seu caso. Os autores mencionam ainda que outros tópicos devem ser abordados em intervenções psicoeducativas como a identificação precoce dos sintomas prodrômicos, o não consumo de drogas ilícitas e a capacidade de enfrentar com auto-confiança situações provocadoras do stress e da ansiedade (Knapp e Isolan, 2005).

Assim, a psicoeducação tem sido definida como uma intervenção didática-psicoterapêutica sistemática, designada para informar os indivíduos e seus familiares sobre a patologia e tratamento e sobre estratégias de *coping* (Simoneau et al., 1999; Bäuml et al., 2006) que, quando combinada com o tratamento farmacológico, tem a capacidade de orientar pacientes na estabilização do humor, diminuir os internamentos hospitalares e aumentar o funcionamento do indivíduo em diversas áreas (Huxley & Parikh & Baldessarini, 2000).

A compreensão da doença com orientações sobre sua dimensão psicobiológica e o conhecimento das opções e dos recursos terapêuticos disponíveis, devem fazer da pessoa com a doença mental grave e dos familiares, colaboradores ativos no processo terapêutico e promover um aperfeiçoamento na adesão terapêutica. O entendimento da patologia costuma melhorar a participação no tratamento, substituindo atitudes inadequadas por suporte correcto. Desta forma, as intervenções psicoeducativas propõem-se a modificar as atitudes tanto da pessoa como dos familiares, no sentido de corrigir distorções em relação a prováveis conceitos equivocados sobre a doença e sobre como controlá-la (Goldstein, 1995).

Alguns autores consideram a psicoeducação um elemento fundamental no tratamento da pessoa com esquizofrenia, que deve com os familiares receber sistematicamente este trabalho terapêutico de informações (Bellack e Mueser, 1993; Goldstein, 1995).

As intervenções psicoeducativas à pessoa com esquizofrenia devem ser organizadas de maneira que as informações e as explicações sejam fornecidas para a pessoa e sua família no sentido de evitar stress, de reduzir expectativas inapropriadas e de facilitar a participação no tratamento, através do favorecimento de um ambiente sem acusações (Rossler, 1999).

Segundo Goldstein (1995) e McGorry & Edwards (2002), os principais elementos que baseiam e orientam a psicoeducação no tratamento da doença mental grave, nomeadamente a esquizofrenia, são:

1. A esquizofrenia é uma doença biopsicossocial, seu tratamento deve ser realizado por uma equipa multidisciplinar e envolver o doente e os seus familiares;
2. A experiência da psicose é única para cada indivíduo e pode causar um grande impacto sobre a família e sobre os amigos da pessoa afetada;
3. Todas as pessoas que necessitam de atendimento em saúde mental devem receber orientação psicoeducativa. A intervenção deve levar em conta o próprio entendimento dos usuários em relação à doença e ser apresentada de maneira compreensível para as suas condições sócio-culturais.
4. As informações psicoeducativas visam melhorar a compreensão e integrar as experiências em relação à doença. Entendendo o importante efeito fortalecedor que a compreensão exerce, deve facilitar a participação ativa de doentes e familiares no tratamento;
5. A psicoeducação deve proporcionar um entendimento realista sobre a patologia, mas, ao mesmo tempo, esclarecer de forma positiva a importância do tratamento na melhoria da qualidade de vida do grupo doente/família.

As áreas gerais que devem ser abordadas pela psicoeducação incluem a natureza da doença, os padrões variáveis de curso e recuperação, a importância do plano terapêutico, nomeadamente a terapêutica farmacológica, os serviços comunitários e de saúde disponíveis e a equipe que participará no tratamento (Goldstein, 1994; Rossler, 1999).

Os programas psicoeducacionais também precisam considerar aspectos específicos das necessidades de cada grupo doente/família, aproveitando a anamnese clínica para organizar um planejamento adequado e próprio para cada grupo. Devem, ainda, adaptar-se às necessidades próprias de cada diferente fase da doença (McGorry & Edwards, 2002).

Segundo Goldstein (1995), os objetivos de qualquer programa de psicoeducação para a esquizofrenia podem ser assim organizados e devem alcançar os seguintes pontos: 1) Desenvolver a noção de responsabilidade e a participação no plano de tratamento da doença como fundamentais no resultado terapêutico. 2) Oferecer dados sobre a importância dos medicamentos, favorecendo sua aceitação e orientando como acompanhar e como lidar com os efeitos adversos mais prováveis. 3) Fornecer ajuda para o grupo doente/família criar e solidificar laços entre si, com outros familiares e amigos, com o objetivo de aumentar a rede de relacionamentos e de apoio social. 4) Orientar o aprendizado de comportamentos que conduzam a relacionamentos mais saudáveis. 5) Alertar para os riscos de desenvolvimento de patologias secundárias, como, por exemplo, o abuso de substâncias. 6) Criar o entendimento sobre os riscos de recaída e seus principais fatores. 7) Diminuir o risco das recaídas com a compreensão dos sinais precoces de sua presença, ensinando como empregar ou procurar recursos adequados. 8) Estimular a participação ativa no plano de tratamento do grupo doente/família, esclarecendo sobre os recursos de saúde disponíveis.

Para além da psicoeducação, Gillam (2006) sugere a implementação, por parte dos enfermeiros, de intervenções cognitivo-comportamentais tendo em vista a redução do stress e a promoção da adesão terapêutica.

Também Gray et al (2002) sugere algumas intervenções tendo em vista a adesão terapêutica, tais como: trabalho em colaboração com as pessoas; informar acerca da doença e tratamento; revisões terapêuticas que se ajustem à pessoa e o uso das técnicas da *Compliance Therapy* na abordagem. Enfoca ainda o papel fundamental dos enfermeiros de saúde mental na gestão da medicação. Sim (2006) foca também a necessidade dos enfermeiros intervirem profilaticamente na preparação para a alta em pessoas internadas.

Na doença mental da pessoa, ocorre o inevitável envolvimento e sobrecarga para as famílias, quer na vertente subjetiva de desgaste emocional, sentimentos de impotência e desespero, angústia e insegurança em relação ao futuro do seu familiar com doença mental, quer no aspeto mais objetivo das tarefas que se impõem no dia-a-dia, desde o apoio para os cuidados pessoais, a toma da medicação, a procura dos serviços necessários para o tratamento e a reabilitação, até aos encargos financeiros (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental [CNRSSM], 2007).

Ouve-se frequentemente os técnicos de saúde mental referirem “os pais são tão doentes como os filhos!” Além dos pressupostos biológicos ou hereditários, muitas vezes o que se pretende dizer é que se tratam de familiares que também necessitam de intervenção terapêutica (Reis, 2006).

Deste modo, as famílias foram, por direito próprio, pelo menos teoricamente, promovidas à condição de "parceiros" do sistema, de acordo com as orientações internacionais, sendo de particular interesse para as próprias famílias que estas se disponham a uma atitude pró-ativa (Reis, 2006). A evidência de múltiplos estudos revela que o envolvimento adequado das famílias é de extrema importância para a evolução mais favorável e facilitada do processo terapêutico e reabilitativo do seu familiar (CNRSSM, 2007).

Face a esta situação, os familiares ou pessoas significativas destes utentes e os prestadores informais de cuidados em geral, são um recurso extremamente importante nos cuidados comunitários às pessoas com doença grave e crónica sendo importante procurar manter também a sua saúde física e mental (Reis, 2006). No entanto, é um facto que os membros da família que cuidam regularmente de pessoas com doenças mentais graves (esquizofrenia, autismo ou demência) estão também em elevado risco de morbilidade aumentada devido à sobrecarga e ao stress impostos sobretudo quando se manifestam por comportamentos disruptivos ou limitações funcionais. Assim, devem ser incluídos nas intervenções preventivas prioritárias (Brito, 2006).

A *United Kingdom Central Council for Nursing*, em 1992, definiu como responsabilidade profissional dos enfermeiros o envolvimento da pessoa e da família na educação em relação à terapêutica prescrita (Tarrier et al, 2000).

A pessoa com doença mental grave e sua família devem ser atendidos com intervenções psicoeducativas desde o início do tratamento. A equipa de saúde tem que procurar, o mais cedo possível, criar elementos concretos de ajuda e de desenvolvimento de uma relação terapêutica adequada e participativa, visto que a psicoeducação representa um potente instrumento estratégico para promover a adesão terapêutica e a recuperação da pessoa, além de fortalecer a capacidade de adaptação dos doentes e de suas famílias (EPPIC, 1997).

1.4. O cuidar em Imogene King

Quando se fala em adesão terapêutica, ganha relevância a teoria de alcance de metas e objetivos de Imogene King.

A cronicidade da doença mental pode conduzir a uma alteração drástica no estilo de vida das pessoas, pelas restrições impostas no tratamento, exigindo forte cooperação do utente.

Para King (1981), a saúde é um ajuste contínuo a fatores de stress no meio ambiente, por otimização dos recursos pessoais para alcançar um potencial máximo para viver. No modelo de King têm-se três sistemas em interação: pessoal, interpessoal e social, onde o sistema interpessoal compreende relações entre duas ou mais pessoas. Essas interações são comportamentos observáveis quando estão em presença mútua e é muito positiva no sentido de permitir uma relação de maior confiança entre as pessoas, fazendo com que passem de um momento de interação inicial a um de transação, no qual já há uma manifestação de um relacionamento mais estável.

A interação enfermeiro/doente deve ser aproveitada, objetivando obter do utente o seguimento do tratamento e o controle dos sintomas da sua doença, pois como afirma a teoria, no processo interactivo, dois indivíduos identificam metas e os meios para alcançá-las mutuamente. Quando uma pessoa inicia uma interação, acontece uma ação, depois uma reação e seu desenrolar vai mostrar se a interação evolui para transação. Para King (1981), transação é o comportamento humano dirigido a metas, e acontecem nas situações em que os seres humanos participam ativamente

em eventos, movimentos/ações para alcançar uma meta, o que provoca mudanças no indivíduo.

Outro factor importante para King é a comunicação entre enfermeiro e doente, pois o cuidado de enfermagem envolve conhecimento e habilidades de comunicação com uma variedade de indivíduos, procurando alcançar metas. A dificuldade de comunicação entre doentes e profissionais de saúde é perceptível, pois muitas vezes não há um acordo entre eles em relação ao tratamento, ou seja, as preferências do doente não são consideradas, dificultando a adesão.

Nesta perspectiva, o sistema pessoal de King apresenta-se como um recurso importante para a compreensão da adesão terapêutica. Para isto, é necessário o conhecimento dos conceitos referentes a tal sistema, pois estes poderão influenciar, de forma positiva ou negativa, na adesão do doente ao tratamento.

Essa teoria tem aplicação junto de todos os doentes crónicos, não sómente no caso de doença mental. Muitas vezes, a evolução lenta da doença, que acontece na maioria das doenças crónicas, constitui uma dificuldade à adesão ao tratamento. Trabalhar com metas pode encorajar os doentes a prosseguir, viabilizando uma forma de interacção enfermeiro/doente necessária à eficácia terapêutica e, com o apoio da família, esse encorajamento pode atingir o controle da doença, prevenindo complicações e dando-lhes melhores condições de vida.

Face ao mencionado, as intervenções psicoeducativas surgem como um dos meios à disposição dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde para o “empowerment” da pessoa com doença mental, ela passa a ter mais controle sobre a sua doença e sobre a sua vida.

CAPÍTULO II

**Descrição das atividades
desenvolvidas em estágio**

2.1. Caracterização dos locais de estágio

O departamento de psiquiatria do hospital pertencente à ARS de Lisboa e Vale do Tejo, é constituído por três unidades que funcionam em estruturas físicas distintas, mas interligadas do ponto de vista funcional.

As três unidades do departamento de psiquiatria são: a Unidade de Internamento de Doentes Agudos (U. I. D. A.); a Unidade de Ambulatório (U. A.), que inclui a Consulta Externa e o Projecto de Cuidados Integrados e Recuperação – CIR; e a Unidade de Hospital de Dia.

A U. I. D. A. é um serviço de internamento de pessoas com doença mental em fase aguda. Trata-se de um serviço constituído por nove quartos, sendo seis destes de três camas e os restantes três individuais. Um dos quartos de três camas está destinado para doentes em regime ambulatorio, nomeadamente que estejam a realizar sessões de tratamento de electroconvulsivoterapia. Os quartos individuais são normalmente utilizados por pessoas com comportamentos agressivos.

O serviço é misto, no entanto os quartos são apenas de mulheres ou homens, mediante as vagas existentes no momento.

Assim, a U. I. D. A. comporta dezoito pessoas internadas, cujos diagnósticos são habitualmente perturbações bipolares e esquizofrenias. O tempo médio de internamento não costuma ultrapassar as três semanas.

É um serviço em regime fechado, sendo que apenas excepcionalmente algumas das pessoas internadas têm autorização para ir beber um café ao bar do hospital, na companhia de um profissional do serviço.

Para além dos quartos, o serviço dispõe de uma sala com uma televisão, que é o único sítio do serviço onde os doentes têm autorização para fumar. Dispõe também de três gabinetes, onde se realizam habitualmente as entrevistas, atividades ou formações.

Cerca de metade dos enfermeiros da U. I. D. A. têm o grau de especialistas em enfermagem de saúde mental, no entanto a sua atuação, muitas das vezes, não se distingue da dos restantes generalistas do serviço.

Não existe um plano de atividades pré-definidas para os doentes na U. I. D. A., sendo que algumas das atividades que são realizadas devem-se a iniciativas de cariz pessoal dos enfermeiros em serviço. Assim, alguns dos enfermeiros realizam sessões de biblioterapia e de relaxamento. Em algumas das manhãs, a terapeuta ocupacional costuma realizar sessões de culinária com os doentes.

Quando os doentes têm alta da unidade de internamento, são encaminhados para uma das outras unidades do departamento.

Assim, se estiverem a realizar uma terapêutica de acção prolongada (*DEPOT*), ficam referenciados pela consulta externa da unidade de ambulatório. Se não estiverem sob terapêutica *DEPOT* podem ser referenciados para o CIR, que se trata de um programa da Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009), cujos objetivos são: aprender sobre a doença mental e estratégias de tratamento, diminuição dos sintomas, redução das recaídas e das hospitalizações e fazer progressos relativamente aos objetivos e no sentido da esperança. A enfermeira responsável pela aplicação deste programa teve uma formação prévia nesta área. O CIR utiliza algumas técnicas cognitivo-comportamentais, tais como: o reforço, a moldagem, a prática simulada e a reestruturação cognitiva. Os conteúdos do programa não diferem muito dos do programa psicoeducativo de Barcelona para doentes com perturbação bipolar, que serve de referência para o programa de psicoeducação da unidade de hospital de dia.

Por último, os doentes podem ser referenciados para a unidade de hospital de dia, onde os psiquiatras, enfermeiros e terapeutas ocupacionais aplicam um programa psicoeducativo que inclui o treino de competências para a vida profissional. São também lecionados cursos de informática, carpintaria e jardinagem.

2.2. Fundamentação do programa psicoeducativo

Pekkala e Merinder (1999) efetuaram uma revisão sistemática dos programas de psicoeducação, tendo concluído que pode ter um impacto positivo no aumento do *insight* quanto à patologia, adesão à medicação e nível de funcionamento psicossocial. Outro estudo revelou ainda que a intervenção em grupo permite, devido à partilha de experiências, a desmistificação da doença e a diminuição do estigma associado e incita os indivíduos e familiares a procurar ajuda junto dos técnicos sempre que necessário, promovendo, consequentemente, a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (Pratt et al., 2005).

Gonzalez-Pinto e colaboradores (2004) realizaram um estudo de revisão sobre psicoeducação e terapia cognitivo-comportamental para a perturbação psicótica, fornecendo uma visão geral das referidas modalidades de tratamento. Os autores avaliaram publicações da língua inglesa entre os anos 1971 e 2003 e verificaram que, quando combinada com tratamento farmacológico, a psicoeducação ajuda a melhorar a adesão ao tratamento. Eles evidenciaram ainda que o estímulo da aprendizagem na identificação precoce dos sintomas maníacos auxilia a melhorar os resultados terapêuticos e a reduzir o número de episódios psicóticos.

Vários autores acreditam que o tratamento apropriado das doenças mentais implica o uso racional de intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais, de forma clínica e integrada (Leal et al., 2008).

O tratamento farmacológico deve ser uma base onde são adicionadas as intervenções de natureza psicossocial para garantir uma verdadeira recuperação funcional (social e ocupacional) e não apenas uma remissão da sintomatologia. A maioria das intervenções psicossociais deve ser iniciada após a estabilização do doente, já medicado e com alguma remissão da sintomatologia (Coentre et al., 2011).

A elaboração e aplicação de um programa de psicoeducação no contexto da U. I. D. A., onde o formando estagiou, foi ao encontro de uma necessidade detetada.

As pessoas com doença mental internadas na U. I. D. A. passam a dispor de um programa psicoeducativo numa fase precoce, o que potencializará o seu tratamento, uma vez que “as terapêuticas farmacológicas contribuem para a recuperação

sintomática, não tendo por si só, um papel fundamental para o retorno do funcionamento. Este facto levou a um aumento do foco na necessidade de recuperação social, através da combinação de intervenções psicossociais efectivas com uma boa gestão da medicação” (Coentre et al., 2011, p. 121).

O departamento de psiquiatria do hospital dispõe de programas psicoeducativos na unidade de ambulatório e no hospital de dia, no entanto não tem um programa a nível do internamento de doentes agudos.

A elaboração de um programa psicoeducativo na U. I. D. A. é uma mais-valia não somente para as pessoas que lá estão internadas, mas também para os enfermeiros que lá exercem a sua atividade.

O programa elaborado procurou adequar os conteúdos não somente ao contexto de internamento e às particularidades das pessoas que nele estão internadas, mas também aos conteúdos dos programas existentes nas outras duas unidades do departamento, de modo a garantir uma continuidade da intervenção psicoeducativa e uma melhor articulação da mesma nos diferentes contextos.

2.3. Descrição do programa

Tendo abordado anteriormente os fundamentos e as motivações para o desenvolvimento do programa psicoeducativo, descreve-se, neste ponto, os objetivos e justifica-se os conteúdos, bem como os critérios de exclusão dos doentes do programa.

O primeiro passo para a realização do programa psicoeducativo “Doença Mental: um novo começo” passou, antes de mais, pela análise pormenorizada do programa de perturbações bipolares de Barcelona, que serve de orientação ao programa psicoeducativo implementado na unidade de hospital de dia do departamento de psiquiatria do hospital onde o formando estagiou e por uma revisão sistemática da literatura relacionada com as áreas e conteúdos que devem ser abordados num programa psicoeducativo para pessoas com doença mental.

Os objetivos do programa concebido são: troca de experiências; desenvolvimento de *insight* e de competências de gestão de doença; prevenção de recaída; e promoção de hábitos de vida saudáveis.

Assim, os seus objetivos relacionam-se, de um modo geral, com a promoção de uma participação ativa da pessoa no processo de recuperação e a integração de conhecimentos e a aquisição de competências de auto-gestão da doença, promovendo a adesão ao tratamento e à medicação.

O programa estrutura-se em torno de uma natureza modular, orientada essencialmente em função de sessões de grupo presenciais. É constituída por seis módulos, sendo a que cada um destes corresponde uma sessão.

Embora o programa esteja orientado para sessões de grupo, devido ao fato de desenrolar-se num contexto de internamento, onde as pessoas estão permanentemente, poderá ser feito um trabalho a nível individual com cada um dos participantes, respeitando o seu ritmo e individualidade.

Cada sessão tem uma duração prevista de quarenta minutos, que poderá sofrer alterações mediante o estado mental dos participantes e a sua motivação e participação nas sessões.

As sessões realizaram-se no serviço de internamento do departamento de psiquiatria (U. I. D. A.), num dos gabinetes de entrevista.

Relativamente aos conteúdos dos módulos, passo a descrevê-los.

Atendendo ao programa de perturbações bipolares de Barcelona de Colom et al (2004), cujas orientações servem de base ao programa psicoeducativo implementado no hospital de dia, um programa para pessoas com doença bipolar deve incluir pelo menos os seguintes doze pontos:

“1) Informação sobre os altos índices de recorrência associados à doença e à sua condição crónica;

2) Informação sobre os fatores de desencadeamento e um treino pessoal para auxiliar as pessoas a identificarem os seus próprios;

- 3) Informação sobre os agentes psicofarmacológicos, suas vantagens e seus potenciais efeitos colaterais;
- 4) Treino na detecção precoce dos sintomas prodrômicos;
- 5) Composição de um "plano de emergência";
- 6) Treino sobre os sintomas;
- 7) Informação sobre os riscos associados ao uso de drogas ilícitas, café e álcool;
- 8) Ênfase sobre a importância de rotinas de manutenção, especialmente hábitos de sono;
- 9) Promoção de hábitos saudáveis;
- 10) Treino em gestão de stress;
- 11) Informação concreta sobre alguns assuntos como gravidez e perturbações bipolares e risco de suicídio;
- 12) Lidar com o estigma e outros problemas sociais relacionados com a doença, que as pessoas que sofrem de doença bipolar não podem discutir facilmente com os seus amigos "saudáveis". (Colom et al, 2004, p. 48).

Embora o programa “Doença Mental: um novo começo” não seja unicamente para pessoas com doença bipolar, a sua elaboração atendendo a estes conteúdos não o limita só a pessoas que padeçam desta patologia. No entanto, a grande maioria das pessoas internadas no serviço de internamento tem o diagnóstico de perturbação bipolar, pelo que acaba por ir ao encontro das necessidades dos mesmos.

Colom et al. (2004, p. 49) conceberam as sessões do programa psicoeducativo de Barcelona da seguinte forma:

- “1. Introdução
2. O que é doença bipolar?
3. Fatores causais e desencadeantes
4. Sintomas (I): mania e hipomania

5. Sintomas (II): depressão e estados mistos
6. Curso e desfecho
7. Tratamento (I): estabilizadores de humor
8. Tratamento (II): agentes antimaníacos
9. Tratamento (III): antidepressivos
10. Níveis séricos: lítio, carbamazepina e valproato
11. Gravidez e aconselhamento genético
12. Psicofarmacologia versus terapias alternativas
13. Riscos associados ao abandono do tratamento
14. Álcool e drogas ilícitas: riscos na doença bipolar
15. Detecção precoce de episódios maníacos e hipomaníacos
16. Detecção precoce de episódios depressivos e mistos
17. Que fazer quando uma nova fase for detectada?
18. Regularidade do estilo de vida
19. Técnicas de gestão de stress
20. Técnicas de resolução de problemas
21. Sessão final”

Importa referir que este programa psicoeducativo é aplicado a pessoas com doença bipolar eutímicas, que não estejam numa fase aguda da doença e/ou internadas num serviço de psiquiatria de doentes agudos.

Assim, qualquer programa que fosse concebido para as pessoas internadas na unidade de internamento de doentes agudos do hospital pertencente à ARS de Lisboa e Vale do Tejo teria que ser ajustado a uma realidade bem diferente da de Barcelona e da unidade de hospital de dia.

Paralelamente a esta análise, cruzou os dados obtidos com outros resultantes da revisão bibliográfica de outros autores.

Um programa psicoeducativo para pessoas com psicose deve incluir pelo menos os seguintes doze pontos: informação sobre os altos índices de recorrência associados à doença e à sua condição crónica; informação sobre os sintomas de alerta de recaída e um treino pessoal para auxiliar os pacientes a identificarem os seus próprios fatores; informação sobre os agentes psicofarmacológicos, as suas vantagens e seus potenciais efeitos secundários; treino na deteção precoce dos sintomas prodrómicos; composição de um "plano de emergência"; treino sobre a gestão dos sintomas; informação sobre os riscos associados ao uso de drogas ilícitas, café e álcool; ênfase sobre a importância de rotinas de manutenção, especialmente hábitos de sono; promoção de hábitos saudáveis; treino na gestão de stress; informação concreta sobre alguns assuntos, como a gravidez e o risco de suicídio; e o lidar com o estigma e outros problemas sociais relacionados com a doença, que os pacientes psicóticos não podem discutir facilmente com seus amigos "saudáveis" (Bateman & Fonagy, 2006, citado por Freitas, 2010, p. 20).

Reveste-se de grande importância a perda do estigma e a melhoria do *insight* sobre a doença para o êxito de um programa psicoeducativo, dado que muitos doentes, em geral, partilham de alguns mitos terríveis sobre sua doença que podem levá-los à negação do diagnóstico e à não adesão do tratamento (Bateman & Fonagy, 2006, citado por Freitas, 2010, p. 20).

Assim, o programa psicoeducativo "Doença Mental: um novo começo" foi elaborado para ser aplicado a pessoas em situação aguda de doença mental na unidade de internamento de doentes agudos do hospital.

É constituído por seis módulos, correspondendo a seis sessões.

Atendendo ao tempo médio de internamento ser cerca de três semanas, a planificação apontava no sentido de apresentar dois módulos por semana, de preferência evitando dias consecutivos.

No entanto, se a pessoa tiver alta clínica sem ter terminado o programa psicoeducativo, face à uniformidade de conteúdos com as outras duas unidades do departamento de psiquiatria, tem a possibilidade de concluir o programa e continuar

a ser alvo de uma intervenção psicoeducativa individualizada e que corresponda às suas necessidades, objetivos e motivações no projecto CIR ou no hospital de dia.

O 1º módulo do programa psicoeducativo “Doença Mental: um novo começo” aborda o binómio “saúde vs doença”. Inicialmente, importa desenvolver as relações interpessoais entre todos os intervenientes, promovendo atividades que possibilitem uma identificação de todos enquanto grupo. Seguidamente, proceder à apresentação do programa e saber as motivações e objetivos de cada um dos participantes. Só depois desta fase inicial de conhecimento mútuo e das expectativas de cada um face ao programa se dará início aos conteúdos relacionados com a saúde e doença.

Desde esta primeira sessão, é essencial eliminar o estigma que possa existir relativamente à doença mental. É importante realçar a cronicidade da mesma e o papel que cada um pode ter no seu controle (ver anexos 1 e 2).

O 2º módulo diz respeito aos sinais e sintomas de doença mental. Os doentes são convidados a expressarem como a doença se manifesta neles próprios.

Procura-se acima de tudo motivar à participação nas sessões. As vivências pessoais de cada um são um bom ponto de partida para identificarem num estudo de caso, realizado em grupo, outras manifestações de doença mental. É vincada a importância de uma deteção precoce, o que se é possível através de um conhecimento de si próprios (ver anexos 3 e 4).

O 3º módulo fala da medicação/esquema terapêutico. Os principais objetivos desta sessão prendem-se com o reconhecimento dos benefícios do cumprimento da medicação, bem como o conhecimento de atitudes que facilitem uma correcta gestão da medicação. Aborda efeitos secundários e uma vez mais refere como essencial a adopção de hábitos de vida saudáveis (ver anexos 5 e 6).

Segue-se o 4º módulo, que trata de como lidar com a doença mental. Reforça a importância do planeamento de atividades de vida diárias. A existência de rotinas, de hábitos de higiene, sono e alimentação são imperativos numa vida que se quer produtiva (ver anexos 7 e 8).

Posteriormente, foi apresentado o 5º módulo, intitulado “Prevenção de Recaídas”. É mencionada a importância de um plano de emergência, reduzindo o stress. A identificação precoce dos sintomas de saúde mental pode evitar recaídas e reinternamentos (ver anexos 9 e 10).

O 6º módulo denominado “Melhorar a Qualidade de Vida”, onde são recuperados e revistos inúmeros conceitos abordados ao longo das sessões anteriores (ver anexos 11 e 12).

Todas as sessões estão estruturadas com uma introdução, onde se apresentam os objetivos; o desenvolvimento, onde são apresentados os conteúdos; e uma conclusão, onde se procede à síntese e se esclarecem dúvidas dos participantes da sessão.

Na última sessão foi entregue aos participantes do programa um panfleto como auxiliar de memória de alguns dos principais conteúdos transmitidos ao longo das sessões (ver anexo 13).

Embora o programa psicoeducativo concebido seja constituído apenas por 6 módulos/6 sessões, os conteúdos, ainda que de uma forma muito mais reduzida, procuram incluir a maioria das áreas descritas no programa de perturbações bipolares de Barcelona.

Pretende-se que o grupo que cumprirá o programa psicoeducativo funcione em regime fechado, de forma a facilitar o desenvolvimento e coesão do grupo e a aquisição progressiva de competências. Deverá ser no máximo constituído por quatro ou cinco elementos, de modo a possibilitar uma intervenção individualizada

O programa psicoeducativo está acessível a qualquer pessoa que esteja internada na U. I. D. A., no entanto existe um conjunto de critérios que ajudam a seleccionar os doentes a ingressar no programa.

Os critérios de exclusão do programa estão na sua maioria relacionados com aspetos contemplados no exame do estado mental, cuja avaliação pode ser feita não somente pelos enfermeiros do serviço, mas também pelos psiquiatras e terapeutas ocupacionais.

Assim, a evolução do doente no internamento é discutida no seio da equipa multidisciplinar, aferindo-se relativamente às capacidades destes ingressarem no programa psicoeducativo.

O programa psicoeducativo não se adequa a pessoas com alterações acentuadas de memória, défice acentuado de atenção, ausência de *insight*, alterações acentuadas do pensamento e percepção (atividade delirante acentuada e/ou alucinações), alterações de estado de consciência, fases de hipomania e/ou mania acentuadas e agressividade. Também não são incluídos no programa psicoeducativo pessoas que não queiram, ou seja, que recusem.

Face aos critérios de exclusão adotados, emergiu uma questão ética que foi alvo de análise. Como escolher as pessoas a integrarem o grupo do programa psicoeducativo sem discriminar as restantes?

2.4. Aspetos éticos

A ética e a moral são fundamentais na prática dos cuidados. A moral diz respeito aos deveres profissionais, enquanto a ética fundamenta o agir. A ética em saúde visa essencialmente a qualidade de cuidados prestados, em que todas as ações desenvolvidas devem promover um bem ao utente, família e comunidade (Pires, 2007, p. 13).

A ética e os princípios éticos terão de estar presentes em todos os cuidados prestados, com um objetivo: respeitar a integridade (holística) de cada ser humano. Isto torna-se ainda mais relevante porque o contacto pessoa a pessoa é inevitável. Arroyo (1997, p.63, citado por Pires, 2007) refere que a ética em enfermagem interessa “como uma reflexão sobre os valores e normas que orientam uma atividade profissional”.

O exercício da profissão de enfermagem rege-se por regras relativas à proteção das pessoas como sejam a liberdade, o respeito pela pessoa com a salvaguarda da sua integridade física e psíquica, a justiça, a procura do bem e a eliminação de riscos desnecessários tendo em vista a melhor solução para o sofrimento, o consentimento

informado e a proteção na confidencialidade por parte das pessoas que são alvo da prática clínica dos enfermeiros, seja em contexto do desempenho profissional, seja em contexto académico. De acordo com Nunes (2005), o enfermeiro está obrigado a assegurar que os doentes recebem informação apropriada para consentirem tratamento ou procedimentos, incluindo a participação em investigação. Ainda de acordo com Nunes (2005) foram emanadas diretrizes por parte do Conselho Internacional de Enfermagem, em 1996, e que definem seis princípios éticos que devem guiar os profissionais de enfermagem, particularmente no campo da investigação, a saber:

“1) Beneficência, «fazer o bem» para o próprio participante e para a sociedade. Note-se aqui, o primado da pessoa humana.

2) Avaliação da maleficência, sob o princípio de «não causar dano», e portanto, avaliar os riscos possíveis e previsíveis.

3) Fidelidade – o princípio de «estabelecer confiança» entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito de investigação.

4) Justiça – o princípio de «proceder com equidade» e não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro.

5) Veracidade – seguindo o princípio ético de «dizer a verdade», informando sobre os riscos e benefícios. Associa-se ao consentimento livre e esclarecido.

6) Confidencialidade – o princípio de «salvaguardar» a informação de carácter pessoal que pode reunir-se durante um estudo. Distingue-se do anonimato”.

Na elaboração e aplicação do programa psicoeducativo emergiu uma questão ética que teve que ser alvo de análise. Como seleccionar as pessoas para integrarem o grupo do programa psicoeducativo sem discriminar as restantes?

Importava deixar bem claro que todas as pessoas internadas potencialmente têm direito ao cuidado, neste caso concreto à intervenção psicoeducativa.

Assim, foram elaborados critérios de exclusão e inclusão do programa, baseados na avaliação do estado mental e na evolução das pessoas ao longo do internamento, que justificassem o facto de não ingressarem no grupo.

No entanto, o não ingresso no grupo em determinada altura não invalida que a pessoa quanto tiver numa fase mais avançada da sua recuperação possa ser integrada no programa psicoeducativo, se essa for a sua vontade e se numa avaliação posterior concluir-se que a participação no programa trar-lhe-á ganhos em saúde.

O programa de psicoeducação intitulado “Doença Mental: um novo começo”, está ao dispor de qualquer das pessoas internadas na U. I. D. A., sem qualquer tipo de discriminação, no entanto a sua inclusão no grupo está dependente de alguns critérios que as podem excluir do mesmo. Esses mesmos critérios dizem respeito à própria recuperação da pessoa em situação de doença mental, pelo que numa determinada fase não constitui qualquer tipo de ganho e pode inclusive a sua integração no grupo ser prejudicial para os restantes participantes.

Ao longo de toda a concepção e aplicação do programa psicoeducativo, manteve-se o respeito pela dignidade da pessoa em situação de doença mental, designadamente pelo direito à privacidade, à identidade, à informação e à não discriminação.

É importante realçar que “para qualquer profissional que considere os princípios éticos como o motor das suas escolhas, das suas ações e do seu agir, os resultados adquirem vivências que moldam não só o comportamento profissional, mas também conferem um modo de estar que lhe proporciona uma forma diferente de entender o ser humano, alcançando uma salutar relação de grande qualidade não apenas técnica mas também humana” (Ferreira & Dias, 2005, p.11).

2.5. Reflexão crítica e fundamentada dos processos de trabalho utilizados e resultados obtidos

Neste ponto proceder-se-á a análise das atividades desenvolvidas e processos de trabalho utilizados, bem como dos resultados obtidos, de acordo com o corpo de conhecimentos que sustentam a problemática estudada, bem como da teoria de alcance de metas e objetivos de Imogene King, que foi o modelo conceptual de

referência adotado pelo formando no presente trabalho. Far-se-á uma reflexão sustentada acerca do porquê das atividades desenvolvidas e dos seus objetivos, uma comparação entre os resultados obtidos com os que eram esperados e as limitações do trabalho.

O estágio nas diferentes unidades do departamento de psiquiatria de um hospital pertencente à ARS de Lisboa e Vale do Tejo, foi realizado de uma forma integrada. Embora o formando tenha aplicado o programa psicoeducativo que concebeu na unidade de internamento de doentes agudos, foi de extrema importância ao longo de todo este processo ir conhecendo o funcionamento da unidade de hospital de dia e da consulta externa – projecto CIR, de modo a que o programa pudesse ser desenvolvido de forma integrada em todo o departamento.

Inicialmente, teve a oportunidade de assistir à aplicação de um programa psicoeducativo a familiares de pessoas com doença mental, nomeadamente psicoses, desenvolvido pela ARIA – Associação de Reabilitação e Integração Ajuda. Ainda que o programa a aplicar fosse direccionado para pessoas com doença mental e não os seus familiares, foi importante esta experiência pelo conhecimento de algumas áreas de intervenção e pelas técnicas de grupo utilizadas.

A aplicação do programa psicoeducativo “Doença Mental: um novo começo” só se realizou na 2ª metade do estágio, em Janeiro de 2012, devido ao facto da adaptação do formando à realidade de um serviço de psiquiatria não ter sido fácil, uma vez que tinha muito pouca experiência nesta área, e as pessoas internadas não cumprirem os critérios para a inclusão no grupo psicoeducativo. O tratamento farmacológico deve ser uma base onde são adicionadas as intervenções de natureza psicossocial para garantir uma verdadeira recuperação funcional (social e ocupacional) e não apenas uma remissão da sintomatologia. A maioria das intervenções psicossociais deve ser iniciada após a estabilização do doente, já medicado e com alguma remissão da sintomatologia (Coentre et al., 2011).

Teria sido importante para o formando a aplicação do programa na 1ª metade do estágio, o que possibilitaria a formação de um segundo grupo de intervenção onde pudesse alterar alguma coisa que correu menos bem.

Após a elaboração do programa, foi agendada uma sessão de esclarecimento para todos os profissionais de saúde do departamento, tendo sido feita uma ação de formação para o efeito. Embora pretenda-se que a aplicação do programa seja realizada por enfermeiros, foi importante dar conhecimento deste a todos os profissionais do departamento, de modo a considerarem este programa como mais um recurso ao dispor dos doentes.

Apesar da não adesão aos tratamentos ser provavelmente a principal causa de insucesso das terapêuticas, não se encontram suficientemente desenvolvidas medidas validadas de detecção do nível de adesão (Delgado & Lima, 2001). Na revisão sistemática efectuada, verificou-se que apenas uma escala está devidamente validada em português para avaliar os diversos comportamentos de adesão – Medida de Adesão aos Tratamentos – MAT (ver anexo 14).

Assim, utilizou a escala, depois de devidamente autorizado pelos seus autores, como orientação na entrevista com os clientes, para conhecer os comportamentos de adesão das pessoas que fazem parte do grupo psicoeducativo.

O grupo era constituído por quatro pessoas. Três dessas pessoas eram do sexo masculino, uma do sexo feminino.

Após a seleção dos participantes no programa psicoeducativo, ele estabeleceu com estes as normas para o funcionamento do grupo, agendando as datas das sessões.

Qualquer pessoa que quisesse abandonar o grupo no decorrer do programa poderia fazê-lo, desde que essa fosse a sua vontade. As regras acordadas com os participantes eram relativamente simples, nomeadamente sentarem-se sempre nos mesmos lugares e falarem na sua vez, tudo com um objetivo terapêutico.

Na 1ª sessão, o formador procurou o desenvolvimento de relações entre todos os elementos do grupo. Teve a preocupação de saber quais as expectativas dos participantes relativamente ao programa.

Na tentativa de envolver ao máximo os participantes nas sessões, a preocupação do formador foi no sentido de adequar os conteúdos, através de uma linguagem simples e perceptível. A escolha do método pedagógico também procurou ir ao encontro das necessidades dos participantes. Considerando que estes têm algumas

diminuições fruto do seu internamento, este fato acabou por pesar na escolha do método ativo em relação a uma sessão meramente expositiva. Embora o *power point* constituísse um auxílio, a escolha do método ativo na maioria das sessões deveu-se a:

“os métodos ativos permitem trazer para a formação a experiência pessoal, e a pessoa aprende melhor se se sentir pessoalmente implicado na ação porque, segundo alguns estudos, retemos: 20% do que ouvimos, 20% do que vemos, 50% do que vemos e ouvimos simultaneamente, 80% do que dizemos; 90% do que dizemos enquanto fazemos algo em que refletimos e participamos pessoalmente.” (Minicucci, 1986)

Segundo Mucchielli (1985), a utilização da experiência pessoal aumenta a motivação das pessoas que, ao verem que estão implicadas pessoalmente na sessão, sentem-se mais animadas a participar no processo e a fazer parte do grupo.

Assim, nesta primeira sessão, através de um jogo de palavras, construiu, em conjunto com o grupo, os conceitos de saúde, doença, saúde mental e doença mental.

Misturou-se diversas frases que definem os conceitos supracitados, tendo os participantes que agrupá-las corretamente.

Procurou-se desde logo diminuir a carga emocional em torno da doença mental. Reveste-se de grande importância a perda do estigma e a melhoria do *insight* sobre a doença para o êxito de um programa psicoeducativo, dado que muitos doentes, em geral, partilham de alguns mitos terríveis sobre sua doença que podem levá-los à negação do diagnóstico e à não adesão do tratamento. Desta forma, entender a negação e aprender as causas biológicas da doença constituem uma parte essencial das primeiras sessões (Bateman & Fonagy, 2006, citado por Freitas, 2010, p. 20).

Na 2ª sessão, uma vez mais, aproveitando a experiência pessoal dos participantes, recorreu a uma técnica do método ativo, a do estudo de casos.

Assim, foi proposto ao grupo a resolução de dois casos, nomeadamente a identificação de sintomas de doença mental.

“Um caso” é uma situação concreta da vida real, que reclama uma resolução ou decisão. “O caso” deve ser da área de competências dos participantes, que o estudarão depois de previamente lhe serem proporcionados os dados necessários.

Trata-se de uma técnica eficaz para o desenvolvimento de aptidões de: Análise de situações; Seleção de dados importantes; Concepção de várias hipóteses de solução; Comunicação de ideias; Diagnóstico de problemas; Tomada de decisões (Minicucci, 1985).

A detecção precoce dos potenciais sintomas prodrômicos é outra questão importante inerente aos programas psicoeducativos. Os estudos têm demonstrado que os pacientes inscritos nos programas psicoeducativos aprendem a identificar facilmente sinais comuns de recaídas psicóticas, o que constitui o primeiro passo para a detecção precoce (Morselli & Elgie, 2002, citado por Freitas, 2010, p.21). Embora ainda não se possa assegurar que cada conteúdo seja indispensável por si só para o sucesso da psicoeducação, como recurso terapêutico em pessoas com psicose, a literatura científica aponta para a relevância da combinação dos conteúdos programáticos que suportam o modelo psicoeducativo, demonstrando bons resultados profiláticos em pessoas com psicose (Morselli & Elgie, 2002, citado por Freitas, 2010, p.21).

Na 3ª sessão, promoveu o trabalho em grupo, através de uma proposta de resolução de um pequeno exercício em que os participantes tinham que associar atitudes que facilitam o cumprimento da medicação a imagens. Após a apresentação dos conteúdos da sessão, por meio do *power point*, associado a técnicas de perguntas, visando motivar os participantes, fez-se a utilização das matérias apresentadas no exercício supra citado.

Na 4ª sessão, propôs ao grupo o planeamento de um dia de suas vidas. Atividades de vida diárias, a importância da existência de rotinas para uma vida mais produtiva. O formando recorreu a esquemas e suportes visuais para expor os conteúdos da sessão.

Na 5ª sessão, em grupo, os participantes elaboraram um plano de emergência em situações de crise. Individualmente, cada participante reconheceu a sua rede de apoio e suporte.

Na última sessão, a 6ª, realizou-se uma revisão, em grupo, questionando os participantes, acerca dos principais conceitos e conteúdos transmitidos ao longo do programa psicoeducativo.

Todas as sessões estão estruturadas com uma introdução, onde se apresentam os objetivos; o desenvolvimento, onde são apresentados os conteúdos; e uma conclusão, onde se procede à síntese e se esclarecem dúvidas dos participantes da sessão.

Uma das limitações deste trabalho diz respeito à avaliação. Face à curta duração do estágio e do próprio programa psicoeducativo, não se consegue avaliar a eficácia deste na adesão terapêutica. Segundo Colom (2004), o maior número de recaídas dá-se a partir dos 6 meses após a intervenção psicoeducativa.

Pese o facto de não se conseguir avaliar a eficácia deste programa, torna-se importante fazer uma avaliação ao longo das sessões, através da participação das pessoas. É essencial validar o apreendido pelos elementos do grupo psicoeducativo. Não basta informar, mas sim perceber o sentido que cada um dos participantes dá ao que lhe foi transmitido.

Este tipo de avaliação pode ser feita ao longo das sessões e/ou no final destas, mas também no *feedback* que nos vai sendo transmitido pelas pessoas no internamento no seu dia-a-dia. É uma avaliação subjetiva, que resulta sobretudo da observação do formando. Trata-se de uma avaliação realizada no momento.

Uma das formas para avaliar a eficácia do programa psicoeducativo “Doença Mental: um novo começo”, poderia ser através da aplicação da Medida de Adesão aos Tratamentos antes da pessoa cumprir o programa e voltar a aplicá-la 6 meses depois, de modo a avaliar os comportamentos de adesão das pessoas desde a realização do programa psicoeducativo.

O formando poderia ter envolvido ainda mais os enfermeiros do serviço neste processo, solicitando a sua colaboração, não somente na escolha das pessoas para integrarem o grupo psicoeducativo, mas também na aplicação da MAT 6 meses após o término das sessões.

Tentar avaliar a adesão pelos resultados clínicos é uma ingenuidade médica na medida em que pressupõe uma relação directa e estreita entre a adesão e os resultados desejados. Na verdade tal relação não se verifica. No entender de Gordis (1976, citado por Delgado & Lima, 2001, p. 84), o resultado clínico não deve ser considerado um critério válido para medir a adesão aos tratamentos, na medida em que o doente pode curar-se ou estar controlado por muitas outras razões que não a adesão aos tratamentos tal qual foram prescritos, ou, noutros casos, como considera O'Brien et al. (1992, citado por Delgado & Lima, 2001, p. 84), o doente pode aderir e no entanto não manifestar o efeito desejado. No entender de Bond e Hussar (1991, citado por Delgado & Lima, 2001, p. 84), o resultado clínico pode ser usado como medida de adesão quando a um dado tratamento está associado um resultado clínico de sucesso preciso (e.g. nível de glicose ou a pressão arterial normal). No entanto, estes autores consideram que aqui pode facilmente ocorrer o chamado “efeito da escova de dentes”, i.e., o doente adere ao tratamento apenas imediatamente antes da visita ao médico.

Assim, a Medida de Adesão aos Tratamentos procura apenas captar os diversos comportamentos de adesão.

Outra das limitações deste trabalho, que foi devidamente identificada, trata-se da pouca experiência do formando na área da saúde mental e psiquiatria. Pese a heterogeneidade das pessoas que foram seleccionadas para o grupo psicoeducativo, quer pela diversidade de diagnósticos e causas de abandono terapêutico, todos os quatro foram muito participativos nas sessões. As quatro pessoas que integraram o grupo já apresentavam uma remissão considerável da sintomatologia, tendo já algum *insight*, o que facilitou o papel do formando.

A maioria das sessões realizou-se após o lanche, fator facilitador uma vez que neste período não são administrados medicamentos aos doentes, o que poderia fazer com que estes fossem mais lentificados para as sessões.

O enfermeiro orientador foi sempre um recurso, uma vez que em algumas das sessões onde os participantes tentaram centrar as atenções em si próprios, este ajudou no sentido de evitar situações de manipulação. O enfermeiro docente da escola foi extremamente importante na orientação para a adaptação dos conteúdos do programa, tornando-os simples e compreensíveis aos participantes.

Um segundo grupo teria sido importante para comparação relativamente ao primeiro, até porque poderia constituir um desafio mais exigente.

Os resultados obtidos foram animadores e superaram largamente as expectativas.

A receptividade e participação das pessoas nas sessões foi muito boa e embora em algumas das sessões o formando tenha tido dificuldades em dirigir o grupo, tal ficasse a dever à pouca experiência deste na área de saúde mental e psiquiátrica.

O *feedback* dos participantes foi positivo, não somente pelo facto de verbalizarem terem gostado, mas sobretudo pela participação destes nas sessões.

O formando teve a oportunidade de realizar o programa psicoeducativo na sua totalidade aos quatro elementos do grupo, em contexto de internamento. Foi muito satisfatório para este as palavras de agradecimento dos participantes no final das sessões, tendo sido importante o grupo não ter sofrido alterações ao longo de todo o programa psicoeducativo.

Atendendo à revisão bibliográfica efectuada, a psicoeducação apresenta-se como um instrumento de trabalho cujas mais-valias observadas em recentes aplicações patológicas indicam, ao que parece, que esta metodologia de reabilitação comporta uma taxa de sucesso elevada, nomeadamente na área da saúde mental.

Dos estudos realizados, encontramos eficácia nos programas de psicoeducação que incidem na intervenção de competências específicas, tais como, treino de competências sociais e prevenção de recaídas e readmissões (Lincoln, Wilhelm & Nestoriuc, 2007, citado por Freitas, 2010, p. 22).

Os últimos cinco anos representam um avanço significativo para uma fase de consolidação de enfoques bem testados e a maioria dos estudos indica a alta eficácia de programas para a prevenção de recaídas com base na psicoeducação (Colom et al., 2004, citado por Freitas, 2010, p. 23).

Na Europa, os estudos de Eduard van Gent devem ser também mencionados, pois mostraram uma significativa diminuição no comportamento de não-adesão ao tratamento e nos internamentos entre os pacientes que participaram em programas psicoeducativos (Van Gent, 2000, citado por Freitas, 2010, p. 23).

Uma revisão sistemática realizada em 2000, permitiu verificar que as abordagens psicoeducacionais diminuem significativamente as recaídas e os ratios de internamento entre nove a dezoito meses de *follow-up* quando comparados com os tratamentos convencionais, tendo, portanto, um efeito positivo no bem-estar da pessoa. Assim, são consideradas abordagens úteis como parte integrante do plano terapêutico da pessoa com psicose. Além disso, as intervenções psicoeducacionais são também particularmente atrativas por serem pouco dispendiosas e facilmente aplicáveis (Pekkala & Merinder, 2000, citado por Ehmann, 2004).

Conceber e aplicar um programa psicoeducativo para pessoas com doença mental foi para o formando um desafio muito aliciante.

O estigma da doença mental começa muitas vezes nos próprios profissionais, e este estágio acabou por demonstrá-lo.

Ele exerce a sua actividade num serviço de pessoas com doença de evolução prolongada do foro cardíaco, com múltiplas limitações na sua vida diária, tendo muitas delas doenças mentais associadas. No entanto, o lidar com pessoas internadas num serviço de psiquiatria gerou-lhe alguma ansiedade, fruto do receio do desconhecido e da carga emocional que ele próprio atribui a esta doença.

O desenrolar do estágio foi-lhe permitindo abandonar alguns preconceitos e desenvolver algo que tem sido muito negligenciado na sua prática, a relação.

Foi com agrado que conseguiu em algumas situações criar uma relação de ajuda com o outro, no entanto, por vezes, tinha uma necessidade excessiva de justificar à luz do corpo de conhecimentos todas as suas ações, fruto de alguma insegurança.

A necessidade constante de justificar as suas ações acabava por funcionar como a sua zona de conforto, a “sua bolha”, onde se poderia proteger de qualquer situação que lhe gerasse constrangimento.

Ele sente que ainda tem muito a percorrer no sentido do auto-conhecimento, mas acredita que este estágio tenha representado o início deste percurso.

CAPÍTULO III

Conclusões

3.1. Considerações finais e perspectivas futuras

O formando atingiu os objetivos a que se tinha proposto.

Teve a oportunidade de trabalhar o seu auto-conhecimento, ainda que de uma forma menos aprofundada do que desejava, bem como concebeu e aplicou um programa psicoeducativo a pessoas com doença mental grave, objetivando a adesão terapêutica.

Através de uma exploração teórica conceptualizou a problemática da adesão terapêutica na doença mental grave, abordando os contributos e a eficácia das intervenções psicoeducativas na melhoria desta.

De acordo com a revisão bibliográfica efectuada, sabe-se que a psicoeducação como modelo terapêutico e prática frequente no meio institucional, potencializa os resultados terapêuticos na medida em que as pessoas com doença mental passam a ter um maior conhecimento da patologia, aprendem a lidar com as situações do dia-a-dia de forma mais adequada e aprendem a gerir crises. A aprendizagem de detecção de sinais iniciais e informações acerca da doença, que passa a ser vista pela pessoa como a “sua doença”, constituem outros dos objectivos primordiais da psicoeducação.

O tratamento da doença mental implica uma abordagem farmacológica, mas também intervenções psicossociais. Através desta modalidade de intervenção é possível reduzir o número de recaídas e consequentemente de internamentos hospitalares, potencializando o papel social do doente e promovendo um aumento da sua qualidade de vida.

A análise da problemática da adesão terapêutica à luz do modelo de Imogene King possibilitou ao formando um olhar crítico e reflexivo sobre os cuidados de enfermagem prestados na sua prática diária.

É essencial olhar a pessoa como um parceiro nos cuidados, importa envolvê-la em todo este processo, uma vez que esta é o foco de toda a intervenção.

Os objetivos têm que ser definidos em função da pessoa e não do cuidador. É imperativo respeitar as suas expectativas, motivações e ritmos próprios.

A comunicação entre enfermeiro e pessoa é extremamente importante, pois o cuidado de enfermagem envolve conhecimento e habilidades de comunicação com uma variedade de indivíduos, procurando alcançar metas. A dificuldade de comunicação entre doentes e profissionais de saúde é perceptível, pois muitas vezes não há um acordo entre eles em relação ao tratamento, ou seja, as preferências do doente não são consideradas, dificultando a adesão.

O conhecimento que a pessoa possui sobre a terapêutica é uma determinante importante de adesão, pelo que os profissionais de saúde nas interações que estabelecem com os doentes devem assegurar que se trata de uma relação baseada na confiança e que estes tenham compreendido as recomendações (Bishop, 1994; Ockene et al., 2002).

O formando na sua prática diária, na unidade de doentes coronários, passou a prestar cuidados em função do outro e não atendendo a objetivos pessoais que muitas vezes não coincidem com os da pessoa cuidada e só a tornam mais dependente.

A grande finalidade da relação de ajuda e o grande objetivo do enfermeiro é a autonomia do outro. O enfermeiro é um importante recurso à disposição da pessoa, no entanto a procura do sentido para a vida é um processo pessoal, onde o enfermeiro adopta um papel de orientador, nunca substituindo a pessoa.

Pese um conjunto de limitações, que foram alvo de reflexão no capítulo anterior, a aplicação do programa de psicoeducação a pessoas com doença mental possibilitou a aquisição de competências na área da prestação de cuidados de âmbito psicoeducacional, que serão essenciais para ele poder desenvolver futuramente um programa para outras pessoas com doença de evolução prolongada, que têm insuficiência cardíaca.

Embora numa fase inicial a aplicação do programa no serviço de psiquiatria tenha sido uma tarefa muito complicada, sobretudo por alguma inadaptação a uma área onde tinha pouca experiência e pelo fato das pessoas que se encontravam internadas no serviço não cumprirem os requisitos para integrarem um grupo psicoeducativo e a sua inclusão neste não lhes trazer qualquer benefício, a

concretização do programa acabou por possibilitar o atingir dos objetivos que este se tinha proposto no projecto.

Os aspectos acima mencionados foram os mais negativos ao longo do percurso do formando. Ao deparar-se com alguns aspectos contrários aos que esperaria, ficou algo desmotivado e demorou algum tempo a reagir às adversidades, no entanto contando com o apoio do seu orientador e do docente da escola, acabou por conseguir ajustar o seu programa psicoeducativo à realidade que encontrou.

A aplicação do programa psicoeducativo foi bem-sucedida e os profissionais do serviço reconheceram a importância da sua existência no internamento de doentes agudos para uma abordagem não somente farmacológica, mas também psicossocial, potencializando a recuperação e um papel mais ativo da pessoa com doença mental o mais precocemente possível.

Atendendo ao fato de que já existem programas de intervenção psicoeducativa em duas das unidades do departamento de psiquiatria do hospital pertencente à ARS de Lisboa e Vale do Tejo, onde o formando estagiou, os enfermeiros do internamento de doentes agudos mostraram interesse em desenvolver e completar o programa psicoeducativo concebido pelo formando em contexto académico, de modo a assegurarem um cuidado mais competente e diferenciado à pessoa com doença mental, assegurando uma uniformização com as restantes unidades a nível de intervenção psicoeducativa.

Embora a pessoa com doença mental tenha características muito particulares, não deixa de ser alguém que padece de uma doença de evolução prolongada, pelo que tem conseguido assegurar a transição das aprendizagens em contexto de estágio para o seu contexto profissional.

Atendendo à experiência profissional que tem na área da insuficiência cardíaca, verifica-se um número considerável de reinternamentos por abandono terapêutico. A pessoa com insuficiência cardíaca tem inúmeras limitações, sendo que muitas destas advêm dos efeitos secundários dos esquemas terapêuticos instituídos, nos quais a pessoa não foi devidamente envolvida nem está motivada para o seu cumprimento.

A não adesão terapêutica resulta tipicamente de crenças sobre efeitos secundários e rotura nos estilos de vida e outras preocupações sobre os efeitos a longo o prazo e dependência (Leventhal et al., 1987; Murray et al., 2004).

A concepção de um programa psicoeducativo visando a adesão terapêutica nestes doentes é um compromisso que assumiu desde o início do seu percurso académico.

Pretende-se que este percurso se traduza na prestação de cuidados especializados de excelência, na área de especialização de ESMP, com o enriquecimento efetivo do corpo de conhecimentos, enquanto futuro enfermeiro especialista que abraçou esta profissão com total empenho, dedicação e constante desejo de melhorar significativamente o padrão de qualidade dos cuidados prestados, em prol de uma ciência que constitui o corpo de conhecimentos da profissão de enfermagem, com a visibilidade necessária para a atribuição de uma importância real e efetiva por parte dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades na prestação de cuidados de saúde diferenciados e especializados, tendo como finalidade primordial a garantia do aumento da qualidade de vida dos clientes.

O caminho a percorrer pelo formando enquanto enfermeiro especialista é longo, a realização do mestrado nesta área é apenas o início dessa longa travessia...

Bibliografia

American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. 4ª edição - revisão de texto. Lisboa: Climepsi.

Bahls, S.C.; Zacar, F.M.H. (2003). As Intervenções Psicossociais no Tratamento da Esquizofrenia. *Interação em Psicologia*. Curitiba-Brasil.

Bauml, J. (et al.) (2006). Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families. *Schizophrenia Bulletin*. 32 (1). 1-9.

Bellack, A.S.; Mueser, K.T. (1993). Psychosocial Treatment for Schizophrenia. In: Special Report: Schizophrenia. Rockville: National Institute of Mental Health.

Bishop, George D. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Singapore: Allyn and Bacon.

Brannon, Linda; Feist, Jess (1996). *Adhering to Medical Advice. Health Psychology: an Introduction to Behaviour and Health*. 3ª ed. USA: Brooks/Cole Publishing Company.

Brito, L. (2006). Intervenções psicoeducativas para famílias de pessoas com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 5, 15-24. ISSN 0873-1586.

Cameron, Catherine (1996). Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.24, nº 2.

Caminha, R.; Wainer, R.; Oliveira, M. & Piccoloto, N. (2003). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais – Teoria e Prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Chien, W. (2008). Commentary on Maneesakorn et al. (2007) An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *Journal of Clinical Nursing* 16, 1302-1312. *Journal of Clinical Nursing*, 17(11), 1530-1531. Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database.

Coentre, R. (et al.) (2011). Intervenção precoce na psicose – primeiro episódio psicótico e período crítico. *Acta Med. Port. – Artigo de Revisão*; 24 (1): 117-126.

Coffey, M. (1999). Psychosis and medication: strategies for improving adherence. *British Journal Of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 8(4), 225-230. Retrieved from MEDLINE with Full Text database.

Colom, F.; Vieta, E. (2004). Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 26 (Suplemento III); p. 47-50.

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. (2007). Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016. Lisboa, Ministério da Saúde. Recuperado em 6 de Julho de 2011, do

<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/AC8E136F-50E4-44F0-817F-879187BD2915/0/relatorioplanoaccaoservicossaudental.pdf>.

Conselho Internacional de Enfermeiras (2005) - Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP): versão Beta 2. 3ª ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Delgado, A. B.; Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2 (2); p. 81-100.

Donohoe, G. (2006). Adherence to antipsychotic treatment in schizophrenia: what role does cognitive behavioral therapy play in improving outcomes?. *Disease Management & Health Outcomes*, 14(4), 207-214. Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database.

Duhamel, F. (1995). La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers. Montréal: Gaëtan Morin Editeur.

Ehmann, T.; Yager, J. (2004). Early psychosis: a review of the treatment literature. Children's mental health policy research program.

EPPIC. Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (1997). Psychoeducation for early psychosis. Psychiatric Services Branch: Department of Human Services. Vitória, Austrália.

Espinosa, A. (1998). Guias Práticos de Enfermagem: Psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora McGraw-Hill Interamericana.

Ferreira, M.; Dias, M. O. (2005) – Ética e profissão: relacionamento interpessoal em enfermagem. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-04-6.

Freitas, J. C. (2010). Concepção de um programa de psicoeducação para indivíduos com primeiro surto psicótico. Dissertação de mestrado na área de especialização de Psicologia da Saúde. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.

Gillam, T. (2006). Positive approaches to schizophrenia. *Mental Health Practice*, 10(4), 30-33. Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database.

Glanz, K. (1999). Teoria num Relance. Um Guia para a Prática da Promoção na Saúde. In: Sardinha, Matos LB, Loureiro MG, editores. Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo. Lisboa: FMH Edições. p. 9-95.

Goldstein, M.J. (1994). Psychoeducational and family therapy in relapse prevention. *Acta psychiat Scand*.

Goldstein, M.J. (1995). Psychoeducation and Relapse Prevention: An Update. In: Critical Issues in the Treatment of Schizophrenia. N. Brunello, G. Racagni, S. Z. Langer, J. Mendlewicz (Eds). Basel: Karger. 134-141.

Gonzalez-Pinto, A.; Gonzalez, C.; Enjuto, S. et al. (2004) - Psychoeducation and Cognitive-Behavioral Therapy in Bipolar Disorder: an Update. Acta Psychiatr Scand 109(2): 83-90.

Gray, R.; Wykes, T. & Gournay, K. (2002). From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 9(3), 277-284. Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database.

Horne, Robert (2000). Compliance, Adherence and Concordance. In GARD, P. – Behavioural Approach to Pharmacy Practice. London: Blackwell. Cap.11.

Huxley, N. A.; Parikh, S. V. & Baldessarini, R. J. (2000). Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder: state of the evidence. Harvard Review of Psychiatry, 8 (3), 126-40.

Jaarsma, T. [et al.] (2000). Self-care behaviour of patients with heart failure. Scand. J. Caring Sci. Nº 14.

Kaplan e Sadock (2007). Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 9ª edição. São Paulo: Artmed. ISBN 978-85-363-0763-3.

King, Imogene (1981). A theory for nursing: systems, concepts, process. New York: Wiley Medical Publications.

Knapp, P.; Isolan, L. (2005) - Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. Rev. Psiqu. Clín. 32, supl. 1, 98-104.

Konkle-Parker, Deborah J. (2001). A Motivational Intervention to Improve Adherence to treatment of Chronic Disease. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. Vol.13, nº 2 (Fev. 2001), p.61-68.

Lazure, H  l  ne (1994). *Viver a rela  o de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.

Leal, M. I. (et al.) (2008). Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. *Actas Espa  olas Psiquiatria*. 36(2), 63-69.

Leventhal, H.; Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*.1(10). 117-138.

Lindstrom, E. & Bingfors, K. (2000). Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. Economic and clinical issues. *Pharmacoeconomics*, 18(2), 106-124. Retrieved from MEDLINE with Full Text database.

Lip, Gregory Y. H.; Li- Saw-Hee, Foo Leong (2000). Anticoagulation of older patients. *British Geriatrics Society*. n   29.

Mansur, A. P. [et al.] (2001). Prescription and Adherence to Statins of Patients with Coronary Artery Disease and Hipercolesterolemia. *Arq Bras Cardiol*. Vol. 76, n   2 (2001), p. 115-118.

Marder, S. (1999). Treatment Research and the Causes of Schizophrenia. In: *Search for the Causes of Schizophrenia*. Vol. IV Balance of the Century. W. F. Gattaz, H. Hafner (Eds). Berlin: Springer-Verl. 1999, 368-370.

Mcgorry, P.D.; Edwards, J. (2002). *Interven  o precoce nas psicoses*. São Paulo: Janssen-Cilag.

Mcintosh, A. (2008). Compliance therapy for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews, (4), Retrieved from Cochrane Database of Systematic Reviews database.

Merinder, L. (et al.) (1999). Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding effectiveness. Social & psychiatric epidemiology, 34 (6), 287-295.

Minicucci, A . (1985), Técnicas de Trabalho de Grupo, Ed. Atlas, S.Paulo

Minicucci, A . (1986), Dinâmica de Grupos, Ed. Atlas, S.Paulo

Mucchielli, R. (1985), A Formação de Adultos, Liv. Martins Fontes, S.Paulo

Murray, Michael D. [et al.] (2004). A Conceptual Framework to Study Medication Adherence in Older Adults. The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy. Vol.2, nº 1 (2004), p. 36-43.

Naylor, M. [et al.] (2000). Patient problems and advanced practice nurse interventions during transitional care. Public health nursing. Vol.17, nº 2 (2000), p. 94-102.

Neeb, Kathy (2000). Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental. Loures: Lusociência.

Nunes, Lucília (2005). XXVI Congresso Português de Cardiologia (Comunicação apresentada na mesa redonda “Ética na Prática de Enfermagem). Porto.

Ockene, Ira S. [et al.] (2002). Adherence Issues and Behavior Changes: Achieving a Long-Term Solution. Journal of the American College of Cardiology, Vol 40, nº 4 (2002), p. 630-640.

OMS – Organização Mundial de Saúde (2002). Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde/OMS.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos. (s. l.): OE.

Padilha, J. (2006). Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa: conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde. Porto: [s.n.] Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Pereira, Filipe Miguel Soares (2007). Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros: estudo empírico sobre um resumo de dados de enfermagem. Porto: [s.n], 2007. Dissertação de Doutoramento em Ciências da Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Pires, A. P. (2007). Revista Sinais Vitais nº 72. Maio de 2007. Coimbra: FORMASAU.

Pratt, S. (et al.) (2005). Evaluation of a PTSD psychoeducational program for psychiatric inpatients. *Journal of Mental Health*, 14(2), 121 – 127.

“PROFORM” – Programa de Formação em Saúde Mental Comunitária (2009). CIR – Cuidados Integrados e Recuperação. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Lisboa.

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental; Regulamento nº 129/2011; Ordem dos Enfermeiros-OE, 20 de Novembro de 2010.

Reis, F. (2006). Intervenção Psicoeducativa nas Famílias de Esquizofrénicos. *Revista Psi Logos*, 1 (1), 19-42.

Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.

Rossler, W. (1999). *Advances in Psychiatric Rehabilitation*. In: *Search for the Causes of Schizophrenia Vol. IV Balance of the Century*. W. F. Gattaz, H. Hafner (Eds). Berlin: Springer-Verl., 341-353.

Rummel-Kluge, C. et al. (2006) - *Psychoeducation in Schizophrenia—Results of a Survey of All Psychiatric Institutions in Germany, Austria, and Switzerland*. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 765–775.

Serra, A. Vaz (1986). *O inventário clínico do auto-conceito*. *Psiquiatria clínica*. Volume 7. nº 2, pp. 57-66.

Sim, E. (2006). *Predicting outpatient's attitude of compliance on medication in a psychiatric setting*. *Singapore Nursing Journal*, 33(2), 13- 19. Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database.

Simoneau, T. L.; Miklowitz, D. J.; Richards, J. A.; Saleem, R., & George, E. L. (1999). *Bipolar Disorder and Family Communication: Effects of a Psychoeducational Treatment Program*. *Journal of Abnormal Psychology*, 10(4), 588-597.

Smith, J.; Hughes, I. & Budd, R. (1999). *Non-compliance with anti-psychotic depot medication: users' views on advantages and disadvantages*. *Journal of Mental Health*, 8(3), 287-296. Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database.

Suhonen, R. [et al] (2008). *A review of outcomes of individualized nursing interventions on adult patients*. *Journal of Clinical Nursing*. Pp. 843-860.

Taylor, C. M. (1992). *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness*. 13ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas

Tarrier, N. & Bobes, J. (2000). The importance of psychosocial interventions and patient involvement in the treatment of schizophrenia. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 4(0), 35-51. Retrieved from E-Journals database.

Trzepacz, P. T.; Baker, R. W. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. 1ª edição. Lisboa: Climepsi Editores.

United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (1992). *Standards of Administration of Medicines*. UKCC, London.

WHO (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO.

Woo, H. & Frisbie, W. P. (2005). *Self-regulated health behavior and chronic disease: a longitudinal analysis of a healthy population*. Austin: University of Texas.

Zeidner, M.; Boekaerts, M. & Pintrinch, P. (2000). Self-regulation: directions and challenges for a future research. In M. Boekaerts, P. R. Pintrinch & M. Zeidner (Eds.). *Handbook of Self-Regulation* (pp. 750-769). San Diego: Academic Press.

ANEXOS

ANEXO 1 – Planificação da Sessão do Módulo I

Módulo I: SAÚDE vs DOENÇA

Duração: 40 minutos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Desenvolvimento de relações interpessoais, promovendo o conhecimento dos elementos que constituem o grupo; Apresentação genérica do programa, analisando as expectativas e motivações de cada doente; Promoção da interação entre os elementos do grupo; Esclarecimento sobre a doença mental; Reconhecer a importância dos comportamentos na manutenção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

ATIVIDADES

Começar com uma atividade quebra-gelo para conhecimento de todos os elementos do grupo entre si; Breve apresentação do programa e definição de regras de funcionamento; Questionar acerca das expectativas relativamente ao programa; Questionar os doentes relativamente ao que acham que é saúde, saúde mental, doença e doença mental; Registrar no Flipchart as palavras-chave e construir os conceitos a partir destas.

MÉTODOS E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS

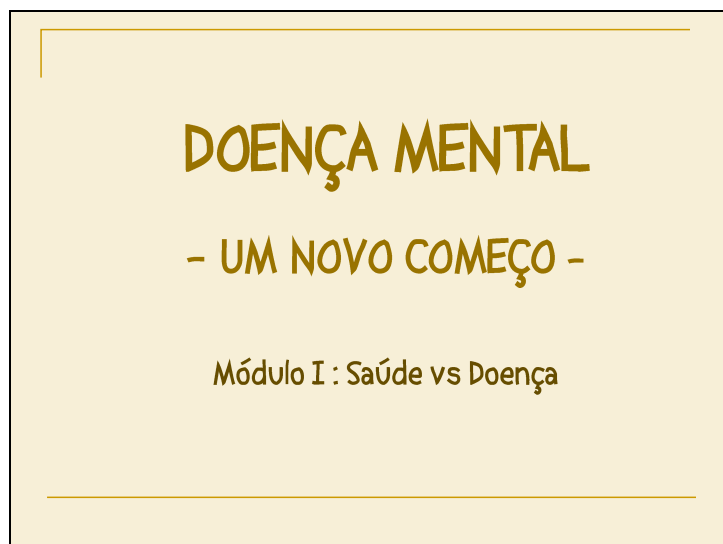
Método interrogativo e expositivo. Técnica de perguntas.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS A UTILIZAR

Computador – portátil (Apresentação em PowerPoint); Projector; Flipchart; Marcadores.

ANEXO 2 – Apresentação PowerPoint da Sessão do Módulo I

Diapositivo 1

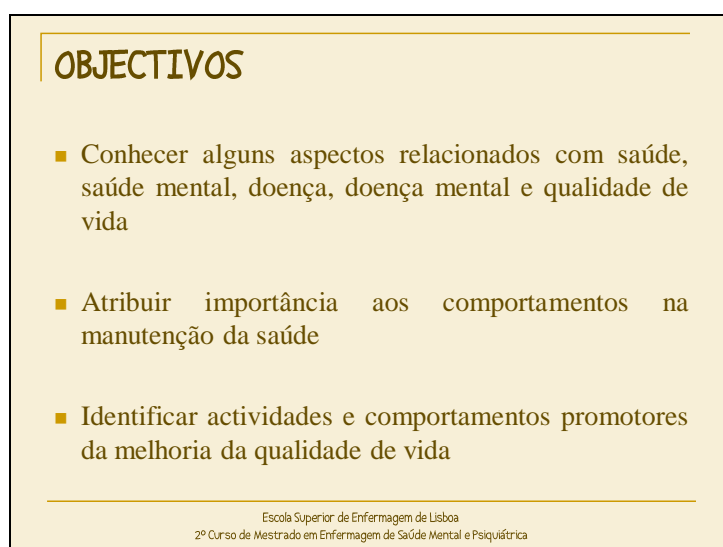


DOENÇA MENTAL

- UM NOVO COMEÇO -

Módulo I : Saúde vs Doença

Diapositivo 2



OBJECTIVOS

- Conhecer alguns aspectos relacionados com saúde, saúde mental, doença, doença mental e qualidade de vida
- Atribuir importância aos comportamentos na manutenção da saúde
- Identificar actividades e comportamentos promotores da melhoria da qualidade de vida

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Diapositivo 3

SAÚDE

“É o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Corresponde ao estado em que o indivíduo apresenta uma capacidade óptima para desempenhar as atribuições e as actividades que a integração na vida lhe exige, o que traduz uma relação satisfatória entre o organismo humano e o meio ambiente em que vive.”

(OMS, 1948)

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Diapositivo 4

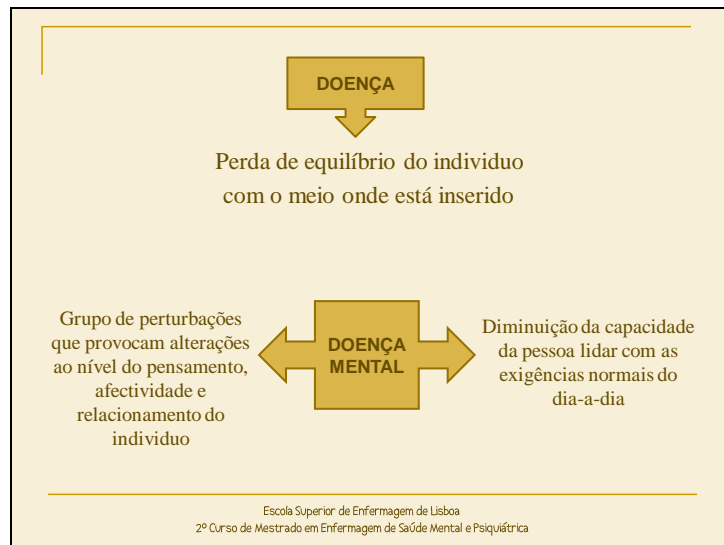
SAÚDE MENTAL

“É sentirmo-nos bem connosco próprios e na relação com os outros. É sermos capazes de lidar de forma positiva com as adversidades. É termos confiança e não temermos o futuro. A saúde mental e a saúde física são duas vertentes fundamentais e indissociáveis da saúde.”

(in Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares)

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Diapositivo 5



Diapositivo 6



Diapositivo 7

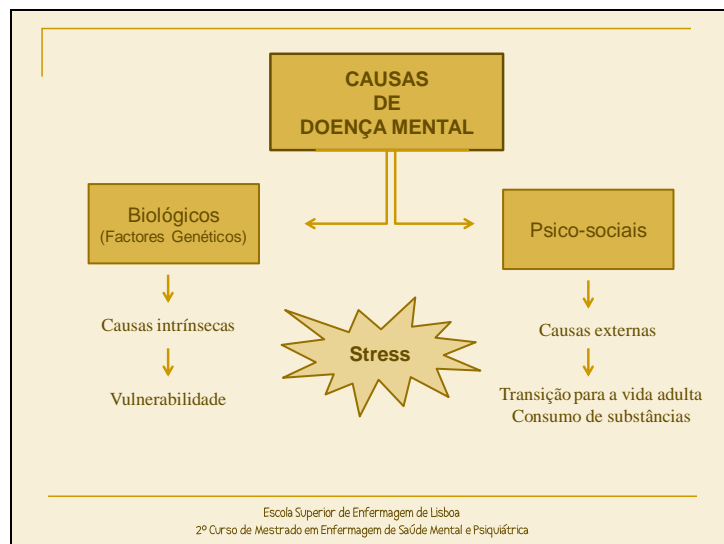
A Doença Mental e algumas pessoas que se destacaram nas suas áreas



Four portraits of individuals known for mental health struggles: Schumann (top left), Van Gogh (top right), Winston Churchill (bottom left), and Hemingway (bottom right).

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Diapositivo 8



Diapositivo 9

Doença Mental → Doença Crónica

- O tratamento deve ser sempre procurado. A recuperação é tanto mais eficaz quanto precoce for o tratamento. É essencial a manutenção do tratamento sem interrupções
- Mesmo nas doenças mais graves é possível controlar e reduzir os sintomas
- A adopção de estilos de vida saudáveis melhora a qualidade de vida

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Diapositivo 10

Qualidade de Vida

“Qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nas quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.”

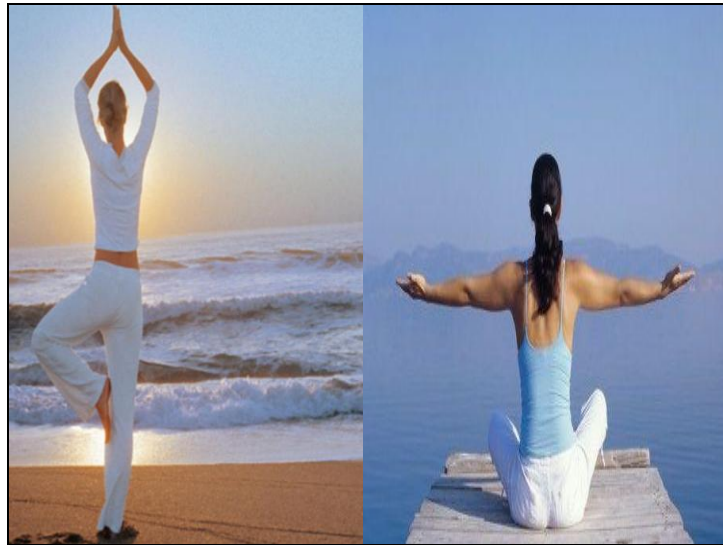
(OMS, 1995,4)

“Satisfação individual global com a vida e a sensação geral e pessoal de bem-estar físico, mental, social e espiritual.”

(Ribeiro, 1994)

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

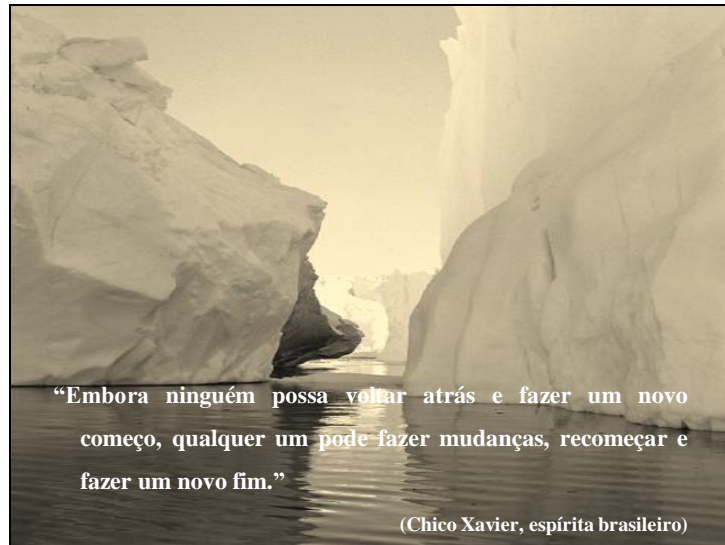
Diapositivo 11



Diapositivo 12



Diapositivo 13



“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode fazer mudanças, recomeçar e fazer um novo fim.”

(Chico Xavier, espírita brasileiro)

ANEXO 3 – Planificação da Sessão do Módulo II

Módulo II: SINAIS E SINTOMAS DE DOENÇA

Duração: 40 minutos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar sinais e sintomas de doença mental; Aprender a importância da deteção precoce destes sinais para tratamento precoce da doença.

ATIVIDADES

Começar por uma breve distinção entre sinal e sintoma; Registrar no flipchart manifestações de doença mental sugeridas pelos doentes; Estudo de casos para identificação de sinais e sintomas de doença mental; Reforçar a importância de uma deteção precoce.

MÉTODOS E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS

Método interrogativo e expositivo. Técnica de perguntas; Estudo de caso.
Tcnica de perguntas.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS A UTILIZAR

Computador – portátil (Apresentação em PowerPoint); Projector; Flipchart; Marcadores; Enunciado do Estudo de Caso

ANEXO 4 – Apresentação PowerPoint da Sessão do Módulo II

Diapositivo 1

DOENÇA MENTAL

- UM NOVO COMEÇO -

Módulo II: Sinais e Sintomas de Doença Mental

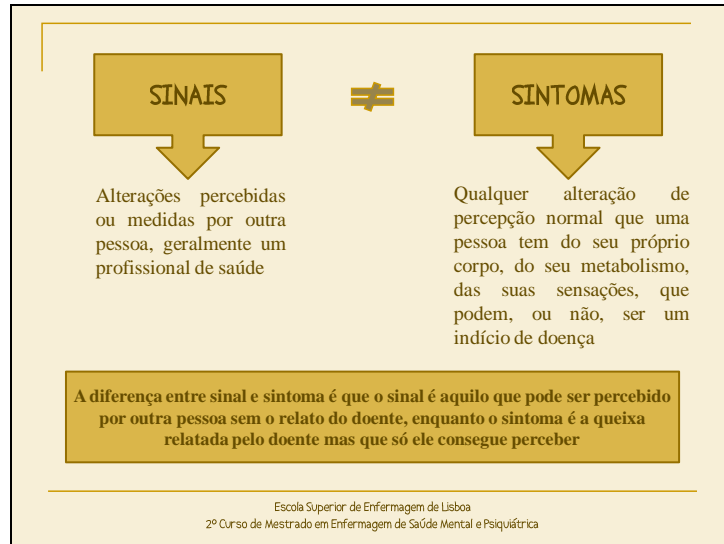
Diapositivo 2

OBJECTIVOS

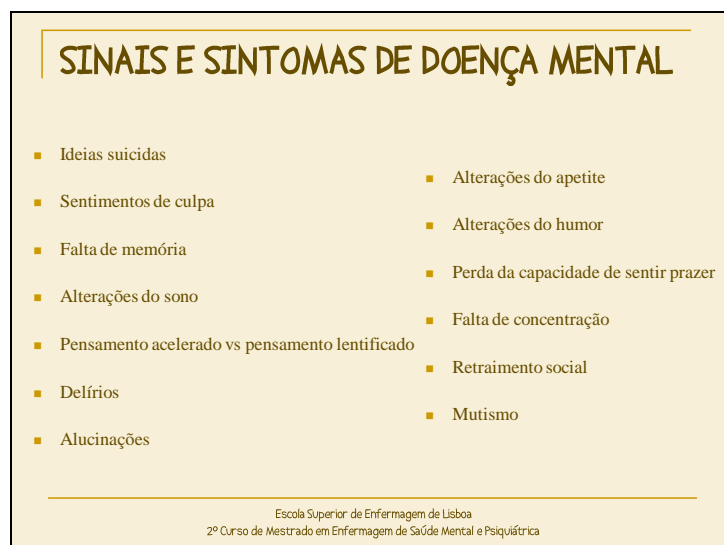
- Conhecer e distinguir os conceitos de sinal e sintoma
- Identificar alguns sinais e sintomas de doença mental
- Enunciar estratégias para lidar com características associadas à doença

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Diapositivo 3





Diapositivo 4



Diapositivo 5

ESTUDO DE CASO

Identifique alguns dos sintomas
presentes nas seguintes situações

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Diapositivo 6

ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM A DOENÇA

- **Conhecer** a doença e as suas manifestações
- **Cumprir** o regime terapêutico
- **Adoptar** hábitos de vida saudáveis
- **Pedir** ajuda sempre que necessário

} **Detecção de sintomas**
↓
Tratamento precoce
↓
Prevenção de recaídas

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Diapositivo 7



“Eu tenho o meu caminho. Você tem o seu caminho.
Portanto, quanto ao caminho correcto, e o único
caminho, isso não existe.”

(Friedrich Nietzsche)

ANEXO 5 – Planificação da Sessão do Módulo III

Módulo III: MEDICAÇÃO/ REGIME TERAPÊUTICO

Duração: 40 minutos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Aprender os benefícios da medicação e do cumprimento do regime terapêutico; Aprender os procedimentos apropriados na toma da medicação; Aprender como avaliar as respostas diárias à medicação

ATIVIDADES

Começar por uma breve abordagem aos medicamentos existentes; Reforçar a importância do cumprimento do regime terapêutico; Registrar no flipchart alguns dos efeitos secundários já sentidos pelos doentes; Reforçar a ideia de que existem medicamentos que reduzem e/ou eliminam os efeitos secundários sentidos.

MÉTODOS E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS

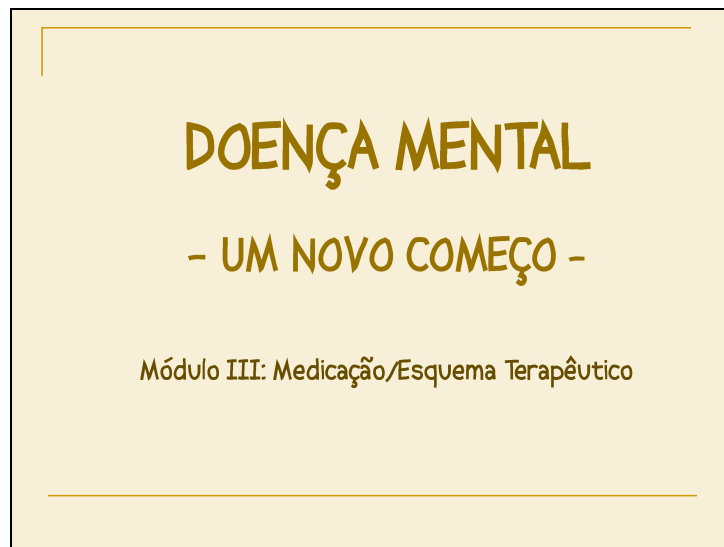
Método interrogativo e expositivo. Técnica de perguntas.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS A UTILIZAR

Computador – portátil (Apresentação em PowerPoint); Projector; Flipchart; Marcadores.

ANEXO 6 – Apresentação PowerPoint da Sessão do Módulo III

Diapositivo 1

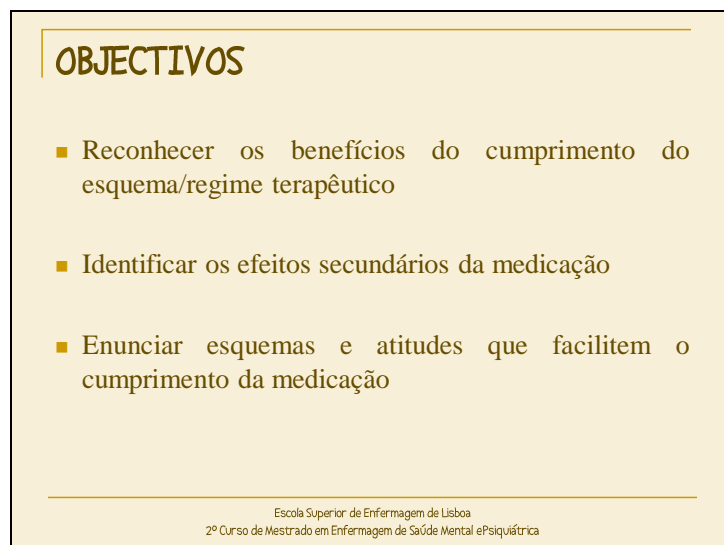


DOENÇA MENTAL

- UM NOVO COMEÇO -

Módulo III: Medicação/Esquema Terapêutico

Diapositivo 2



OBJECTIVOS

- Reconhecer os benefícios do cumprimento do esquema/regime terapêutico
- Identificar os efeitos secundários da medicação
- Enunciar esquemas e atitudes que facilitem o cumprimento da medicação

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Diapositivo 3

ESQUEMA/REGIME TERAPÊUTICO

Inclui o cumprimento da medicação de acordo com a prescrição (não falha a toma, cumpre os horários), bem como a adoção de comportamentos de saúde (hábitos de vida saudáveis)

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

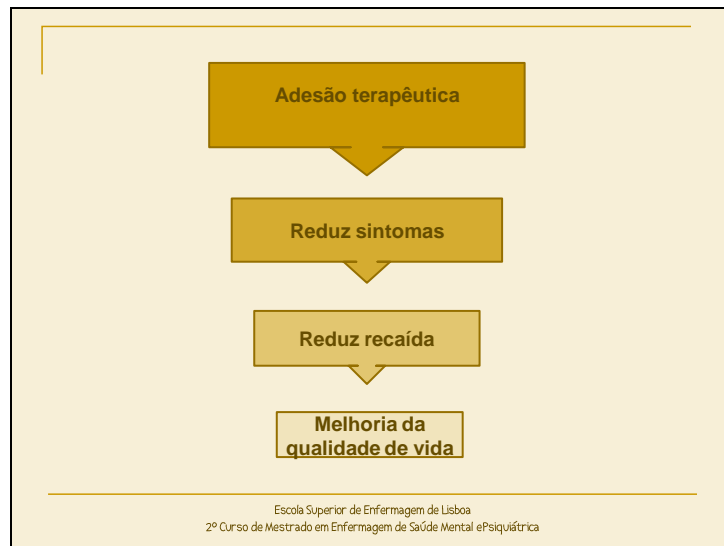
Diapositivo 4

MEDICAÇÃO

Estabilizadores do Humor	Anti-Depressivos (Tricíclicos; Inibidores seletivos da recaptação da serotonina; Inibidores da monoamina-oxidase)	Anti-Psicóticos	Benzodiazepinas; Sedativos; Ansiolíticos; Estimulantes; Indutores do sono
↓	↓	↓	↓
Lítio Valproato Carbamazepina Lamotrigina	Amitriptilina Doxepina Mirtazapina Selegilina	Clorpromazina Haloperidol Clozapina Olanzapina Quetiapina Risperidona	Diazepan Alprazolam Clonazepan Lorazepan

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Diapositivo 5



Diapositivo 6



Diapositivo 7

EFEITOS SECUNDÁRIOS DA MEDICAÇÃO

- Importante registar efeitos secundários e comunicar aos profissionais
- Existem medicamentos que reduzem ou controlam esses mesmos efeitos
- Os benefícios dos medicamentos são superiores aos efeitos secundários

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Diapositivo 8

ATITUDES QUE FACILITAM O CUMPRIMENTO DA MEDICAÇÃO

Reduzir o número de tomas Horários mais concentrados	Lembretes no telemóvel
Escrever num calendário ou agenda os dias e as horas das tomas e ir assinalando com um visto os que tomou	Alarme portátil
“Porta-comprimidos” portátil/Organizador de Comprimidos	Associar as tomas dos medicamentos a uma acção do dia que realiza àquela hora

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Diapositivo 9

ATITUDES QUE FACILITAM O CUMPRIMENTO DA MEDICAÇÃO



Sexta-feira, 21 de Março de 2002					
	8 h	12 h	16 h	20 h	22 h
Medicamento A	X	X	X	X	X
Medicamento B	X	X	X		
Medicamento C	X	X			
Medicamento D					XX
RETELHAÇÃO					
Fisioterapia: « ^o Feira de manhã (2-35487)?					

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Diapositivo 10



ANEXO 7 – Planificação da Sessão do Módulo IV

Módulo IV: COMO LIDAR COM A DOENÇA MENTAL

Duração: 40 minutos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar hábitos de vida saudáveis; Aprender os benefícios da adoção de hábitos de vida saudáveis e atitudes promotoras da melhoria da qualidade de vida na manutenção da saúde mental e prevenção da recaída; Aprender os efeitos adversos do consumo de álcool e drogas e os benefícios de o evitar; Aprender a planear as atividades de vida diária.

ATIVIDADES

Começar por questionar os participantes relativamente a hábitos de vida saudáveis e fazer uma lista; Planear com os participantes as atividades de um dia das suas vidas.

MÉTODOS E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS

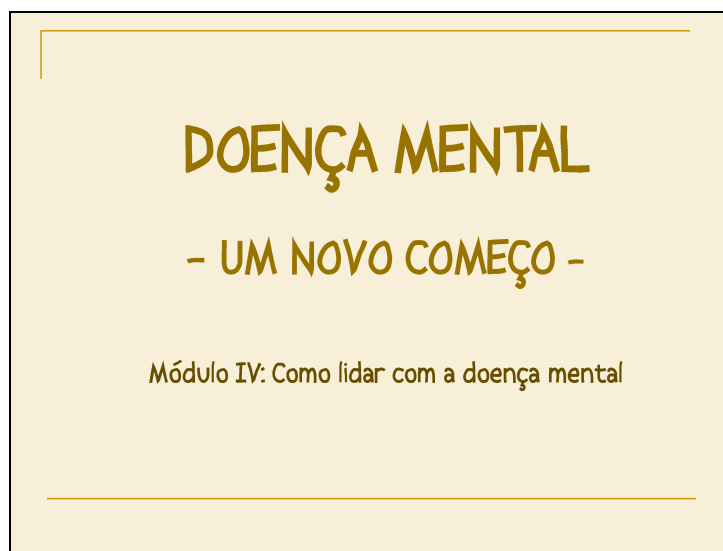
Método interrogativo e expositivo. Técnica das perguntas. Método demonstrativo (execução de uma lista de AVDs).

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS A UTILIZAR

Computador – portátil (Apresentação em PowerPoint); Projector; Flipchart; Marcadores.

ANEXO 8 – Apresentação PowerPoint da Sessão do Módulo IV

Diapositivo 1

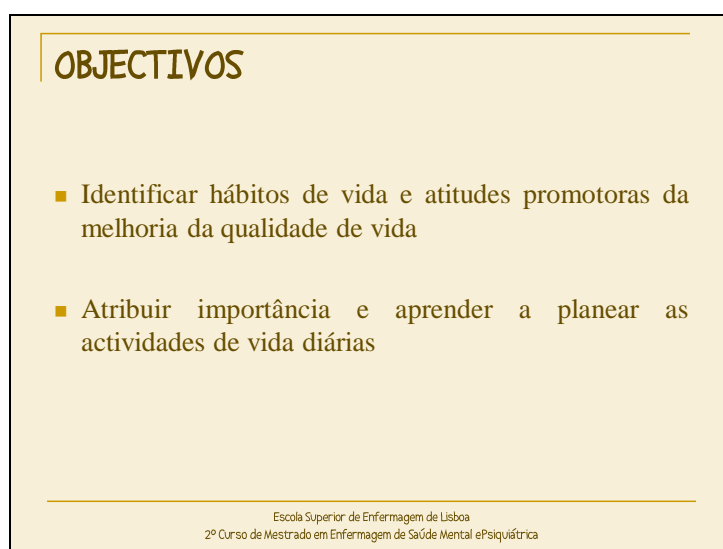


DOENÇA MENTAL

- UM NOVO COMEÇO -

Módulo IV: Como lidar com a doença mental

Diapositivo 2



OBJECTIVOS

- Identificar hábitos de vida e atitudes promotoras da melhoria da qualidade de vida
- Atribuir importância e aprender a planear as actividades de vida diárias

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Diapositivo 3



Diapositivo 4



Diapositivo 5

DESAFIO




Vamos planear
um dia das
nossas vidas

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Diapositivo 6

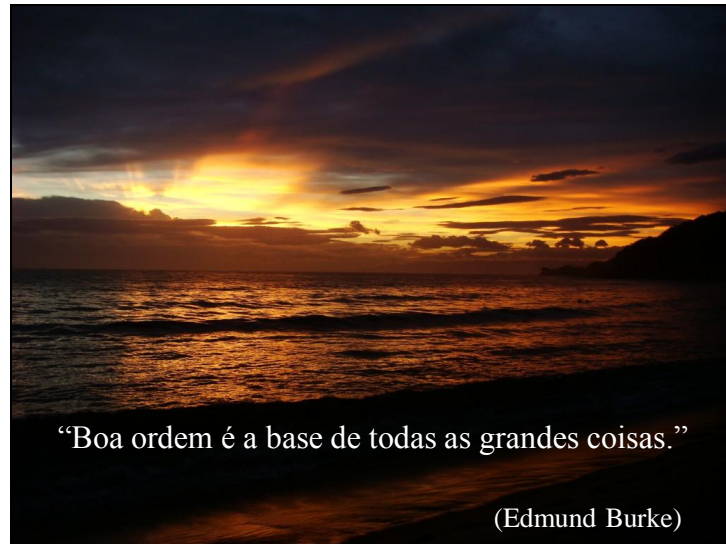
SÍNTESE

- Fazer uma lista de actividades
- Planear /gerir o dia (horários)
- Socialmente mais activo
- Melhor qualidade de vida



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Diapositivo 7



ANEXO 9 – Planificação da Sessão do Módulo V

Módulo V: PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

Duração: 40 minutos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Aprender os sinais de alerta para uma recaída mais comuns na doença mental crónica; Aprender a elaborar um plano de emergência.

ATIVIDADES

Começar por identificar alguns dos sinais de recaída na doença mental; Elaboração de um plano de emergência com os doentes; Reforçar a importância de um plano de emergência nas crises para redução do stress.

MÉTODOS E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS

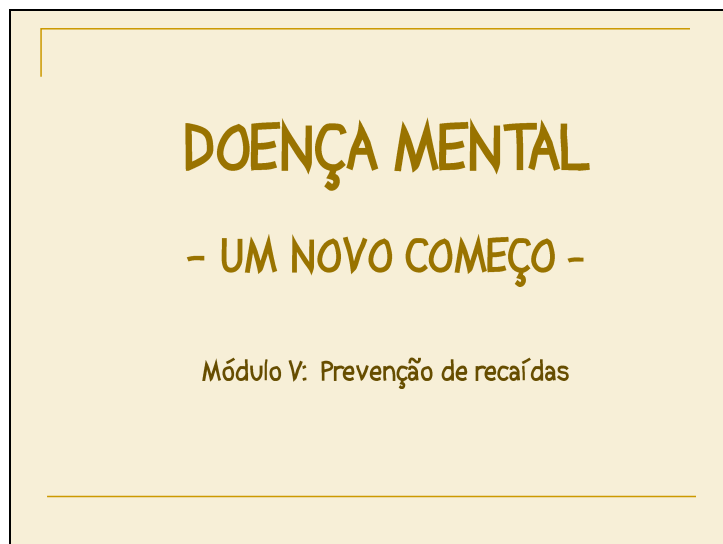
Método interrogativo e expositivo. Técnica das perguntas. Método demonstrativo (execução de um plano de emergência).

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS A UTILIZAR

Computador – portátil (Apresentação em PowerPoint); Projector; Flipchart; Marcadores.

ANEXO 10 – Apresentação PowerPoint da Sessão do Módulo V

Diapositivo 1

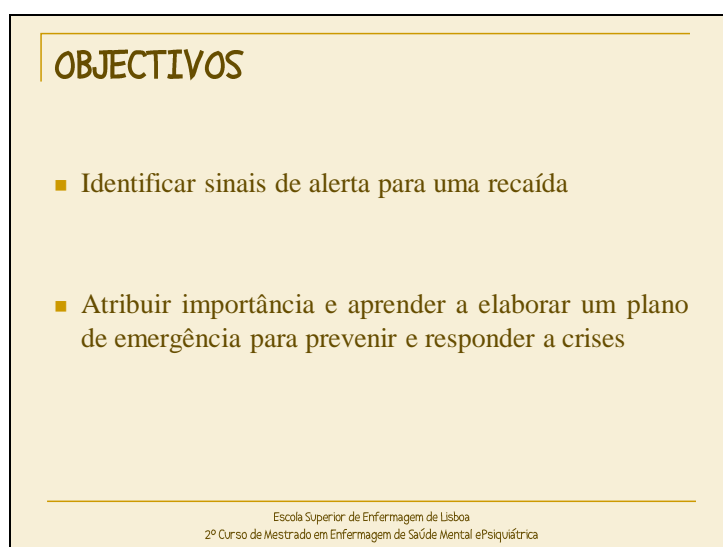


DOENÇA MENTAL

- UM NOVO COMEÇO -

Módulo V: Prevenção de recaídas

Diapositivo 2



OBJECTIVOS

- Identificar sinais de alerta para uma recaída
- Atribuir importância e aprender a elaborar um plano de emergência para prevenir e responder a crises

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Diapositivo 3



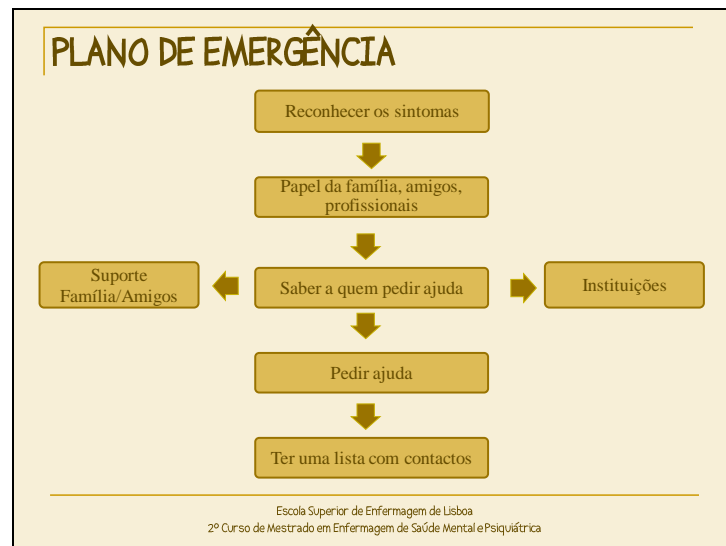
Diapositivo 4

DESAFIO

Vamos elaborar um plano de emergência

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Diapositivo 5



Diapositivo 6



ANEXO 11 – Planificação da Sessão do Módulo VI

Módulo VI: MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA

Duração: 40 minutos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Revisão dos conceitos mais importantes aprendidos ao longo das sessões anteriores; Esclarecimento de dúvidas; Avaliação informal e formal do programa.

ATIVIDADES

Começar por uma revisão dos conceitos mais importantes das sessões anteriores, esclarecendo dúvidas dos participantes; Discussão dos aspectos positivos e negativos do programa e sobre o proveito individual; Instrumento de Avaliação e a sua posterior correção; Conclusão do programa.

MÉTODOS E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS

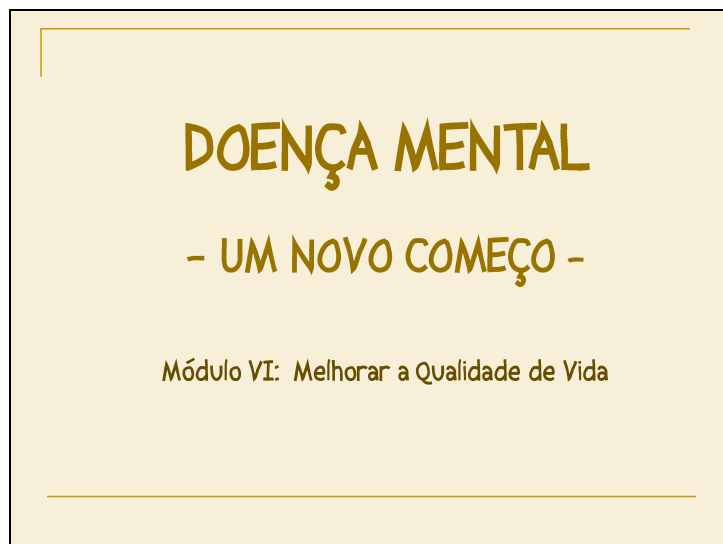
Método interrogativo e expositivo. Técnica de perguntas.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS A UTILIZAR

Computador – portátil (Apresentação em PowerPoint); Projector; Flipchart; Marcadores; Enunciado do Instrumento de Avaliação.

ANEXO 12 – Apresentação PowerPoint da Sessão do Módulo VI

Diapositivo 1

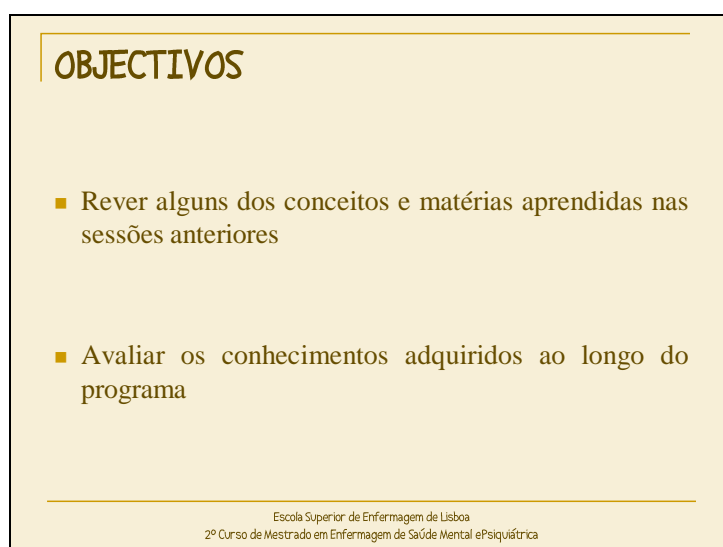


DOENÇA MENTAL

- UM NOVO COMEÇO -

Módulo VI: Melhorar a Qualidade de Vida

Diapositivo 2



OBJECTIVOS

- Rever alguns dos conceitos e matérias aprendidas nas sessões anteriores
- Avaliar os conhecimentos adquiridos ao longo do programa

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

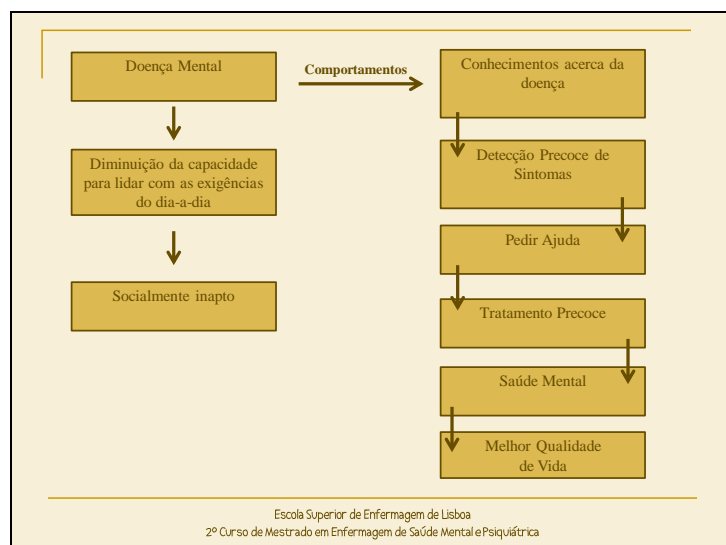
Diapositivo 3

REVISÃO DE ALGUNS CONCEITOS

- Saúde Mental vs Doença Mental
 - Melhor Qualidade de Vida (Comportamentos)
 - Sinais e Sintomas de Doença Mental
 - Medicação – Conhecer os Efeitos Secundários
 - Importância do Planeamento

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

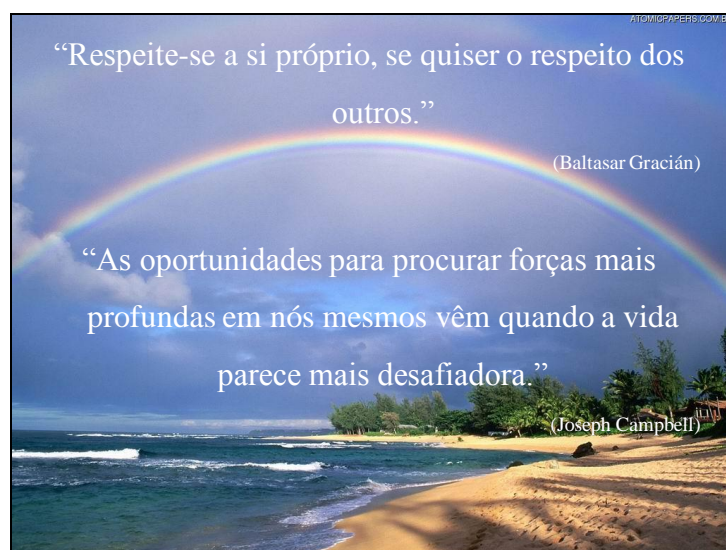
Diapositivo 4



Diapositivo 5



Diapositivo 6



“Respeite-se a si próprio, se quiser o respeito dos outros.”

(Baltasar Gracián)

“As oportunidades para procurar forças mais profundas em nós mesmos vêm quando a vida parece mais desafiadora.”

(Joseph Campbell)

ANEXO 13 – Panfleto “Doença Mental: Um novo começo”

ATITUDES QUE FACILITAM O CUMPRIMENTO DA MEDICAÇÃO

Lembretes no telemóvel



Organizador de comprimidos



Reduzir o número de tomas

Associar as tomas dos medicamentos a
uma acção do dia que realiza àquela hora

Alarme portátil



Escrever num calendário ou agenda os dias
e as horas das tomas



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiátrica



Elaborado pelo discente: Pedro Miguel Custódio

Orientador: Enf. Paulo Marinho

Docente: Prof. Carlos David

SAÚDE MENTAL

“É sentirmo-nos bem connosco próprios e na relação com os outros. É sermos capazes de lidar de forma positiva com as adversidades.

É termos confiança e não temermos o futuro.

A saúde mental e a saúde física são duas vertentes fundamentais e indissociáveis da saúde.”

(Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares)

As doenças mentais são doenças crónicas que necessitam de tratamento contínuo. O cumprimento do regime terapêutico promove a saúde e diminui o risco de recaída.

SINAIS E SINTOMAS DE DOENÇA MENTAL

Alterações do sono

Delírios

Alucinações

Alterações do humor

Mutismo

Falta de memória

Sentimentos de culpa

Falta de concentração

Ideias suicidas

A detecção precoce dos sintomas possibilita o tratamento precoce e diminui o risco de crises.

ESQUEMA/REGIME TERAPÊUTICO

Inclui o cumprimento da medicação de acordo com a prescrição, bem como a adopção de comportamentos de saúde (hábitos de vida saudáveis).

Os medicamentos têm alguns efeitos secundários:

Náuseas Alterações cutâneas

Diarreias Alterações da Sexualidade

Micções frequentes Sede

Aumento de peso Tremores

Obstipação **Apatia** Taquicardia

Atenção!

Os efeitos secundários podem ser controlados.

ANEXO 14 – Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

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

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

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

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

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

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

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

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

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

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

A.B. Delgado & M.L. Lima