



Zélia Gomes Ferreira

Reabilitação Psicossocial de  
Pessoas com Doença Mental  
de Evolução Prolongada –  
Estilos de Vida Saudáveis

Trabalho de Projeto de Mestrado em  
Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiatria

fevereiro de 2013



Zélia Gomes Ferreira

Reabilitação Psicossocial de  
Pessoas com Doença Mental  
de Evolução Prolongada –  
Estilos de Vida Saudáveis

Trabalho de Projeto de Mestrado em  
Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiatria

Trabalho de Projeto apresentado para  
cumprimento dos requisitos necessários à  
obtenção do grau de Mestre em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria,  
realizado sob a orientação científica do  
Professor Doutor Joaquim Lopes

fevereiro de 2013

“Somente tem vocação aquele que serve a uma causa e torna sua  
a causa a que serve, que lhe dá significado pessoal e dedica-se  
apaixonadamente a ela...”

**Maximilian Weber**

## RESUMO

A Reabilitação Psicossocial em pessoas com doença mental crónica de evolução prolongada, surge como uma abordagem mais específica e complementar ao tratamento comum, tendo como principal objetivo capacitar a pessoa com perturbação mental a atingir o nível máximo de funcionamento pessoal, social, profissional e familiar, no meio menos restrito possível.

Neste estudo, que teve por base a metodologia de projeto, foram diagnosticadas como necessidades de intervenção mais prementes num grupo de doentes em internamento hospitalar, com doença mental crónica de evolução prolongada (diagnóstico esquizofrenia), através da aplicação das Escalas CADEM, MMSE, WHOQOL-BREF e da entrevista informal, os focos “Gestão do Regime Terapêutico” e “Exercício Físico”, tornando-se estes numa necessidade em cuidados de enfermagem, com particular relevância no âmbito da gestão das doenças crónicas.

O planeamento das intervenções, teve em consideração a singularidade de cada utente e a interdependência das esferas psicológica, social, cultural, biológica, e espiritual de cada um.

Em relação ao foco “Exercício Físico”, as intervenções desenvolvidas foram: caminhadas, sessões de flexibilidade e mobilidade articular, com o intuito de melhorar a sua condição física (devido à inatividade e aos efeitos secundários dos neuroléticos se encontra degradada), e sessões de relaxamento de Jacobson, que pretenderam diminuir a tensão e a ansiedade, e aumentar a consciência da sua relação com o corpo. Relativamente ao foco “Gestão do Regime Terapêutico”, foram desenvolvidas sessões de psicoeducação que objetivaram melhorar a adesão à terapêutica farmacológica, facilitar o reconhecimento precoce dos sintomas de recaída, confrontar as consequências psicossociais dos episódios precedentes e prevenir os futuros, fornecendo aos doentes e familiares aptidões para lidar com a doença, procurando melhorar a sua evolução; a preparação autónoma da medicação, pretendeu aumentar a relação com o tratamento farmacológico, e aumentar a autonomia e independência.

A aplicação da Escala de Qualidade de Vida – WHOQOL BREF, permitiu perceber de que forma as intervenções realizadas no âmbito da Reabilitação Psicossocial, foram providas de sucesso.

A construção desta trajetória permitiu-nos adquirir, desenvolver e modificar atitudes e comportamentos ao nível da intervenção especializada ao utente, contribuindo de forma integrada para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

**Palavras-chave:** Reabilitação Psicossocial, Esquizofrenia, Exercício Físico, Gestão do Regime Terapêutico, Escala WHOQOL-BREF.

## **ABSTRACT**

The Psychosocial Rehabilitation for persons with prolonged chronic mental illness, emerges as a more specific and complementary approach to common treatment, with the primary goal of enabling people with mental disorder to achieve the maximum level of personal, social, professional and family functioning in the least restrictive environment possible.

In this study, which was based on the project methodology, the most pressing needs, were diagnosed for intervention in a group of patients in hospital with prolonged evolutionary chronic mental illness (schizophrenia diagnosis), by applying the CADEM Scale, MMSE, WHOQOL -BREF and the informal interview, outbreaks "Therapeutic Management Regime" and "Exercise", becoming such a necessity in nursing care, with particular relevance in the management of chronic diseases.

The uniqueness of each patient and the interdependence of the psychological, social, cultural, biological, and spiritual spheres of each, was taken into account in the planning of the interventions.

In regard to the "Exercise focus", the interventions developed were walks, flexibility sessions and joint mobility, in order to improve their physical condition, which due to inactivity and the side effects of neurolépticos is degraded. For the Jacobson relaxation sessions, which aim to reduce tension and anxiety, and increase the patients awareness of its relationship with the body, in relation to "Therapeutic Management Regime" focus, psychoeducation sessions were developed. These aim to improve adherence to pharmacotherapy, facilitate early recognition of relapse symptoms, confronting the psychosocial consequences of previous episodes and prevent future episodes, by providing patients and their families with the skills to deal with the illness. Thus seeking to improve their development and preparation of medication autonomous, aiming to increase their relationship with pharmacological treatment, as well as increasing their autonomy and independence.

The implementation of the Quality of Life Scale - WHOQOL BREF, made it possible to understand how the interventions within the Psychosocial Rehabilitation, were fitted with success.

The construction of this trajectory allowed us to acquire, develop and modify attitudes and behaviors at a specialized intervention patient level, contributing in a integrated form to the improvement of quality of care.

**Keywords:** Psychosocial Rehabilitation, Schizophrenia, Exercise, Management of the therapeutic regimen, WHOQOL-BREF scale

## ÍNDICE

Introdução	14
<b>PARTE I – Projeto de Intervenção em Serviço</b>	
<b>1- Contextualização Histórica da Saúde Mental e Psiquiatria</b>	18
<b>2- Enquadramento Teórico</b>	20
2.1- Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental e Psiquiatria	20
2.2- A importância das Relações Interpessoais em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria por Hildegard Peplau	23
<b>3- Caracterização da Instituição/ População Residente</b>	28
3.1- Caracterização da Instituição	28
3.2- Caracterização da População Residente	28
<b>4- Questão de partida</b>	30
<b>5- Objetivos</b>	31
<b>6- Metodologia de Projeto</b>	32
6.1- Fase de elaboração do Diagnóstico de Necessidades dos utentes da RP	39
6.1.1- Fontes e colheita de dados	39
6.1.2- Tratamento de dados	42
6.1.3- Resultados obtidos	44
6.1.4- Síntese do diagnóstico de necessidades	45
6.2- Fase de Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço	49
6.2.1- Planeamento baseado na evidência	50
6.3- Fase de Intervenção/ Implementação do Projeto de Intervenção em Serviço	58
6.4- Fase de Avaliação da implementação do Projeto de Intervenção em Serviço	68
6.5- Fase de Divulgação dos resultados obtidos	73
<b>7- Aspetos éticos</b>	74



## **SIGLAS**

- ▲ RP- Residência Psiquiátrica
- ▲ OMS- Organização Mundial de Saúde
- ▲ PIS- Projeto de Intervenção em Serviço
- ▲ PAC- Projeto de Aprendizagem Clínica
- ▲ CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- ▲ CADEM - (Comunicação, Atividades Diárias, Deambulação, Eliminação, Mobilização)
- ▲ MMSE - (Mini Mental States Examination)
- ▲ SLSM - Serviços Locais de Saúde Mental
- ▲ RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- ▲ CE - Comunidade Europeia
- ▲ RP - Residência Psiquiátrica
- ▲ EM - Entrevista Motivacional
- ▲ IMC- Índice de Massa Corporal

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1- Resultados da Escala de CADEM	42
Gráfico 2- Resultados da Escala MMSE	43

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1- Resultados da Escala WHOQOL-BREEF (1. <sup>a</sup> Aplicação)	44
Tabela 2- Resultados da Escala WHOQOL-BREEF (2. <sup>a</sup> Aplicação)	71

## INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio, do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, foi-nos solicitado o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), com vista à obtenção do Diagnóstico de Necessidades, e subsequente Planeamento, Intervenção e Avaliação dos resultados e à aquisição e consolidação das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista e de Mestre (PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica).

Este Projeto reveste-se de grande importância, na medida em que é a estrutura base de desenvolvimento do estágio em que pretendemos desenvolver, aprofundar e consolidar conhecimentos e competências numa perspetiva de desenvolvimento pessoal e profissional, como futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

O estágio é a oportunidade para pôr em prática as aprendizagens efetuadas.

Para BENNER (2001), no estabelecimento e desenvolvimento de uma competência, passamos por cinco níveis sucessivos de competências, tendo como finalidade a aquisição do nível de proficiente ou perito.

Assim segundo o Decreto-lei n.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, enfermeiro especialista é: “ *O enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento crítico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.* ”

Ainda segundo o mesmo Decreto-lei, o enfermeiro especialista tem implícita uma prática/exercício profissional onde prevalecem competências especializadas, que vão de encontro às necessidades específicas da pessoa.

O desenvolvimento do projeto, decorreu durante o Estágio (de 26 de Setembro de 2011 a 11 de Julho de 2012), onde o PIS (Projeto de Intervenção em Serviço), e o PAC (Projeto de Aprendizagem Clínica) foram desenvolvidos. O local onde este decorreu, é um serviço de doentes residentes, com doença mental crónica de evolução prolongada.

As competências comuns bem como as competências específicas do enfermeiro especialista, ao serem desenvolvidas num serviço onde se prestam cuidados nesta mesma área, traduzem-se numa mais valia na obtenção de ganhos em saúde, assim como numa melhoria na qualidade dos cuidados.

O Projeto de Intervenção em Serviço desenvolvido, teve como objetivo geral reabilitar psico e socialmente pessoas com doença mental de evolução prolongada, ao mesmo tempo que adquirimos, desenvolvemos e consolidamos competências específicas, mediante cada resposta humana.

Indo de encontro ao Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), verificamos que se dá grande ênfase à manutenção dos doentes na respetiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os manter, mais ou menos de forma permanente, em instituições psiquiátricas.

As intervenções individualizadas do profissional de saúde, deverão convergir para o objetivo de ajudar a pessoa a encontrar ou a manter o equilíbrio tendo em conta a promoção de estilos de vida saudáveis. Contudo, *“...ainda se constata que existem níveis elevados de não adesão às recomendações dos profissionais de saúde”* (Sousa, 2003, p.53).

Desta forma, surge como prioridade, a Reabilitação Psicossocial de Pessoas com Doença Mental de Evolução Prolongada.

Assim, os objetivos específicos, prendem-se com:

- Diagnosticar as principais necessidades das pessoas com doença mental de evolução prolongada, residentes na Residência Psiquiátrica;
- Capacitar as pessoas com doença mental de evolução prolongada a atingir o nível máximo de funcionamento pessoal, social, profissional e familiar, num meio menos restrito possível;
- Obter uma abordagem mais ampla que engloba a promoção da qualidade de vida visando as condições objetivas e o grau de satisfação dos doentes em relação a ela, o bem-estar psicológico, o repertório de habilidades e competências, capacidades e limites funcionais;
- Promover o nosso próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
- Desenvolver intervenções especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que atendam às necessidades identificadas;

- Adquirir, desenvolver e consolidar competências específicas referentes ao Enfermeiro Especialista, bem como ao Mestre, com o intuito de obtermos uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

O presente estudo, teve como base a Metodologia de Projeto, sendo que esta Metodologia consiste num conjunto de operações precisas que possibilitam a produção de uma representação antecipada e finalizante dum processo de transformação do real. (GUERRA, 1994). Assim, esta permite-nos a previsão de uma mudança. Este tipo de metodologia liga-se à investigação, e está centrada na resolução de problemas. Permite desta forma, a aquisição de capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do projeto numa situação real.

O corpo do trabalho divide-se em duas partes seguidas da conclusão e referências bibliográficas, onde:

- **Parte I** - Projeto de Intervenção em Serviço (PIS): onde sistematizamos os conceitos que integram a nossa problemática; Conceção metodológica: onde se desenvolve a estrutura metodológica que orientou o nosso estudo; Desenvolvimento e análise estrutural da compreensão do fenómeno, onde se diagnostica a problemática e se planeia e implementam estratégias para a resolução da mesma, seguida de uma avaliação e divulgação dos resultados;

- **Parte II** – Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), onde refletimos sobre todo o projeto desenvolvido, em ligação com as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria e com as competências de mestre.

As referências bibliográficas apresentadas, baseiam-se na Norma Portuguesa 405, mais especificamente, a Norma Portuguesa 405 -1 aplicável a documentos impressos publicados, tais como monografias (livros) e publicações periódicas (jornais e revistas).

**PARTE I**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO  
(PIS)**

# 1- CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

A Saúde Mental tem-se tornado ao longo dos tempos, uma prioridade de saúde pública. Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), estudos mostram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de Saúde Mental, representam as principais causas de incapacidade na sociedade.

Perante isto, a OMS (Organização Mundial de Saúde), (entre outras organizações internacionais), defende que deve ser garantida a acessibilidade de todas as pessoas com problemas de saúde mental de forma equitativa, numa área geográfica confortável, para que isto não implique o seu afastamento relativamente à sua área de residência.

Em Portugal, esta realidade não é exceção. No entanto, Portugal em 1963, foi um dos primeiros países da Europa a adotar uma lei nacional, que facilitou a criação de centros de saúde mental e a ligação aos cuidados de saúde primários.

Nos anos 90, surge uma nova legislação de Saúde Mental (Lei n.º 36/98 e o Decreto Lei n.º35/99), que veio fortalecer a criação de serviços descentralizados, o que permitiu uma melhoria na acessibilidade e uma maior qualidade nos cuidados. Outro passo importante foi a criação de programas e o desenvolvimento de estruturas de reabilitação psicossocial (criados ao abrigo do programa Horizon da CE, do Despacho 407/98 e da legislação de apoio ao emprego). Apesar de todo este progresso, a falta de planeamento e de apoio para a melhoria dos serviços de saúde mental, provocaram um atraso significativo do nosso país, relativamente aos outros países da Europa. Contudo, a fraca participação dos utentes e familiares, a quase ausência de programas de prevenção/promoção, a limitação nas respostas às necessidades de grupos vulneráveis, são outros pontos que contribuem para o constrangimento na evolução dos serviços de Saúde Mental.

Desta forma, as insuficiências são muitas, no entanto, existem também algumas oportunidades que devem ser tomadas em conta, pois apresentam-se como meios facilitadores para a resolução de algumas limitações.

O programa de Cuidados Continuados Integrados (segundo o Decreto-lei n.º22/2011, os cuidados continuados integrados, são: "*intervenções sequenciais de Saúde Mental e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na*

*reabilitação e recuperação das pessoas com incapacidade psicossocial, entendida como o processo de reabilitação e de apoio social, activo e contínuo, que visa a promoção da autonomia e a melhoria da funcionalidade da pessoa em situação de dependência com vista à sua integração familiar e social”), promove, “medidas para a organização e coordenação de unidades e equipas multidisciplinares com vista à prestação de apoio psicossocial e de cuidados médicos, ao reforço das competências, à reabilitação, à recuperação e integração social das pessoas com incapacidade psicossocial, bem como à promoção e reforço das capacidades das famílias que lidam com estas situações.”*

*“O referido conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados específicas de saúde mental inclui unidades residenciais, unidades sócio -ocupacionais e equipas de apoio domiciliário e articula -se com os serviços locais de saúde mental (SLSM) e com a rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI)”. (Decreto Lei n.º8/2010, de 28 Janeiro).*

Assim, a OMS através da cooperação com pessoal técnico, e a União Europeia (através da aprovação da Declaração de Helsínquia e do Green Paper), contribuem para as reformas e modernização dos serviços, e oferecem a Portugal, nesta fase, valiosas oportunidades para o desenvolvimento de uma melhoria nos cuidados de Saúde Mental.

Perante isto, pretende-se assegurar um acesso equilibrado aos cuidados de todas as pessoas, inclusive das pertencentes a grupos mais vulneráveis, contribuir para a promoção da Saúde Mental, promovendo e protegendo os direitos humanos, descentralizar os serviços de forma a prestar cuidados mais próximo das pessoas, facilitando a participação das famílias e das comunidades, fomentar a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, quer a nível dos cuidados primários, quer dos hospitais gerais e cuidados continuados, com o objetivo major de diminuir a institucionalização.

## 2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

*“A reabilitação de doentes crónicos pretende reconverter, aumentar ou manter a capacidade funcional”.* (LANCASTER, 1999:274)

### 2.1 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Mediante a escolha da temática a desenvolver: “ Reabilitação Psicossocial de Pessoas com Doença Mental de Evolução Prolongada”, é importante definir reabilitação psicossocial, que segundo a OMS (2001), é

*“um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível de potencial de funcionamento independente na comunidade, o que envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais”,*

e que doença mental, conforme DSM-IV-TR (APA – Associação Psiquiátrica Americana, 2000: 21), é: *“Uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente significativo que ocorre numa pessoa e que está associado com uma angústia ou incapacidade, ou com o aumento significativo do risco de morte, dor, incapacidade ou perda de liberdade... e que não é apenas uma resposta expectável ou culturalmente sancionável a um acontecimento em particular”.*

Com o objetivo de capacitar a pessoa com perturbação mental a atingir o nível máximo de funcionamento pessoal, social, profissional e familiar, no meio menos restrito possível, terão que se introduzir abordagens mais específicas e complementares do tratamento comum – a reabilitação psicossocial. Esta procura compensar as incapacidades através da recuperação e da aprendizagem de competências individuais e sociais, e também através da criação de suportes sociais adequados aos seus níveis de autonomia ou de dependência.

O objeto da reabilitação não é o "doente", mas sim a "Pessoa" que tem o direito de viver uma existência completa, amando, trabalhando e estando com os outros. É a Pessoa doente que está em causa, no seu todo e não apenas a sua parte doente ou perturbada.

*“ (...) a reabilitação psicossocial procura ajudar os doentes a lidar com os problemas da sua vida diária, proporcionando-lhe oportunidades para um desempenho aceitável dos papéis sociais e das relações interpessoais com os outros, amortecendo stressores e tornando possível um conjunto de opções em relação ao trabalho e ao alojamento dos utentes”. (LIBERMAN, 1992:74)*

Deste modo, são estratégias de reabilitação psicossocial:

- técnicas de motivação, para ajudar as pessoas a lidarem com o meio em vez de sucumbirem a este;

- valorização dos aspetos saudáveis dos indivíduos em vez da redução de sintomas;

- melhoria das habilidades da pessoa para fazer algo num meio específico até mesmo na presença de incapacidades residuais.

A Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental, surge no contexto da reforma psiquiátrica.

Referindo a Lei da Saúde Mental (Lei n.º36/98 de 24 Julho) e o atual Plano Nacional de Saúde Mental (2007/2016), prevê-se a desinstitucionalização dos doentes, ou seja, integrar as pessoas com doença mental, na comunidade.

Com frequência, a reabilitação psicossocial era compreendida como a restituição a um estado anterior ou à normalidade do convívio social ou de atividades profissionais.

Segundo ROTELLI & AMARANTE (1992), a desinstitucionalização não deve ocorrer apenas no interior do hospital psiquiátrico, mas mostra a necessidade de desinstitucionalizar, isto é, reabilitar em contexto.

Para BANDEIRA (2003), a desinstitucionalização psiquiátrica originou uma mudança na forma de tratamento dos doentes psiquiátricos, para que assim se ampliasse a área de intervenção e da redução da sintomatologia, a uma abordagem mais ampla que engloba a promoção da qualidade de vida, visando:

- as condições objetivas de vida e o grau de satisfação dos doentes em relação a ela;

- o bem estar psicológico dos doentes;

- o repertório de habilidades e competências, capacidades e limites funcionais.

Estas dimensões encontram-se relacionadas entre si, já que as atividades de vida diárias possibilitam o desenvolvimento do sentimento de competência e autonomia que contribuem para a qualidade de vida dos sujeitos.

Segundo BANDEIRA (2003), os programas de reabilitação psicossocial, são eficazes na reabilitação psiquiátrica.

A eficiência da reabilitação encontra-se relacionada com vários fatores, entre os quais, a adesão ao tratamento, a consciencialização da doença por parte da pessoa e da família e o acesso a tratamentos estruturados (ASSIS, 2009).

No Relatório Final da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007:81), é de notar a importância atribuída à vertente comunitária, no processo de autonomização e posterior independência das pessoas com doença mental, sendo que,

*“o objectivo da nova política de saúde mental é cada vez mais proporcionar meios e recursos através de serviços comunitários às pessoas com experiência de doença mental, de modo a facilitar a integração plena na sociedade humana das mesmas”.*

“ (...) sem saúde mental não há saúde. É a saúde mental que abre aos cidadãos as portas da realização intelectual e emocional, bem como da integração na escola, no trabalho e na sociedade”. LIVRO VERDE (2005:4)

A reabilitação em instituições psiquiátricas tem como principais objetivos:

- permitir a expressão de sentimentos, emoções e vivências singulares aos utentes;
- fortalecer a auto-estima e a auto-confiança;
- otimizar a autonomia;
- permitir a socialização e a reintegração do utente como cidadão na sociedade.

## 2.2 A IMPORTÂNCIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA POR HILDEGARD PEPLAU

Hildegard Elizabeth Peplau, nasceu em 1909; iniciou o seu percurso na área de Enfermagem em 1931, e veio a falecer em 1999. Realizou uma trajetória que influenciou profundamente a enfermagem, a ponto de ser considerada a "enfermeira do século" e destacada, na área da psiquiatria, como "a mãe da enfermagem psiquiátrica". PEPLAU (1992)

O trabalho desenvolvido por PEPLAU (1992), produziu as maiores mudanças na prática de enfermagem depois de Florence Nightingale.

O processo interpessoal passou a fazer parte de forma consciente e efetiva da prática de enfermagem, desde a introdução feita por PEPLAU (1992), desta teoria.

Assim, os elementos fundamentais da prática da enfermagem são o paciente, a enfermeira e os acontecimentos que os envolvem durante uma situação de cuidado. Nota-se assim a importância de PEPLAU (1992), ao tentar "profissionalizar" o que a enfermagem, de certa forma, já realiza quando interage com o paciente, embora o faça, na grande maioria das vezes, de forma intuitiva.

No que respeita à Teoria das Relações Interpessoais de PEPLAU (1992), pode-se dizer que os seus fundamentos são os do crescimento e desenvolvimento, como os estudos de Erick Fromm e, sobretudo, a Teoria Interpessoal de Harry Stack Sullivan. De forma geral, essas teorias adotam como pressuposto básico que o crescimento e o desenvolvimento humanos ocorrem de forma gradual até a realização do seu potencial máximo.

PEPLAU (1992), mostra na sua teoria a noção de "crescimento pessoal" que é compartilhado pela enfermeira e pelo paciente a partir do relacionamento interpessoal desenvolvido no processo de cuidar. A autora usou o termo "enfermagem psicodinâmica" para descrever o relacionamento dinâmico entre a enfermeira e o paciente.

Define que são necessários três fatores para que a relação interpessoal se estabeleça como um processo de aprendizagem, sendo estes: o enfermeiro, o paciente, e os seus contextos de vida. Estes fatores servem de base a três

pressupostos: o enfermeiro conhecer-se a si próprio, o enfermeiro conhecer o outro (o paciente), e o sentido que o ambiente faz, enquanto contexto que circunda o indivíduo.

Para a mesma, a enfermagem psicodinâmica envolve reconhecer, esclarecer e construir uma compreensão acerca do que acontece quando a enfermeira se relaciona de forma útil com o paciente. As etapas da enfermagem psicodinâmica desenvolvem-se tendo por base dois pressupostos fundamentais:

1. A postura adotada pela enfermeira interfere diretamente no que o paciente vai aprender durante o processo de cuidado ao longo de sua experiência como doente.

2. O auxílio ao desenvolvimento da personalidade e ao amadurecimento é uma função da enfermagem que exige o uso de princípios e métodos que facilitem e orientem o processo de solução dos problemas ou dificuldades interpessoais quotidianos.

PEPLAU (1992) considera que, cada enfermeiro compreenderá tanto melhor o paciente quanto melhor compreender a sua própria função.

Na percepção da teórica, enfermagem é uma relação humana entre uma pessoa que necessita de cuidados de saúde e uma pessoa com formação especializada (ou seja, uma enfermeira) que reconhece as necessidades da mesma, sendo capaz de responder.

A autora reconhece que o cuidado físico é fundamental, pois permite um tipo de “intimidade interpessoal”, que proporciona ao paciente realizar ligações entre situações presentes e experiências anteriores, apesar de na sua teoria realçar os aspetos psicológicos na prática de enfermagem.

Um dos objetivos da assistência em enfermagem é produzir mudanças que influenciam positivamente a vida dos indivíduos.

PEPLAU (1992), evidencia a influência da sociedade, da cultura, do ambiente e da família nestas mudanças. A aproximação holística do paciente, permite atendê-lo com vista à resolução das suas necessidades.

A base para a intervenção de enfermagem, emerge do processo interpessoal, que representa a parte dinâmica da teoria que Hildegard Peplau desenvolveu.

O processo de relação interpessoal da enfermagem, é descrito por PEPLAU (1992), em quatro fases: *orientação*, *identificação*, *exploração* e *resolução*, que se sobrepõem e se relacionam entre si.

Fazendo uma breve abordagem a cada uma das quatro fases, temos que na fase de *orientação*, o paciente apresenta necessidades e solicita ajuda profissional. A enfermeira identifica as necessidades com base nas pistas que o paciente fornece. Estas mostram a forma como este percebe a dificuldade que está a sentir. Após diagnosticadas as necessidades, a enfermeira em colaboração com a restante equipa, orienta o paciente acerca do seu problema e das implicações que o mesmo tem.

Esta etapa desenvolve-se propiciamente em ambiente hospitalar, uma vez que as limitações de espaço e liberdade remetem o paciente para o seu próprio mundo, fazendo desta forma com que este possa explicar o que acontece à sua volta, no entanto, todo este processo decorre na presença do profissional.

De seguida surge a fase de *identificação*. O paciente responde já seletivamente a quem o questiona. Perante isto, pode responder de três formas: é participativo e interdependente; isola-se e mostra-se independente ou adota uma postura de dependência em relação ao profissional com quem estabeleceu relação. PEPLAU (1992), refere com base na sua experiência, que nesta fase, alguns pacientes identificam-se tanto com a enfermeira, que esperam que esta atenda a todas as suas vontades e desejos, esquecendo que o relacionamento interpessoal requer uma interação entre ambos.

Esta etapa é fundamental para que o paciente realize, com o auxílio da enfermeira, uma aprendizagem construtiva, para que possa desenvolver respostas independentemente desta.

Na terceira fase do processo, *exploração*, o paciente trabalha ao máximo a relação com o propósito de obter os melhores benefícios. O paciente aproveita na totalidade os serviços que lhe são oferecidos. O objetivo é estabelecer as metas a cumprir no sentido da sua autonomia máxima, e desta forma fazer com que o paciente diminua o grau de identificação com quem lhe prestou ajuda.

A última fase, é a fase de “*resolução*”, que como o nome indica, é o momento em que se dá a resolução do problema identificado inicialmente. No

entanto, em muitos casos não é o que se constata, pois o paciente ainda não se libertou totalmente dos laços adquiridos e da identificação com as pessoas que lhe prestaram ajuda e ainda não adquiriu completamente a capacidade de atuar por si mesmo.

O êxito desta etapa, é tanto maior quanto mais bem sucedidas foram as etapas anteriores.

O papel da enfermeira, segundo a autora, na relação enfermeiro/paciente, deve ser dinâmica e flexível, pois esta está em permanente mudança.

O bom relacionamento começa pelo facto de a enfermeira, com atitudes de maturidade e reflexão e tendo confiança em si mesma, aplicar as suas aptidões interpessoais de forma a poder desenvolver a sua atividade junto dos pacientes.

PEPLAU (1992), diz que no decurso da relação enfermeiro/ paciente, a enfermeira pratica vários papéis, alguns dos quais por vezes ao mesmo tempo, de acordo com aquelas que são as necessidades do paciente.

Assim, poderá assumir o papel de:

- Desconhecida/ Pessoa Estranha
- Pessoa de Recurso
- Especialista Técnica
- Professora
- Líder
- Substituta
- Conselheira

Inicialmente, a enfermeira começa por assumir o papel de pessoa estranha. É uma fase impessoal. Assume também o papel de pessoa de recurso. Neste papel, a enfermeira explica as questões relacionadas com a saúde (plano de tratamento), dando uma resposta adequada, sempre numa perspetiva construtiva.

No papel de Especialista Técnica, a enfermeira permite um atendimento especializado, com base em habilidades técnicas para esse fim.

Quando assume o papel de professora, acaba por ser um compilar de todos os outros papéis. O ensino desenvolve-se com base naquilo que o

paciente conhece, e desenvolve-se mediante aquilo pelo que o paciente se interessa, interioriza e é capaz de gerir.

No papel de Líder a enfermeira estabelece uma relação democrática, onde o paciente se constitui como participante ativo. Desenvolve o processo de iniciação e de maturação de objetivos através da interação com o paciente.

Já no papel de substituta, o paciente projeta na enfermeira sentimentos vividos numa outra relação. Assim, a enfermeira ajuda o paciente a reconhecer as diferenças, permitindo deste modo a resolução de um conflito interpessoal.

Surge por fim, o papel de conselheira, considerado por Peplau, como o de maior importância na Enfermagem Psiquiátrica. A enfermeira, auxilia o paciente a reconhecer, enfrentar, aceitar e resolver problemas que interferem com o seu bem estar. Proporciona desta forma, experiências que o levam à Saúde.

A teoria desenvolvida por Hildegard Peplau, tem como foco central a relação interpessoal enfermeiro – paciente, que é um fenómeno que faz parte integrante da prática de enfermagem. A visão holística apresentada pela autora, foi recuperada com o objetivo de produzir uma enfermagem humanitária, num momento em que a enfermagem valoriza a necessidade da interação com o paciente.

Apesar de ser uma teoria desenvolvida há cinco décadas, num outro contexto histórico, após a breve abordagem efetuada, verificamos que a mesma ainda se mantém atual.

Desta forma, todo o processo de estágio, revê-se na Teoria de Hildegard Peplau, onde o foco central também é a Relação interpessoal enfermeiro – utente.

### **3- CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO/ POPULAÇÃO RESIDENTE**

O Hospital onde decorreu o estágio, é uma instituição especializada em Saúde Mental e Psiquiatria.

#### **3.1- CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

O Hospital onde desenvolvemos o nosso projeto, desempenha funções no âmbito da prestação de cuidados integrados, prevenção, tratamento e reabilitação, nas áreas de psiquiatria e Saúde Mental. Está dividido por áreas geográficas e serve cerca de 1,5 milhões de habitantes.

Está organizado numa perspetiva de assistência setorial, atendendo parte da população de Lisboa e região Sul do país.

É constituído por vários pavilhões, implementados numa área próxima de vinte hectares.

Alguns destes pavilhões são ocupados pelo Serviço de Reabilitação Psicossocial (que tem como objetivo geral a prestação de mais e melhores cuidados aos utentes para, com os meios disponíveis, promover a sua reabilitação, reinserção e desinstitucionalização).

Assim, num pavilhão, encontramos a Unidade de Convalescença, num outro pavilhão, localiza-se a residência de Treino de Autonomia; situadas em três áreas diferentes de outro pavilhão, temos as Residências de Apoio Moderado a Máximo.

Entre outros serviços existentes no Hospital, enfatiza-se o Serviço de Reabilitação Psicossocial, pois este vai de encontro ao preconizado pelo Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016.

#### **3.2- CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE**

De acordo com o estudo de caracterização realizado, cerca de 60% dos utentes residentes tem um diagnóstico clínico de Esquizofrenia, existindo de

seguida uma elevada percentagem de utentes com diagnóstico de Oligofrenia e de utentes com défice cognitivo decorrente dos anos de evolução da doença e de surtos psicóticos sucessivos.

A idade média dos utentes residentes é de 53,2 anos, variando a faixa etária entre os 26 e os 77 anos. Não existe sexo predominante, sendo que o número de mulheres é igual ao número de homens residentes, num total de 50 utentes.

#### **4- QUESTÃO DE PARTIDA**

No confronto entre o conhecimento da população do serviço e a exploração da literatura, surge a questão:

“ Quais as necessidades das pessoas com Doença Mental de Evolução Prolongada internadas no serviço?”

## 5- OBJETIVOS

Apresentámos como principais objetivos para o projeto que desenvolvemos, os seguintes:

- Diagnosticar as principais necessidades das pessoas com doença mental de evolução prolongada, residentes na Residência Psiquiátrica;

- Capacitar as pessoas com doença mental de evolução prolongada a atingir o nível máximo de funcionamento pessoal, social, profissional e familiar, num meio menos restrito possível;

- Obter uma abordagem mais ampla que engloba a promoção da qualidade de vida visando as condições objetivas e o grau de satisfação dos doentes em relação a ela, o bem-estar psicológico, o repertório de habilidades e competências, capacidades e limites funcionais;

- Desenvolver intervenções especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que atendam às necessidades identificadas;

- Promover o nosso próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;

- Adquirir, desenvolver e consolidar competências específicas referentes ao Enfermeiro Especialista, bem como ao Mestre, com o intuito de obtermos uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

## 6- METODOLOGIA DE PROJETO

“A Metodologia de Projecto é um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” GUERRA, (1994:27)

A Metodologia de Projeto baseia-se na, “adopção de um conjunto de procedimentos, técnicas e instrumentos com vista a atingir os objectivos do projecto” (RAMOS, 2007: 9),

Com base na Metodologia de Projeto, desenvolvemos a orientação do nosso estudo, visto este tipo de metodologia conceder-nos uma previsão de mudança, centrada na resolução de problemas.

Define-se como uma forma de pensar racional e invariavelmente, como uma reação contra a realidade simplista, assentando num processo refletido; é uma metodologia que recorre à organização, é um processo contínuo, que exige uma adaptação permanente ao quotidiano do trabalho por ser uma técnica de mudança e de inovação. Esta metodologia foi integrando, continuamente, metodologias ligadas à participação, e à pesquisa / acção. Através dela, obtêm-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização dos projetos numa situação real. A Metodologia de Projeto constitui a ponte entre a teoria e a prática, uma vez que a sua base é o conhecimento teórico curricular, para depois ser utilizado na implementação de um trabalho de características pragmáticas, concretas e reais. (PERCURSOS, 2010)

Segundo LEITE, MALPIQUE E SANTOS (1989:57) “A metodologia de projecto situa-se no campo das investigações qualitativas (...) dentro do paradigma que, criticando a objectividade positivista e o reducionismo quantificador, procura aprender a especificidade do objecto de estudo.”

Segundo LEITE *et al.*, (2001), a referida metodologia, prevê o envolvimento de todos os intervenientes e da população na qual o projeto se foca, requerendo desta forma trabalho em grupo. Tem como objetivo central, a resolução de problemas, pelo meio de técnicas diversificadas que permitem a recolha, aquisição e a análise de informação. Permite flexibilidade nos procedimentos que se desenvolvem ao longo do trabalho, constituindo-se desta

forma como um processo dinâmico, adaptando-se e reorientando-se sempre que seja necessário, no decorrer da intervenção.

Para o autor atrás referenciado, este é um método, que possibilita ao investigador apreender melhor a realidade do problema que afeta a população, permitindo desta forma uma planificação mais ajustada, e uma ação mais apropriada e dirigida, favorecendo o melhoramento dessa realidade.

Perante isto, cria-se uma dinâmica entre a teoria e a prática: o investigador recebe diretamente os resultados da sua ação e intervenção, pois o mesmo interfere no próprio campo de investigação.

A metodologia de projeto caracteriza-se por ser um trabalho que se desenvolve com uma metodologia reflexiva, pois baseia-se na investigação, de uma forma sistemática, controlada e participativa; distingue-se por ser uma atividade intencional, pois prevê um objetivo enunciado pelos autores e executores do projeto; requer iniciativa e autonomia assim como, autenticidade. Desenvolve-se por um determinado período de tempo, pelo que se torna prolongado e faseado.

Esta metodologia, é constituída por várias e distintas fases, nomeadamente:

- **Elaboração do Diagnóstico de situação**
- **Planificação das atividades, meios e estratégias**
- **Execução das atividades planeadas**
- **Avaliação**
- **Divulgação dos resultados obtidos.**

A primeira fase da metodologia de projeto, é o diagnóstico de situação. Nesta fase, segundo GUERRA (1994), devemos organizar um modelo explicativo, que se refira à realidade sobre a qual pretendemos produzir mudança.

Por BRISSOS (2004), quando estamos perante a necessidade de desenvolver um projeto na área da saúde, devemos primeiramente detetar quais as necessidades da população, com o objetivo de se criarem estratégias (recorrendo aos recursos disponíveis), para que se consiga promover a motivação e a autonomia da população, através de um trabalho multidisciplinar e em equipa.

Pelo mesmo autor atrás mencionado, a saúde deve ser encarada como condutor do desenvolvimento. Para tal, a saúde deve constituir-se parte integrante de um plano de intervenção multisetorial, com modelos de desenvolvimento que tenham condições para se manter ou conservar.

TAVARES (1990), refere que, o diagnóstico de situação, representa as necessidades de saúde da população, caracterizando-se por ser dinâmico pois descreve continuamente e com atualizações constantes a situação. Caracteriza-se também por ser alargado, aprofundado, claro e sucinto, e por ir de encontro às necessidades da fase de planeamento.

O diagnóstico de situação, é a fase da metodologia de projeto onde se consolida a análise do contexto social, cultural e económico onde se encontra o problema, assim como as potencialidades e as estruturas de mudança existentes.

GUERRA (1994), afirma que a elaboração do diagnóstico de situação assenta no entendimento do carácter sistémico da realidade. Num primeiro momento, envolve uma causalidade mais linear, e numa fase posterior mostra-se mais integrado. É multidisciplinar, é um instrumento de participação e de consciencialização dos intervenientes, é um instrumento de pesquisa. Torna-se assim já uma ação interventiva, pois é um instrumento de interação e de compreensão do real.

Nesta etapa, definem-se os problemas quer quantitativa quer qualitativamente. Apontam-se as causas prováveis e estabelecem-se prioridades, para que se organizem os recursos e de seguida o grupo interveniente.

Segundo ALMEIDA et al., (2007), aquando da definição do problema, existem fontes informativas tais como uma teoria (sobre o acontecimento em estudo), a observação direta (facilita a verificação sobre a regularidade temporo-espacial), investigações anteriormente efetuadas.

Para a elaboração do diagnóstico de situação, existem variados métodos aos quais podemos recorrer. A entrevista, o questionário, assim como métodos de análise da situação, designadamente a análise SWOT (a mais comum), Cadeia de Valores, FMEA e Stream Analysis são os mais utilizados na prática clínicos.

CARVALHO et al., (1993), defende que o método que se vai empregar,

vai depender de diversos fatores, nomeadamente, o tipo de informação que se vai recolher, os objetivos, o momento em se efetua a avaliação, o tempo, os recursos e verbas disponíveis, e a forma como se pretende tratar a informação recolhida. A observação do contexto, das pessoas, de todos os intervenientes e atividades, está implícita na utilização de todos os métodos, sendo a base para a sua correta utilização.

Citando CARVALHO et al., (1993), presentemente recorre-se com frequência ao uso de escalas de avaliação. A pessoa pode responder, por meio de uma escala gradual de pontos ou de intervalos de acordo com o que a pessoa sente em relação ao estado da situação. Por exemplo, na Escala de Likert, do “de acordo até ao totalmente em desacordo”

Após obtidos os dados, importa efetuar a interpretação dos mesmos, para que o investigador possa definir o problema principal e os problemas parcelares, para que de seguida possa optar por determinado problema a abordar e para que se possa centrar nos recursos disponíveis.

Finda a etapa de diagnóstico do problema, começamos a orientar-nos para a fase de planeamento, que vai permitir a resolução das situações problemáticas identificadas. PORRAS, (2002).

A segunda fase da metodologia de projeto, é a fase de planeamento. Nesta fase, faz-se o levantamento dos recursos e identificam-se as limitações e condicionantes do trabalho. BARBIER, (1996), defende que nesta fase é impossível de concretizar se não tiver uma imagem e definição clara dos objetivos do projeto.

Estes assumem-se como representações antecipadoras da ação a realizar. Estes mostram quais os resultados que se pretendem alcançar, podendo ir do geral até ao mais específico (MÃO DE FERRO, 1999)

Aquando da definição dos objetivos, deve ter-se o cuidado de identificar o problema de forma clara e sucinta, para que desta forma, a formulação dos objetivos possa também ser clara (NOGUEIRA, 2005).

Definem-se ainda as atividades a desenvolver e o respetivo cronograma (HUNGLER et al., 2001).

MIGUEL (2006), refere ser importante o desenvolvimento do cronograma do projeto, pois é um processo interativo que vai determinar as data de início e de fim das atividades planeadas. As atividades, meios e

estratégias constituem-se como parte integrante do planeamento. Assim, atividade, define-se como sendo o elemento de trabalho praticado no decorrer de um determinado projeto. Uma atividade tem inerente a si uma determinada duração e um determinado custo. Os meios são considerados como os recursos (pessoa, equipamentos, materiais) necessários para a realização das atividades. As estratégias não são mais do que a utilização eficiente dos meios.

Para AQUILANO et al., 2006, o objetivo principal das estratégias é utilizar de forma eficaz os recursos.

A terceira fase da metodologia de projeto, é a fase de execução/implementação. Por NOGUEIRA et al., (2005) e CARVALHO et al., (2001), o que era apenas uma construção mental do que iria ser a realidade passa a ser uma construção real da mesma, ou seja, coloca-se em prática tudo o que foi planeado.

Nesta fase, implica-se a mobilização de meios, pois estamos perante uma fase “transformadora” (CARVALHO et al., 2001)

Por vezes deparamo-nos com alterações em relação ao que foi anteriormente planeado. Quando isto acontece, têm que se adotar medidas de recuperação para que os objetivos do projeto não fiquem implicados. (RAMOS, 2008)

Segundo NOGUEIRA et al., (2005), a fase de execução apesar de se tornar numa fase exaustiva torna-se também na que mais proveito trás. Contudo, o orientador deve ter especial atenção com a motivação que cada um dos intervenientes apresenta, para que de forma individual possa envolver cada um deles, isto com o objetivo de promover o papel ativo de cada um, dado que a motivação intrínseca está diretamente relacionada com o papel ativo que o indivíduo tem na ação e no meio. Neste sentido, o orientador torna-se nesta fase uma presença imprescindível, visto que, é uma fase em que surgem muitas dúvidas, e na ausência do mesmo o grupo pode dispersar-se e não ir de encontro à concretização do projeto. O orientador torna-se assim, num elemento que propicia e não num elemento que dá.

A fase de elaboração é uma fase da qual se espera que surjam muitos resultados, que se manifestam em aprendizagem, resolução de problemas e desenvolvimento de competências.

“ (...) a elaboração e a execução de um Projecto encontram-se

necessariamente ligadas a uma investigação – acção que deve ser simultaneamente um acto de transformação, uma ocasião de investigação e de formação, tornando-se portanto, uma produção intelectual” (NOGUEIRA et al., 2005:84).

Segundo CARVALHO et al., 2001, na fase de execução é seguida uma regra que permite que sejam evidenciados os princípios que conduzem a acção e mostram a sua eficiência. No entanto, isto ocorre se se considerar que esta fase foi modificadora, como resultado duma análise da experiência.

A quarta fase da metodologia do projeto é a fase de avaliação. Citando NOGUEIRA et al., (2005), a avaliação deve ser rigorosa. É um processo dinâmico que requer a comparação entre os objetivos que foram definidos inicialmente e os que foram atingidos.

Para que a avaliação ocorra de forma rigorosa deve recorrer-se a instrumentos de avaliação. A avaliação deverá fornecer os elementos necessários, com o objetivo de favorecer: a relação entre o projeto e o problema, a gestão dos recursos e meios indo de encontro aos objetivos e a relação entre a acção e os resultados. (CARVALHO et al., 2001)

A avaliação final, poderá ocorrer de diversas formas. A escolha será efetuada pelo orientador, e pode surgir com a participação ou não do grupo. “ (...) verbalização em grupo e/ou individualizada, anónima ou personalizada, espontânea ou segundo modelos previamente elaborados” (LEITE et al., 1989: 80).

A quinta fase da metodologia de projeto é a divulgação dos resultados.

Esta fase é de especial importância, uma vez que se dá a conhecer à população e a outras entidades a pertinência do projeto, assim como, todo o processo desenvolvido para a resolução de um determinado problema.

Sob o ponto de vista de SCHIEFER et al., (2006), existem variadas formas de divulgar os resultados obtidos num projeto. Uma delas é através de um relatório. Assim, o relatório de projeto baseia-se num trabalho escrito, onde consta todo o processo de desenvolvimento do mesmo. Este é elementar na transmissão de informação, e na conversão da mesma em conhecimento. Torna-se vantajoso relativamente a outros meios de divulgação de resultados, pois este permite sistematizar, organizar, e interpretar grandes quantidades de

informação.

Referindo o mesmo autor, é importante ter em conta os destinatários da divulgação dos resultados, pois as características do relatório devem ser adaptadas aos mesmos.

“Não é a mesma coisa escrever para leigos, técnicos ou decisores. De igual forma, não é a mesma coisa escrever para alguém familiarizado com o projecto, ou para alguém que lhe é alheio. Nem é semelhante escrever para uma audiência (previsivelmente) receptiva ou para um conjunto de destinatários (tendencialmente) cépticos.” (SCHIEFER et al., 2006: 185)

Em suma, e concordando com CASTRO et al. 2002, cit in, PERCURSOS 2010:37, o trabalho de projeto, permite a aprendizagem através da ação, criando uma ponte entre a teoria e a prática, e a resolução de problemas com base em situações e recursos presentes. Permite também desenvolver competências sociais tais como, o trabalho em equipa, a comunicação, a gestão de conflitos, a tomada de decisão e a avaliação de processos.

## 6.1 – FASE DE ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES DOS UTENTES DA RP

Com base na colheita de dados (ato profissional de enfermagem que se situa na base de qualquer intervenção de cuidados) pretende-se conhecer as necessidades de saúde dos utentes.

### 6.1.1- FONTES E COLHEITA DE DADOS

Para MINAYO (1993: 23), a pesquisa “É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados”.

Assim sendo, como base para a recolha de informação/ dados pertinentes para constituição do diagnóstico de necessidades dos utentes da Residência Psiquiátrica, recorreremos à entrevista informal, que foi efetuada a vários enfermeiros da equipa do serviço.

Segundo GIL (1999), a entrevista Informal (livre ou não-estruturada), é o tipo de entrevista menos estruturado, e só se distingue da simples conversação porque tem como objetivo básico a coleta de dados. O que se pretende é a obtenção de uma visão geral do problema pesquisado.

Recorreremos também aos resultados obtidos através da aplicação das Escalas de CADEM e MMSE ( Mini-Mental State Examination) aplicadas pelos enfermeiros do Serviço, aos utentes da Residência Psiquiátrica (previamente fomos autorizados a recorrer aos resultados obtidos).

A aplicação da Escala WHOQOL-BREF(Anexo I), efetuada por nós, serviu também como base para a formulação do Diagnóstico de Necessidades dos utentes residentes.

Previamente efetuamos um pedido de autorização, aos autores da Versão Portuguesa da escala, para o fornecimento da mesma e sua posterior utilização. O mesmo foi respondido favoravelmente.

De seguida foi encaminhado o pedido realizado à Comissão de Ética, do Hospital, para aplicação da mesma escala , e com o parecer positivo por

parte da mesma, procedemos à sua aplicação respeitando todos os aspetos éticos e legais.

Os autores da Versão original da escala são WHOQOL Group (World Health Organization Quality of Life Group), em 1994. A sua validação para a população portuguesa foi por Maria Cristina Canavarro, Adriano Vaz Serra, Mário Rodrigues Simões, Marco Pereira, Sofia Gameiro, Manuel João Quartilho, Daniel Rijo, Carlos Carona & Tiago Paredes, em 2006.

Esta escala faz uma avaliação da qualidade de vida, pois é uma medida multidimensional e multicultural, e pode ser utilizada numa diversidade de distúrbios psicológicos e físicos, assim como em pessoas saudáveis. Este instrumento integra quatro domínios de qualidade de vida, nomeadamente: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente. Cada domínio é constituído por aspetos de qualidade de vida, que sumariam o domínio. No total dos quatro domínios, o número de itens que os constituem é de 26. É ainda possível calcular um indicador global, que se refere ao aspeto global de qualidade de vida. Os resultados com valores mais altos representam melhor qualidade de vida, variando os resultados entre 0 e 100, sendo que zero se apresenta como o valor mais baixo e cem como o valor máximo.

A Escala de CADEM,(Anexo II) é um instrumento para avaliação da capacidade de autocuidado de pacientes adultos. Foi desenvolvida por Dias DC, em 1996. Encontra-se validada para a população brasileira, no entanto ainda não se encontra validada para a população portuguesa, consituindo-se este facto como uma limitação no estudo que desenvolvemos.

As cinco funções que constituem o instrumento são: Comunicação (**C**); Atividades diárias (**A**); Deambulação (**D**); Eliminação (**E**); Mobilização (**M**).

A comunicação refere-se à capacidade de enviar e receber mensagens, as actividades diárias referem-se à capacidade para realizar actividades para a manutenção da higiene corporal, alimentação e hidratação adequadas, a deambulação refere-se à capacidade para locomover-se de um lado para o outro, a eliminação refere-se à capacidade para urinar ou evacuar voluntariamente em lugar próprio, e por fim a mobilização refere-se à capacidade para manter o tónus muscular e posicionamento corporal adequado. A cotação varia entre o 0 e os 25 pontos. Com uma pontuação até 5 pontos, o utente considera-se sem alterações funcionais, sendo independente

para o autocuidado. Tem capacidade de se auto cuidar sem necessidade de ajuda de outrem.

É parcialmente dependente, quando o resultado varia entre os 6 e os 10 pontos. O utente é hábil para o autocuidado, embora necessite de apoio e de uma pequena ajuda de outrem para as tarefas mais minuciosas, ou, tem uma capacidade de se autocuidar diminuída, necessitando de uma pequena ajuda para algumas actividades diárias.

Quando temos um resultado que varia entre os 11 e os 17 pontos, o utente considera-se um grande dependente. Tem um baixo grau de autocuidado, necessitando de ajuda moderada a grande para se autocuidar, ou, tem uma capacidade de se autocuidar diminuída, necessitando de ajuda importante para as actividades diárias.

O utente é totalmente dependente de ajuda para o autocuidado, ou tem incapacidade de se autocuidar necessitando que outro lhe execute as actividades diárias, quando a sua pontuação varia entre os 18 e os 25 pontos.

A Escala MMSE(Anexo III), foi desenvolvida em 1975 por FOLSTEIN, FOLSTEIN, E MCHUGH. Inicialmente foi elaborada com o objetivo de distinguir perturbações cognitivas 'orgânicas' das 'não-orgânicas', e mais recentemente, tem sido utilizada como um teste de rastreio cognitivo e de monitorização do desenvolvimento da demência e do delírio (O'KEEFFE, MULKERRIN, NAYEEM, VARUGHESE, & PILLAY, 2005).

GUERREIRO e colaboradores, adaptaram esta escala para a população portuguesa, em 1994.

Segundo BRAVO &HERBERT, (1997), esta ferramenta, faz parte do processo de avaliação e de diagnóstico, e não é mais do que um teste que permite avaliar com rapidez o funcionamento cognitivo.

ISMAIL&SHULMAN (2006), desenvolveu um estudo com o objetivo de determinar os instrumentos de rastreio mais utilizados e os considerados mais úteis. Conclui que o mais utilizado é o MMSE, seguido do Teste do Relógio e da Evocação Diferida.

O MMSE engloba 11 questões nos seguintes domínios: Orientação (10 pontos); Registo(3 pontos); Atenção e Cálculo (5 pontos); Memória (3 pontos) e Linguagem (9 pontos). A cotação varia entre os 0 e os 30 pontos.

Consideram assim os autores, que existe déficit cognitivo quando a pontuação é menor ou igual a 15 pontos para iletrados, 22 pontos para indivíduos com 11 anos ou menos de escolaridade e 27 pontos para indivíduos com mais de 11 anos de escolaridade.

O MMSE é um teste utilizado em todo o mundo. Foi já citado em mais de 13000 situações na literatura sobre medicina e psiquiatria.

### 6.1.2 – TRATAMENTO DOS DADOS

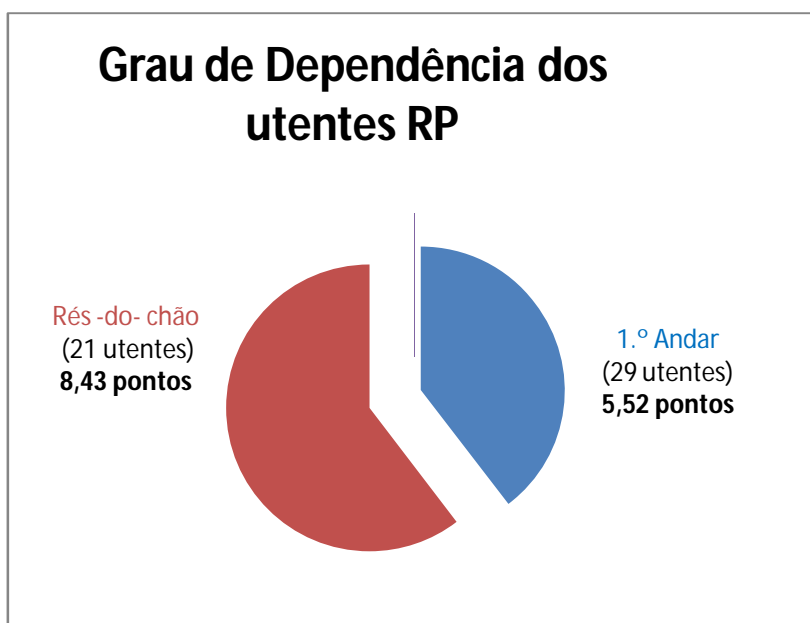


Gráfico 1 - Resultados da Escala de Cadem

Legenda:

Grau de dependência	Total de pontos
Independente	5
Parcialmente Dependente	6-10
Grande dependente	11-17
Totalmente Dependente	18-25

## Índice cognitivo dos utentes RP

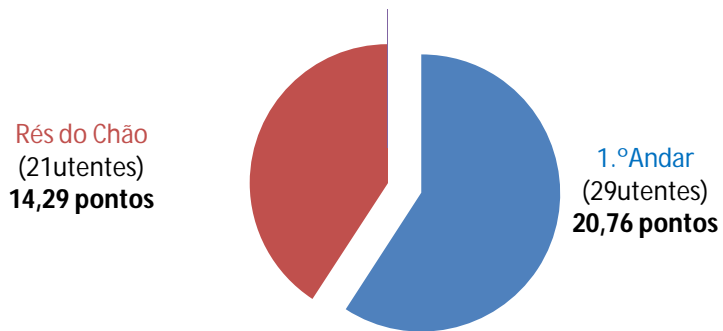


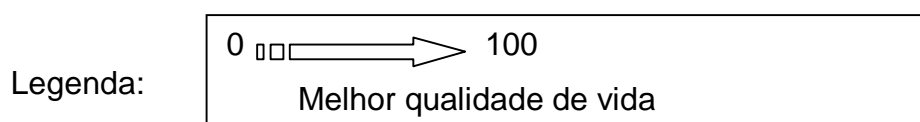
Gráfico 2- Resultados da Escala MMSE

Legenda:

- **Considera-se com defeito cognitivo:**  
analfabetos  $\leq 15$  pontos
- **Escolaridade de 1 a 11 anos de  $\leq 22$  pontos**
- **Escolaridade superior a 11 anos  $\leq 27$  pontos**

Tabela 1- Resultados da Escala WHOQOL-BREF (1.ª aplicação)

	Utente1	Utente2	Utente3	Utente4	Utente5	Utente6	Utente7
<b>Domínio Físico</b>	32	50	46	39	43	46	46
<b>Domínio Psicológico</b>	29	37,5	25	42	42	21	38
<b>Domínio Relações Sociais</b>	42	42	58	58	25	67	42
<b>Domínio Ambiente</b>	9	34	31	50	41	47	34
<b>Domínio Geral</b>	12,5	25	12,5	12,5	25	25	25



### 6.1.3- RESULTADOS OBTIDOS

Através da entrevista informal realizada, verificamos que a necessidade mais relatada pelos enfermeiros, em relação aos utentes da Residência Psiquiátrica, foi a “necessidade de terem um dia a dia mais ativo e produtivo”.

Perante os resultados obtidos através da **Escala de CADEM**, verifica-se que a nível dos 29 utentes residentes no 1.º andar, temos um resultado médio de 5,52 pontos. O que significa que os mesmos têm capacidade de se auto cuidar sem necessidade de ajuda de outrem. Já em relação aos 21 utentes residentes no rés do chão, temos um resultado médio de 8,43 pontos. O que significa que o utente é hábil para o autocuidado, embora necessite de apoio e de uma pequena ajuda de outrem para as tarefas mais minuciosas, ou seja, é parcialmente dependente.

Em relação aos resultados obtidos pela **Escala MMSE**, verifica-se que em relação aos 29 utentes residentes no 1.º andar, a média é de 20,76 pontos,

isto é, são considerados indivíduos com 11 anos ou menos de escolaridade. Já nos 21 utentes residentes no rés do chão, o resultado obtido foi de 14,29 pontos, o que significa que existe défice cognitivo pois a pontuação é menor ou igual a 15 pontos.

Desta forma, com base nestes resultados, criámos um grupo de utentes onde o nível de dependência é mais reduzido e o índice cognitivo é mais elevado, para que desta forma, possamos contribuir para o melhoramento do seu estilo e qualidade de vida, e para a melhoria do seu estado de saúde.

Este grupo é constituído por sete utentes, sendo que quatro são do sexo masculino e três do sexo feminino, onde as idades variam dos 26 aos 62 anos, sendo a média de idades de 43,1 anos. O diagnóstico clínico que apresentam é esquizofrenia.

A este grupo foi aplicada a Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF), após cumpridos todos requisitos legais e respeitando todos os aspetos éticos inerentes, com o objetivo de conseguirmos obter qual o nível de qualidade de vida dos mesmos, e quais os domínios onde os níveis de qualidade poderiam ser melhorados.

Com os resultados obtidos pela aplicação da **Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)**, verificamos que a totalidade dos utentes a quem foi efetuada a aplicação desta escala apresentam baixa qualidade de vida, ou seja, todos os utentes apresentam como nível de qualidade de vida valores inferiores a 50, sendo que a variação vai de 12,5 a 25. Nos domínios os valores mais baixos são referentes ao domínio físico, com um valor médio de 43,1, ao domínio psicológico, com valor médio de 33,5 e ao ambiente com valor médio de 35,1.

#### 6.1.4 – SÍNTESE DO DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

Perante a observação da realidade vivida pelos utentes da Residência Psiquiátrica, e após a análise dos resultados obtidos com a aplicação dos vários instrumentos de colheita de dados, verificamos que se constituiu uma necessidade para estes utentes, o Exercício Físico e também a Gestão do Regime Terapêutico.

Neste sentido, o exercício físico surge como um foco que visa colmatar a necessidade detetada a nível do domínio físico, a gestão do regime terapêutico surge como foco que intenta ir de encontro à necessidade encontrada no domínio psicológico.

Relativamente ao domínio ambiente, decidimos não incidir diretamente sobre o mesmo uma vez que as necessidades refletidas no mesmo acabam por ser satisfeitas indiretamente quando desenvolvermos os focos exercício físico e gestão do regime terapêutico.

Surge na sequência das necessidades detetadas nos utentes da Residência Psiquiátrica, o tema para o Projeto de Intervenção que desenvolvemos: “Reabilitação Psicossocial de Pessoas com Doença Mental de Evolução Prolongada: Estilos de Vida Saudáveis”.

No DSM-IV-TR ( Associação Psiquiátrica Americana [APA], 2000:21) temos que doença mental é: *“uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente significativo que ocorre numa pessoa e que está associado com uma angústia existente (e.g. um sintoma doloroso) ou incapacidade (isto é prejuízo em uma ou mais áreas importantes do funcionamento), ou com o aumento significativo do risco de morte, dor, incapacidade ou perda de liberdade... e que não é apenas uma resposta espectável ou culturalmente sancionável a um acontecimento em particular ( é. g. a morte de um ente querido).”*

As pessoas com doença mental crónica, têm tendência a apresentar um aumento de peso significativo, devido principalmente a um estilo de vida sedentário. Assim, intervir sobre esta necessidade, através do exercício físico, apresenta-se como principal objetivo.

A CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) versão Beta 2, estabelece uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem; estimula a investigação; descreve os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade; representa conceitos usados nos locais e nas áreas de especialidades da prática de enfermagem; torna possível a comparação dos dados; propicia dados sobre a prática de enfermagem que possam influenciar a educação e as políticas de saúde e estimula a investigação de enfermagem. Constitui uma matriz unificadora composta por Fenómenos, Intervenções e Resultados de Enfermagem.

Os resultados obtidos com a utilização da CIPE®, podem contribuir para a tomada de decisão, que se refletirá numa melhoria da qualidade dos cuidados e na segurança para os doentes e famílias.

Com base na CIPE® versão Beta 2, temos que **Atividade Física** é: “*um tipo de Auto-Cuidado com características específicas: encarrega-se de comportamentos de atividade física, assegurar local e oportunidade para praticar exercício na vida diária*”. **Exercício** é: “*um tipo de Auto- Cuidado: Atividade física com as características específicas: mover-se, modificando a posição do corpo para a de sentado, partindo da posição de deitado ou de pé*”.

Surge-nos desta forma, a atividade física, como um meio para um estilo de vida mais ativo, contribuindo para a saúde mental, em pessoas com transtornos mentais, melhorando assim as suas condições de vida.

Perante isto, esta questão revela-se uma importante questão de saúde pública, que envolve profissionais especializados em saúde mental.

Em relação à terapêutica, surge a problemática da Gestão do Regime Terapêutico, e por inerência, a adesão/não adesão.

Os dois grandes objetivos em relação a este foco, serão:

- ♦ Instituir a autonomia na preparação da medicação e sua administração

- ♦ Fomentar o reconhecimento da importância da medicação na manutenção e estabilização do quadro psicopatológico.

Segundo a CIPE® versão Beta 2, **Gestão do Regime Terapêutico** é: “*um tipo de comportamento de adesão com as características específicas: executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária*”.

**Adesão terapêutica** define-se segundo a CIPE® versão Beta 2 como: “*volição com as características específicas: acção auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento*”.

Segundo WHO, (2003), vários estudos apontam que, nos países desenvolvidos, apenas 50% dos doentes portadores de doenças crônicas aderem às recomendações terapêuticas.

O estilo de vida das pessoas com doença crônica, pode sofrer grandes alterações, impostas pelo tratamento, exigindo uma forte colaboração do utente.

Com a adesão terapêutica, obtêm-se ganhos tanto para a pessoa (que apresenta sintomas menos exacerbados) como para a família, que apresenta níveis de stress diminuídos (SMITH, *et al.*, 1999).

Visto que os fármacos se revestem de grande importância na prevenção de recaídas, é importante desenvolver estratégias que promovam uma maior adesão ao regime medicamentoso recomendado.

Assim, é importante perceber quais os fatores que influenciam comportamentos de não adesão terapêutica.

Para KONKLE-PARKER (2001), são quatro as categorias principais de fatores que influenciam a adesão à 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, estadió 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, suporte familiar e suporte social.

4- **Fatores relacionados com o enfermeiro:** competências comunicacionais, disponibilidade para questões abertas, relação terapêutica.

Nos doentes em fase aguda da sua doença, registam-se níveis de adesão à terapêutica mais elevados do que nos doentes crônicos, pois a presença de sintomas leva a pessoa a aperceber-se mais facilmente do seu problema de saúde e a tentar resolvê-lo, (HORNE, 2000).

## 6.2 - FASE DE PLANEAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Nesta fase começámos por definir os objetivos do nosso projeto, para de seguida, efetuarmos um levantamento dos recursos, das limitações e condicionantes do trabalho.

Assim, constituem-se como objetivos para o projeto:

- Informar os utentes do grupo seleccionado para a nova oferta terapêutica, requerendo a sua participação voluntária;

- Aplicar o modelo de intervenção seleccionado (Entrevista Motivacional), ao grupo de utentes pré- definido;

- Definir com o grupo de utentes, com base nos focos de enfermagem determinados assentes nas necessidades identificadas, quais as intervenções a implementar;

- Implementar as intervenções planificadas com o grupo, garantindo o tempo, o espaço e outros recursos necessários para cada sessão, atuando sempre, tendo presente a singularidade de cada utente e a interdependência das esferas psicológica, social, cultural, biológica, e espiritual de cada um;

- Registrar as informações relevantes de cada intervenção, em cada sessão, em relação a cada utente;

- Avaliar se cada utente atingiu os objetivos delineados, para cada sessão;

- Avaliar o resultado do processo de implementação de intervenção em serviço.

O principal constrangimento para a implementação do projeto prendeu-se com a imprevisibilidade da adesão dos utentes às intervenções.

Surgiu também como condicionante/limitação, o tempo de que dispusemos para a implementação das intervenções.

### 6.2.1. – PLANEAMENTO BASEADO NA EVIDÊNCIA

Após definirmos os objetivos do trabalho, e de termos identificado as limitações e condicionantes do mesmo, surgiu a necessidade de nos basearmos na evidência já produzida, uma vez que esta complementa esta fase.

A nossa pesquisa foi realizada nas bases de dados Medline, Pubmed e Ebsco, com as palavras: Exercício Físico, Gestão da Medicação, Reabilitação Psicossocial, Doente Mental Crónico e Qualidade de Vida, no intervalo de tempo de 2003 a 2012.

Um estudo desenvolvido por GORCZYNSKI & FAULKNER, em Maio de 2010, na Faculdade de Educação Física e Saúde, da Universidade de Toronto, procurou determinar os efeitos sobre a saúde mental, do exercício físico para pessoas com esquizofrenia.

Os resultados indicaram que os programas de exercícios regulares são possíveis nesta população e que eles podem ter efeitos saudáveis sobre a saúde física e mental e bem estar, dos indivíduos com esquizofrenia.

O estudo desenvolvido incluía uma amostra de dez indivíduos, dos quais quatro pertenciam ao grupo submetido ao exercício físico e os restantes seis ao grupo de control. Os resultados obtidos mostraram que o grupo submetido ao exercício físico, apresentava valores de melhoria do estado de saúde mental, física e bem estar superiores ao grupo de control.

Um outro estudo efetuado por HOLLEY, 2010, na Universidade de Gloucestershire, evidência a relação existente entre a prática do exercício físico e o bem-estar psicológico de pessoas com esquizofrenia.

De acordo com um estudo desenvolvido por MACEDO, GARAVELLO, OKU *et al.*, 2003, procura-se perceber a relação do benefício do exercício físico para a qualidade de vida. O estudo teve uma amostra de 69 pessoas, sendo que 36 (17 do sexo feminino e 19 do sexo masculino) das quais eram pouco ativas fisicamente e 33 (16 do sexo feminino e 17 do sexo masculino) praticantes de exercício físico. O estudo decorreu durante 12 semanas, e o exercício físico numa frequência de 2 a 3 vezes por semana.

Foi aplicado o questionário SF-36, como instrumento de avaliação da qualidade de vida, no início e no final do estudo. Este questionário avalia os aspetos físicos, a capacidade funcional, a dor, o estado geral de saúde, a vitalidade, os aspetos sociais, os aspetos emocionais, a saúde mental e uma questão que avalia comparativamente o estado atual de saúde com o de há um ano atrás.

Os resultados demonstram melhoria no nível de qualidade de vida tanto no grupo já praticante como no grupo não praticante de exercício físico.

Assim, em jeito de conclusão do referido estudo, surge que o exercício físico bem estruturado e orientado, através dos seus efeitos, melhora os parâmetros de qualidade de vida, avaliados pelo questionário SF-36, dos indivíduos participantes independentemente do sexo, e ainda, que o sexo feminino, mostra uma maior evolução que o sexo masculino.

Relativamente à psicoeducação, um estudo desenvolvido por BAUML&FROBOSE et al., em 2006, em Munique, mostrou que após implementado um programa de psicoeducação em doentes com diagnóstico de esquizofrenia, por um período de dois anos, existiu uma redução de 58% para 41% na taxa de reinternamento hospitalar.

O grupo era constituído por um total de 236 elementos, sendo que 111 pertenciam ao grupo de controle e 125 pertenciam ao grupo submetido ao programa de psicoeducação. A atribuição foi realizada de forma aleatória. Verifica-se que a taxa de reinternamento hospitalar diminuiu significativamente (de 58 para 41%), assim como o número de dias de internamento (de 78 para 39 dias) no grupo de intervenção, após decorridos dois anos.

Também utentes com um número de internamentos (anteriores ao estudo), de 2 a 5, mostrou grande lucro com o programa de psicoeducação, sendo que a taxa de re-hospitalização foi de 34%, em contraponto com o grupo de controle que foi de 65%.

Os estudos que evidenciam a eficácia das intervenções psicoeducativas na adesão terapêutica da Pessoa/família com doença mental grave, são já inúmeros.

PEKKALA&MERINDER (2004) realizaram uma revisão sistemática dos programas de psicoeducação, e concluíram que pode ter um impacto positivo

no aumento do *insight* quanto à patologia, adesão à medicação e nível de funcionamento psicossocial.

PRATT *et al.*, 2005, num outro estudo, mostrou que a intervenção em grupo, facilita a partilha de experiências, permite a desmistificação da doença e a diminuição do estigma associado e permite aos utentes procurar ajuda junto dos técnicos, o que promove uma melhoria na qualidade de vida dos mesmos.

GONZALEZ-PINTO e colaboradores (2004) desenvolveram um estudo de revisão sobre psicoeducação e terapia cognitivo comportamental para a perturbação psicótica. Os mesmos avaliaram publicações da língua inglesa entre 1971 e 2003, e conferiram que a psicoeducação combinada com tratamento farmacológico, esta ajuda a melhorar a adesão ao tratamento. Verificaram ainda que o estímulo da aprendizagem na identificação antecipada dos sintomas maníacos ajuda a melhorar os resultados terapêuticos e a reduzir o número de episódios psicóticos.

DONOHUE, 2006, desenvolveu uma compilação de estudos, com o objetivo de avaliar as taxas de adesão terapêutica em pessoas com doença crónica, incluindo Esquizofrenia, Artrite, Diabetes, Asma, Depressão e Doença Bipolar, tendo concluído que não existem grandes diferenças entre as mesmas. No entanto, diz que se por um lado a Esquizofrenia, não se associa por si só a taxas muito baixas de adesão, por outro lado, depreende que nos estudos apenas se avaliam as pessoas que consentem participar nos mesmos, o que pode enviesar os resultados.

ROSA *et al.*, 2007, no estudo que desenvolveu sobre a adesão terapêutica em doentes com diagnóstico de esquizofrenia, selecionou um grupo de 50 utentes. Aplicou a entrevista clínica e as escalas BPRS-A (Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica – versão ancorada) e uma versão expandida da ROMI (Escala de Influências Medicamentosas) (Weiden *et al.*, 1994; Rosa e Marcolin, 2000) na avaliação basal. A escala BPRS-A foi utilizada nas visitas seguintes (uma vez por mês). A falta sucessiva a duas consultas sem explicação plausível, ou a ingestão de menos de 75% (segundo relatório familiar escrito) da medicação prescrita foram consideradas não adesão ao tratamento.

Verificou-se que a taxa de não adesão foi de cerca de 48%, num ano, e o grupo não aderente piorou na sintomatologia psicótica.

A escala ROMI apresentou a apreensão do benefício diário, como fator associado à adesão, e a sensação de desconforto devido aos efeitos secundários, como fator associado à não adesão (Rosa *et al.*, 2005).

PRATT *et al.*, 2008, desenvolveu um estudo sobre a reabilitação psicossocial e a qualidade de vida em doentes com doença mental.

Este estudo inclui três intervenções de treino de habilidades (adaptação funcional de treino de habilidades, treino cognitivo comportamental e treino de habilidades sociais),

O modelo de adaptação funcional de treino de habilidades, decorre com sessões de grupo, destinado a melhorar as habilidades de vida na comunidade, tais como gestão de dinheiro, comunicação, gestão da doença.

No grupo de doentes em estudo (240), com média de idades de 40 anos, com diagnóstico de esquizofrenia, os mesmos apresentaram melhoria significativa nas habilidades sociais e funcionais, assim como no seu estado de bem-estar, em comparação com o grupo de controlo. Além disto, os doentes pertencentes ao grupo em estudo, durante 24 semanas em que decorreu o estudo, recorreram menos aos serviços de urgência.

Quanto ao treino cognitivo comportamental, este visa desenvolver as competências de auto gestão. Decorreu em 24 semanas, com 76 doentes, com diagnóstico de esquizofrenia. Comparativamente com o grupo de controlo, verificaram-se melhorias e evolução nos doentes pertencentes ao estudo.

A combinação de técnicas de reestruturação cognitiva e o treino de habilidades mostram-se um método excepcionalmente eficaz para melhorar a qualidade de vida em doentes portadores de doença mental grave.

Relativamente ao treino de habilidades sociais, este conjuga o treino de habilidades e uma intervenção de gestão da saúde.

Consiste na capacitação de habilidades de vida e gestão da medicação, com apoio de enfermeira.

O grupo congrega 24 doentes, e decorreu com uma frequência semanal, durante 24 semanas. Resulta deste estudo uma melhoria de funcionamento social e de habilidades de vida em conjunto com uma melhoria no acesso aos cuidados de saúde.

Em suma, o treino de habilidades em doentes com patologia mental é possível, e é a chave para a melhoria da qualidade de vida.

Ainda em contexto de melhoria da qualidade de vida, com base na promoção e adoção de comportamentos de vida saudáveis, surge a Entrevista Motivacional. Uma intervenção terapêutica, que tem revelado ser eficaz e efetiva. Surge como uma ferramenta de intervenção clínica, promotora de adesão comportamental, especialmente em utentes resistentes à mudança dos seus estilos de vida

MILLER&ROLLNICK (2002: 25), definem a Entrevista Motivacional como “um método centrado no cliente, diretivo, que intensifica a motivação intrínseca para a mudança, explorando e resolvendo a ambivalência.”

Segundo os autores supracitados, a ação terapêutica, requer do profissional de saúde diversas competências técnicas quanto ao que pode trazer de novo ao utente, por outro lado, exige ao utente competências pessoais (ao nível das crenças, atitudes, comportamentos e emoções) que são necessárias para a adoção de comportamentos promotores do êxito terapêutico.

Para que isto suceda, é fundamental a adesão do utente. Para que esta seja mantida a longo prazo, é elementar que o utente esteja diretamente implicado nas atividades terapêuticas, que devem ser propostas numa perspetiva de acordo, entre o que é o ideal terapêutico e o que é exequível, na perspetiva do utente.

Distinguem-se na Entrevista Motivacional, quatro princípios orientadores:

- a) Reflexão empática
- b) Desenvolvimento de discrepância
- c) Acompanhamento da (em vez de combate à) resistência
- d) Promoção de auto-eficácia

A entrevista motivacional considera que a mudança é “pertença” do utente, é diretiva e orientada para o objetivo de mudança, dando maior ênfase à resolução de discrepâncias e à promoção de motivação para a mudança.

Este modelo de intervenção, compreende-se com mais facilidade, através da teoria da auto-determinação de DECI&RYAN (1985). Presentemente o modelo que mais consensualmente explica as determinantes motivacionais subjacentes ao comportamento de mudança e de manutenção de novos hábitos.

A predição da mudança, de acordo com a teoria da auto-determinação, passa pela compreensão da forma como as pessoas interiorizam e integram as motivações extrínsecas (isto é, motivações promovidas pelo ambiente físico, social, relacional e afetivo que envolve a pessoa) e pela forma como auto-regulam e se implicam de forma autónoma em novos comportamentos (adquirindo novos hábitos). A regulação autónoma dos comportamentos apresenta-se de forma mais estável e duradoura no tempo (do que a regulação heterónoma – de regulação externa, no outro extremo), tendo efeitos mais favoráveis no que se refere ao bem-estar, à satisfação com a vida e à qualidade de vida.

O pressuposto de que os seres humanos têm uma tendência inata para o crescimento pessoal através da integração psicológica e da resolução da inconsistência psicológica, é defendido tanto pela entrevista motivacional, como pela teoria da auto-determinação. A importância dada pela teoria da auto-determinação à interiorização da mudança terapêutica e à satisfação das necessidades é inteiramente conciliável com os princípios e estratégias da entrevista motivacional.

No modelo da auto-determinação, assim como na entrevista motivacional, o processo de integração de novos comportamentos, pode ser influenciado (facilitando ou dificultando), pelo ambiente social e afetivo da pessoa.

Um ambiente que através do controlo (desafio excessivo, ou rejeição das necessidades), dececiona na satisfação das necessidades, dificulta ou mesmo impede a interiorização e a automotivação, resultando muitas vezes em comportamentos defensivos e de resistência à mudança.

Na teoria da auto-determinação, surge outro aspeto que encontra eco na entrevista motivacional - o pressuposto de existência de três necessidades psicológicas fundamentais como base da auto-motivação e da integração da personalidade, que são:

- necessidade de competência (conceito equivalente, no modelo da entrevista motivacional, à auto-eficácia)
- necessidade de autonomia nas ações (expresso na entrevista motivacional em como sendo o doente a fazer as suas próprias escolhas, bem

como a gerir os tempos e formas de mudança, com o apoio e orientação do terapeuta)

- necessidade de “estar em relação” (amplamente defendido pelos autores da entrevista motivacional, no que toca à relação utente-terapeuta, através da aposta na relação terapêutica centrada no doente).

Estudos recentes, abordaram a efetividade da Entrevista Motivacional no tratamento de comportamentos dependentes. Os estudos selecionados por NOONAN & MOYERS (1997) mostraram a efetividade da EM em settings variados.

MILLER et al (1988) avaliaram pela primeira vez o DCU (drinker's check-up = auto-avaliação de alcoólicos). Este consiste numa avaliação de 2 horas seguida de uma sessão de 1 hora de feed-back, baseada em técnicas de Entrevista Motivacional, uma semana depois. A avaliação inclui quantidade e frequência de uso, testes de sangue para avaliar danos no fígado além de testes neuropsicológicos sensíveis a deficiências cognitivas advindas do álcool. No grupo que recebeu DCU observou-se redução no consumo semanal de álcool, e o pico de álcool no sangue também diminuiu após 18 meses e 6 semanas.

MILLER *et al.*, (1993) similarmente, compararam DCU em duas condições: no estilo da Entrevista Motivacional e no estilo confrontativo.

Apesar de haver diminuição do consumo semanal de álcool em ambos os grupos após 1 ano e 6 semanas, a técnica confrontativa evocou mais resistência (tais como discussão, interrupção, interferência).

BIEN *et al.*, (1993) ofereceram a Entrevista Motivacional como estímulo ao tratamento para uma população de bebedores pesados, num ambulatório de veteranos. Os dados sugerem que os bons resultados da EM são medidos por um maior compromisso com o tratamento e percepções mais positivas do terapeuta.

BROWN&MILLER (1993), compararam a eficácia da EM com nenhum tratamento para alcoólicos antes do internamento. Apesar de ambos os grupos demonstrarem diminuição no consumo semanal de álcool, o grupo que recebeu tratamento através da EM mostrou uma redução maior, além de que neste grupo o envolvimento com o tratamento ter sido maior.

SAUNDERS *et al.*, (1995) usaram uma população de consumidores de

opiáceos, num programa de manutenção por metadona na Austrália, comparando a EM com orientação pedagógica. Os resultados mostram que o grupo de EM, foi mais adiante nos estágios de mudança, fez maior compromisso com a abstinência, viu mais vantagens em manter-se abstinente, manteve-se mais tempo no programa, além de recair menos e ter menos problemas relacionados com o uso de opiáceos.

Os estudos atrás mencionados demonstram a eficácia da EM em setting variados (internamento, ambulatório, etc) e com substâncias variadas (álcool, opiáceos). Para alguns autores, a efetividade da EM está relacionada com algumas características da população estudada, tais como: nível da dependência, gravidade do comprometimento e grau de ambivalência quanto à vontade de mudar.

### 6.3- FASE DE INTERVENÇÃO/ IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Nesta fase, aquilo que foi uma construção mental do que se iria desenvolver, passa a ser uma edificação real da mesma. É colocado em prática o planeamento efetuado. (CARVALHO et al., 2001, NOGUEIRA et al., 2005)

A primeira atividade a colocar em prática foi a aplicação da Entrevista Motivacional. Iniciámos a sua aplicação inicialmente em grupo, e depois a nível individual, de forma a podermos intervir mais diretamente sobre cada um dos elementos do grupo.

Primeiramente, começámos por intensificar a reflexão empática. A renitência que todos os elementos do grupo demonstraram, faz-nos passar para uma intervenção individual. Individualmente, fomos capazes de concretizar esta intervenção, pois cada elemento conseguiu desta forma expressar-se sem receios (tal como alguns deles referiram). Contudo, não foi tarefa fácil, pois desenvolver a discrepância e acompanhar a resistência foram dois pontos difíceis de trabalhar pois os utentes encontravam-se de tal forma enraizados nas suas rotinas e no seu estilo de vida, que estabelecer outros objetivos com vista a um estilo de vida mais saudável estava praticamente desconsiderado. No entanto, com muito esforço e também desenvolvendo a promoção da auto-eficácia (conceito criado por BANDURA, 1977 - é a crença da própria pessoa na sua habilidade de executar uma tarefa, e para DICLEMENTY et al., 1985, a auto-eficácia, é o elemento chave no processo de motivação para a mudança, sendo esta um fator chave para o sucesso do tratamento), conseguimos a adesão dos sete utentes pertencentes ao grupo, onde os mesmos ficaram diretamente implicados nas atividades terapêuticas que seguidamente passamos a mencionar.

Posto isto, iniciámos a implementação das atividades planeadas para o foco de enfermagem “Exercício Físico”, que foram as caminhadas de 30 minutos, as aulas de fortalecimento, mobilidade e flexibilidade articular e as sessões de Relaxamento de Jacobson. As primeiras atividades desenvolvidas foram a caminhada, e as aulas de fortalecimento, mobilidade e flexibilidade articular. Ao longo de 13 semanas, período durante o qual implementamos as

nossas intervenções, decorreram 26 sessões de cada uma das atividades mencionadas.

As caminhadas tinham uma duração de cerca de 30 minutos, e eram realizadas em toda a área circundante ao hospital. As aulas de fortalecimento, mobilidade e flexibilidade articular, tinham uma duração de cerca de 45 minutos, e decorriam numa sala disponibilizada pela direção do serviço, que foi preparada por nós com a colaboração dos utentes intervenientes nas sessões, de forma a ajustar-se às necessidades do grupo.

Na primeira sessão procedemos à pesagem de cada utente, onde verificámos que 5 dos 7 utentes apresentam um IMC (Índice de Massa Corporal) correspondente a sobrepeso e outro já a obesidade de grau I. (Apêndice III)

Um estudo desenvolvido por LEITÃO&AZEVEDO *et al.*, (2006), mostra que cerca de 72,73% dos 121 pacientes estudados com doença mental, apresentam sobrepeso.

Segundo MEYER (2005), doentes com patologia mental, apresentam maior risco de obesidade, se comparados com outros indivíduos, devido a fatores como um estilo de vida sedentário, e efeitos colaterais da medicação psicoativa.

BEASLAY (1982), FERNHALL (1988) e PITETTI (1991) mostram que pessoas com doença mental possuem uma frequência cardíaca máxima de 8 a 30% mais baixa que o normal, limitando assim o trabalho cardíaco. Os autores concluem com base nestes resultados, que a principal causa é o estilo de vida sedentário, combinado com uma alta taxa de gordura. Isto constitui mais um fator de desenvolvimento prematuro das doenças cardíacas nessa população.

Também FERNHALL (1993) referencia dados já investigados, que indicam que indivíduos com doença mental possuem um baixo nível de aptidão física.

FERNHALL (1994) e RIMMER (1996) comentam que pessoas com doença mental têm um nível de força e resistência muscular muito baixo, dificultando a realização das tarefas de vida diária. O baixo nível de força muscular pode ser devido ao estilo de vida sedentário.

Existem assim vários estudos, que demonstram a relação positiva existente entre a atividade física e as funções cognitivas, psicológicas, funções

de auto controle e auto eficácia, diminuição dos níveis de ansiedade e de stress, e melhoria nos níveis de auto estima. (FOLKIN&SIME, 1981), (PLANTE & RODIN, 1990), (BROWN, 1992), (MACAULEY, 1994), e, (MACAULEY&HUDOLFH, 1995).

Segundo NIEMAN (1993), a parte da mente que torna o indivíduo capaz para o exercício é o córtex motor. Este localiza-se próximo da camada que abriga os sentimentos e emoções. Devido a esta proximidade, quando o córtex motor é exercitado, há efeitos paralelos sobre o estado emocional, cognitivo e psicológico.

Para JUNKEN, *et al*, 1987, o exercício, em doentes com patologia mental, contribui para a auto-suficiência, levando a uma maior independência e participação na comunidade.

Também ELLIS *et al*, 2007, mostra nos seus estudos, que o exercício e a atividade física, aliviam os sintomas da doença e trás consigo uma série de benefícios psicológicos não só para doentes esquizofrénicos mas também noutro tipo de doenças mentais.

Em relação às sessões de Relaxamento de Jacobson implementadas, ao longo de 12 semanas, num total de 12 sessões de 45 minutos cada, verificamos que estas se mostraram eficazes na diminuição da tensão acumulada, aumentando a tranquilidade e a confiança. No início e no final de cada sessão, procedemos à avaliação dos sinais vitais (tensão arterial e frequência cardíaca), onde verificamos que ocorre sempre uma diminuição dos respetivos valores, mesmo que os mesmos se encontrem dentro de parâmetros normais. (Apêndice IV)

Assim, o relaxamento, e no nosso caso, o Relaxamento de Jacobson, assume-se outra forma bastante eficaz para atingir a harmonia, e o equilíbrio físico e mental.

Concordando com LUCAS (2012), quanto mais nos familiarizarmos com o nosso corpo e com as suas capacidades, mais eficiente ele se vai tornar. São claros os ganhos associados à prática do exercício físico (entre os quais destacam-se as caminhadas e a natação), no entanto, o maior benefício constitui-se a auto-consciência corporal, ou seja, ampliar a consciência que se tem do próprio corpo.

Também DAMÁSIO (2010), afirma que o cérebro tem que primeiramente reconhecer o corpo em que está inserido, para depois estruturar um quadro sinóptico em relação aos órgãos que constituem o corpo. Estes quadros sinópticos que a todo o momento o cérebro realiza sobre o organismo e as suas funções, constituem a base das imagens mentais. Desta forma, o cérebro faz com que o corpo se traduza numa questão natural da mente.

Desta forma, ao implementarmos as sessões de relaxamento, pretendemos que os utentes se sintam mais ligados a si mesmos, promovendo esta ligação um acréscimo de energia, perçetibilidade mental, aptidão física, e estabilidade emocional.

Ao referirmo-nos à implementação das intervenções relacionadas com o foco de enfermagem “Gestão do Regime Terapêutico”, passamos a fazer alusão às sessões de psicoeducação, e ao treino de preparação autónoma de medicação.

Estas intervenções decorreram ao longo de 12 semanas, numa frequência de uma vez por semana.

Abordamos como pontos principais nas sessões desenvolvidas:

- desenvolvimento da noção de responsabilidade e da importância de inclusão no plano terapêutico;
- transmissão de dados sobre a importância da medicação, nomeadamente sobre os seus efeitos secundários e como lidar com os mesmos;
- transmissão de dados sobre a doença;
- refletir sobre os riscos de recaídas;
- alertar para o risco de desenvolvimento de hábitos relacionados com o abuso de substâncias tóxicas;
- estimular a participação para o plano de tratamento.

KNAPP&ISOLAN (2005) consideram que o objetivo principal da psicoeducação é a adesão à medicação, através de informações, que dá aos utentes, relativas à natureza e ao tratamento da sua doença. Fá-lo através de ensinamentos teóricos e práticos para que permita aos utentes compreender e lidar melhor com a sua patologia.

Desta forma, também nós pretendemos desenvolver o contributo da psicoeducação na pessoa com doença mental de evolução prolongada.

Neste sentido, ao abordarmos esta problemática, ganha relevo a teoria de alcance de metas e objetivos de Imogene King.

O agravamento que a doença provoca, pode produzir alterações drásticas no estilo de vida das pessoas, fomentadas pelas restrições impostas pelo tratamento.

KING (1981), define saúde como um ajuste permanente a fatores de stress, através da otimização dos recursos pessoais com o objetivo de alcançar um potencial máximo para viver.

Através do seu modelo KING (1981), mostra que se têm três modelos em interação: o pessoal, o interpessoal e o social. As interações ocorrem através de comportamentos observáveis, onde a relação passa de um mero momento de interação a um momento de transação (definido segundo King 1981, como comportamento humano dirigido a metas, em função de determinada ação, provocando mudança), ou seja, a um momento de maior estabilidade.

Desta forma, a interação enfermeiro/utente, objetiva obter do utente o seguimento do tratamento e o controle da sua doença. Como defende a teoria acima mencionada, os indivíduos identificam metas e meios para alcançá-las mutuamente.

De uma interação surge uma ação, que resulta numa reação que com o evoluir vai ou não passar para uma transação.

O sistema pessoal de King, mostra-se um recurso importante para a compreensão da adesão à terapêutica. Esta teoria tem aplicação não só junto de doentes com doença mental crónica, mas também dos restantes doentes com doença crónica.

A evolução lenta das doenças crónicas, constitui-se uma barreira à adesão do tratamento. Estabelecer metas permite o doente prosseguir o tratamento, através da interação com o enfermeiro e também com o apoio da família, prevenindo complicações e dando-lhes melhores condições de vida.

Desta forma, a Psicoeducação apresenta-se como um meio para o “empowerment” da pessoa com doença mental, passando a mesma a ter mais controle sobre a doença e sobre a sua vida.

A Psicoeducação é definida como uma intervenção didática-psicoterapêutica sistemática, designada para informar os indivíduos e seus

familiares sobre a patologia e tratamento sobre estratégias de coping (SIMONEAU et al., 1999; BÄUML et al., 2006), que em conjunto com o tratamento farmacológico permite orientar os utentes na estabilização do humor, diminuir o número de internamentos hospitalares e aumentar o funcionamento do indivíduo em diversas áreas (HUXLEY & PARIKH & BALDESSARINI, 2000).

Alguns autores vêem na psicoeducação um elemento fundamental no tratamento da pessoa com esquizofrenia (BELLACK & MUESER, 1993; GOLDSTEIN, 1996).

A compreensão da patologia melhora a participação no tratamento, substituindo atitudes inadequadas por suporte correto, fazendo da pessoa com doença mental e seus familiares colaboradores ativos no processo terapêutico, promovendo aperfeiçoamento na adesão terapêutica.

Assim, as intervenções psicoeducativas pretendem 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).

As intervenções psicoeducativas à pessoa com esquizofrenia deverão fornecer explicações no sentido de evitar stress, de reduzir expectativas inapropriadas e de facilitar a participação no tratamento (ROSSLER, 1999).

Conforme GOLDSTEIN (1996) e MCGORRY & EDWARDS (2002), os principais elementos que baseiam e orientam a psicoeducação no tratamento da doença mental grave, designadamente a esquizofrenia, são:

1. A esquizofrenia é uma doença biopsicossocial; o seu tratamento deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar e envolver o doente e os seus familiares;
2. A experiência da psicose é única para cada indivíduo;
3. Todas as pessoas que necessitam de atendimento em saúde mental devem receber orientação psicoeducativa.
4. As informações psicoeducativas visam melhorar a compreensão e integrar as experiências em relação à doença;
5. A psicoeducação deve facultar um entendimento realista sobre a patologia, mas, ao mesmo tempo, clarificar de forma positiva a importância do tratamento na melhoria da qualidade de vida do grupo doente/família.

A Psicoeducação deve abordar áreas que 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).

GOLDSTEIN (1995), defende que os objetivos de um programa de psicoeducação para a esquizofrenia devem alcançar os seguintes pontos:

a) Desenvolver a noção de responsabilidade e a participação no plano de tratamento da doença como fundamentais no resultado terapêutico;

b) Oferecer dados sobre a importância dos medicamentos, favorecendo a sua aceitação e orientando como acompanhar e como lidar com os efeitos adversos mais prováveis;

c) 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;

d) Orientar o aprendizado de comportamentos que conduzam a relacionamentos mais saudáveis;

e) Alertar para os riscos de desenvolvimento de patologias secundárias, como, por exemplo, o abuso de substâncias;

f) Criar o entendimento sobre os riscos de recaída e seus principais fatores;

g) Diminuir o risco das recaídas com a compreensão dos sinais precoces de sua presença, ensinando como empregar ou procurar recursos adequados;

h) Estimular a participação ativa no plano de tratamento do grupo doente/família, esclarecendo sobre os recursos de saúde disponíveis.

A problemática da adesão/não adesão é motivo de preocupação por parte da comunidade científica, contudo, vários estudos indicam que, nos países desenvolvidos, apenas 50% dos doentes portadores de doenças crónicas aderem às recomendações terapêuticas (WHO, 2003).

A presença de sintomas tem uma grande influência na percepção da doença e no comportamento de adesão, por isso, os níveis de adesão nos doentes em fase aguda da doença são normalmente mais elevados do que nos doentes crónicos (HORNE, 2000).

Quanto mais complexa for a terapêutica, mais probabilidade de esta dificultar o tratamento, pois haverá maior probabilidade de que possam ocorrer erros, como por exemplo, esquecimento e omissão das tomas, incumprimento das doses e do respetivo horário (MANSUR *et al.*, 2001; OCKENE&HAYMAN *et al.*, 2002).

Quando ocorrem mudanças nos estilos de vida das pessoas, provocando alterações nos hábitos já enraizados (dieta, gestão de complicações), devido à terapêutica, os níveis de adesão têm tendência a ser inferiores em relação aqueles que envolvem somente a adesão à terapêutica (LIP & LI SAW-HEE, 2000; MANSUR & RAINER DÜSING, 2001).

GUSMÃO *et al.*, 2005, mostra-nos que na última década, a gravidade da doença mental, tanto em termos absolutos como em termos comparativos com outras patologias, quer para o indivíduo quer para a comunidade, tornou-se incontestável.

A terapêutica anti-psicótica, tem efeitos benéficos, e amplamente estudados no tratamento da sintomatologia positiva da Esquizofrenia, pelo que a adesão à mesma, intervém na prevenção de recaídas e de (re) hospitalização, e na diminuição das taxas de cronicidade. A descontinuação efectiva da terapêutica é a maior causa de descompensação nas perturbações psicóticas, (GREEN (1988) cit in MCINTOSH (2008)).

Assim, se as pessoas fossem totalmente aderentes à medicação, a taxa de descompensação psicótica reduziria em 15%, sendo que cerca de 50% têm recaídas em menos de um ano de remissão (KISLING, 1994, cit in GRAY *et al.*, 2002).

A Esquizofrenia, apresenta-se como sendo a doença mental mais grave e incapacitante. Apesar da sua natureza biológica, os fatores ambientais revestem-se de grande importância na evolução da patologia. Nos tratamentos que abordam os aspetos psicossociais da Esquizofrenia, ganham relevo as intervenções psicoeducativas, pois reúnem um conjunto de recursos didáticos para os utentes e seus familiares sobre a doença e estratégias terapêuticas orientadas que têm como objetivo aperfeiçoar a lidaçãõ com fatores de stress através da melhoria da comunicação e na resolução der problemas. Representam assim, as intervenções psicoeducativas um importante recurso terapêutico (BAHLS, 2003).

Em suma, a adesão ao regime terapêutico, consiste não só na adesão farmacológica, mas requer também exercício físico, dieta, abandono de comportamentos de risco, adoção de medidas preventivas, ou seja, alterações no estilo de vida das pessoas, requerendo desta forma uma gestão do regime terapêutico. Neste sentido, falamos em adesão comportamental (reflete os comportamentos de saúde: deixar de fumar, perder peso, dieta equilibrada), e em adesão médica que se relaciona com o cumprimento da medicação, (DUNBAR-JACOB E SCHLENK 1996, *apud* SOUSA, 2003).

Posto isto, o enfermeiro para ajudar o utente a aderir ao seu regime terapêutico age no âmbito da autonomia (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003).

Os cuidados de enfermagem visam ajudar o cliente a ser proativo na obtenção do seu “projeto de saúde”. Focalizam-se na prevenção da doença e na promoção dos processos de readaptação. Pretende-se assim, a satisfação das necessidades humanas básicas, com a máxima independência na concretização das atividades de vida, objetivando a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores (normalmente através de métodos de aprendizagem da pessoa (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001)).

No que diz respeito ao treino de preparação autónoma de medicação, este desenvolveu-se ao longo de 12 semanas, num total de 12 sessões, com uma duração média de 90 minutos.

O grupo constituído pelos 7 utentes, foi dividido em dois sub - grupos, e a preparação da terapêutica decorre em dois dias distintos. O treino de preparação de medicação, baseia-se em cada utente, individualmente e de forma assistida e depois supervisionada, efetuar a preparação da respetiva terapêutica, com o objetivo major de familiarizar o utente com toda a medicação que realiza e com os respetivos horários. Acrescenta-se também a importância do treino de competências e de autonomia que se desenvolve também nesta intervenção. Recorremos ao uso de caixas próprias para a preparação, em que cada caixa possui divisórias para: pequeno-almoço, almoço, jantar e ceia, de cada um dos sete dias da semana.

De acordo com HAMEL&PRAHALAD, (1994), competência é a assimilação e a disposição de uma série de conhecimentos, habilidades e atitudes, que na sua demonstração produzem um desempenho diferenciado.

LIEBERMAN, 1993, fundamenta que o treino de competências pessoais e sociais, em doentes com doença mental crónica, é favorável, visto aumentar não só a autonomia mas também a qualidade de vida do doente.

Por BUGALHO&CARNEIRO, 2004, as intervenções comportamentais objetivam auxiliar o cumprimento dos tratamentos que são propostos, melhorar a base comunicacional e o aconselhamento, auxiliar no cumprimento dos tratamentos propostos, incluir os doentes no tratamento, proporcionando memorandos e atribuindo reforços pela melhoria na adesão da terapêutica.

Segundo os autores atrás mencionados, o doente deve ser diretamente implicado no seu tratamento, através da auto-administração da medicação, para que desta forma o mesmo monitorize e controle a sua doença. Deverá para tal recorrer, por exemplo, à utilização de caixas de contagem com a medicação diária distribuída, como um meio facilitador para o tratamento.

MACHADO, 2009, refere que é fulcral manter o doente informado sobre as indicações terapêuticas da medicação, os seus efeitos secundários e a forma como os ultrapassar, as necessidades ou as limitações alimentares, pois assim, estaremos a facilitar a adesão à terapêutica.

#### 6.4 – FASE DE AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Nesta fase, pretendemos, tal como refere CARVALHO *et al.*, 2001, mostrar de forma rigorosa, a relação entre o problema e o projeto, a gestão feita dos recursos e dos meios com o intuito de alcançarmos os objetivos propostos, e também, a relação entre a ação e os resultados.

No decorrer das sessões das várias intervenções que implementamos, realizamos uma avaliação no final de cada sessão, com o objetivo de compreendermos o que era apreendido.

Fazendo uma abordagem individual a cada intervenção implementada, ligada a cada um dos focos que trabalhamos, verificamos que a nível do Exercício Físico, na intervenção “Caminhadas”, as mesmas nas primeiras duas sessões eram vistas pelo grupo, como algo que era capaz de ser bom, mas que provocava cansaço. Citando alguns comentários: “ Caminhar é bom, mas eu não posso porque me doem as articulações.”, “ Eu não posso ir muitas vezes porque posso me constipar.” Com o decorrer das sessões, o grupo, desenvolve uma mudança de comportamento, e passa a referir, que se sente muito bem quando saímos para caminhar pois, e citando os seus comentários, “ Faz-nos bem ao corpo e à mente!”, “ A nossa cabeça precisa de apanhar ar, porque sempre lá dentro ficamos doentes.”, “Gosto de sair para caminhar. Quero emagrecer e isto vai-me ajudar.” Inicialmente, uma grande limitação pela qual passamos, foi a de reunir o grupo, pois a resistência à mudança, fazia com que no momento da saída o grupo se dispersasse. Esta dificuldade foi sendo ultrapassada, com o tempo e à medida que a mudança foi ocorrendo.

Em relação às aulas de flexibilidade e mobilidade articular, o que sucedeu foi semelhante ao que referimos nas caminhadas. Devido a termos uma variação muito ampla da faixa etária, os exercícios foram devidamente triados para cada um dos elementos do grupo. Aqui, a resistência apresentada foi menor que nas caminhadas, no entanto, ainda assim, verbalizavam que “Estas coisas já não são para mim. Doem-me muito as articulações.”, “Não quero fazer ginástica porque fico muito cansada.” A evolução do grupo, na adesão às aulas, foi significativamente positiva, pois já eram os próprios que nos procuravam para “irmos realizar os exercícios”.

Quando iniciámos as sessões de relaxamento de Jacobson, o grupo já se mostrava mais aberto para aderir a novas abordagens, pelo que nos foi mais fácil motivá-los para mais esta intervenção. O decurso das sessões foi muito positivo e satisfatório, pois os utentes conseguiram alcançar o objetivo da intervenção, nomeadamente relaxar, diminuir o stress e a tensão acumulada, terminar a sessão com uma sensação de bem-estar, e também, terem um contacto consciente com o próprio corpo.

Relativamente, às vivências experimentadas por cada utente durante a atividade, foram traduzidas, tal como cada um referiu, e que transcrevemos de seguida, numa viagem mental, refletindo cada utente a sua própria viagem mental, com especificidade e características muito próprias de cada um, assentes na sua própria personalidade, nos seus gostos, nos seus conhecimentos, na sua cultura e nas suas experiências anteriores. “Senti-me leve como uma pena, quase como se estivesse a flutuar sobre o mar”, “ Senti-me segura, num sítio muito calmo e bonito, onde ninguém me fazia mal.”

Em relação ao foco de enfermagem, Exercício Físico, ao avaliarmos o impacto das intervenções implementadas, verificamos que este foi positivo, pois ocorreu mudança no comportamento nos elementos constituintes do grupo selecionado. Os mesmos mantiveram-se motivados ao longo das sessões o que foi determinante na sua adesão às atividades.

Tal como refere MILLER&ROLLNICK, (2002), é fundamental que o utente se encontre diretamente envolvido nas atividades terapêuticas, para que desta forma mantenha a adesão ao tratamento, pois isso é determinante na adoção de comportamentos promotores de êxito terapêutico.

No que diz respeito ao foco de enfermagem, “Gestão do Regime Terapêutico”, as sessões de psicoeducação, decorreram por duas vezes em grupo e a partir destas, de forma individual. Nas sessões que decorreram em grupo, os utentes mostraram-se bastante interessados na temática que abordava a patologia de que são portadores. No entanto, ao mesmo tempo, apreendemos que o facto de estarmos reunidos em grupo estava a limitar o espaço de cada um dos utentes, pois mostravam-se constrangidos em intervir na sessão. Desta forma, iniciámos as sessões individuais de psicoeducação. No decorrer das mesmas, o objetivo principal incidiu na compreensão da patologia, redução de expectativas inapropriadas e de stress, pois desta forma

auferimos uma melhoria na participação no tratamento. Verificámos que ao longo das sessões, os utentes foram suprimindo atitudes inadequadas por uma atuação mais assertiva, que promoveu um melhoramento na adesão terapêutica.

Por sua vez, o treino de preparação autónoma da medicação, veio complementar a intervenção atrás descrita. A adesão a esta intervenção foi plena. Revelou-se de extrema importância o reconhecimento da medicação que efetuavam. O nome, para que serve e os efeitos secundários, foram as questões prioritárias colocadas pelos utentes. Ao longo das sessões, os mesmos foram-se familiarizando com o seu esquema terapêutico, que se mostrou particularmente difícil em dois dos sete utentes, devido à sua complexidade. No final de doze sessões, encontramos apenas a supervisionar cada um dos utentes, no momento da preparação, o que para nós se revela bastante positivo. Constatamos também, que três dos sete utentes do grupo interveniente no nosso projeto, reduziram a medicação que efetuavam após revisão terapêutica realizada pelo médico psiquiatra, nomeadamente antipsicóticos e ansiolíticos. É também relevante referir a redução dos hábitos tabágicos dos elementos fumadores pertencentes ao grupo, tendo inclusive um dos elementos deixado de fumar. Isto, e tal como já foi referido por HUXLEY & PARIKH & BALDESSARINI, 2000, aumentou o funcionamento de cada indivíduo em diversas áreas.

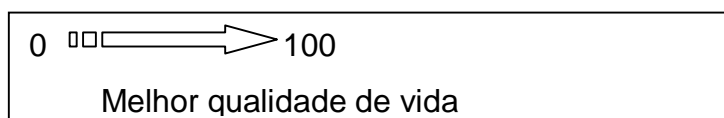
Após terem decorrido 13 semanas de intervenção e implementação de atividades que visaram colmatar as necessidades diagnosticadas nos utentes da RP, procedemos a uma nova avaliação, com o objetivo de verificarmos o impacto das mesmas, ou seja, se produzimos ou não mudança de comportamento.

Desta forma, reaplicamos a escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF, para obtermos a informação de que necessitamos nesta fase.

Tabela 2- Resultados da Escala WHOQOL-BREF (2.ª aplicação)

	Utente1	Utente2	Utente3	Utente4	Utente5	Utente6	Utente7
<b>Domínio Físico</b>	54	56	57	51	53	51	55
<b>Domínio Psicológico</b>	36	43	30	44	44	27	44
<b>Domínio Relações Sociais</b>	44	44	60	60	27	68	42
<b>Domínio Ambiente</b>	10	35	33	51	52	48	36
<b>Domínio Geral</b>	37,5	50	50	37,5	37,5	50	50

Legenda:



Assim, os resultados obtidos após a aplicação da mesma mostram que a nível do item geral da qualidade de vida esta melhorou, sendo que quatro dos sete utentes, apresentam um valor classificativo para a sua qualidade de vida de 50, e os restantes três de 37,5. Perante estes valores verificamos que produzimos mudança, existindo um melhoramento da qualidade de vida. NAHAS (2007) apresenta uma série de benefícios que advêm dos hábitos de vida saudáveis: promove uma melhora fisiológica, na melhoria da qualidade de sono; psicológica, no relaxamento, e na redução dos níveis de ansiedade e *stress*; e social, com indivíduos mais seguros, com melhoria da integração social e cultural, e integração com a comunidade, rede social e cultural ampliada. Daí ser importante promover hábitos de vida saudáveis, uma vez que produz melhorias significativas no bem-estar físico e mental, tendo uma relação causa-efeito, a nível do aumento da auto-estima, reduz a ansiedade e a depressão, a tensão, e o *stress*, favorecendo as capacidades adaptativas a situações de *stress*, e assim consciencializando a pessoa, tendo um efeito motivador para o sucesso do da reinserção e reabilitação psicossocial.

Mais concretamente, nos domínios, físico, psicológico e ambiente, também constatamos um impacto positivo das intervenções, pois os resultados mostram uma variação positiva de valores. Assim, no que concerne ao domínio físico, passamos a ter como valor representativo da avaliação desse domínio 53,9 face aos 43,1 obtidos na primeira avaliação; em relação ao domínio psicológico o valor passou a ser de 38,3 face aos 33,5, obtidos aquando da primeira avaliação efetuada.

Nos restantes domínios, apesar de não termos desenvolvido uma intervenção direta sobre os mesmos, notámos também uma variação favorável.

Avaliando tudo o que referimos anteriormente, verificamos que o projeto desenvolvido foi promotor de mudança no sentido da reabilitação psicossocial de cada um, com base num estilo de vida mais saudável, dentro das principais necessidades que os mesmos ostentaram.

Perante, isto, concluímos com sucesso o projeto desenvolvido, visto termos alcançado os objetivos iniciais a que nos propusemos.

Concordando com o que foi citado pela ordem do Enfermeiros, a Investigação em Enfermagem, assume-se como um “processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2006:1).

Segundo FORTIN (1999) a produção de uma base científica que oriente a prática e valide a credibilidade da profissão, são os objetivos da investigação numa determinada disciplina, proporcionando a esta o desenvolvimento enquanto ciência, dado ao aumento da área de conhecimentos.

## 6.5- FASE DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A fase de divulgação dos resultados deve abranger informação importante, incluindo os aspetos negativos, as limitações do estudo e a possibilidade de generalização ou não dos resultados. (MARTINS, 2008)

A divulgação dos resultados permite o conhecimento do projeto e possibilita por sua vez a discussão do plano escolhido para a resolução do problema. Existem vários recursos para a apresentação dos mesmos: posters, folhetos, vídeos, apresentações, artigos, entre alguns outros. (PERCURSOS, 2010)

No nosso caso, os meios a que recorremos foram a apresentação dos resultados através de exposição por computador e um artigo que apresentamos no presente relatório em apêndice. (Apêndice I).

A apresentação foi feita à equipa multidisciplinar (diretor de serviço, médicos, enfermeiros, assistente social,) do serviço onde implementamos o nosso projeto.

## 7- ASPETOS ÉTICOS

Na Reabilitação Psiquiátrica, as preocupações do ponto de visto ético, assumem uma posição de destaque (CORDO, 2003).

Relatando o autor supracitado, quando nos referimos aos aspetos éticos em geral, referimo-nos à partida, ao consentimento informado e à sua validade. Para que o consentimento seja válido, será necessário que a pessoa tenha capacidade de decisão. Para ser alcançado deverá passar por três fases; a primeira informar, a segunda aferir o entendimento conseguido e por fim obter um consentimento sólido. Na reabilitação, é fundamental que o utente tenha um papel ativo e participante, ao contrário de outros tratamentos em que tem um papel passivo. Assim, nesta área que é a reabilitação em saúde mental e psiquiatria, o consentimento assume-se para além de esclarecido, como ativo e participante.

Também nós no nosso projeto aplicámos o consentimento informado (Apêndice II), como demonstração de respeito pelo utente enquanto ser humano, refletindo o direito moral da pessoa à participação na manutenção do seu estado de saúde.

Perante isto, e como reabilitadores de pessoas com doença mental, concordando com CORDO (2003), teremos de ser capazes de nos libertar dos nossos próprios objetivos, respeitando cada um para além da sua doença, considerando-o como a primeira prioridade, transformando-o num gestor das suas competências. Tudo isto implica sermos capazes de: “ informar sem iludir; motivar sem impor; sugerir sem ameaçar; apoiar sem proteger e estar presente sem se deixar ver.” (CORDO 2003:82,83)

## **PARTE II**

### **Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC)**

## 8- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS E DE MESTRE NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria tem como princípios a prevenção e a promoção da saúde mental, o diagnóstico e a intervenção mediante cada resposta humana.

Perante isto, as pessoas que necessitam de cuidados de saúde nesta área, obtêm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas desta especialidade.

A especificidade da prática clínica da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, torna-a distinta de todas as outras áreas de especialidade.

Desenvolver competências da área da psicoterapia, durante o processo de cuidar da pessoa, família, grupo e comunidade, favorecem uma intervenção eficaz na promoção, proteção, tratamento e reabilitação psicossocial.

Assim, também nós, nos mobilizamos como um instrumento terapêutico através de vivências, conhecimentos e competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

“A maneira como uma pessoa se percebe e se avalia pode ditar a forma como se relaciona com os outros...” (VAZ SERRA, 1986: 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: 13).

Para tal, é necessário **“Deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.”**<sup>1</sup> Esta competência efetiva-se através da Unidade de Competência: “Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a

---

<sup>1</sup> Diário da República, 2.ª série – N.º35 – 18 de Fevereiro de 2011

relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.”

A frequência neste curso foi o início de uma descoberta interior, que tem contribuído grandemente para o processo de tomada de consciência de nós mesmos. Para isto, muito contribuiu o módulo “ Narrativas de Vida”, onde nos pudemos observar em diferentes vertentes e com diferentes níveis de distanciamento de nós próprios. A reflexão profunda que fizemos de nós próprios desde que iniciámos “ A Minha Caminhada”, (em ligação à saúde, doença e aos cuidados), até hoje, permitiu-nos perceber o porquê de sermos aquilo que somos e de termos enveredado pelos caminhos pelos quais fomos passando. Por vezes passamos pela vida de uma forma demasiadamente superficial e rápida, o que não nos permite, conhecermo-nos convenientemente!

Também o módulo “Desenvolvimento Pessoal” foi de notória importância para o nosso desenvolvimento, pois este pressupõe um crescimento cognitivo e pessoal, que são visíveis através dos comportamentos. Contribuiu para um melhor autoconhecimento e para uma melhor comunicação e relação interpessoal.

Frequentemente, o profissional de saúde é influenciado por preconceitos comumente existentes em relação à pessoa com doença mental e ao seu tratamento, adoptando uma contra-atitude influenciando negativamente a contribuição das suas intervenções no tratamento do utente. O enfermeiro deve desenvolver uma disposição pessoal, além de um conhecimento de si mesmo que facilitem a relação terapêutica, o que não é muito fácil para o profissional, que deve transpor as suas próprias barreiras para prestar um cuidar adequado à pessoa com doença mental e adaptar-se às suas características. STUART E LARAIA (2001)

Também nós, no decorrer do estágio, nos deparamos com a influência do preconceito existente em relação a estes doentes. Também nós sentimos a necessidade de controlarmos as nossas próprias emoções e sentimentos, enfrenta-los e dirigi-los para uma resolução construtiva. Pois só assim se consegue a confiança mútua.

Nenhum relacionamento humano existe sem conflitos ou tensões, sendo ultrapassadas com base na relação de confiança mútua construída através do relacionamento terapêutico. IRVING, S. (1999)

Na enfermagem psiquiátrica, o relacionamento terapêutico consolidou-se nos estudos de PEPLAU (1992), que ressalva como sendo fundamental numa relação terapêutica enfermeiro/utente a comunicação interpessoal. Não podemos falar sobre comunicação terapêutica sem enfatizarmos o relacionamento terapêutico, pois este é uma parte essencial no processo terapêutico.

De acordo com a autora supracitada, os utentes detêm conhecimento sobre si mesmos, o que vai influenciar a relação com os profissionais. Por sua vez também o enfermeiro se conhece a si próprio e isso vai exprimir-se na relação com o utente. Isto poderá ou não facilitar o desenvolvimento da relação a nível dos cuidados.

PEPLAU, (1992), refere que na vida de cada um, os problemas que surgem, provocam uma alteração nos sentimentos, que configuram a imagem de si mesmo. Desta forma, o enfermeiro que tenha perceção das suas atuações, ao observar a forma como o utente se relaciona, obtém uma maior indicação para o significado do comportamento do mesmo, tendo isto impacto na resposta que o enfermeiro vai proporcionar ao utente. Nas situações em que o enfermeiro não pode demonstrar o que realmente sente, este terá que reorientar os seus sentimentos, que frequentemente se manifestam inconscientemente com os outros.

Assim também PEPLAU, (1992) reconhece a importância de a pessoa identificar-se, sendo isso uma das tarefas mais importantes da vida. Diz que todos nós temos uma imagem mental de nós próprios, que se evidencia quando nos relacionamos com os outros.

PEPLAU, (1992), afirma que é necessário ter em conta a formação da personalidade desde a infância, pois as situações a que se esteve exposto nesta fase, permite-nos ou não a descoberta de nós próprios.

Neste sentido, a autora concebe como função básica o desenvolvimento do enfermeiro como pessoa consciente da sua atuação numa dada situação, uma vez que o entendimento de uma situação facilita o exercício de enfermagem positivo e vantajoso.

Aqui enquadra-se a segunda competência a desenvolver, no sentido de nos alcançarmos Mestres em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, que é: **“Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas:** a) identifique os seus próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao seu próprio projecto pessoal/profissional; b) valorize a auto-formação como componente essencial do desenvolvimento.”<sup>2</sup>

Após adquirida a primeira competência de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, surge-nos a segunda competência em que o enfermeiro, **“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental.”** Concretiza-se através das unidades de competência:

“- Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.

- Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.

- Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.”<sup>3</sup>

Também esta segunda competência se efetivou no decorrer do estágio. Para tal, foi relevante a interação com a equipa multidisciplinar do serviço, e as várias entrevistas não formais realizadas aos enfermeiros. A observação do dia a dia dos utentes e das suas rotinas, permitiu uma avaliação abrangente das necessidades.

Segundo PEPLAU (1992), a observação em enfermagem é um processo de identificação, clarificação e verificação de impressões, que se obtêm na relação com o utente a partir da experiência do enfermeiro. Essas impressões tornam-se hipóteses a estudar, que permitem recolher dados para compilar e analisar posteriormente. A compilação dos dados permite ao

---

<sup>2</sup> Diário da República, 1.ª série – N.º74 de 24 de Março de 2006

<sup>3</sup> Diário da República, 2.ª série – N.º35 – 18 de Fevereiro de 2011

enfermeiro, aprofundar a observação (o que trará uma componente científica para a investigação) e obter respostas que colmatem as necessidades dos utentes, adquirindo desta forma argumento sobre o qual se desenvolverão futuramente formas de atuação.

A mesma autora, referiu no processo de observação, quatro tipos de relações, entre o observador e o observado. Uma das relações a que se refere é a de espectador. Nesta, o utente não se apercebe de que está a ser observado, e o enfermeiro observa fora do seu foco de atenção.

Assim, acompanhar os utentes no seu dia-a-dia, desenvolvendo uma relação terapêutica com base na comunicação com os mesmos, permitiu perceber quais as suas maiores necessidades. Neste contexto, será importante fazer referência à promoção da autonomia que se faz a nível das atividades da vida diária, e onde se verificam francas necessidades dos utentes.

Algumas saídas em passeio que se realizaram, fez-nos refletir sobre a importância da integração na sociedade. A quebra da rotina de todos os dias faz toda a diferença. Nestas saídas pudemos verificar o sentimento de união e proteção que têm uns para com os outros. O sentido de responsabilidade realça nas suas atitudes. É notório o fortalecimento dos laços de uns para com os outros, e também a relação de ajuda para com os profissionais de saúde.

Também nós organizamos um passeio (do qual participaram vários elementos constituintes da equipa multidisciplinar, nomeadamente vários enfermeiros do serviço), mais concretamente um pic-nic que se realizou no “Parque das Conchas”, no qual os utentes participaram na organização. Colaboraram na preparação da alimentação que fez parte da refeição do dia, assim como na gestão do dinheiro e também na definição dos transportes públicos que iríamos utilizar. Os utentes intervêm assim a nível do treino de aptidões sociais e tornam-se mais conscientes de si mesmos e mais atentos ao seu interior, o que os leva a observarem as reações emocionais a partir de outra perspetiva, percebendo muitas vezes que algumas das suas sensações e reações são criadas pelos seus pensamentos.

TURTON (2000), refere que um passeio proporciona um alívio consistente do esforço do dia-a-dia ou da atenção.

MANSON (2006:78), afirma que um passeio é “uma atividade descontraída que não necessita de concentração, dirigida intencionalmente e

que pode ter como objectivo a diminuição da ansiedade. É o estado de bem-estar físico e mental por descontração através de ligeiro esforço físico. Pode ser um meio de intervenção terapêutica que visa a participação das dimensões tencionais e conflituais através da libertação plena e total da pessoa humana em comunhão com o ambiente externo de natureza agradável para quem o realiza.”

Para podermos obter uma avaliação sobre o seu grau de autonomia, sobre o seu índice cognitivo e sobre o nível de qualidade de vida, recorreremos a dados mais concretos (através da aplicação das escalas de CADEM, MMSE e WHOQOL-BREF), para que a partir deste ponto pudessemos desenvolver um projeto de promoção, proteção da saúde mental e prevenção da perturbação.

Também PEPLAU, (1992), na sua obra, reflete sobre as necessidades humanas. Segundo a mesma, a enfermagem é um processo que pretende facilitar o desenvolvimento da personalidade, ajudando as pessoas a empregarem forças e experiências dinâmicas de forma a utilizarem a máxima produtividade. Desta forma, as enfermeiras ajudam e cuidam das pessoas, não as manipulam; procuram auxiliar, estabelecendo condições ideais para satisfazer as suas necessidades. Diz ainda que, todos temos necessidades instintivas ou adquiridas no processo de socialização. As necessidades primárias ou as adquiridas quando satisfeitas, reaparecem, em novas situações. Em todas as situações surgem necessidades. Quando se satisfazem as necessidades básicas, surge uma tensão/ansiedade (esta tensão cria energia que se transforma em comportamento), que gera novas necessidades.

Fazendo novamente referência ao processo de observação, descrito por PEPLAU (1992), um outro tipo de relação que surge é o de entrevistador, que se concretiza quando da chegada do utente ao hospital. Tivemos a oportunidade esta intervenção, aquando da admissão de um utente no serviço, no qual, se obtém informação significativa acerca da história de saúde mental do utente e de alguma forma das suas necessidades.

Na relação de compilador, no processo de observação, segundo a mesma autora, o profissional recorre aos registos ou algum outro material recolhido por outros profissionais para obter informação sobre determinada situação. Desta forma, também nós recorreremos aos processos de cada utente para que de alguma forma nos familiarizasse com cada um deles e com as

suas histórias de vida, e para que posteriormente adequássemos a nossa forma de estar a cada um deles.

Por fim, surge a relação de participante, através da qual o enfermeiro, participa nas atividades relacionadas com os cuidados e de certa forma observa a relação que se desenvolve entre o próprio e o utente. Neste ponto, concretizamos esta relação, aquando do apoio dado no momento dos cuidados de higiene (banho, escolha da roupa a vestir, pentear, higiene oral), no momento das refeições, da toma da terapêutica. Pudemos também verificar a dependência que os mesmos têm com o tabaco, e a inatividade que o seu dia-a-dia tem. Esta foi também uma forma de colheita de dados de extrema importância.

Nesta fase, vimos consolidada a primeira competência de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, que requer que o Enfermeiro: **“ Demonstre competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem:**

- a) realize avaliações exaustivas do indivíduo, das famílias e das comunidades, em situações complexas;
- b) sintetize e analise criticamente os dados das avaliações para uma tomada de decisão segura;
- c) diagnostique e gira problemas e condições de saúde;
- d) prescreva intervenções de enfermagem geral e especializada;
- e) inicie e coordene a educação de indivíduos, famílias e comunidades para proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças;
- f) referencie e receba referência de doentes e famílias, para assegurar a continuidade dos cuidados;
- g) avalie a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.”<sup>4</sup>

Após concluída a fase de diagnóstico de necessidades no âmbito do desenvolvimento do PIS, seguem-se as fases de planeamento, implementação e avaliação. Neste ponto pretendemos desenvolver de forma aprofundada, a terceira e a quarta competências, respetivamente, do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria:

---

<sup>4</sup> Diário da República, 1.ª série – N.º74 de 24 de Março de 2006

**“Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto:**

-Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.

-Identifica os resultados esperados com a implementação dos projectos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.

-Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.

-Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.

-Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objectivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.”<sup>5</sup>

Neste ponto, após definirmos o nosso diagnóstico de situação, passamos à fase de planeamento das intervenções a implementar. Definimos os nossos objetivos para que pudéssemos depois identificar os resultados esperados.

O objetivo major das nossas intervenções é a Reabilitação Psicossocial dos utentes a quem dirigimos o nosso projeto, passando esta pela aquisição e treino de competências pessoais e sociais, com base na adoção de um estilo de vida saudável.

Após o planeamento, partimos para a fase de implementação das intervenções. Esta fase revelou-se de grande intensidade de trabalho, no entanto foi a fase mais “gratificante”, pois aqui colhemos as respostas de tudo aquilo que inicialmente planeamos.

Neste ponto, agrega-se a quarta competência de Mestre: **“Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos:**

---

<sup>5</sup> Diário da República, 2.ª série – N.º35 – 18 de Fevereiro de 2011

a) seleccione os meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada;

b) avalie os resultados, em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspectiva das repercussões em sentido ético e deontológico.”<sup>6</sup>, que se efetiva nesta altura do desenvolvimento do nosso projeto.

Neste sentido, referimos a quarta competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria: **“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:**

- Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino de saúde mental.

- Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.

- Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.”<sup>7</sup>

A fase de intervenção, permite-nos um contacto direto, in loco, com os utentes, o que nem sempre é fácil, pois existe uma contra atitude da parte deles, visto estarmos a interferir naquilo que são as suas rotinas. A quebra destas, gera nos utentes desconforto e desconfiança face a nós, pois perante o facto de estas estarem “encrostadas” nós constituímos-nos como estranhos. Tudo isto, exige que da nossa parte, se coloque em prática o processo relacional, ou seja, a relação de ajuda, que se inicia com a relação empática. Para PHANEUF (1995:61) *“A relação de ajuda é o principal instrumento básico de intervenção em enfermagem, utilizando fundamentalmente as capacidades de escuta, de respeito, de aceitação e de empatia”*.

---

<sup>6</sup> Diário da República, 1.ª série – N.º74 de 24 de Março de 2006

<sup>7</sup> Diário da República, 2.ª série – N.º35 – 18 de Fevereiro de 2011

Por PEPLAU (1992), o processo de enfermagem, permite elaborar planos de enfermagem que abranjam todos os passos necessários para fazer da doença uma experiência favorecedora para o utente. É necessário entender o significado da experiência para o utente, para que a enfermagem imprima dinamismo, maturação, e seja uma força educativa e terapêutica.

O desenvolvimento da relação enfermeiro - utente, permite ao enfermeiro desempenhar diferentes papéis (tal como PEPLAU (1992) refere na sua obra). Inicialmente surge o papel de estranho, depois de pessoa de recurso, posteriormente de professor, de líder, de substituto e por fim de conselheiro.

Também nós, tivemos não só a oportunidade de vivenciar na primeira pessoa os diferentes papéis que nos são atribuídos mas também, tivemos a oportunidade de observar nos demais elementos da equipa a projeção desses mesmos papéis.

O papel do enfermeiro passa também pela prevenção e reabilitação do utente, procurando a obtenção máxima de função e independência a todos os níveis através de um envolvimento significativo e gratificante para o utente. Podem ser realizados treinos específicos, simulação de desempenhos e ensino de estratégias a contextualizar. Pode ainda utilizar ajudas técnicas ou adaptações para substituir as funções perdidas, no caso de não ser possível recuperá-las. Pode também intervir no meio social ou profissional da pessoa, promovendo a reintegração com a melhor qualidade possível.

O desafio do enfermeiro na reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental será o de apoiar os indivíduos com doença mental a participarem nos seus próprios objetivos de recuperação, aceitando a unicidade de cada pessoa neste processo.

Assim, o papel do enfermeiro será o de desenvolver esforços que auxiliem os indivíduos a descobrir os seus próprios objetivos e ajudá-los a reassumir o curso das suas vidas. Este é necessariamente um processo gradativo, que se constrói por etapas, com avanços e recuos, no qual são valorizadas as escolhas dos utentes.

Também nós, no decorrer do nosso projeto, sentimos que o processo de reabilitação psicossocial é um processo gradativo. Inicialmente sentimos que a adesão foi uma etapa difícil, com muitos avanços e ao mesmo tempo

recuos, no entanto, com atitude motivacional e procurando colocar sempre em primeiro lugar os objetivos de cada um, dando primazia à sua unicidade, conseguimos desenvolver com sucesso o processo reabilitativo.

Refletimos sobre pequenos acontecimentos, que se revestem de uma importância maior no desenrolar do nosso projeto. Referimo-nos ao facto de aquando de uma sessão de exercícios de mobilidade e flexibilidade articular, termos sido interrompidos por uma utente, que pertencia ao grupo com o qual desenvolvemos o projeto, para perguntar se podia entrar, pois sabia que estava a decorrer a sessão e não queria faltar, apenas se tinha atrasado. Da mesma forma, que nos dias em que realizávamos as caminhadas, o grupo a partir de uma dada altura, passou a reunir-se junto à porta de saída, onde aguardava por nós para sairmos. Isto surge em contraponto, àquilo que acontecia inicialmente, em que um dos pontos mais difíceis era exatamente o de reunir o grupo para podermos desenvolver as atividades.

Dentro das limitações que o presente estudo apresenta, o mesmo serve para refletirmos sobre esta área temática e para refutarmos quando se diz que os doentes mentais crónicos não têm reabilitação possível.

Aqui, cruza-se a quinta competência de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria: **“Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência:**

a) analise, conceba e implemente resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase nos que emergem da área dos estudos especializados, considerando os aspectos sociais e éticos relevantes;

b) use capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática.”<sup>8</sup>

Mantemos o objetivo da diminuição da exclusão social e promoção da autonomia de cada um, com vista à sua desinstitucionalização e integração na sociedade.

Com este intuito passámos, no decorrer do nosso projeto, pelo Serviço de Reabilitação.

---

<sup>8</sup> Diário da República, 1.ª série – N.º74 de 24 de Março de 2006

Este Serviço tem como missão e objetivo geral a prestação de mais e melhores cuidados aos doentes para, com os meios disponíveis, reabilitar e reinserir, promovendo a sua desinstitucionalização.

Mediante o grau de capacidade de cada utente, são prestados de uma forma global os seguintes cuidados:

- Cuidados médicos e de enfermagem regulares;
- Monitorização e apoio na gestão e preparação da medicação;
- Apoio e vigilância nas actividades de vida diárias (higiene, cuidados pessoais e de vida doméstica);
- Supervisão e apoio na alimentação, no conforto, no convívio e no lazer.
- Apoio psicossocial, incluindo os familiares.
- Apoio na gestão do dinheiro;
- Apoio na integração nas actividades profissionais ou sócio ocupacionais.

Assim, as actividades de reabilitação inserem-se no objetivo central de qualquer processo de reinserção. Porém, independentemente de todas as teorias e modelos conceptuais, as actividades terapêuticas têm que ser circunscritas à sua dimensão coadjuvante no projeto delineado para a reabilitação de cada pessoa.

Ainda no sentido de irmos ao encontro do nosso principal objetivo: a reabilitação psicossocial, desenvolvemos uma parceria de atuação, a nível da intervenção da psicoeducação, com a Casa Pia de Lisboa: Centro de Educação e Desenvolvimento Jacob Rodrigues Pereira, onde dois dos utentes com quem desenvolvemos o nosso projeto, se encontravam integrados. Aqui, juntamente com a equipa multidisciplinar que os acompanhava, conseguimos mais de perto e de forma mais eficaz alcançar uma prestação de cuidados mais especializada e direccionada.

Desta forma, alcançamos a terceira competência de Mestre: “ **Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva:**

a) aplique os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;

b) conheça os conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as Ciências de Enfermagem e suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção;

c) sirva como consultor para outros profissionais de saúde, quando apropriado;

d) faça gestão de casos quando aplicável;

e) trabalhe em colaboração com entidades ou organizações de saúde pública, profissionais de saúde e outros líderes comunitários relevantes e/ou agências para melhorar a saúde global da comunidade.”<sup>9</sup>

Neste momento fazemos também referência ao envolvimento da equipa multidisciplinar no nosso projeto. A motivação com que os utentes intervenientes aderiram às intervenções que lhes propusemos, acabou por motivar também toda a equipa, que colaborou diretamente connosco.

A sexta competência de Mestre, diz: **“Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.”**<sup>10</sup>. O desenvolvimento de todo o projeto, que teve por base a metodologia de projeto, vai de encontro ao que se pretende nesta competência.

---

<sup>9</sup> Diário da República, 1.ª série – N.º74 de 24 de Março de 2006

<sup>10</sup> Diário da República, 1.ª série – N.º74 de 24 de Março de 2006

## 9- CONCLUSÃO

Tendo por base a questão de partida e os objetivos do estudo, e considerando a metodologia de projeto como contributo fundamental para o consumo dos mesmos verificamos que concretizamos os objetivos a que nos propusemos, melhorando as competências técnicas, científicas e relacionais.

Na reabilitação psicossocial, com a aprendizagem de novas competências e a promoção da autonomia é possível ultrapassar as limitações causadas pela doença.

Consideramos que a construção desta trajetória permitiu adquirir, desenvolver e modificar atitudes e comportamentos ao nível da intervenção especializada ao utente, contribuindo de forma integrada para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Adquirimos novas competências, aperfeiçoamos e desenvolvemos outras, o que implicou ganhos em saúde para o utente, permitindo a autonomia do mesmo, constituindo-se um parceiro no seu próprio cuidar, bem como ganhos a nível pessoal.

Procuramos de forma contínua o nosso próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional, e demonstramos compreensão relativamente às implicações da procura constante da prática baseada na evidência científica.

Pudemos constatar que com os meios adequados, conhecimentos científicos, trabalho em equipa e sobretudo força de vontade, é possível prestar cuidados de enfermagem com qualidade, assentes na busca desenfreada da atualização constante e numa prática baseada na evidência científica, permitindo cada vez mais, uma aproximação entre enfermeiro e utente e um maior enriquecimento de ambos.

Ocorreram momentos de intenso e perspicaz conhecimento, que nos facultaram uma concepção diferente da que eramos conhecedores, através da aquisição de novos saberes. Permitimo-nos a um novo olhar e apreendemos de modo mais intenso a relação com o outro, alcançando assim competências de grande importância já referidas anteriormente.

As atuais reformas da Saúde Mental em Portugal, expressas no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 tendem a promover a desinstitucionalização e a reinserção social do utente o mais precocemente possível, e os cuidados de proximidade, exigindo deste modo uma aposta forte de todos os profissionais de saúde em desenvolver estratégias e competências para assim o conseguirem.

Os avanços científicos vieram de facto, possibilitar o desenvolvimento de um amplo leque de intervenções na promoção, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e na reintegração de um grande número de utentes com perturbações mentais. Também, os programas de reabilitação psicossocial, têm tornado possível precocemente a reintegração social de alguns utentes com perturbações mentais graves, sendo o enfermeiro uma peça importante na concepção e atuação com intervenções a estes níveis.

As Equipas de Saúde Mental e Psiquiatria, pretendem assegurar, às pessoas com doença mental e suas famílias, estratégias de tratamento individualizados que respondam às necessidades específicas de cada um e respetivas famílias.

Em época de constantes mudanças parece-nos pertinente afirmar que, a especialização dos profissionais de saúde como os enfermeiros, constituem um recurso essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde mental. A satisfação do utente/família é assim, um elemento fulcral, da prática assistencial sedimentada na criação e manutenção de alianças terapêuticas, onde persiste a necessidade fundamental, de conhecer as características e especificidades da cada utente e família.

Guiamo-nos pela premissa de que as respostas às necessidades das pessoas com perturbação mental, requerem o conhecimento e a compreensão singular, de modo a que a vivência das emoções, sentimentos ou capacidades encontrem um significado na vida presente e um lugar singular no mundo em que vivemos.

Consideramos gratificante e enriquecedor o percurso efetuado na construção de saberes, no entanto temos consciência que o processo de aquisição de competências é contínuo e não termina aqui; acompanhar-nos-á ao longo da vida profissional.

## 10- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Leandro S., Freire, Teresa – Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. 4ª edição. Braga: Psiquilibrios edições, ISBN: 978-972-97388-5-2, 2007

AQUILANO, Nicholas J; Chase, Richard B.; Jacobs, F. Robert – *“Administração da Produção e Operação para Vantagens Competitivas”*. 11ª Edição. McGraw- Hill Interamericana. ISBN 85 – 86804-69-x. 2006.

BAHLS, S.C.; Zacar, F.M.H. As Intervenções Psicossociais no Tratamento da Esquizofrenia. *Interacção em Psicologia*. Curitiba-Brasil, 2003

BANDEIRA, D., Reppold, C., Pluger, D., & Facio, A., Escala Harter de auto-estima: adaptação para o contexto brasileiro. Anais do I Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica e IX Conferência Internacional de Avaliação Psicológica. Campinas: IBAP, 2003

BANDURA, A.- Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84: 191-215, 1977.

BARBIER, Jean-Marie – *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora, ISBN: 972-0-34106-8, 1996.

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

BELLACK, A.S.; MUESER, K.T.. Psychosocial Treatment for Schizophrenia. In: *Special Report: Schizophrenia*. Rockville: National Institute of Mental Health, 1993

BENNER, Patrícia – De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínico de enfermagem. 1ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X.

BIEN, t. et al - Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavior and Cognitive Psychotherapy*, 21(4):347-356, 1993.

BRISSOS, M.A., O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, VOL. 22, N.º 1 — JANEIRO/JUNHO 2004.

BROWN, L& Miller, W.R. - Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7 (4): 211-218, 1993.

BROWN, S., Birtwhistle, J., Roe, L. & Thompson, C. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychology Medicine*, 29, 697–701, 1992.

BUGALHO, A., & Carneiro, A. V. Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2004.

CARVALHO, Adalberto Dias, *et al* – *A construção de um Projecto Escola*. Porto. Porto Editora. ISBN 972-0-34203-X. 1993.

CARVALHO, Angelina; Diogo, Fernando – *Projecto Educativo*. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, ISBN: 972-36-0349-7, 2001.

CASTRO, Lisete Barbosa; Ricardo, Maria Manuel – *Gerir o Trabalho de Projecto: Guia para a Flexibilização e Revisão Curriculares*. Lisboa: Texto Editores, ISBN:9789724717258, 2002.

CORDO, Margarida, Reabilitação de Pessoas com Doença Mental - Das Famílias para a Instituição - Da Instituição para a Família, Lisboa, Climepsi Editores, ISBN:9789727960750, 2003.

DAMÁSIO, António, Livro da Consciência: A construção do cérebro consciente, Editora Temas e Debates, ISBN 9896441200, 2010.

DECI, E. L. e RYAN, R. M. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum, 1985.

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, do original «ICNP® Version 2 – INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTISE», Ordem dos Enfermeiros, Fevereiro 2011, ISBN: 978-92-95094-35-2.

Comissão Europeia. GREEN PAPER. Melhorar a saúde mental da população - Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia. Comissão das Comunidades Europeias, Bruxelas, 2005.

DIAS, D.C., Revista Brasileira De Enfermagem, 1996 Jul-Sep; Vol. 49 (3), pp. 315-32.

DICLEMENTI, C.C. et al., - Self-efficacy and the stages of self-change in smoking. Cognitive Therapy and Research, 9: 181-200, 1985.

DICKERSON, F. B., TENHULA, W. N., & GREEN-PADEN, L. D. - The token economy for shizophrenia: Review of the literature and recommendations for futures research. Schizophrenia Research, 74, 405-416, 2005.

DONOHUE, G., *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, 2006.

DSM-IV, Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais. Lisboa: Climepsi Editores, 2000.

ELLIS N., CRONE D., DAVEY R., & Grogan S- Exercise interventions as an adjunct therapy for psychosis: a critical review, 2007.

FERNHALL, B. O. - Physical fitness and exercise training of individual with mental retardation. *Medicine science sports exercise*. 25(4): 442-450,1993.

FERNHALL, B.; Pitetti, K.; Rimmer, J.; Kittredge, J.; Millar, L.; Burrkett, L. - Cardiorespiratory differences between individuals with mental retardation with and without down syndrome. *Medicine and Science in sports and Exercise*. 1994.

FERNHALL, B. & TYMESON, G. T. - Graded exercise testing of mentally retarded adults: a study of feasibility. *Arch.phys.Med.Rehabil.*, 68(6):363-5, 1988.

FOLKIN, C.H.&SIME, W.E. – Physical fitness training and mental health. *Am psychol*. 36:373-89, 1981.

FOLSTEIN, M.,F.,FOLESTEIN, S.,E.,MCHUGH P.,R., - “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research* 12(3): 189-98, 1975.

FORTIN, Marie-Fabienne - O Processo de Investigação: Da concepção à realização. Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X. 1999.

GEORGE JB. - Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GIL, Antonio Carlos - Métodos e técnicas de pesquisa social. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

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

GOLDSTEIN, M.J.. 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. 134-14, 1995.

GONÇALVES, O. - Terapia comportamental, modelos teóricos e manuais terapêuticos. Porto, Portugal: Jornal de Psicologia, 1990.

GONZALEZ- PINTO A., Gonzalez C., Enjuto E., et al., Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder, Acta Psychiatrica Scandinavica, Volume 109, Issue 2, pages 83–90, February 2004.

GORCZYNSKI P.,FAULKNER G. - Exercise therapy for schizophrenia. SchizoprBull 36(4): 665–6, 2010.

GRAY, R.; Wykes, T. & Gournay, K. *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, 2002.

GUERRA Isabel, Introdução à Metodologia de Projecto (doc. Int.), CET, Lisboa, 1994.

GUERREIRO M, Silva A P, Botelho M, et al., *Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE)*, revista Portuguesa de Neurologia, 1-9, 1994.

GUSMÃO, et al., O PESO DAS PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS. Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental. Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, 2005.

HOGA L. - *A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão.* Revista Escola Enfermagem USP; 38(1):13-20, 2004.

HOLLEY J, CRONE D, TYSON P, *et al* - The effects of physical activity on psychological well-being for those with schizophrenia: a systematic review. *British Journal of Clinical Psychology*, 2010.

HORNE, Robert. Compliance, Adherence and Concordance. In GARD, P. – *Behavioural Approach to Pharmacy Practice*. London: Blackwell. Cap.11, 2000.  
HUNGLER, Bernadette; Beck, Cheryl *et al* – “Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization”. Philadelphia: Lippincott, ISBN 0- 7817-2557-7, 2001.

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

IRVING, S. - *Enfermagem psiquiátrica básica*. Rio de Janeiro. Interamericana, 1999.

ISMAIL, Z.&SHULMAN, K.,I., - *Avaliação cognitiva breve para a demência, Psicogeriatria*, Coimbra, In H. Firmino (Ed.), 2006.

JUNCKEN, J.T.; OLIVEIRA, S.C.; MALTA, S.T.M. - *O Esporte na Vida do Deficiente Mental*. Rio de Janeiro: Rotary Club do Rio de Janeiro, 1987.

KING, Imogene . *A theory for nursing: systems, concepts, process*. New York: Wiley Medical Publications,1981.

KNAPP, P.; ISOLAN, L. - *Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar*. *Rev. Psiqu. Clín.* 32, supl. 1, 98-104, 2005.

KONKLE & PARKER - *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, Volume 13, Issue2, February, 2001.

LANCASTER, J., Onega, L.,Forness, D. - *Teorias, Modelos e princípios educacionais aplicados à enfermagem comunitária*. In Stanhope, M. E Lancaster, J. (Eds) *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos*,

*Famílias e Indivíduos*. 4.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Lusociência. ISBN 978-972-8383-05-3, 1999.

LAZURE, H. - Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de critério de competência da enfermeira. Lisboa: Lusodidacta, ISBN 972-95399-52, 1994

LEITE, E.; Malpique, M. e Santos, M.R. Trabalho de Projecto I – Aprender por Projectos Centrados em Problemas. Porto: Edições Afrontamento, 1989.

LEITÃO – AZEVEDO C.L.; GUIMARÃES, L.R.; ABREU, M.G.B., *et al* - Increased dyslipidemia in schizophrenic outpatients using new generation antipsychotics. *Rev Bras Psiquiatria* 28(4):301-304, 2006.

LIBERMAN, R. - Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques. Paris, Masson, 1987.

LIBERMAN, R.P., *Mentally ill; Community mental health services; Community Psychiatry; Psychotic Disorders; Rehabilitation*, Boston, Book Edited, ISBN 0080406319, 1992.

LIEBERMAN, R.P. \_ *Adiestramiento en Habilidades Sociales*, Lieberman, R.P. (ed.), *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico* (pp.130-168), Martínez Roca: Barcelona, 1993.

LINDSLEY O. R., & SKINNER, B. F. - A method for the experimental analysis of the behavior of psychotic patients. *American Psychologist*, 9, 419-420, 1954.

LIVRO VERDE - Melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia - Bruxelas, 2005.

LIP, Gregory Y. H.; LI- SAW-HEE, Foo Leong . Anticoagulation of older patients. *British Geriatrics Society*. nº 29, 2000.

LUCAS, Miguel, *Como mudar a sua vida para melhor*, Primeira Editora, Lisboa, 2012.

MACEDO, C.S.G; Garavello, J.J; Oku, E.C;et al.; Benefícios do exercício físico para a qualidade de vida. *Revista Brasileira de Atividade Física: Saúde*. v.8,n.2.p.19-27, 2003.

MACHADO, J. & FORMOSINHO, J. Professores, escola e formação: Políticas e práticas de formação contínua. In J. Formosinho (Coord.), *Formação de Professores: Aprendizagem profissional e acção docente*. Porto: Porto Editora, pp. 287-302, 2009.

MÃO DE FERRO, António – *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri, ISBN: 972-772-069-2, 1999.

MANSON, Suzanne - *Psicomotricidade*. São Paulo, Edição Manole, 2006.

MANSUR, A. P. [et al.]. Prescription and Adherence to Statins of Patients with Coronary Artery Disease and Hipercolesterolemia. *Arq Bras Cardiol*. Vol. 76, nº 2 (2001), p. 115-118,2001.

MARTINS, José Carlos Amado – *Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética*. *Pensar Enfermagem* Volume 12, N.º 2, 2º Semestre de 2008.

MAXIMIANO, Antonio César Amaru - *Teoria Geral da Administração: da revolução urbana à revolução digital*. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MCAULEY, E., Enhancing psychological health trough physical activity, In: Quinney, H.A. et al., *Toward Active, Champaing, Illiois: human Kinetics*, 1994

MCAULEY, E.; Rudolph, D.- Pysical activity, aging, and psychological well – being. *Journal of Aging and Physical Activity*, v.3, 1995.

MCGORRY, P.D.; Edwards, J. *Intervenção precoce nas psicoses*. São Paulo: Janssen-Cilag,2002.

MEYER, J.M. - Schizophrenia and the metabolic syndrome. *Medscape Psychiatry & Mental Health*, 2005.

MILLER, W.R. et al - Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3): 455-461, 1993.

MILLER, W.R.& Taylor, C.A.- Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers. *Addictive Behaviors*, 5: 13-24, 1988.

MILLER, W. R., & ROLLNICK, S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (2nd ed). New York: Guilford Press,2002.

MIGUEL, António – “Gestão moderna de Projectos: Melhores Técnicas e Práticas”. 2ª Edição. FCA, Lousã, ISBN 972-722-502-0, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza - *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec , 1994.

NAHAS, M.V.- *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 4ed. Londrina: Midiograf, 2007.

NETO DL, Nóbrega M.M.L.- Holismo nos modelos teóricos de enfermagem. *Revista Brasileira Enfermagem* ; 52(2):233- 42.4, 1999

NIEMAN, D. C. - *Exercício e Saúde como prevenir das doenças usando o exercício como seu medicamento*. São Paulo Manole, 1993.

NOGUEIRA, Nilbo Ribeiro – *Pedagogia dos Projectos: etapas, papeis e actores*. Tatuapé: Editora Érica, ISBN: 85-365-0078-6, 2005.

NOONAN, W.C.& MOYERS, T.B. - Motivational interviewing. *Journal of Substance Misuse*, 2: 8-16, 1997.

NORMA Portuguesa, NP 405, CT7 (IBL), IQP, 1994

O'KEEFFE ST, et al., "Use of serial mini-mental state examinations to diagnose and monitor delirium in elderly hospital patients." J.Am. Geriatr Soc., May; 53(5):867-70, 2005.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos. (s. l.): OE, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho de Enfermagem: do caminho percorrido e das propostas. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003 .

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação internacional para a prática de enfermagem versão 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial de Saúde 2001: Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Direcção Geral de Saúde; Lisboa, 2002.

O'TOOLE AW, Welt SR. - Teoría interpersonal en la práctica de la enfermería: trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau. Barcelona: Masson, 1996.

PEKKALA E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Rev Cochrane Data Base Syst Rev. [serial online];No.CD002831:1-41, 2004.

PEPLAU H.E. - Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Masson-Salvat, ISBN 84-458-0146-5, 1992

PHANEUF, Margot - Relação de Ajuda: elemento de competência da enfermeira. Coimbra, Edição Cuidar, 1995.

PLANTE, T., G.; RODIN, J.- Physical fitness and enhanced psychological health, *Current Psychology* 9 (1), 3-22, 1990.

PITETTI, K. H.- Introduction: exercise capacities and adaptations of people with chronic disabilities - current research, future directions and widespread applicability , *Med. Sci. Sports Exerc.*, 25(4) 421-2,1993 .

PITETTI&CAMPBELL. - Mentally retarded individuals: A population at risk? *Med. Sci. Sports Exerc.* ,23,586-593, 1991.

PONTE, J P, et al., Projectos educativos Matemática Ensino Secundário", outros, DES, Lisboa, pp9-22, 1998.

GORCZYNSKI P, Faulkner G, Exercise Therapy for Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin* vol. 36 no. 4 pp. 665–666, 2010.

PORTUGAL, Direcção Geral da Saúde. Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental – Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal. Lisboa, DGS, 2007.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, ISBN 978-989-95146-6-9, 2008.

PORRAS, Jerry I. – “Stream Analysis: A Powerful Way to Diagnose and Manage Organizational Change” Addison-Wesley Publishing Company, ISBN 0-201-05693-3, 2002.

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

PRATT SI, Van Citters AD, Mueser KT, Bartels SJ. Psychosocial rehabilitation on older adults with serious mental illness: a review of the research literature

and recommendations for development of rehabilitative approaches. *Am J Psychiatr Rehabil*; 11(Number 1):7–40, 2008.

PROCHASKA, J.O.& DiClementi, C.C. - Transtheoretical therapy: Towards a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19: 276-288, 1982.

RAMOS, Sérgio – *Introdução à Metodologia do Trabalho de Projecto*. 2007. [http://agpjmagalhaes-m.cce.ms.pt/file.php/1/Manuais\\_do\\_Moodle/TIC Metodologia-Projecto\\_1\\_.pdf](http://agpjmagalhaes-m.cce.ms.pt/file.php/1/Manuais_do_Moodle/TIC%20Metodologia-Projecto_1_.pdf). 10 de Setembro de 2012, 11:48.

Revista Percursos – Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas, n.º15 Janeiro – Março, 2010, Setúbal, António Freitas, ISSN 1646-5067

RIMMER, J. H. - Physical fitness in people with mental retardation, Northern Illinois University & The University at Chicago, 1993.

RIMMER, J. H- Physical fitness in people with mental retardation, Northern Illinois University & The University at Chicago, 1996.

ROSA, M.A.; Marcolin, M.A.; Elkis, H. - Evaluation of the factors interfering with drug treatment compliance among Brazilian patients with schizophrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 27(3): 178-184, 2005.

RÖSSLER, W. 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., 341-353,1999.

ROBBINS, Stephen P. - *Comportamento Organizacional*. São Paulo: Atlas, 8ª ed., pps.109-142, 1998.

RUDOLPH, Udo – *Motivation spsychologie*. Weinheim: Beltz, 2003.

ROTELLI, F. & AMARANTE,P., *Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.

SAUNDERS, B. et al - The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction*, 90: 415-424, 1995.

SAMULSKI D. - *Psicologia do esporte*. São Paulo: Manole Editora, 2002.

SCHIEFER, Ulrich; Bal-Dobel, Lucinia; Batista, António – *Método Aplicado de Planeamento e Avaliação: Manual de Planeamento e Avaliação de Projectos*. 1ª Edição. Cascais: Principia, ISBN 972-8818-58-0, 2006.

SCHULMAN, E. - *Rehabilitation of the Mentally Ill: An International Perspective: The President's Committee on Employment of the Handicapped*, Washington, 1985.

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

SINGER R.N. - *Psicologia dos esportes: mitos e verdades*. São Paulo, Harper & Row do Brasil, 1977

SOUSA, M. R. *Estudo dos Conhecimentos e Representações de Doença Associados à Adesão Terapêutica nos Diabéticos tipo 2*. Tese de Dissertação de Mestrado – Especialização em Educação para a Saúde, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, 2003.

SMITH, J.C. - *Cognitive-behavioral relaxation training*. New York: Springer Publishing Company, 1999.

STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. - *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*. 6ª edição. Porto Alegre. Artmed , 2001.

TAVARES, J.; ALARCÃO, I. – *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina, 1990.

TAYLOR, Cecelia Monat. - Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica. 13ª Edição, Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TURTON, P. - Técnicas de Intervenção. Nursing. Lisboa. Agosto. 2000.

VAZ SERRA , A. - A importância do auto-conceito. Psiquiatria Clínica, 7 (2), 57-66, 1986.

VROOM V. H. - Work and motivation. New York: Wiley, 1964.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: WHO, 2003

## **DECRETOS LEI**

Decreto-Lei n.º 22/2011 de 10 de Fevereiro - Diário da República, 1.ª série — N.º 29 — 10 /02/2011

Decreto–Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro

Decreto –Lei n.º 74/2006 de 24 de Março

Decreto-Lei nº 284/99 de 26-07-1999 (Diário da República nº 172 Série I Parte A de 26/07/1999)

Lei n.º 36/98 de 24 de Julho (Lei de Saúde Mental) - Diário da República, n.º169, I - Série - A 24/07/1998

REGULAMENTO nº 122/2011 e REGULAMENTO nº 129/2011 - Diário da República, 2ª Série – nº 35, 18 Fevereiro de 2011

Portaria nº 782/99 de 01-09-1999 (Diário da República nº 204 Série I Parte B de 01/09/1999)

**BASE DE DADOS**

MEDELINE

PUBMED

EBSCO HOST

# APÊNDICES

# APÊNDICE I

Artigo

## **Reabilitação Psicossocial de Pessoas com Doença Mental de Evolução Prolongada – Estilos de Vida Saudáveis**

Psychosocial Rehabilitation in Patients with Chronic Illness of Prolonged Evolution -  
Healthy Lifestyles

**Zélia Gomes Ferreira<sup>1</sup>; Joaquim Manuel de Oliveira Lopes<sup>2</sup>**

**Resumo:** A Reabilitação Psicossocial em pessoas com doença mental crónica de evolução prolongada, surge como uma abordagem mais específica e complementar ao tratamento comum, tendo como principal objetivo capacitar a pessoa com perturbação mental a atingir o nível máximo de funcionamento pessoal, social, profissional e familiar, no meio menos restrito possível.

Neste estudo, que teve por base a metodologia de projeto, foram diagnosticadas como necessidades de intervenção mais prementes num grupo de doentes em internamento hospitalar, com doença mental crónica de evolução prolongada (diagnóstico esquizofrenia), através da aplicação das Escalas CADEM, MMSE, WHOQOL-BREF e da entrevista informal, os focos “Gestão do Regime Terapêutico” e “Exercício Físico”, tornando-se estes numa necessidade em cuidados de enfermagem.

A aplicação da Escala de Qualidade de Vida – WHOQOL BREF, permitiu perceber de que forma as intervenções realizadas no âmbito da Reabilitação Psicossocial, foram providas de sucesso.

---

<sup>1</sup> Enfermeira; Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria  
[zeliagomesferreira@gmail.com](mailto:zeliagomesferreira@gmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria  
Doutorado em Enfermagem; [joaquim.lopes@ess.ips.pt](mailto:joaquim.lopes@ess.ips.pt)

**Palavras – Chave:** Reabilitação Psicossocial, doença mental crónica, Exercício Físico, Gestão do Regime Terapêutico.

**Abstract:** Psychosocial rehabilitation in patients with chronic illness of prolonged evolution appears as a more specific and complementary approach to the common treatment, having as main objective to capacitate the mentally disturbed person to attain the maximum level of personal, social, professional and familiar functioning, in a least restrict as possible environment.

In this study, which was based on the project methodology, the focus “Therapeutical Regime Management” and “Physical Exercise”, by applying the CADEM Scale, MMSE, WHOQOL-BREF and informal interview, were diagnosed as needs of more urgent intervention in a group of patients in hospital, with a mental chronic illness of prolonged evolution (schizophrenia diagnostic), having become a need in nursing care with a particular relevance in the field of chronic disease management.

The application of the scale “Life Quality – WHOQL BREF”, allowed the understanding of the way how the interventions that were made in the ambit of the Psychosocial Rehabilitation, were successful.

**Key Words:** Psychosocial Rehabilitation, Chronic Illness, Physical Exercise, Therapeutical Regime Management.

## 1- INTRODUÇÃO

A Reabilitação Psicossocial, pretende capacitar a pessoa com perturbação mental a atingir o nível máximo de funcionamento pessoal, social, profissional e familiar, no meio menos restrito possível. Surge desta forma como uma abordagem mais específica e complementar ao tratamento comum. Reabilitação psicossocial, segundo a OMS (2001), é *“um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível de potencial de*

*funcionamento independente na comunidade, o que envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais”,*

Esta procura compensar as incapacidades através da recuperação e da aprendizagem de competências individuais e sociais, e também através da criação de suportes sociais adequados aos seus níveis de autonomia ou de dependência.

O objeto da reabilitação não é o "doente", mas sim a "Pessoa" que tem o direito de viver uma existência completa, amando, trabalhando e estando com os outros. É a Pessoa doente que está em causa, no seu todo e não apenas a sua parte doente ou perturbada.

Com o presente estudo, que teve por base a metodologia de projeto, pretendeu-se compreender, quais as necessidades das pessoas com doença mental crónica de evolução prolongada, internadas em determinado hospital, para que desta forma e indo de encontro às suas necessidades, se pudessem reabilitar psicossocialmente.

Surgem assim, os seguintes objetivos:

- Diagnosticar as principais necessidades das pessoas com doença mental de evolução prolongada, residentes na Residência Psiquiátrica;
- Capacitar as pessoas com doença mental de evolução prolongada a atingir o nível máximo de funcionamento pessoal, social, profissional e familiar, num meio menos restrito possível;
- Obter uma abordagem mais ampla que engloba a promoção da qualidade de vida visando as condições objetivas e o grau de satisfação dos doentes em relação a ela, o bem-estar psicológico, o repertório de habilidades e competências, capacidades e limites funcionais;
- Desenvolver intervenções especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que atendam às necessidades identificadas.

## **2- REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL - ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS**

O presente estudo, teve como base a Metodologia de Projeto, sendo que esta Metodologia consiste num conjunto de operações precisas que

possibilitam a produção de uma representação antecipada e finalizante dum processo de transformação do real. (GUERRA, 1994).

Assim, esta permite a previsão de uma mudança. Este tipo de metodologia liga-se à investigação, e está centrada na resolução de problemas. Permite desta forma, a aquisição de capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do projeto numa situação real.

Segundo BANDEIRA (2003), os programas de reabilitação psicossocial, são eficazes na reabilitação psiquiátrica.

A eficiência da reabilitação encontra-se relacionada com vários fatores, entre os quais, a adesão ao tratamento, a consciencialização da doença por parte da pessoa e da família e o acesso a tratamentos estruturados (ASSIS, 2009).

De acordo com o estudo de caracterização realizado, cerca de 60% dos utentes residentes, na Residência Psiquiátrica, tem um diagnóstico clínico de Esquizofrenia, existindo de seguida uma elevada percentagem de utentes com diagnóstico de Oligofrenia e de utentes com défice cognitivo decorrente dos anos de evolução da doença e de surtos psicóticos sucessivos.

A idade média dos utentes residentes é de 53,2 anos, variando a faixa etária entre os 26 e os 77 anos. Não existe sexo predominante, sendo que o número de mulheres é igual ao número de homens residentes, num total de 50 utentes.

Para se identificarem as necessidades das pessoas com Doença Mental de Evolução Prolongada internadas no serviço, iniciou-se a colheita de dados (ato profissional de enfermagem que se situa na base de qualquer intervenção de cuidados).

Assim sendo, como base para a recolha de informação/ dados pertinentes para constituição do diagnóstico de necessidades dos utentes da Residência Psiquiátrica, recorreu-se à entrevista informal, que foi efetuada a vários enfermeiros da equipa do serviço.

Segundo GIL (1999), a entrevista Informal (livre ou não-estruturada), é o tipo de entrevista menos estruturado, e só se distingue da simples conversação porque tem como objetivo básico a coleta de dados. O que se pretende é a obtenção de uma visão geral do problema pesquisado.

Recorreu-se também aos resultados obtidos através da aplicação das Escalas de CADEM e MMSE ( Mini-Mental State Examination).

A Escala de CADEM, é um instrumento para avaliação da capacidade de autocuidado de pacientes adultos. As cinco funções que constituem o instrumento são: Comunicação (**C**); Atividades diárias (**A**); Deambulação (**D**); Eliminação (**E**); Mobilização (**M**). Foi desenvolvida por Dias DC, em 1996. Encontra-se validada para a população brasileira, no entanto ainda não se encontra validada para a população portuguesa, consituindo-se este facto como uma limitação no estudo.

A Escala MMSE, foi desenvolvida em 1975 por FOLSTEIN, FOLSTEIN, E MCHUGH. Inicialmente foi elaborada com o objetivo de distinguir perturbações cognitivas ‘orgânicas’ das ‘não-orgânicas’, e mais recentemente, tem sido utilizada como um teste de rastreio cognitivo e de monitorização do desenvolvimento da demência e do delírio (O’KEEFFE, MULKERRIN, NAYEEM, VARUGHESE, & PILLAY, 2005).

GUERREIRO e colaboradores, adaptaram esta escala para a população portuguesa, em 1994.

A aplicação da Escala WHOQOL-BREF, serviu também como base para a formulação do Diagnóstico de Necessidades dos utentes residentes. Os autores da Versão original da escala são WHOQOL Group (World Health Organization Quality of Life Group), em 1994. A sua validação para a população portuguesa foi por Maria Cristina Canavarro, Adriano Vaz Serra, Mário Rodrigues Simões, Marco Pereira, Sofia Gameiro, Manuel João Quartilho, Daniel Rijo, Carlos Carona & Tiago Paredes, em 2006.

Esta escala faz uma avaliação da qualidade de vida, pois é uma medida multidimensional e multicultural, e pode ser utilizada numa diversidade de distúrbios psicológicos e físicos, assim como em pessoas saudáveis. Este instrumento integra quatro domínios de qualidade de vida, nomeadamente: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente.

## 2.1- RESULTADOS

Através da entrevista informal realizada, verificou-se que a necessidade mais relatada pelos enfermeiros, em relação aos utentes da Residência Psiquiátrica, foi a “necessidade de terem um dia a dia mais ativo e produtivo”.

Perante os resultados obtidos através da **Escala de CADEM**, verifica-se que a nível dos 29 utentes residentes no 1.º andar, temos um resultado médio de 5,52 pontos. O que significa que os mesmos têm capacidade de se auto cuidar sem necessidade de ajuda de outrem. Já em relação aos 21 utentes residentes no rés do chão, temos um resultado médio de 8,43 pontos. O que significa que o utente é hábil para o autocuidado, embora necessite de apoio e de uma pequena ajuda de outrem para as tarefas mais minuciosas, ou seja, é parcialmente dependente.

Em relação aos resultados obtidos pela **Escala MMSE**, verifica-se que em relação aos 29 utentes residentes no 1.º andar, a média é de 20,76 pontos, isto é, são considerados indivíduos com 11 anos ou menos de escolaridade. Já nos 21 utentes residentes no rés do chão, o resultado obtido foi de 14,29 pontos, o que significa que existe défice cognitivo pois a pontuação é menor ou igual a 15 pontos.

Desta forma, com base nestes resultados, criou-se um grupo de utentes onde o nível de dependência é mais reduzido e o índice cognitivo é mais elevado, para que desta forma, se possa contribuir para o melhoramento do seu estilo e qualidade de vida, e para a melhoria do seu estado de saúde.

Este grupo é constituído por sete utentes, sendo que quatro são do sexo masculino e três do sexo feminino, onde as idades variam dos 26 aos 62 anos, sendo a média de idades de 43,1 anos. O diagnóstico clínico que apresentam é esquizofrenia.

A este grupo foi aplicada a Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF), após cumpridos todos requisitos legais e respeitando todos os aspetos éticos inerentes, com o objetivo de se conseguir obter qual o nível de qualidade de vida dos mesmos, e quais os domínios onde os níveis de qualidade poderiam ser melhorados.

Com os resultados obtidos pela aplicação da **Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)**, verificou-se que a totalidade dos utentes a quem foi efetuada a aplicação desta escala apresentam baixa qualidade de vida, ou seja, todos os utentes apresentam como nível de qualidade de vida valores inferiores a 50, sendo que a variação vai de 12,5 a 25. Nos domínios, os valores mais baixos são referentes ao domínio físico, com um valor médio de 43,1, ao domínio psicológico, com valor médio de 33,5 e ao ambiente com valor médio de 35,1.

## **2.2- ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Perante a observação da realidade vivida pelos utentes da Residência Psiquiátrica, e após a análise dos resultados obtidos com a aplicação dos vários instrumentos de colheita de dados, verificou-se que se constituiu uma necessidade para estes utentes, o Exercício Físico e também a Gestão do Regime Terapêutico.

Neste sentido, o exercício físico surge como um foco que visa colmatar a necessidade detetada a nível do domínio físico, a gestão do regime terapêutico surge como foco que intenta ir de encontro à necessidade encontrada no domínio psicológico.

Relativamente ao domínio ambiente, decidiu-se não incidir diretamente sobre o mesmo, uma vez que as necessidades refletidas no mesmo acabam por ser satisfeitas indiretamente quando se desenvolvem os focos exercício físico e gestão do regime terapêutico.

As pessoas com doença mental crónica, têm tendência a apresentar um aumento de peso significativo, devido principalmente a um estilo de vida sedentário. Assim, intervir sobre esta necessidade, através do exercício físico, apresenta-se como principal objetivo.

Surge desta forma, a atividade física, como um meio para um estilo de vida mais ativo, contribuindo para a saúde mental, em pessoas com transtornos mentais, melhorando assim as suas condições de vida.

Perante isto, esta questão revela-se uma importante questão de saúde pública, que envolve profissionais especializados em saúde mental.

Em relação à terapêutica, surge a problemática da Gestão do Regime Terapêutico, e por inerência, a adesão/não adesão.

Os dois grandes objetivos em relação a este foco, serão:

- ♦ Instituir a autonomia na preparação da medicação e sua administração;

- ♦ Fomentar o reconhecimento da importância da medicação na manutenção e estabilização do quadro psicopatológico.

Com a adesão terapêutica, obtêm-se ganhos tanto para a pessoa (que apresenta sintomas menos exacerbados) como para a família, que apresenta níveis de stress diminuídos (SMITH, *et al.*, 1999).

### **2.3- INTERVENÇÃO**

A implementação das atividades planeadas para o foco de enfermagem “Exercício Físico”, foram as caminhadas de 30 minutos, as aulas de fortalecimento, mobilidade e flexibilidade articular e as sessões de Relaxamento de Jacobson. As primeiras atividades desenvolvidas foram a caminhada, e as aulas de fortalecimento, mobilidade e flexibilidade articular. Ao longo de 13 semanas, período durante o qual se implementaram as intervenções, decorreram 26 sessões de cada uma das atividades mencionadas.

As caminhadas tinham uma duração de cerca de 30 minutos, e eram realizadas em toda a área circundante ao hospital. As aulas de fortalecimento, mobilidade e flexibilidade articular, tinham uma duração de cerca de 45 minutos, e decorriam numa sala disponibilizada pela direção do serviço, que foi preparada, de forma a ajustar-se às necessidades do grupo.

Um estudo desenvolvido por LEITÃO&AZEVEDO *et al.*, (2006), mostra que cerca de 72,73% dos 121 pacientes estudados com doença mental, apresentam sobrepeso.

Segundo MEYER (2005), doentes com patologia mental, apresentam maior risco de obesidade, se comparados com outros indivíduos, devido a fatores como um estilo de vida sedentário, e efeitos colaterais da medicação psicoativa.

Também ELLIS *et al*, 2007, mostra nos seus estudos, que o exercício e a atividade física, aliviam os sintomas da doença e trás consigo uma série de benefícios psicológicos não só para doentes esquizofrénicos mas também nouro tipo de doenças mentais.

Em relação às sessões de Relaxamento de Jacobson implementadas, ao longo de 12 semanas, num total de 12 sessões de 45 minutos cada, verificou-se que estas se mostraram eficazes na diminuição da tensão acumulada, aumentando a tranquilidade e a confiança.

Assim, o Relaxamento de Jacobson, assume-se outra forma bastante eficaz para atingir a harmonia, e o equilíbrio físico e mental.

Concordando com LUCAS (2012), quanto mais familiaridade existe com o corpo e com as suas capacidades, mais eficiente ele se vai tornar. São claros os ganhos associados à prática do exercício físico (entre os quais destacam-se as caminhadas e a natação), no entanto, o maior benefício constitui-se a auto-consciência corporal, ou seja, ampliar a consciência que se tem do próprio corpo.

Também DAMÁSIO (2010), afirma que o cérebro tem que primeiramente reconhecer o corpo em que está inserido, para depois estruturar um quadro sinóptico em relação aos órgãos que constituem o corpo. Estes quadros sinópticos que a todo o momento o cérebro realiza sobre o organismo e as suas funções, constituem a base das imagens mentais. Desta forma, o cérebro faz com que o corpo se traduza numa questão natural da mente.

Desta forma, ao se implementar as sessões de relaxamento, pretende-se que os utentes se sintam mais ligados a si mesmos, promovendo esta ligação um acréscimo de energia, perçetibilidade mental, aptidão física, e estabilidade emocional.

Ao referir a implementação das intervenções relacionadas com o foco de enfermagem “Gestão do Regime Terapêutico”, passa-se a fazer alusão às sessões de psicoeducação, e ao treino de preparação autónoma de medicação.

Estas intervenções decorreram ao longo de 12 semanas, numa frequência de uma vez por semana, num total de 12 sessões, com uma duração média de 90 minutos.

Abordou-se como pontos principais nas sessões desenvolvidas:

- desenvolvimento da noção de responsabilidade e da importância de inclusão no plano terapêutico;

- transmissão de dados sobre a importância da medicação, nomeadamente sobre os seus efeitos secundários e como lidar com os mesmos;

- transmissão de dados sobre a doença;

- refletir sobre os riscos de recaídas;

- alertar para o risco de desenvolvimento de hábitos relacionados com o abuso de substâncias tóxicas;

- estimular a participação para o plano de tratamento.

KNAPP&ISOLAN (2005) consideram que o objetivo principal da psicoeducação é a adesão à medicação, através de informações, que dá aos utentes, relativas à natureza e ao tratamento da sua doença. Fá-lo através de ensinamentos teóricos e práticos para que permita aos utentes compreender e lidar melhor com a sua patologia.

Desta forma, também aqui se pretendeu desenvolver o contributo da psicoeducação na pessoa com doença mental de evolução prolongada.

Desta forma, a Psicoeducação apresenta-se como um meio para o “empowerment” da pessoa com doença mental, passando a mesma a ter mais controle sobre a doença e sobre a sua vida.

Alguns autores vêem na psicoeducação um elemento fundamental no tratamento da pessoa com esquizofrenia (BELLACK & MUESER, 1993; GOLDSTEIN, 1996).

A compreensão da patologia melhora a participação no tratamento, substituindo atitudes inadequadas por suporte correto, fazendo da pessoa com doença mental e seus familiares colaboradores ativos no processo terapêutico, promovendo aperfeiçoamento na adesão terapêutica.

LIEBERMAN, 1993, fundamenta que o treino de competências pessoais e sociais, em doentes com doença mental crónica, é favorável, visto aumentar não só a autonomia mas também a qualidade de vida do doente.

## **2.4- AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

Após terem decorrido 13 semanas de intervenção e implementação de atividades que visaram colmatar as necessidades diagnosticadas nos utentes da Residência Psiquiátrica, procedeu-se a uma nova avaliação da escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF, para se obter a informação de que se necessitava nesta fase, com o objetivo de se verificar se se produziu ou não mudança de comportamento.

Assim, os resultados obtidos após a aplicação da mesma, mostram que a nível do item geral da qualidade de vida esta melhorou, sendo que quatro dos sete utentes, apresentam um valor classificativo para a sua qualidade de vida de 50, e os restantes três de 37,5. No que concerne ao domínio físico, passou-se a ter como valor representativo da avaliação deste domínio 53,9 face aos 43,1 pontos obtidos na primeira avaliação; em relação ao domínio psicológico o valor passou a ser de 38,3 face aos 33,5 pontos obtidos aquando da primeira avaliação efetuada.

Nos restantes domínios, apesar de não se ter desenvolvido uma intervenção direta sobre os mesmos, também se constatou um impacto positivo das intervenções, pois os resultados mostram uma variação positiva de valores.

Perante estes valores verifica-se que se produziu mudança, existindo um melhoramento da qualidade de vida dos utentes.

## **3- CONCLUSÃO**

NAHAS (2007) apresenta uma série de benefícios que advêm dos hábitos de vida saudáveis: promove uma melhora fisiológica, na melhoria da qualidade de sono; psicológica, no relaxamento, e na redução dos níveis de ansiedade e *stress*; e social, com indivíduos mais seguros, com melhoria da integração social e cultural, e integração com a comunidade, rede social e cultural ampliada.

Daí ser importante promover hábitos de vida saudáveis, uma vez que produz melhorias significativas no bem-estar físico e mental, tendo uma relação

causa-efeito, a nível do aumento da auto-estima, reduz a ansiedade e a depressão, a tensão, e o *stress*, favorecendo as capacidades adaptativas a situações de stress, e assim consciencializando a pessoa, tendo um efeito motivador para o sucesso do da reinserção e reabilitação psicossocial.

Posto isto, concluí-se com sucesso o projeto desenvolvido, visto se ter alcançado os objetivos iniciais propostos

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS E., Arte e oficinas terapêuticas em tempos de reconstrução. In: Costa CM, Figueiredo AC, organizadoras. Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2009

BANDEIRA, D., Reppold, C., Pluger, D., & Facio, A., Escala Harter de auto-estima: adaptação para o contexto brasileiro. Anais do I Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica e IX Conferência Internacional de Avaliação Psicológica. Campinas: IBAP, 2003

BELLACK, A.S.; MUESER, K.T.. Psychosocial Treatment for Schizophrenia. In: Special Report: Schizophrenia. Rockville: National Institute of Mental Health, 1993

DAMÁSIO, António, Livro da Consciência: A construção do cérebro consciente, Editora Temas e Debates, ISBN 9896441200, 2010.

ELLIS N., CRONE D., DAVEY R., & Grogan S- Exercise interventions as an adjunct therapy for psychosis: a critical review, 2007.

FOLSTEIN, M.,F.,FOLESTEIN, S.,E.,MCHUGH P.,R., - "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of psychiatric research 12(3): 189-98, 1975.

GIL, Antonio Carlos - Métodos e técnicas de pesquisa social. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GUERRA Isabel, Introdução à Metodologia de Projecto (doc. Int.), CET, Lisboa, 1994.

GUERREIRO M, Silva A P, Botelho M, et al., *Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE)*, revista Portuguesa de Neurologia, 1-9, 1994.

KNAPP, P.; ISOLAN, L. - Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. Rev. Psiq. Clín. 32, supl. 1, 98-104, 2005.

LEITÃO – AZEVEDO C.L.; GUIMARÃES, L.R.; ABREU, M.G.B., *et al* - Increased dyslipidemia in schizophrenic outpatients using new generation antipsychotics. Rev Bras Psiquiatria 28(4):301-304, 2006.

LIEBERMAN, R.P. \_ Adiestramiento en Habilidades Sociales, Lieberman,R.P. (ed.), *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico* (pp.130-168), Martínez Roca: Barcelona, 1993.

LIP,Gregory Y. H.; LI- SAW-HEE, Foo Leong . Anticoagulation of older patients. British Geriatrics Society. nº 29,2000.

LUCAS, Miguel, Como mudar a sua vida para melhor, Primeira Editora, Lisboa, 2012.

MEYER, J.M. - Schizophrenia and the metabolic syndrome. Medscape Psychiatry & Mental Health, 2005.

NAHAS, M. V. - Atividade Física e saúde. Conceitos e sugestões para um estilo de vida activo. 3ª Edição Londrina: Midiograf, 2007.

O'KEEFFE ST, et al., "Use of serial mini-mental state examinations to diagnose and monitor delirium in elderly hospital patients." J.Am. Geriatr Soc., May; 53(5):867-70, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial de Saúde 2001: Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Direcção Geral de Saúde; Lisboa, 2002.

SMITH, J.C. - Cognitive-behavioral relaxation training. New York: Springer Publishing Company, 1999.

# APÊNDICE II

Consentimento Informado

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Chamo-me Zélia Ferreira, sou Enfermeira e estou a fazer um estudo no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, no Instituto Politécnico de Setúbal, orientada pelo Professor Joaquim Lopes (Professor Coordenador na Escola Superior de Saúde de Setúbal).

Este estudo visa compreender o nível de qualidade de vida dos utentes residentes. Para tal pretendemos aplicar a escala WHOQOL-BREF.

A informação recolhida será absolutamente confidencial, o que significa que não vou revelar ou divulgar nada que possa identificar as pessoas que aceitem ser participar no estudo.

Assim, gostaria de poder proceder à aplicação da escala WHOQOL-BREF .

Se concorda, pedia-lhe que assinasse esta folha na qual declara:

1. Que foi esclarecido/a sobre a finalidade e objectivos do estudo,
2. Que compreendeu a informação que lhe foi dada, teve oportunidade de fazer perguntas e as suas dúvidas foram esclarecidas,
3. Que foi esclarecido/a que pode recusar-se a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto,
4. Que aceita participar de livre vontade no estudo acima mencionado,
5. Que autoriza a divulgação dos resultados obtidos, garantindo o anonimato.

(No caso de o/a participante não poder ou não souber assinar, o consentimento deverá ser presenciado por outra pessoa (acompanhante), que o assina.)

O participante no estudo ou acompanhante (se o entrevistado não souber assinar),

Assinatura\_\_\_\_\_ DATA\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Investigador,

Assinatura\_\_\_\_\_ DATA\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# APÊNDICE III

Peso, altura e Índice de Massa Corporal (IMC) dos utentes da RP

## Peso, altura e Índice de Massa Corporal (IMC)

	Peso (Kg)	Altura (cm)	IMC
Utente 1	70	159	27,7
Utente 2	75	168	26,6
Utente 3	62	162	23,6
Utente 4	60	154	25,3
Utente 5	71	167	25,5
Utente 6	70	173	23,4
Utente 7	86	163	32,4

Legenda:

IMC	Situação
Abaixo de 18,5	Abaixo do peso ideal
Entre 18,5 e 24,9	Peso normal
Entre 25,0 e 29,9	Sobrepeso
Entre 30,0 e 34,9	Obesidade grau I
Entre 35,0 e 39,9	Obesidade grau II
40,0 e acima	Obesidade grau III

# APÊNDICE IV

Parâmetros vitais anteriores e posteriores à sessão de Relaxamento de  
Jacobson

## Parâmetros vitais anteriores à sessão de relaxamento

	<b>Tensão Arterial</b>	<b>Frequência cardíaca</b>
<b>Utente 1</b>	144/71	96
<b>Utente 2</b>	132/81	88
<b>Utente 3</b>	138/64	91
<b>Utente 4</b>	141/78	68
<b>Utente 5</b>	136/91	102
<b>Utente 6</b>	158/89	89
<b>Utente 7</b>	127/76	79

## Parâmetros vitais posteriores à sessão de relaxamento

	<b>Tensão Arterial</b>	<b>Frequência cardíaca</b>
<b>Utente 1</b>	134/70	78
<b>Utente 2</b>	128/79	76
<b>Utente 3</b>	130/63	71
<b>Utente 4</b>	138/73	62
<b>Utente 5</b>	100/72	76
<b>Utente 6</b>	147/84	75
<b>Utente 7</b>	123/72	71

# ANEXOS

# ANEXO I

Instrumento WHOQOL-BREF (Manual do utilizador e Sintaxe)

Escala WHOQOL-BREF

# Instrumento

## WHOQOL-BREF

Manual do Utilizador e Sintaxe



SAÚDE MENTAL: PESQUISA E EVIDÊNCIA DEPARTAMENTO  
DE SAÚDE MENTAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
GENEB  
RA

INFORMAÇÕES SOBRE A VERSÃO PORTUGUESA DO WHOQOL-100 PODEM SER OBTIDAS

COM: FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
Prof. Doutor Adriano Vaz  
Serra  
Email:  
[adrianovs@netvisao.pt](mailto:adrianovs@netvisao.pt)

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA  
Prof<sup>a</sup>. Doutora Maria Cristina  
Canavarro  
Email:  
[mccanavarro@netcabo.pt](mailto:mccanavarro@netcabo.pt)

## PROCEDIMENTOS DE ADMINISTRAÇÃO DO WHOQOL-BREF

O WHOQOL-100 foi inicialmente desenvolvido como um questionário de auto-resposta. No entanto, em determinadas situações não é possível optar por esta metodologia. Neste sentido, os modos de administração do questionário são:

1. **Auto-administrado** – após a leitura das instruções, o respondente preenche o questionário sem qualquer ajuda;
2. **Assistido pelo entrevistador** – o entrevistador lê as instruções e explica o modo de preenchimento do questionário. É o respondente que lê as questões e assinala as respostas. Nota: nesta modalidade deve ser manifestada a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas.
3. **Administrado pelo entrevistador** – o entrevistador lê as instruções, as questões, os descritores da escala de resposta e assinala no questionário a resposta dada pelo inquirido.

Modalidade de entrevista [No caso do doente não conseguir preencher]

De forma a uniformizar a administração do questionário e evitar influenciar as respostas do inquirido, as seguintes recomendações devem, rigorosamente, ser tidas em atenção:

1. A entrevista deve ser conduzida em privado, sem outros doentes, familiares ou amigos presentes. Nesta impossibilidade, deve-se assegurar que os outros não influenciam a resposta do inquirido;
2. O entrevistador deve ler as instruções, as questões e as escalas de resposta, mas não as deve alterar. As instruções podem ser explicadas numa linguagem mais simples. O mesmo não deve ser feito em relação às questões e aos descritores da escala de resposta. O entrevistador deve explicar ao respondente que as questões, escalas de resposta e respostas não devem ser discutidas durante a administração do WHOQOL<sup>1</sup>. Se o respondente não conseguir responder a uma questão em vez de a repetir, deve-se atribuir uma nota de 8 e passar à questão seguinte;
3. O entrevistador deve assegurar-se de que não influencia as respostas do inquirido. Mesmo as questões que parecem semelhantes, devem ser lidas na totalidade e classificadas de acordo com a escolha do respondente;
4. O período de referência de duas semanas deve ser enfatizado nas instruções sempre que aplicável;
5. Deve-se ter algum cuidado na explicação das instruções das questões de importância, para que o doente perceba essas questões como distintas das anteriores e não como uma repetição das mesmas.

---

<sup>1</sup> Se o respondente insistir, deve ser explicado que esses assuntos podem ser discutidos no final da passagem do questionário. De igual forma, quaisquer outras explicações devem ser feitas no final da administração.

## PROCEDIMENTO DE PONTUAÇÃO DO WHOQOL-BREF SPSS

Primeiro, todas as pontuações precisam ser conferidas de que estejam no intervalo apropriado (entre 1 e 5).

Confira se todas as perguntas do questionário têm uma variação entre 1-5

Passos	Sintaxe de SPSS para executar dados conferidos, limpar e computar pontuações totais
Confira se todas as 26 perguntas do questionário têm uma variação de 1-5	<pre>RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS).  (Este procedimento recodifica todos os dados fora da variação 1-5 para o sistema “missing”).</pre>

Os resultados dos domínios estão dispostos num sentido positivo, onde as pontuações mais altas representam melhor qualidade de vida. Algumas facetas (Dor e Desconforto, Sentimentos Negativos, Dependência de Medicação, Morte e Morrer) não estão formuladas num sentido positivo, donde para estas facetas as pontuações mais altas não significam melhor qualidade de vida. Estas facetas precisam ser recodificadas para que as pontuações altas reflectam melhor qualidade de vida. As instruções para o cálculo dos resultados estão expostas abaixo.

**Inverta as perguntas formuladas negativamente**

Inverta 3 questões formuladas negativamente	<pre>RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1). (Isto transforma perguntas formuladas negativamente em perguntas formuladas positivamente.)</pre>
---	--

A média dos resultados das perguntas dentro de cada domínio é usada para calcular o resultado do domínio. A média dos resultados é então multiplicada por 100 para que os resultados dos domínios sejam comparáveis com os usados no WHOQOL-100. Neste sentido, os resultados variam entre 0 e 100.

## Cálculo dos resultados dos domínios

$$\text{WDG} = \text{Sum.2}(\text{Q1}, \text{Q2}).$$

$$\text{WD1} = \text{Sum.7}(\text{Q3}, \text{Q4}, \text{Q10}, \text{Q15}, \text{Q16}, \text{Q17}, \text{Q18}).$$

$$\text{WD2} = \text{Sum.6}(\text{Q5}, \text{Q6}, \text{Q7}, \text{Q11}, \text{Q19}, \text{Q26}).$$

$$\text{WD3} = \text{Sum.3}(\text{Q20}, \text{Q21}, \text{Q22}).$$

$$\text{WD4} = \text{Sum.8}(\text{Q8}, \text{Q9}, \text{Q12}, \text{Q13}, \text{Q14}, \text{Q23}, \text{Q24}, \text{Q25}).$$

$$\text{MDG} = 4 * (\text{Mean}(\text{Q1}, \text{Q2})).$$

$$\text{MD1} = 4 * (\text{Mean}(\text{Q3}, \text{Q4}, \text{Q10}, \text{Q15}, \text{Q16}, \text{Q17}, \text{Q18})).$$

$$\text{MD2} = 4 * (\text{Mean}(\text{Q5}, \text{Q6}, \text{Q7}, \text{Q11}, \text{Q19}, \text{Q26})).$$

$$\text{MD3} = 4 * (\text{Mean}(\text{Q20}, \text{Q21}, \text{Q22})).$$

$$\text{MD4} = 4 * (\text{Mean}(\text{Q8}, \text{Q9}, \text{Q12}, \text{Q13}, \text{Q14}, \text{Q23}, \text{Q24}, \text{Q25})).$$

\* Transformar os resultados das facetas e domínios do WHOQOL-BREF numa escala de 0 a 100

\* Estes resultados transformados devem ser usados na interpretação dos dados quando comparados

\* com outros instrumentos validados

$$\text{TWDG} = ((\text{WDG} - 2) / 8) * 100.$$

$$\text{TWD1} = ((\text{WD1} - 7) / 28) * 100.$$

$$\text{TWD2} = ((\text{WD2} - 6) / 24) * 100.$$

$$\text{TWD3} = ((\text{WD3} - 3) / 12) * 100.$$

$$\text{TWD4} = ((\text{WD4} - 8) / 32) * 100.$$

# WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netv.sao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Marla Crislina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ 0 + 0 + 0 + 0 + 0 + 0 + 0			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ 0 + 0 + 0 + 0 + 0 + 0			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ 0 + 0 + 0			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ 0 + 0 + 0 + 0 + 0 + 0 + 0 + 0			

DADOS PESSOAIS

A1 Idade  anos

A2 Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A3 Sexo  Masculino  
 Feminino

A4	Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	<input type="text"/>
		Sabe ler e/ou escrever	<input type="text"/>
		1 -4 anos	<input type="text"/>
		5 -6 anos	<input type="text"/>
		7 -9 anos	<input type="text"/>
		10 -12 anos	<input type="text"/>
		Estudos Universitários	<input type="text"/>
		Formação pós-graduada	<input type="text"/>

A Profissão

A6.1	Freguesia	<input type="text"/>
A6.2	Concelho	<input type="text"/>
A6.3	Distrito	<input type="text"/>

A7	Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="text"/>
		Casado(a)	<input type="text"/>
		União de facto	<input type="text"/>
		Separado(a)	<input type="text"/>
		Divorciado(a)	<input type="text"/>
		Viúvo(a)	<input type="text"/>

B1a Está actualmente doente? Sim  Não

B1b Que doença é que tem? \_\_\_\_\_

B2 Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

B3 Regime de tratamento? Internamento  Consulta Externa  Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado
2. Assistido pelo entrevistador
3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

---



---



---



---

OBRIGADO PELA SUA AJUDA

## Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve por um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
(F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F .3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
1 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F1 .3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto esta satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentement	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

# ANEXO II

Escala de Cadem

## ESCALA DE CADEM – Avaliação do Grau de Dependência

As cinco funções que constituem o instrumento são:

<b>C</b>	Comunicação	Capacidade de enviar e receber mensagem.
<b>A</b>	Actividades Diárias	Capacidade para realizar actividades para a manutenção da higiene corporal, alimentação e hidratação adequadas.
<b>D</b>	Deambulação	Capacidade para locomover-se de um lado para o outro.
<b>E</b>	Eliminação	Capacidade para urinar ou defecar voluntariamente em lugar próprio.
<b>M</b>	Mobilização	Capacidade para manter o tónus muscular e posicionamento corporal adequado.

<b>Comunicação</b>		
Comunica de forma compreensível e coerente.		<b>1</b>
Não comunica verbalmente devido a aparelhos ou alteração física, mas comunica compreensivelmente por gestos e mímica facial.		<b>2</b>
Comunica verbalmente mas confuso.		<b>3</b>
Comunica verbalmente, mas de forma pouco compreensível, por vezes incompreensível ou incoerente. Não compreende as perguntas.		<b>4</b>
Não comunica verbalmente ou não reage a estímulos.		<b>5</b>
<b>Actividades Diárias</b>		
É independente na higiene, alimentação e ingestão hídrica.		<b>1</b>
Necessita de ajuda para as acções mais minuciosas da higiene, alimentação ou hidratação.		<b>2</b>
Necessita de apoio para os cuidados de higiene, alimentação e hidratação.		<b>3</b>
Necessita de ser transportado para a higiene e de apoio na alimentação e hidratação.		<b>4</b>
Banho só possível na cama. Necessita de ser alimentado.		<b>5</b>

<b>Deambulação</b>	
É independente na marcha.	<b>1</b>
Apresenta restrição de movimentos ou carece de apoio de ortóteses na marcha.	<b>2</b>
Necessita de apoio mecânico para se locomover.	<b>3</b>
Apenas se desloca de cadeira de rodas.	<b>4</b>
Não deambula.	<b>5</b>
<b>Eliminação</b>	
É independente na eliminação vesical e intestinal.	<b>1</b>
Usa dispositivos de apoio apesar de manter a continência esfincteriana.	<b>2</b>
Usa dispositivos (algália, saco de colostomia, etc.) devido a incontinência.	<b>3</b>
Apresenta perdas ocasionais devido a incontinência.	<b>4</b>
Apresenta incontinência urinária e intestinal com perdas frequentes.	<b>5</b>
<b>Mobilidade</b>	
É independente para deitar-se, levantar-se, alternar decúbitos e sentar-se na cadeira.	<b>1</b>
Movimenta-se compensando a perda funcional com a parte não afectada.	<b>2</b>
Necessita de ajuda para deitar, levantar e sentar.	<b>3</b>
Apenas se mobiliza com ajuda. Não mantém o equilíbrio. Necessita alternâncias de decúbitos frequentes.	<b>4</b>
Necessita de ajuda total para se mobilizar.	<b>5</b>
	<b>Total</b>
	<b>9</b>

## ESCALA DE CADEM – Avaliação do Grau de Dependência

A soma da pontuação atribuída a cada função permite quantificar a capacidade para o autocuidado do Utente em quatro níveis:

<b>Grau de dependência para o autocuidado</b>	<b>Total de pontos</b>	<b>Definição</b>
<b>Independente</b>	<b>5</b>	<i>Utente sem alterações funcionais, que é independente para o autocuidado. Capacidade de se auto cuidar sem necessidade de ajuda de outrem.</i>
<b>Parcialmente Dependente</b>	<b>6-10</b>	<i>Utente hábil para o autocuidado, embora necessite de apoio e pequena ajuda de outrem para as tarefas mais minuciosas. Capacidade de se autocuidar diminuída, necessitando de pequena ajuda para algumas actividades diárias.</i>
<b>Grande dependente</b>	<b>11-17</b>	<i>Baixo grau de autocuidado, necessita de ajuda moderada a grande para se autocuidar. Capacidade de se autocuidar diminuída, necessitando de ajuda importante para as actividades diárias.</i>
<b>Totalmente Dependente</b>	<b>18-25</b>	<i>Utente totalmente dependente de ajuda para o autocuidado. Incapacidade de se autocuidar necessitando que outro lhe execute as actividades diárias.</i>

# **ANEXO III**

Escala Mini Mental State Examination (MMSE)

## Mini Mental State Examination (MMSE)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a. "Como se chama isto? Mostrar os  
objectos: Relógio \_\_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_  
Dobra ao meio \_\_\_\_\_  
Coloca onde deve \_\_\_\_\_

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

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

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

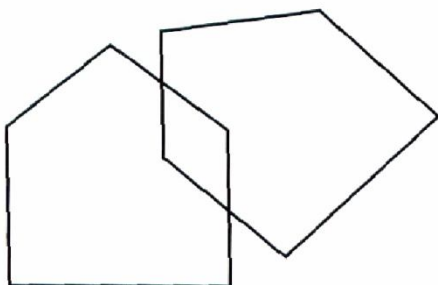
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

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

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

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



Cópia:

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

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

**Considera-se com defeito cognitivo:**

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

# **ANEXO IV**

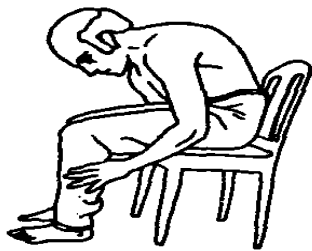
Exercícios musculares de manutenção e de recuperação da força e da  
resistência muscular

Segundo HERMÓGENES (2002) a seguinte série de exercícios musculares permitem a manutenção e a recuperação da força e da resistência muscular:

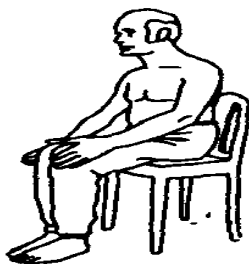
Inspirar e com as mãos nos joelhos puxar como se eles pudessem ser deslocados para trás. Repetir duas vezes.



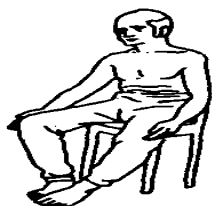
Com as mãos pousadas na barriga de ambas as pernas, logo abaixo da curva dos joelhos, com os pulmões cheios, empurrar as pernas para a frente, como se isso fosse possível. Fazer força com as pernas de maneira a oporem-se à pressão das mãos. Repetir duas vezes.



Pés e joelhos juntos, as palmas das mãos pousadas sobre a face lateral externa destes. Retendo o ar nos pulmões, estabeleça uma «luta» - os joelhos querem afastar-se e as mãos tentam impedi-los. Os joelhos, lenta e arduamente, conseguem afastar-se.



Na segunda fase do exercício, as mãos forçam os joelhos a juntarem-se enquanto estes se opõem, mas, lentamente, cedem. Repetir duas vezes.



Pés unidos, as mãos entre os joelhos unem-se pelas palmas. Pulmões cheios, as mãos tentam forçar o afastamento máximo dos joelhos enquanto estes resistem, mas lentamente cedem.



Na segunda fase, os joelhos, agora afastados, forçam as mãos a unir-se e, com considerável esforço, conseguem. Repetir duas vezes.



Mãos fechadas à altura do peito. Pulmões cheios, uma das mãos empurra a outra, que, embora resista firmemente, consegue ser vencida. Agora é a vez da que empurrou ser empurrada, mas sempre com esforço.



Numa segunda fase, as mãos estão presas pelos dedos flectidos, de forma que uma puxa a outra. Repetir duas vezes.



## EXERCÍCIOS DE FLEXIBILIDADE

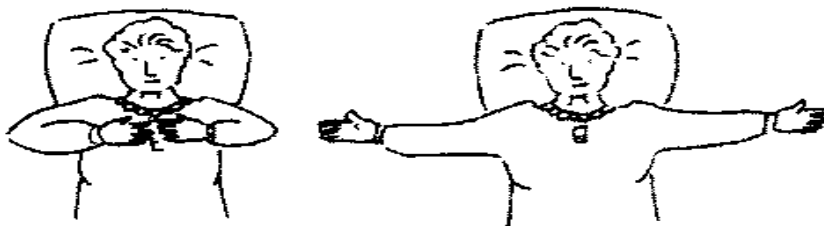
- Respirar e esticar



- Esticar as costas



- Esticar os braços



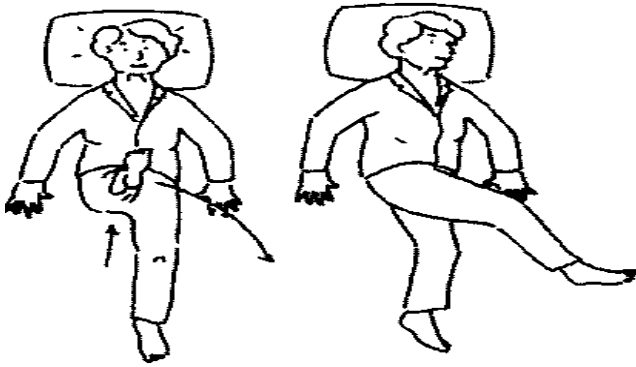
- Movimentos da cabeça



- Levantar os joelhos



- Meio círculo com as pernas



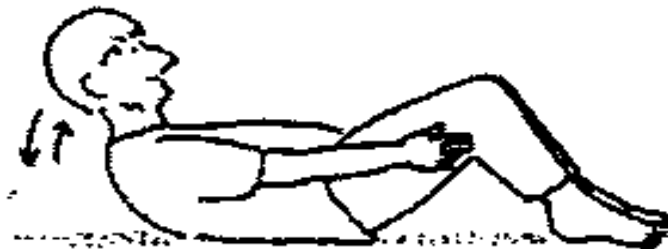
- Levar o joelho ao peito



- Levar os joelhos ao peito



- Levantar a cabeça e esticar o abdómen



- Levantar a perna



- Balouçar



# **ANEXO V**

Guia para técnica de relaxamento progressivo de  
Jacobson

# GUIA PARA TÉCNICA DE RELAXAMENTO PROGRESSIVO DE JACOBSON

## - PARA SETE GRUPOS MUSCULARES-

### **Braço Dominante**

#### Instruções de Contração:

Gostaria que focalizasse a sua atenção nos músculos do seu bíceps, braço e mão dominantes.

Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, erguendo ambos os braços à sua frente, dobrando os cotovelos num ângulo de 45 graus e fechando o punho.

AGORA...

Sinta a tensão na mão, braço e bíceps...

*(Manter a contração durante 5-7 segundos)*

#### Instruções de Relaxamento:

RELAXE...

Repare na diferença entre tensão e relaxamento...

Focalize as sensações nestes músculos, à medida que eles vão ficando mais e mais relaxados...

*(Manter durante 30-40 segundos).*

### **Braço não dominante**

O mesmo que para o lado dominante.

## **Face**

### Instruções de Contração:

Vamos passar agora para todos os músculos do seu rosto.

Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, levantando as sobrancelhas, trocando os olhos, franzindo o nariz, cerrando os dentes e puxando os cantos da boca para trás.

AGORA...

Sinta a tensão através de toda a área facial...

*(Manter a contração durante 5-7 segundos)*

Instruções de Relaxamento:

RELAXE...

Deixe toda a tensão sair.

Repare no que se passa, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais relaxados...

*(Manter durante 30-40 segundos).*

## **Pescoço e Garganta**

### Instruções de Contração:

Vamos focar agora a sua atenção nos músculos do pescoço e garganta.

Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, puxando o queixo para o peito mas sem o deixar tocar no peito.

AGORA...

Aprecie a tensão nestes músculos.  
(Manter a contracção durante 5-7segundos)

Instruções de Relaxamento:

RELAXE...

Deixe toda a tensão sair.  
Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais relaxados...  
(Manter durante 30-40 segundos).

**Peito, ombros, parte superior das costas e abdómen**

Instruções de Contracção:

Focalize-se agora nos músculos do peito, ombros, parte superior das costas e abdómen.

Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, inspirando bem fundo, prendendo a respiração, puxando as omoplatas, uma de encontro à outra enquanto, ao mesmo tempo, faz o estômago duro.

AGORA...

Sinta a tensão no peito, ombros, parte superior das costas e estômago...  
(Manter a contracção durante 5- 7segundos)

Instruções de Relaxamento:

RELAXE...

Descontraia...

Repare como esses músculos estão agora, comparados com o que se passava anteriormente...

*(Manter durante 3-40 segundos).*

### **Perna dominante**

#### Instruções de Contração:

Vamos passar agora para os músculos da sua coxa, barriga da perna e pé dominantes.

Quando eu disser AGORA, vou pedir-lhe que contraia os músculos da perna dominante, levantando ligeiramente a perna da cadeira, enquanto estica os dedos do pé e vira o pé para dentro (inclina a ponta do pé para dentro).

AGORA...

Sinta a tensão através da sua perna...

*(Manter a contração durante 5-7segundos).*

### **Perna não dominante**

O mesmo que para o lado dominante.