

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

**Promoção da Adesão Terapêutica da Pessoa com
Esquizofrenia - Intervenção Psicoeducativa Especializada
de Enfermagem**

Vanessa Custódia dos Santos Domingos

Lisboa

2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

Promoção da Adesão Terapêutica da Pessoa com
Esquizofrenia - Intervenção Psicoeducativa Especializada
de Enfermagem

Vanessa Custódia dos Santos Domingos

Orientador: José Manuel Tátá Falé

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



DEDICATÓRIA

Ao meu pai, Manuel da Conceição Domingos, por ser a minha inspiração.

Ao meu filho, João Domingos Fialho, por ser a minha motivação.

AGRADECIMENTOS

Ao professor José Manuel Falé pela disponibilidade, pelo estímulo, pela confiança, pela infindável sapiência, pela orientação tida em cada detalhe e pela sustentação ao meu processo de aprendizagem.

À enfermeira Teresa Massano, coordenadora do Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém, pela proximidade, pela dedicação em suprimir as minhas necessidades de aprendizagem e por todas as experiências que me proporcionou e que me permitiram afinar-me enquanto pessoa e profissional.

À equipa de saúde do Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém pelo acompanhamento e apoio em todas as fases do estágio.

Aos participantes do programa psicoeducativo por terem tornado possível a realização deste trabalho, pelo seu interesse e reconhecimento.

À enfermeira Manuela Vieira, coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade de Santarém, por ter mudado a minha vida e por me ter dado a preciosa oportunidade de me valorizar, assim como aos cuidados que presto.

À equipa de saúde da UCC de Santarém pela capacidade de intersubstituição, pelo encorajamento e permanente expressão de carinho.

À minha família pela compreensão, pelos momentos perdidos, pelo interminável apoio e incentivo em perseguir os meus objetivos e dar sempre o meu melhor.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral de Saúde

DMG - Doença Mental Grave

DPSM - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

EE - Emoção Expressa

EESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

HDS - Hospital Distrital de Santarém

MAT - Medida de Adesão aos Tratamentos

NCCMH - National Collaborating Center for Mental Health

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

O presente relatório apresenta o percurso formativo e analisa as competências adquiridas em contexto de estágio clínico no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Visando a aquisição das competências específicas do EESMP, assim como as competências inerentes ao grau de mestre, mediante autorização pela comissão de ética do Hospital Distrital de Santarém, o estágio decorreu nos serviços de internamento e hospital de dia de adultos.

Considerando a elevada prevalência e impacto emergente da não-adesão ao regime terapêutico em associação à potencialidade que a intervenção de âmbito psicoeducacional demonstra no sentido de capacitar a pessoa com esquizofrenia e respetiva família na gestão da doença e tratamento em prol da manutenção do seu equilíbrio funcional, destaca-se a implementação de um programa psicoeducativo no domínio da promoção da adesão ao tratamento dirigido a um grupo constituído por 9 pessoas com diagnóstico clínico de esquizofrenia e a outro grupo formado por 14 elementos familiares dos participantes do primeiro grupo.

A constante reflexão sobre a prática associada a uma abordagem de proximidade, flexível e integrativa do perfil individual e socio-cultural da pessoa doente e família, permitiu uma maior adaptabilidade e a consecução de resultados em saúde efetivos. Salientam-se como principais resultados: o aumento e reorganização conceptual sobre esquizofrenia e tratamento; o aumento do nível de *insight*; o aumento da autorresponsabilização pelo projeto terapêutico; o aumento do nível de adesão ao tratamento; o aumento da capacidade para gerir a doença e tratamento; a melhoria da atitude face à doença e ao familiar doente e a diminuição dos custos relacionados ao tratamento.

Releva-se a supervisão clínica dos orientadores e o processo reflexivo implícitos ao enriquecimento do meu autoconhecimento, permitindo-me afinar progressivamente enquanto instrumento terapêutico e conseguir sobrevalias no uso terapêutico do *self*, gestão adequada de processos transferenciais e eficácia das intervenções de âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional implementadas.

Palavras-chave: Pessoa com esquizofrenia; Família; Adesão ao regime terapêutico; Intervenção de âmbito psicoeducacional

ABSTRACT

The current study presents the research and analysis carried out within the ambit of a clinical placement during the course of a master's degree in nursing, with a specialisation in psychiatric and mental health. Bearing in mind the specific skills for the nurse in this area, as well as the inherent skills required at masters level, and by the authorisation of District Hospital of Santarém Ethical Commission, the placement took place within the adult day hospital and inpatients departments of the hospital.

This study considers the implementation of a psycho-educational programme to promote treatment continuity. It was directed at a group of 9 people who had been clinically diagnosed with schizophrenia and at a group with 14 family members of them. This area of study was chosen bearing in mind the elevated prevalence, and resulting impact, of a lack of continuity of therapeutic treatment. In addition, the associated potential in the psycho-educational sphere to increase capacity of those suffering from schizophrenia, as well as their family members, was taken into consideration. The aim was to improve the patients' ability to manage their illness as well as to maintain their functionality on a daily basis.

This practice, and the constant review of it, allowed for greater proximity with individual patients and their families. It was found to be both flexible and integrated with the individual and socio-cultural profile of each patient, and allowed for greater adaptability. As results, the positive effects were reported on every patient involved in the study: the main results were seen to be: the increase and conceptual reorganisation of schizophrenia treatment; an improvement in insight; an increase in the patients self responsibility; better attendance to all treatments; an increased ability to manage and treat the illness; an improvement in attitude towards the illness and towards the patient; a reduction in the costs associated with treatment. The study also permitted an enrichment of my self-knowledge through the clinical supervision of my tutors as well as my own constant reflection process. This allowed me to gradually fine-tune the therapeutic use of "self" and the appropriate management of the transfer processes in order to increase the efficacy of the psychotherapeutic and psycho-educational interventions carried out.

Keywords: People with schizophrenia; family; continuity of treatment; psycho-educational interventions.

INDICE

1. INTRODUÇÃO	9
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
2.1 Saúde Mental	11
2.2 Doença Mental Grave (DMG)	12
2.3 Impacto da Doença Mental Grave na Família	15
2.4 Adesão ao Regime Terapêutico	17
2.5 Intervenção do EESMP	19
3. PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO	24
4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	27
4.1 Contexto de internamento	27
4.2 Contexto comunitário	29
4.2.1 Operacionalização do programa psicoeducativo	29
4.2.2 Caracterização dos participantes	35
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	39
6. DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS DO EESMP	47
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
BIBLIOGRAFIA	53

APÊNDICES

APÊNDICE I - DOCUMENTO DE APOIO PARA AVALIAÇÃO INICIAL DA PESSOA NO MOMENTO DA ADMISSÃO AO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA

APÊNDICE II – GUIA PARA AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

APÊNDICE III – FOLHETO INFORMATIVO PARA ENTREGA AOS FAMILIARES DA PESSOA COM DMG NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR

APÊNDICE IV – CARTAZ PARA ASSINALAR O DIA MUNDIAL DA SAÚDE MENTAL (2017)

APÊNDICE V – FOLHETOS INFORMATIVOS SOBRE PROGRAMA PSICOEDUCATIVO “PROMOÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO”

APÊNDICE VI – SLIDES PROJETADOS

APÊNDICE VII – LIVRO DE APOIO AO PROGRAMA PSICOEDUCATIVO “PROMOÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO”

APÊNDICE VIII – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE IX – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO DE INTERVENÇÃO

APÊNDICE X – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

APÊNDICE XI – QUESTIONÁRIO - NECESSIDADES PSICOEDUCATIVAS

APÊNDICE XII – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO - FAMÍLIAS

APÊNDICE XIII – QUESTIONÁRIO DE PRIMEIRA SESSÃO - FAMÍLIAS

APÊNDICE XIV – ANÁLISE COMPARATIVA DOS DADOS”

APÊNDICE XV – QUESTIONÁRIO DE ÚLTIMA SESSÃO - FAMÍLIAS

ANEXOS

ANEXO I – DECLARAÇÃO DE PARECER FAVORÁVEL PELA COMISSÃO DE ÉTICA DO HDS

ANEXO II – MINI MENTAL STATE EXAMINATION

ANEXO III – ESCALA DE AVALIAÇÃO DO *INSIGHT*

ANEXO IV – MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO

1. INTRODUÇÃO

Em Portugal, a esquizofrenia afeta cerca de 48.000 pessoas, sendo os custos associados contabilizados em 436,3 milhões de euros¹, 96,1 milhões relativos a custos diretos como internamento, ambulatório, reabilitação e medicamentos e 340,3 milhões relativos a custos indiretos relacionados ao absentismo, não participação no mercado de trabalho e produtividade reduzida da pessoa doente e seus cuidadores (Gouveia, Ascensão, Florentino, Pascoal, Costa e Borges, 2017). Considerada uma doença mental grave (DMG), crónica e incapacitante ao nível do funcionamento social e laboral, a esquizofrenia é caracterizada pela rutura da pessoa doente com a realidade, apresentando-se na forma de um quadro clínico heterogéneo e complexo caracterizado pela combinação de sintomas positivos e negativos, de carácter cognitivo, afetivo e de desorganização (Afonso, 2010; Favrod e Marie, 2014).

A OMS (2003) observa a não-adesão ao tratamento como um problema perturbante de grande prevalência a nível mundial. Especificamente quando a pessoa com esquizofrenia não adere ao regime terapêutico sobrevêm consequências impactantes tais como a redução no sucesso dos tratamentos e da qualidade de vida, a ocorrência ou agravamento do conflito familiar e o aumento dos reinternamentos, o que implica um aumento significativo do consumo de recursos económicos (Telles-Correia, Barbosa, Mega e Monteiro, 2008). De acordo com a evidência científica, a aderência ao tratamento pela pessoa com esquizofrenia assume-se como um fenómeno complexo e multifatorial que implica a capacidade de autodeterminação desta, assente no *insight*², no conhecimento que tem sobre a doença e seu tratamento e no suporte patenteado pela família em que se integra. Assim, torna-se evidente a necessidade de envolver a pessoa com esquizofrenia e respetiva família numa abordagem centrada e integrativa mobilizando intervenções especializadas de âmbito psicoeducacional como recurso para amplificar conhecimentos e competências para uma mais efetiva gestão da doença, assente em comportamentos de adesão ao tratamento. O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria (EESMP) ao

¹ Correspondente a 0,24 % do produto interno bruto.

² *Insight* é um sinal clássico da psicose determinado pela ausência da percepção da doença (Harrison, Geddes e Sharpe, 2006).

compreender a importância que a família assume para a manutenção do equilíbrio funcional da pessoa doente deve considerá-la para além de um mero contexto mas enquanto cliente de cuidados, alvo de uma intervenção atempada, dirigida e suportada na evidência com a finalidade de que esta encontre o melhor estado de equilíbrio possível e adquira competências determinantes que lhe permitam constituir-se enquanto parceira nos cuidados à pessoa doente.

Perante a pertinência da problemática em estudo, o estágio clínico foi globalmente direcionado para a promoção da adesão ao tratamento da pessoa com esquizofrenia. Concretamente o programa psicoeducativo desenvolvido em contexto comunitário, emerge com o objetivo geral de promover a adesão terapêutica assente na intervenção psicoeducativa especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria (dirigida à pessoa com diagnóstico clínico de esquizofrenia e respetiva família), visando a melhor recuperação possível e a manutenção do equilíbrio da dinâmica funcional da pessoa com esquizofrenia inserida na comunidade.

Ao longo do percurso formativo, quer em contexto de internamento como em contexto comunitário, investi no desenvolvimento das diferentes competências específicas do EESMP com maior profundidade no domínio do autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e da prestação de cuidados de âmbito psicoeducacional à pessoa e família mobilizando o contexto e dinâmica individual e de grupo de forma a melhorar a sua saúde. Salienta-se ainda que as competências inerentes ao grau de mestre também se mantiveram em foco quer no âmbito da autoaprendizagem, permitindo a aquisição, comunicação e aplicação de conhecimentos, como no domínio da compreensão e resolução de problemas com relação numa tomada de decisão baseada na evidência.

O presente é constituído por: (1) enquadramento teórico correspondente à evidência em que se alicerça o projeto individual de estágio e o desenvolvimento de competências implícitas, (2) sucinta apresentação do projeto individual de estágio; (3) exposição das atividades desenvolvidas quer em contexto de internamento como em contexto comunitário; (4) análise e discussão dos resultados decorrentes das atividades implementadas; (5) análise sobre o desenvolvimento de competências inerentes ao EESMP e (6) considerações finais.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Saúde Mental

Em 1948, a OMS define saúde, não como ausência de doença, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social da pessoa, o que implica que o conceito de saúde mental seja parte integrante desta definição. Assim, compreendendo que saúde mental é mais do que a ausência de doença mental, a OMS (2005) considera saúde mental como uma capacidade e experiência individual e determina a sua relação com: (1) afeto positivo (considerando que a pessoa experimenta um alto grau de bem-estar psicológico se afeto positivo for dominante); (2) personalidade (considerando que ser otimista e coerente é uma abordagem salutogénica da vida que encara os stressores com potencial positivo para a autorrealização individual) e (3) resiliência (considerando que a capacidade para enfrentar e gerir a adversidade contribui para prevenir a degradação e a doença). Em 2011, a OMS define saúde mental como um estado de equilíbrio dinâmico, determinado por fatores individuais, interpessoais e socioculturais, em que a pessoa interage no seu meio, gere momentos de *stress* e garante a sua participação laboral, intelectual e social, de forma a contribuir para a sociedade na qual está integrada. Assim, compreende-se a interligação entre o conceito de saúde mental e o comportamento que a pessoa adota em prol do seu equilíbrio, bem-estar subjetivo e funcionamento, apesar da existência ou não de doença. A conceptualização de saúde mental obriga a que se compreenda o conceito de pessoa que, na sua complexidade, é deveras utilizado no âmbito da disciplina de enfermagem. Pessoa deve ser vista enquanto ser único e resultado da complexa e indissociável interação e complementaridade das suas dimensões física, psicológica, cognitiva, social, cultural e espiritual em interação com o meio onde se insere. Neste sentido, Neuman e Fawcett (2011) reconhecem a pessoa enquanto sistema aberto, dinâmico e único, com conhecimentos próprios e características pessoais inatas e em constante interação recíproca com o seu ambiente. De acordo com a abordagem sistémica, a manutenção do equilíbrio, do bem-estar e da saúde mental da pessoa depende da variedade normal de respostas que esta tem como recurso para lidar com os stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) que possam interagir e

prejudicar a estabilidade do sistema. Desta forma, compreende-se que quando os fatores de resistência interna, implícitos a cada pessoa-sistema, não lhe conseguem devolver o bem-estar, esta entra em desarmonia, comprometendo a satisfação das suas diferentes necessidades, o seu equilíbrio funcional e dando início a um processo de entropia pelo esgotamento de energia e pela desorganização que a desloca no sentido da doença.

2.2 Doença Mental Grave (DMG)

A doença mental é responsável por mais de 12% da carga global de doença no mundo, taxa essa que é inflacionada para 23% nos países desenvolvidos (Xavier, Batista, Mendes, Magalhães e Caldas-de-Almeida, 2013). Considerada a principal causa de incapacidade para a atividade produtiva, é uma das principais causas de morbidade e morte prematura em todo o mundo (DGS, 2013) e de acordo com dados da OMS (2003), 450 milhões de pessoas sofrem de doença mental e uma em quatro pessoas sofrerá de um distúrbio mental ao longo da sua vida. Os dados do primeiro estudo epidemiológico em saúde mental realizado em Portugal demonstram uma elevada prevalência de perturbações mentais, estimando que cerca de 23% da população tem experiência de doença mental e que 43% da população poderá sofrer de uma perturbação mental ao longo da sua vida (DGS, 2013). Segundo Petrea e McCulloch (2013) as perturbações mentais podem ser divididas em cinco grandes grupos: distúrbios mentais comuns (por exemplo: depressão); distúrbios alimentares (por exemplo: anorexia nervosa); distúrbios de personalidade e demências (por exemplo: Alzheimer) e distúrbios mentais graves (por exemplo: esquizofrenia).

Considera-se DMG a perturbação de natureza psiquiátrica que, devido às suas particularidades e evolução, afeta de forma prolongada a funcionalidade da pessoa, comprometendo as suas capacidades para realizar tarefas de subsistência, relacionar-se com o meio ambiente e participar na vida social (Decreto-Lei no 8/2010 de 28 Janeiro). De forma complementar, López e Laviana (2007) definem DMG pela presença de pelo menos três dos seguintes: (1) sintomatologia psicótica, (2) evolução superior a dois anos, (3) forte compromisso do funcionamento social e (4) presença

de contexto social adverso. Neste sentido, compreende-se que a DMG se reporta geralmente às perturbações psicóticas com profundas e persistentes alterações no funcionamento, na capacidade de trabalho, socialização, neuro-cognição e autocuidado da pessoa, como é o caso da esquizofrenia.

Conforme apresentado na introdução do presente, Gouveia, Ascenção, Florentino, Pascoal, Costa e Borges (2017) estimam que em Portugal a esquizofrenia afeta 48.000 pessoas, sendo os custos associados contabilizados em 436,3 milhões de euros, o que corresponde a 0,24 % do produto interno bruto. Palavra de origem grega, esquizofrenia significa fenda do pensamento e é definida por Favrod e Marie (2014) como uma perturbação recorrente do tratamento e da integração da informação. Considerada uma importante DMG, crónica, incapacitante ao nível do funcionamento social e laboral é caracterizada por uma rutura do doente com a realidade (Afonso, 2010; Favrod e Marie, 2014). Tal como a maioria das doenças mentais, a esquizofrenia é de etiologia desconhecida (Afonso, 2010), ainda assim Dalery e D'Amato (2001) associam o aparecimento da esquizofrenia a uma complexa interação de diversos fatores e Favrod e Marie (2014) assumem a preponderância de fatores genéticos, psicossociais e bioquímicos na predisposição dos indivíduos para o desenvolvimento da doença em resposta a uma adaptação disfuncional ao *stress* social. Geralmente o seu diagnóstico é determinado no final da adolescência ou no início da idade adulta, frequentemente com a manifestação de um episódio psicótico caracterizado pela distorção da realidade e pela desorganização do discurso e do comportamento (Favrod e Marie, 2014). Saraiva e Cerejeira (2014) relatam que, em 20 a 40% dos doentes, o primeiro surto psicótico surge antes dos 20 anos e Sadock e Sadock (2010) acrescentam que 90% das pessoas doentes em tratamento apresentam idades compreendidas entre os 15 e os 55 anos.

O diagnóstico clínico nem sempre é fácil de definir devido à inexistência de um sinal ou sintoma que por si só o determine, pela variação na intensidade da sintomatologia e ainda porque as diversas manifestações da doença podem ou não coexistir (Afonso, 2010; Favrod e Marie, 2014). A pessoa com esquizofrenia tendencialmente apresenta um quadro clínico heterogéneo e complexo caracterizado pela combinação de

sintomas positivos, negativos, de carácter cognitivo, afetivo e de desorganização, (Favrod e Marie, 2014), conforme se apresenta em seguida:

- Os sintomas positivos revelam importantes alterações da percepção e do pensamento, são mais facilmente reconhecidos e associados à doença, resultam de um exagero das funções mentais normais e estão associados à disfunção cognitiva. Presentes, com maior exuberância, na fase aguda da doença, são caracterizados por atividade delirante e alucinatória, pensamento e afetos alterados e aceleração e desorganização do discurso e do comportamento. Constata-se que, na sua maioria, são passíveis de controlar através do tratamento farmacológico (Marques-Teixeira, 2003; Afonso, 2010; Favrod e Marie, 2014).
- Os sintomas negativos refletem uma perda ou diminuição das funções mentais, da atenção, da comunicação (verbal e não-verbal), da motivação, das emoções, do pensamento e das relações interpessoais com impacto ao nível do funcionamento, do autocuidado e das relações sociais e profissionais. Constituem-se geralmente como as primeiras manifestações da doença, mas facilmente passam despercebidas ou são associadas a outras patologias, como depressão. São mais persistentes e apresentam uma maior resistência ao tratamento farmacológico, necessitando regularmente da associação de terapias não-farmacológicas (Marques-Teixeira, 2003; Afonso, 2010; Andreasen, 2003; Favrod e Marie, 2014).

A evolução da doença passa inevitavelmente por diferentes fases, iniciado o período prodrómico, que pode durar de semanas a anos, manifesta-se essencialmente por sintomas negativos e é caracterizado pela deterioração do funcionamento da pessoa. Entre os principais sintomas prodrómicos salientam-se: insónia; irritabilidade; anorexia; dificuldade de concentração; isolamento social; alucinações; humor depressivo e deterioração no autocuidado (Afonso, 2010). Em seguida, geralmente surge a fase aguda da doença, representada pelos sintomas positivos e associada à difícil adesão ao tratamento (Afonso, 2010; NCCMH, 2010). Após o controlo das alterações de comportamento e diminuição dos sintomas psicóticos, surge a fase de estabilização, em que os principais objetivos a ter em consideração são melhorar o funcionamento da pessoa e manter a adesão do regime terapêutico de forma a prevenir a agudização e consequentes reinternamentos (Afonso, 2010).

Tendo em conta a complexidade da sintomatologia e a cronicidade da doença é previsível o embate pernicioso ao nível do bem-estar e da dinâmica funcional da família na qual a pessoa doente se integra.

2.3 Impacto da Doença Mental Grave na Família

A família é uma entidade complexa caracterizada pela CIPE (2015) como um grupo, uma unidade social ou todo coletivo (maior que a soma das partes) composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, de questões do âmbito afetivo, emocional ou legal. Em conformidade, Wrigh e Leahey (2011) salientam a importância de respeitar os relacionamentos significativos identificados pela pessoa independentemente do carácter do seu vínculo. Assim, podemos afirmar que o conceito família engloba todos os grupos cujas relações assentam na confiança, no apoio mútuo e num projeto e destino comuns (OE, 2008; Araújo e Santos, 2012).

Importa que se compreenda o conceito de saúde familiar como um estado dinâmico de bem-estar determinado pela interação de fatores externos e internos, de ordem biológica, psicológica, espiritual, social e cultural (Hanson, 2005). Claramente que a DMG impõe à família a resolução de um enorme desafio visando a manutenção do equilíbrio e da sua funcionalidade global. Ausloos, (1996) e Figueiredo e Martins (2009) acreditam na inata capacidade familiar de auto-organização tendendo para a estabilização e resolução dos seus problemas. Neste sentido, Araújo e Santos (2012) determinam que uma família saudável promove o desenvolvimento e mantém a coesão entre os seus membros, prioriza as suas necessidades básicas e concilia as diferenças de forma a manter a flexibilidade para a mudança e a capacidade adaptativa em situação de crise. Marinheiro (2002) afirma que a resposta adaptativa da família à doença de um dos seus elementos depende de vários fatores (a natureza da doença, as sequelas que lhe estão associadas, a idade e o sexo do doente, os papéis sociais e familiares, o nível socioeconómico e a etapa do ciclo vital da família) e decorre por um processo com determinadas fases definidas (choque e negação, ajustamento, reintegração e reconhecimento). O diagnóstico de esquizofrenia impõe um marcado prejuízo ao nível do desenvolvimento natural do ciclo de vida familiar, na

medida em que interfere nas tarefas de desenvolvimento da pessoa doente, colocando em causa os seus projetos e esforços de emancipação. Neste sentido compreende-se a complexidade do processo adaptativo familiar, marcado pelo *stress*, tanto na pessoa doente como na sua família e pela desorganização da dinâmica familiar, que pode influenciar de forma negativa a evolução da doença (Duhamel, 1995 citado por Marinheiro, 2002).

Brown, Birley e Wing (1972) definem o conceito de emoção expressa (EE) enquanto índice global das emoções, atitudes e comportamentos demonstrados pelos familiares face ao doente e estudos recentes demonstram que: (1) famílias com elevados níveis de emoção expressa, determinados pelo criticismo, hostilidade e envolvimento emocional excessivo, desencadeiam a recidiva psicótica da pessoa com esquizofrenia; (2) a família, através da manifestação da afetividade e apreço dirigidos ao doente, pode contribuir para a prevenção de novas crises da doença (Amaresha e Venkatasubramanian, 2012). Sabe-se ainda que as interações entre os elementos do sistema familiar podem tornar-se morbidamente circulares, o que é corroborado por McFarlane e Cook (2007) que referem que o sofrimento psicopatológico dos familiares da pessoa doente está frequentemente associado a uma morbilidade psiquiátrica menor. Em conformidade, Magliano et al (2005) demonstraram que cerca de 35% dos familiares de pessoas com psicoses funcionais apresenta ansiedade ou depressão. Com base nestes factos compreende-se a importância de considerar a família como cliente de cuidados de enfermagem especializada, alvo de uma intervenção atempada, dirigida e suportada na evidência. Assim, a família ao conseguir o melhor estado de equilíbrio funcional possível é idealmente conceptualizada enquanto parceiro de cuidados à pessoa doente, visando colmatar as lacunas reais identificadas, como é exemplo o prevalente compromisso ao nível da adesão ao regime terapêutico.

2.4 Adesão ao Regime Terapêutico

Numa primeira instância importa distinguir dois conceitos que aparentemente se assomam similares, mas que encerram uma importante diferença. *Compliance* é definida por Sousa (2003), como uma relação de poder em que o profissional de saúde decide sobre os comportamentos que a pessoa doente deve adotar em prol da sua saúde. Por sua vez, o conceito de adesão ao regime terapêutico inspira a partilha na tomada de decisão relativa ao tratamento, assente numa relação terapêutica entre o profissional de saúde, a pessoa doente e todos os que estão envolvidos, direta ou indiretamente no tratamento (Vermeire, Hearnshaw, Van Royen e Denekens, 2001; Osterberg e Blaschke, 2005). A CIPE (2015) conceptualiza adesão enquanto ação ou comportamento auto-iniciado que visa a promoção do bem-estar, a recuperação e a reabilitação e clarifica o conceito relacionando-o ao cumprimento, sem desvios, das orientações relativas ao regime terapêutico, quer na toma atempada dos medicamentos como na interiorização de comportamentos de saúde. Leite e Vasconcellos (2003) defendem que a adesão terapêutica implica que sejam seguidas pelo menos 80% das prescrições do total.

Considerando a adesão ao regime terapêutico como um fenómeno complexo e multifatorial com relevante compromisso identificado nas doenças crónicas, torna-se crucial identificar e compreender de forma integrada as variáveis (internas e externas) que o determinam. De acordo com a revisão da literatura³, os fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico da pessoa com doença crónica, na qual se integra a esquizofrenia, podem dividir-se em:

- Relacionados com as características pessoais (idade; género; raça e etnia; estado civil; escolaridade; conhecimentos acerca da doença e do regime terapêutico; atitude perante a doença; expetativas; crenças individuais; motivação; capacidade de adaptação e manutenção do regime terapêutico; esquecimento; aspetos emocionais relacionados ao processo adaptativo à doença e/ou à medicação).

³ (Wikblad, 1991; Ramos, 1997; OMS, 2003; Sabaté, 2003; Leite e Vasconcellos, 2003; Ogden, 2004; Bastos, 2004; Galán, 2004; Bugalho e Carneiro, 2004; Giorgi, 2006; Harrison, Geddes, e Sharpe, 2006; Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso, 2006; Rosa e Elkis, 2007; Cooper, Bebbington, Brugha, Meltzer, Bhugra, 2007; Taj, Tanwir, Aly, Ameer, Asma e Syed, 2008; Silva, 2008; Santos, 2008; Machado, 2009; De Almeida, 2013)

- Relacionados com o ambiente (suporte familiar e social; situação profissional/económica; condições habitacionais; desigualdades sociais; stress; representação cultural da doença/estigma).
- Relacionado com o serviço de saúde (acessibilidade; continuidade; taxa de participação e acesso aos medicamentos; qualidade da relação terapêutica entre o profissional de saúde e a pessoa doente/família; prestação de cuidados no domicílio; recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços; horários; duração das consultas; competência e conhecimentos dos profissionais de saúde acerca das doenças e tratamento).
- Relacionados com o regime terapêutico (complexidade e duração do tratamento; preço; quantidade de medicamentos; ausência de resultados a curto prazo; efeitos secundários considerados desagradáveis).
- Relacionados com a doença (carácter da doença – aguda/crónica e sintomática/assintomática; impacto que a doença infere na vida; presença, carácter e gravidade dos sintomas; incapacidade física, psicológica, social e profissional; outras doenças concomitantes).

De acordo com a conceptualização apresentada pela CIPE (2015), não-adesão é considerada como um status comprometido relacionado a não seguir ou não estar de acordo com o regime de tratamento, caracterizado por: (1) não cumprir o regime medicamentoso, (2) não comparecer às consultas e tratamentos e (3) não assumir as mudanças no estilo de vida aconselhadas (Telles-Correia, Barbosa, Mega e Monteiro 2008). Importa ressaltar que a não-adesão ao regime terapêutico se torna mais evidente nas situações em que se exige autodeterminação relativamente ao tratamento. Segundo a OMS (2003) a não-adesão ao regime terapêutico pode ser classificada como intencional ou não-intencional: (1) intencional quando a pessoa doente conhece o tratamento instituído mas toma a decisão de não o cumprir; (2) não-intencional quando a pessoa doente não compreende o tratamento ou não tem competências/condições para o cumprir. Pelo que podemos inferir que a pessoa com esquizofrenia que geralmente manifesta falta de *insight* sobre a sua situação, poderá ver comprometida, de uma forma não-intencional, a adesão ao tratamento, agravando consequentemente o prognóstico da doença (Geddes e Sharpe, 2006).

Segundo a OMS (2003), atualmente a não-adesão ao regime terapêutico constitui-se um problema perturbante de grande prevalência a nível mundial e com consequências importantes a nível pessoal e público, tais como a redução no sucesso dos tratamentos e da qualidade de vida, ocorrência ou agravamento do conflito familiar e aumento dos reinternamentos, implicando custos significativos em termos médicos e sociais (Telles-Correia, Barbosa, Mega e Monteiro, 2008). No enquadramento, Paz e Bennasar (2007) demonstraram que existe um risco de recaída até 100% para os doentes que interrompem o tratamento farmacológico, o que corrobora o impacto negativo da não-adesão ao regime terapêutico na pessoa com DMG, tornando-se crucial um maior investimento no sentido de definir e desenvolver estratégias que contemplem os fatores de influência nos comportamentos de adesão ao regime terapêutico (Happell, Manias e Pinikahana, 2002). Neste sentido, o PNSM 2007-2016 elegeu como uma das suas prioridades a reformulação da prestação de cuidados à pessoa com DMG, nos quais a problemática da adesão ao regime terapêutico deverá apresentar uma relevância fulcral na intervenção estratégica do EESMP.

2.5 Intervenção do EESMP

Segundo o preconizado pela OE (2010) o enfermeiro especialista deve demonstrar conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, níveis elevados de julgamento crítico e tomada de decisão, traduzindo um conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado. Neste sentido, compreende-se a importância de que o EESMP, assente num processo de desenvolvimento pessoal e profissional, desenvolva competências específicas demonstrando a tomada de consciência de si-mesmo no seguimento da relação terapêutica e na prestação de cuidados especializados à pessoa com doença mental, mobilizando o contexto e dinâmica individual e familiar de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde mental destes.

Enquanto foco central da enfermagem, o cuidado em enfermagem, que se pretende centrado no cliente, representa uma atitude de responsabilidade e de envolvimento com o outro (Boff, 2011). Neste sentido, Chalifour (2008) e Sequeira (2016) afirmam

que o profissional deve intervir tendo em conta a individualidade do cliente, a singularidade do momento/problema em que este se encontra e desta forma assumir uma tomada de decisão partilhada tendo em conta as expectativas e desejos daquele que é alvo de cuidados. Conforme o preconizado por McCormack e McCance (2010) o cuidado centrado no cliente compreende quatro dimensões que o EESMP deve ter em consideração: (1) os atributos inerentes ao enfermeiro (como a competência, o compromisso, o autoconhecimento, a clareza de crenças e valores e as habilidades interpessoais); (2) o contexto de prestação de cuidados; (3) os processos centrados na pessoa (como o envolvimento, a presença simpática, a partilha de decisões e a prestação de cuidados holísticos) e (4) os resultados de uma abordagem eficaz centrada na pessoa (como a satisfação com o cuidado, o envolvimento nos cuidados, a sensação de bem-estar e a criação de um ambiente terapêutico).

Adam (1994) defende que os cuidados de enfermagem deveriam ser sempre prestados no contexto de uma relação de ajuda visando a qualidade e eficácia dos mesmos. Em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, pela especificidade das necessidades e expectativas da pessoa com DMG e sua família, o cuidado obriga a um prévio estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança que permita a mudança implícita ao crescimento e desenvolvimento do cliente (Bermejo e Carabias, 1998; Guerra e Lima, 2005). Assim, de acordo com Phaneuf (2004), Chalifour (2008) e Rogers (2009) o EESMP deve afinar-se enquanto instrumento terapêutico, desenvolver a sua capacidade relacional de presença e sustentar a sua prática no interesse, na autenticidade, no respeito, na aceitação incondicional e na compreensão empática do cliente de forma a confluir os seus esforços com os deste para realizar um projeto terapêutico comum e assim desempenhar um papel eficaz num contexto de relação de ajuda profissional. Sabendo que a relação terapêutica é consistentemente bidirecional, também o enfermeiro é sujeito a sentimentos e emoções que podem levar ao seu questionamento sobre aspetos ao nível pessoal (Phaneuf, 2004). Assim, importa ao EESMP analisar a relação terapêutica que estabelece e refletir sobre o impacto emocional que esta tem em si, que significados lhe atribui enquanto pessoa visando desenvolver-se num processo de autoconhecimento que lhe permita distinguir e gerir as suas emoções, sentimentos e perceções e assim compreender profundamente a experiência do outro de forma a

definir e manter o distanciamento necessário em prol do objetivo terapêutico, com e para o cliente de cuidados.

A OE (2003) reconhece que a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem assenta na parceria estabelecida com o cliente e com família/comunidade, pelo que se compreende a família enquanto parte da equipa de saúde (Dias, 2000). Em conformidade, o EESMP deve reconhecer a família enquanto sistema com competências de reorganização que lhe permitem enfrentar crises e agir como promotora de saúde e cuidadora em situação de doença, pelo que é preconizado que o processo de cuidados seja desenvolvido em colaboração com a família promovendo a participação dos seus membros em prol da saúde e crescimento individual/familiar (Figueiredo, 2013). Hanson (2005) salienta as diferentes abordagens que os cuidados de enfermagem dirigidos à família podem assumir: (1) família enquanto contexto e recurso de desenvolvimento individual; (2) família enquanto cliente de cuidados e (3) família enquanto sistema em constante procura de equilíbrio. Neste sentido e mantendo a abordagem sistémica adotada, o Modelo de Calgary explicado por Wrigh e Leahey (2011) emerge como um guia de avaliação e intervenção na família, em que:

- a avaliação assenta nos pressupostos teóricos do pós-modernismo, dos sistemas, da cibernética, da comunicação, da mudança e da biologia da cognição e suporta-se em três categorias: (1) estrutural; (2) de desenvolvimento e (3) funcional (Wrigh e Leahey, 2011).
- a intervenção visa a promoção, a melhoria e a sustentação do funcionamento eficaz na família ao nível dos domínios cognitivo, afetivo e comportamental facilitando os processos de mudança necessários à manutenção do seu equilíbrio (Wrigh e Leahey, 2011).

Compreende-se a necessidade implícita de envolver a pessoa com esquizofrenia e a sua família numa intervenção de abordagem integrativa que associe os tratamentos farmacológicos e as estratégias psicoterapêuticas que visem a promoção da adesão ao regime terapêutico. Norcross citado por Zeig e Munion (1990) considera intervenção psicoterapêutica aquela que, assente numa relação interpessoal, tem uma aplicação intencional e informada para a modificação de comportamentos,

cognições ou emoções através da aplicação de métodos clínicos. Como forma de estratégia psicoterapêutica, a intervenção de âmbito psicoeducacional, no contexto do tratamento da esquizofrenia, é uma estratégia que propõe melhorar a compreensão da doença e desenvolver competências na gestão da mesma por parte das pessoas doentes e suas famílias. Assim, este tipo de intervenção deve: (1) assumir uma abordagem flexível e integrativa do perfil social e cultural da pessoa doente e sua família; (2) ser considerada numa perspetiva de continuidade de cuidados em que seja notória a estreita articulação e a proximidade entre o profissional de saúde e a pessoa doente/família no sentido de permitir um enfrentamento mais encorajador e positivo; (3) apoiar e capacitar a pessoa doente e família para que promovam a aceitação da doença e facilitem a manutenção do seu equilíbrio funcional integrado (Fallon, 2003; Mueser, Torrey, Lynde, Singer e Drake, 2003; McFarlane, 2003; Gonçalves-Pereira, Xavier, Neves, Barahona-Correa e Fadden, 2006; Lucksted, McFarlane, Downing e Dixon, 2012).

Gonçalves-Pereira, Xavier, Neves, Barahona-Correa e Fadden (2006) identificaram a permanente necessidade de intervir sob uma abordagem psicoeducativa o que é coincidente com o facto do PNSM 2007/2016 reconhecer esta como uma área de interesse a desenvolver (no âmbito da formação e da investigação) por parte dos profissionais de saúde. Correspondentemente, diferentes abordagens psicoeducativas têm sido desenvolvidas no âmbito do tratamento da DMG (unifamiliar; multifamiliar com e sem a inclusão das pessoas com esquizofrenia; com as pessoas com esquizofrenia, em formato individual ou em grupo; bimodal, com as pessoas com esquizofrenia e seus familiares em sessões de grupos separados). No entanto, reconhece-se que as intervenções psicoeducativas multifamiliares, como complemento ao tratamento farmacológico da pessoa com DMG, têm demonstrado resultados de eficácia superior, tanto a nível quantitativo como qualitativo, no aumento de comportamentos de adesão ao regime terapêutico, na redução dos níveis de emoção expressa e ainda na redução da taxa de reinternamento da pessoa doente (Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling e Enge, 2001; Pilling, Bebbington, Kuipers, 2002; Pfammatter, Andres e Brenner, 2012).

Sabendo que as intervenções de âmbito psicoeducacional dirigidas à família devem conceber a mesma enquanto cliente de cuidados e parceira integrante da rede de suporte natural à pessoa com esquizofrenia, Mueser e Glynn citados por Yacubian e Neto (2001) definiram quatro metas principais da psicoeducação familiar: (1) promover a aceitação familiar da doença (reconhecendo os limites da pessoa doente e criando expectativas realistas sobre o processo de saúde e seu impacto); (2) melhorar a comunicação e reduzir as emoções negativas dos membros da família (evitando o isolamento social); (3) incorporar a colaboração dos membros da família no plano de tratamento (informando sobre a doença e tratamento farmacológico/não-farmacológico e incentivando os familiares a promover a adesão ao tratamento); (4) enriquecer as competências familiares na monitorização da doença (reconhecendo sinais precoces de agudização e mudanças em sintomatologia persistente e conhecendo formas de atuação para diminuir o risco de agudização da doença).

Relativamente às intervenções de âmbito psicoeducacional dirigidas à pessoa com esquizofrenia, com vista a que esta melhore: (1) a adesão ao tratamento, (2) o próprio *insight* face à doença e (3) elabore e integre a sua experiência psicótica de forma a reduzir o seu sofrimento emocional (Afonso, 2010) e a melhorar o seu futuro (Mueser, Torrey, Lynde; Singer e Drake, 2003), é essencial que lhe seja facultada informação pertinente sobre a doença, sintomatologia, deteção precoce de sinais de agudização, modalidades de tratamento, gestão de *stress*/bem-estar e comunicação positiva das emoções.

3. PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

Perante a pertinência da problemática em estudo, o projeto de estágio foi globalmente direcionado para o desenvolvimento das competências específicas do ESSMP implícitas à promoção da adesão ao tratamento da pessoa com esquizofrenia, com foco na pessoa doente e respetiva família, quer em contexto de internamento como em contexto comunitário.

Em contexto de internamento, o estágio foi programado para o serviço de internamento de psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém, EPE (HDS), no período de 25 de setembro a 27 de outubro de 2017 e tinha como focos principais:

- intervenção terapêutica de cariz individual dirigida à pessoa com esquizofrenia em fase aguda, com objetivos de: (1) orientar para a realidade, (2) manter a capacidade de relação, (3) aumentar o *insight* para a doença e (4) promover adesão ao tratamento no pós-alta.
- intervenção terapêutica de cariz individual dirigida a familiares da pessoa com esquizofrenia em fase aguda, no sentido de: (1) oferecer apoio e suporte emocional; (2) esclarecer sobre a doença e tratamento; (3) informar sobre a relevância e despertar o interesse para que se constitua aliada no projeto terapêutico, (4) comunicar a importância da adesão ao tratamento, (5) assistir na identificação de estratégias, de acordo com as características singulares de cada situação, para ajudar o seu familiar doente a aderir ao tratamento, (5) favorecer o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades essenciais à manutenção do equilíbrio funcional da pessoa doente e família no período pós-alta hospitalar e (6) informar sobre recursos válidos existentes na comunidade.

Em contexto comunitário, o estágio foi programado para o serviço de hospital de dia de adultos da mesma instituição hospitalar, no período de 31 de outubro de 2017 a 09 de fevereiro de 2018 com a concretização de um programa psicoeducativo desenhado a partir de estratégias motivacionais e métodos educacionais e pedagógicos dirigidos a grupos, visando a educação, a partilha de experiências, a motivação, o apoio intra-grupal e o treino de competências com a finalidade de promover a adesão ao

tratamento da pessoa com diagnóstico clínico de esquizofrenia em fase de estabilização. O programa psicoeducativo assumiu como objetivo geral:

- Promover a adesão terapêutica, assente na intervenção psicoeducativa especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria (dirigida à pessoa com esquizofrenia e à sua família), visando a manutenção do equilíbrio da dinâmica funcional da pessoa com esquizofrenia inserida na comunidade.

E como objetivos específicos:

- Conhecer as condições sociodemográficas das pessoas com esquizofrenia e respetivos familiares;
- Identificar as necessidades psicoeducativas da pessoa com esquizofrenia e da sua família (com impacto na adesão ao regime terapêutico);
- Clarificar a importância da intervenção psicoeducativa dirigida à família enquanto parceira e cliente de cuidados;
- Demonstrar a eficácia da intervenção psicoeducativa ao nível da promoção da adesão terapêutica da pessoa com esquizofrenia.

Neste sentido foi preconizada a criação de dois grupos de intervenção, um constituído por pessoas doentes e outro constituído pelos respetivos familiares, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão que se apresentam em seguida:

- Critério de inclusão - Pessoas com diagnóstico clínico de esquizofrenia simples ou paranoide e seus familiares.
- Critérios de exclusão – (1) Pessoas com diagnóstico clínico de esquizofrenia sem rede familiar de suporte; (2) pessoas com diagnóstico clínico de esquizofrenia em fase aguda; (3) pessoas com diagnóstico clínico de esquizofrenia associado a comportamentos aditivos a álcool e a drogas e (4) pessoas integradas em família com mais do que um membro com DMG.

Previu-se que as duas primeiras semanas fossem dedicadas à seleção e convocatória dos participantes, que as sessões decorressem de 13 de novembro de 2017 a 31 de janeiro de 2018 e que a última semana fosse dedicada à análise e apresentação dos resultados. Desenhou-se um programa constituído por 20 sessões, 10 das quais dirigidas ao grupo de pessoas doentes e, paralelamente com o mesmo tema, outras 10 dirigidas ao grupo de familiares dessas pessoas. Com frequência semanal, cada

sessão foi projetada para ter uma duração de 45 a 60 minutos, obedecendo aos temas: (1) Introdução; (2) Saúde Mental e Doença Mental; (3) Experiência de Doença Mental; (4) Gestão do Stress e Comunicação Positiva; (5) Adesão ao Tratamento e Prevenção da Crise; (6) Tratamento Farmacológico; (7) Tratamento Não-Farmacológico; (8) Intervenção na Crise; (9) Bem-estar e (10) Conclusão.

4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

No âmbito do estágio, as atividades foram implementadas de acordo com o projeto individual e mediante prévia aprovação pela comissão de ética do HDS (anexo I).

4.1 Contexto de internamento

No contexto de internamento salienta-se a heterogeneidade de situações alvo de intervenção que proporcionou oportunidades de excelência para a gestão sistematizada de cuidados especializados à pessoa com DMG em fase aguda e sua família. Neste âmbito foi-me possível desenvolver competências e habilidades no domínio da: (1) avaliação das necessidades reais do cliente e família; (2) identificação e mobilização de fatores promotores da recuperação do bem-estar visando o aumento do nível de funcionalidade destes e (3) coordenação e implementação de planos de cuidados individualizados no sentido de obter resultados em saúde mensuráveis. Importa referir que, de acordo com a informação a registar na plataforma Sclínico em uso no serviço, foi produzido um documento de apoio para avaliação inicial da pessoa com doença mental passível de utilizar no momento da admissão ao serviço de internamento (apêndice I). Salienta-se que, pela inexistência de local próprio na plataforma informática, se previu o registo dos dados relativos ao exame do estado mental em notas de acordo com o apêndice II. Importa ainda referir que a elaboração e aplicação dos referidos documentos se mostrou muito vantajosa para a aquisição e consolidação de conhecimentos e da terminologia utilizada nesta área.

Ao encontro dos objetivos traçados no projeto individual e dirigindo a minha intervenção à pessoa internada, vários foram as circunstâncias em que me foi possível intervir visando: (1) a orientação da pessoa com esquizofrenia para a realidade, (2) o aumento do seu nível de *insight*, (3) a preservação da sua funcionalidade e (4) a recuperação e manutenção da sua capacidade de relação, convergindo globalmente para a promoção da adesão ao tratamento intra-hospitalar e no pós-alta. Salientam-se como principais aprendizagens decorrentes destas atividades: (1) a perceção das limitações reais do cliente com DMG em fase aguda; (2) o contacto com a situação consequente à não-adesão ao tratamento pela pessoa com esquizofrenia; (3) o valor da adequação da comunicação visando a manutenção da integridade da relação

terapêutica; (4) a relevância das condições e estímulos ambientais favoráveis à recuperação da pessoa doente e (5) a importância da aceitação incondicional e da compreensão empática na redução do sofrimento do cliente com DMG em fase aguda.

Ainda de acordo com os objetivos antecipadamente definidos, o meu foco foi também dirigido aos familiares da pessoa com DMG e, utilizando os momentos de admissão no serviço, as horas da visita e os momentos da alta, foram desenvolvidas intervenções de âmbito psicoterapêutico com vista a: (1) oferecer apoio e suporte emocional através da escuta ativa e da manifestação de interesse terapêutico e disponibilidade; (2) informar e esclarecer sobre a esquizofrenia e tratamento; (3) consciencializar sobre a importância da adesão ao tratamento; (4) assistir na identificação de estratégias adequadas para facilitar a pessoa doente na adesão ao tratamento; (5) favorecer o desenvolvimento de habilidades essenciais à manutenção do equilíbrio funcional da pessoa doente no pós alta; (6) informar sobre recursos válidos existentes na comunidade para a resolução de problemas relacionados com o impacto da doença; (7) assistir no processo de aceitação da doença mental; (8) assistir no desenvolvimento de expectativas realistas; (9) despertar o interesse (para que se constitua aliada no projeto terapêutico) e a autorresponsabilização (em apoiar o seu familiar a conseguir a melhor recuperação possível). Evidenciam-se como principais aprendizagens decorrentes destas atividades: (1) a importância do papel do EESMP no colmatar das necessidades de informação e acompanhamento da família visando a recuperação do seu equilíbrio; (2) o impacto da disponibilidade do enfermeiro no processo de aceitação da doença pelo familiar da pessoa doente e (3) o valor da capacitação familiar para a recuperação da pessoa doente. Sabendo que a família deve ser capacitada para que se constitua um recurso na manutenção do equilíbrio funcional da pessoa doente, de forma a sistematizar a intervenção e a consolidar a informação fornecida, foi elaborado o folheto “De regresso a casa...” para entrega aos familiares da pessoa com DMG no momento da alta hospitalar (apêndice III).

Embora à margem do projeto, mas ao encontro das orientações dadas pela OMS, no dia mundial da saúde mental (2017), considerei pertinente participar na iniciativa através da elaboração de um cartaz “Saúde mental em contexto laboral” que foi publicado na intranet hospitalar pelo DPSM (apêndice IV).

4.2 Contexto comunitário

O período de estágio destinado ao contexto comunitário decorreu no serviço de hospital de dia de adultos, onde me foi possível compreender e colaborar com um serviço de internamento parcial que oferece cuidados especializados mediante um projeto terapêutico individual, visando a recuperação do potencial, do autoconceito e da funcionalidade da pessoa com doença mental.

Neste contexto destaca-se a implementação do programa psicoeducativo “Promoção da Adesão ao Tratamento” em conformidade com o projeto individual de estágio explanado no capítulo 3 do presente. Seguidamente serão apresentadas as fases e as particularidades implícitas à operacionalização do programa, assim como a especificidade dos grupos alvo de intervenção.

4.2.1 Operacionalização do programa psicoeducativo

O programa psicoeducativo foi constituído por quatro etapas que, de acordo com a sua ordem cronológica, seguidamente se apresentam:

1ª etapa (de 30 de outubro a 03 de novembro de 2017)

- Seleção dos participantes de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos

2ª etapa (de 06 a 10 de novembro de 2017)

- Convocatória das pessoas selecionadas formalizada por uma entrevista a cada pessoa doente e respetivos familiares. Considera-se que esta entrevista inicial foi de extrema importância uma vez que (1) possibilitou a apresentação da finalidade e planeamento do programa, o que promoveu o interesse e a motivação dos participantes (tendo sido entregues folhetos no sentido de reforçar a informação cedida – apêndice V); (2) permitiu a minha apresentação e o início do constructo de uma relação terapêutica, que finalmente se mostrou essencial ao sucesso do programa e (3) favoreceu a que se conseguisse conhecer a história de cada participante e de cada família, o que se constituiu contributo major para a adequação do formato do programa.

- Formação de dois grupos alvo de intervenção: o grupo de pessoas doentes formado por nove pessoas com diagnóstico clínico esquizofrenia paranoide (seis seguidas em hospital de dia e três seguidas em consulta externa de psiquiatria) e o grupo de famílias formado por catorze familiares dessas pessoas. (Surge no subcapítulo seguinte uma resumida caracterização ambos os grupos)

3ª etapa (de 13 de novembro de 2017 a 15 de dezembro de 2017 e de 02 de Janeiro a 02 de fevereiro de 2018)

- Desenvolvimento das sessões de acordo com a ordem temática planeada no projeto individual de estágio com adaptações às características e singularidade dos grupos alvo de intervenção e com recurso a projeção de slides elaborados em power point (apêndice VI)
- Concretização de vinte sessões de intervenção de âmbito psicoeducacional (com duração de 45 a 60 minutos e de frequência semanal) sendo dez sessões no período da manhã, nas instalações do serviço de hospital de dia do HDS, EPE, dirigidas ao grupo de pessoas com diagnóstico clínico de esquizofrenia e dez sessões no período da tarde do mesmo dia, nas instalações da UCC de Santarém, dirigidas ao grupo de familiares das pessoas doentes.

4ª etapa (de 05 a 09 de fevereiro de 2018)

- Avaliação global do programa e apresentação dos resultados à coordenadora do departamento de psiquiatria do HDS, EPE.

No momento da convocatória, tendo como premissa a adequação dos conteúdos e da forma de exposição dos mesmos à singularidade dos grupos alvo e considerando que para melhorar a adesão das pessoas doentes ao regime terapêutico é crucial identificar as causas que os fazem interromper o tratamento (Santin, Ceresér e Rosa, 2005), foi necessário compreender, numa fase inicial, quais as formas emergentes da precedente não-adesão ao tratamento, salientando-se: (1) a recusa em fazer a medicação; (2) o absentismo e (3) interrupção do tratamento e ainda quais os fatores com influência negativa no fenómeno de adesão terapêutica, salientando-se: (1) a falta de *insight*; (2) a falta de informação; (3) a aparente remissão dos sintomas da doença e (4) os efeitos secundários da medicação.

O programa de intervenção de âmbito psicoeducacional, no domínio da promoção da adesão ao tratamento, para além da preconizada partilha de informação e identificação de estratégias para gestão da doença e tratamento, foi também marcada pela instilação da esperança; interação pessoal; coesão grupal e catarse⁴ que Yalom (2006) identifica enquanto alguns dos fatores terapêuticos potenciadores dos benefícios decorrentes de uma intervenção de grupo.

Na primeira sessão foi consumada a introdução ao programa, feita a apresentação dos elementos constituintes dos grupos, das dinamizadoras e objetivos do programa, definidas as normas do grupo e entregue o “Livro de Apoio – Promoção da Adesão ao Tratamento” (apêndice VII). Pensando na necessidade de uma futura consulta, este documento de apoio foi estruturado de acordo com as temáticas e conteúdos inerentes ao planeamento do programa, com espaços próprios para anotações individuais e mostrou-se um instrumento de apoio muito valorizado pelos participantes de ambos os grupos uma vez que se faziam sempre acompanhar do mesmo e em várias ocasiões registaram, no período entre sessões, dúvidas para esclarecer na sessão seguinte.

O programa seguiu o planeamento das temáticas apresentadas em projeto com notável interesse e crescente participação pelos elementos dos grupos, destacando-se a subjacente guarda dos princípios éticos fundamentais (NMBI, 2015). Desde a fase de projeto foi ponderada a finalidade terapêutica da intervenção, assim como a presença de repercussões positivas e ausência de prejuízos sobre os grupos alvos de intervenção. Neste domínio e tendo em consideração que a pessoa com esquizofrenia é portadora de elevados níveis de vulnerabilidade que podem comprometer a sua autonomia e funcionalidade, no decorrer do programa assumi complementarmente um papel de advocacia no sentido de manter a pessoa doente e respetiva família livre de quaisquer riscos associados ao mesmo, como se exemplifica a constante proteção do espaço pessoal de cada participante perante o grupo. Importa ainda referir que, para além da intervenção em grupo, sempre que considerado necessário foram desenvolvidas intervenções individuais, dirigidas aos participantes do programa, para

⁴Sequeira (2016) designa catarse como a sensação de alívio decorrente da partilha de um pensamento ou emoção.

reduzir o seu sofrimento e aumentar a sua capacidade de adaptação e enfrentamento (princípios da beneficência, da não-maleficência e da fidelidade). A formação dos grupos alvo de intervenção, em conformidade com os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos na fase de projeto, permitiu ir ao encontro das potencialidades do programa e das minhas capacidades e experiência enquanto dinamizadora (princípio da justiça). A participação no programa previu o consentimento informado, livre e esclarecido (apêndice VIII) por parte de cada participante, assim como a possibilidade da sua desistência, em qualquer momento (princípios da autonomia e da veracidade). Durante o programa foi assegurado o anonimato e a confidencialidade e solicitado o mesmo a cada participante com o lema “o que é do grupo fica no grupo”, o que convergiu para um reconhecido crescente da confiança no seio do grupo e para uma maior riqueza das partilhas (princípio da confidencialidade). Ainda neste domínio importa que se saliente que uma vez que as dinamizadoras eram as mesmas em ambos os grupos e conhecendo o risco de contaminação⁵ implícito, foi constante a minha atenção para manter a intervenção isenta de juízos críticos ou outras influencias potencialmente prejudiciais à mesma. Neste sentido, o período de estágio decorrido em contexto comunitário foi marcado por uma permanente atitude reflexiva e supervisão clínica de ambos os orientadores, no sentido de reconhecer e gerir de forma terapêutica processos transferenciais⁶ e, através do desenvolvimento do autoconhecimento, evitar processos de contratransferência⁷ claramente adversos ao constructo de relações terapêuticas devidamente estruturadas, delimitadas e dirigidas à satisfação das necessidades do cliente de cuidados e à preservação da integridade do seu projeto terapêutico.

⁵ Contaminação é aqui entendida como o processo de transferência/contratransferência que decorre no campo de uma intervenção de âmbito psicoterapêutico dirigida a dois grupos de participantes que têm laços de proximidade entre si e que potencialmente poderão, pela partilha das suas vivências conjuntas, influenciar a isenção do dinamizador das sessões.

⁶ Sequeira (2016) define transferência como a resposta inconsciente em que o paciente associa sentimentos e atitudes do profissional de saúde a pessoas com um papel significativo na sua vida. Freud (1917) considera que o processo transferencial, assente na confiança, deve ser utilizado como o motor para o progresso do tratamento e, sendo identificadas as dificuldades relacionadas ao movimento transferencial e as vantagens que se podem auferir da situação, nortear o processo terapêutico.

⁷ Sequeira (2016) considera contratransferência um impasse terapêutico criado pelo profissional de saúde, frequentemente em resposta ao fenómeno de transferência.

Considerando a preocupação manifestada pelos meus orientadores, assente em diversos estudos realizados que relatam o baixo nível de assiduidade ou mesmo o abandono dos participantes a programas semelhantes, foram implementadas as seguintes estratégias:

- O espaço físico foi semanalmente preparado de forma a proporcionar privacidade e conforto, potenciando um clima securizante onde foram contabilizados aspetos como a proximidade, luminosidade, temperatura e ruído.
- No grupo de familiares foi sempre oferecido um chá quente de forma a criar um ambiente mais acolhedor (salienta-se que no grupo de pessoas doentes também foi feita esta sugestão que a grande maioria recusou).
- Definidas em conjunto normas positivas como (respeitar todas as opiniões, falar uma pessoa de cada vez, todos têm oportunidade para falar, preservar a intimidade e a confidencialidade).
- Na apresentação dos conteúdos foram tidas em consideração as necessidades psicoeducacionais reveladas, a aptidão e as características pessoais dos participantes no sentido de facilitar a aprendizagem e a capacitação.
- Facilitados momentos de interação e de catarse.
- No final de cada sessão, foi sempre agendada a sessão da semana seguinte de acordo com a disponibilidade do grupo (com a premissa do grupo de pessoas doentes se reunir no período da manhã e o grupo de familiares se reunir no período da tarde do mesmo dia, com o objetivo de manter ambos os grupos progressivamente com o mesmo grau de conhecimentos).
- Nos dois dias antes de cada sessão foi realizado um contacto telefónico a cada participante para: (1) conversar sobre como se sentiu na sessão anterior; (2) valorizar a sua presença e participação na sessão anterior; (3) incentivar e confirmar a sua presença na sessão seguinte (relembrando a data, a hora e o local da mesma); (4) incentivar ao compromisso com o grupo e (5) promover a autorresponsabilização sobre a sua saúde ou envolvimento ativo no projeto terapêutico do seu familiar doente.
- Foi criado um grupo fechado no facebook com o objetivo de, aproveitando as redes sociais, relembrar a data, hora, local e temática de cada sessão através da criação de eventos. Ao longo do programa mantive-me como administradora do grupo, gerindo as publicações e os comentários dos participantes. Importa referir que apenas cinco

elementos do grupo de doentes tinham facebook e aderiram ao grupo fechado, com participação maioritariamente de carácter passivo. Salienda-se que os restantes elementos optaram por se manter sem ativar página no facebook (devido ao conteúdo persecutório do seu delírio residual) impedindo assim a sua integração no grupo desta rede social.

- Por questões de acessibilidade, o grupo de pessoas doentes reuniu-se nas instalações do hospital de dia (onde a maioria se encontrava em regime de internamento parcial) enquanto que o grupo de famílias se reuniu sempre nas instalações da UCC de Santarém.
- A duração flexível das sessões (45 a 60 minutos) de acordo com a capacidade e interesse demonstrado pelo grupo.
- A disponibilidade para dar resposta a outras situações significativas para os participantes e famílias fora do âmbito do programa psicoeducativo.
- O uso intencional das premissas da relação terapêutica, tais como a autenticidade, a congruência, a compreensão empática, a aceitação incondicional, o interesse genuíno e a proximidade.
- O estímulo ao sentimento de pertença ao grupo.
- O incentivo ao envolvimento e participação de cada um nas sessões.
- A valorização das potencialidades e vivências individuais para o enriquecimento dos momentos de partilha e aprendizagem.

Salienda-se que como resultado destas estratégias implementadas, se verificou que o grau de assiduidade dos participantes constituintes de ambos os grupos foi de 100%.

4.2.2 Caracterização dos participantes

De acordo com os dados exibidos no apêndice IX, seguidamente será apresentada a caracterização dos grupos alvo de intervenção:

1. Grupo de pessoas com diagnóstico clínico de esquizofrenia

Constituído por nove pessoas com diagnóstico clínico de esquizofrenia paranoide em fase de estabilização, sem associação a comportamentos aditivos a álcool e a drogas, três das quais seguidas em consulta externa de psiquiatria por compromisso da adesão ao tratamento e seis integradas em hospital de dia após internamento por agudização da doença decorrente de abandono terapêutico. Importa referir que todos os participantes do grupo contam com rede familiar de suporte que veio a constituir o grupo de familiares que será apresentado no ponto 2.

Relativamente à caracterização decorrente da aplicação do questionário sociodemográfico (apêndice X), salienta-se que:

- O grupo era maioritariamente do género masculino (88,9%), contando apenas com uma representante do sexo feminino.
- Com idades compreendidas entre os 23 e os 62 anos, o grupo encontrava-se com uma média de idades próxima aos 40 anos.
- Todos os participantes eram escolarizados, sendo apenas um dos elementos licenciado, três com o 9º ano de escolaridade e cinco com o ensino secundário completo (55,5%).
- Sete elementos do grupo eram solteiros (77,8%) e coabitavam com os seus pais, um elemento estava em situação de união de facto, pelo que residia com a sua companheira e filho menor e um outro elemento, divorciado, residia com uma filha.
- Quatro participantes encontravam-se reformados por invalidez (44,5%), dois elementos encontravam-se desempregados, um era estudante universitário e apenas dois se encontravam em situação profissional ativa, um deles por conta própria e o outro por conta de outrem.

Foi avaliado o estado cognitivo global do grupo através da aplicação individual da versão portuguesa do Mini Mental State (Guerreiro et al.,1993) (anexo II). Ao determinar o valor médio em 29,7 e sabendo que o valor máximo é de 30,

compreende-se que o grupo não apresentava defeito cognitivo impeditivo da aquisição e aplicação de conhecimentos adequados à sua situação individual de saúde.

Para avaliação do nível de *insight* foi aplicada, a cada participante, a escala de Marková e Berrios, validada em Portugal por Vanelli et al. (2010) (anexo III). A média de *insight* calculada foi de 6,6, o que demonstrou a óbvia necessidade de uma intervenção dirigida no sentido de favorecer uma melhor perceção pelos clientes sobre a sua situação de doença, potenciando consequentemente a sua capacitação para uma gestão mais eficiente do tratamento.

Através da técnica de entrevista foi possível identificar atividade delirante residual em seis dos participantes (66,7%) sendo que os delírios de conteúdo persecutório e de autorreferenciação tinham maior expressão. Importa realçar que a presença de atividade delirante residual se mostrou dificultadora do início do constructo de cada relação terapêutica, mas que essa interferência foi claramente ultrapassada pelo intencional uso da aceitação incondicional, compreensão empática e progressivo aumento da confiança.

Relativamente à comparência a consultas e tratamentos, pela revisão dos registos na plataforma dos dados em saúde, foi possível concluir que nos seis meses anteriores ao programa psicoeducativo 77,8% dos participantes compareceu a todas as consultas e tratamentos, o que se deve às estratégias já implementadas no serviço.

A escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (anexo IV), que reflete uma versão da Escala de Morisky, validada para a realidade portuguesa por Delgado e Lima (2001), constituindo-se como escala de tipo Likert (1=Sempre; 2=quase sempre; 3=com frequência; 4=com frequência; 5=raramente e 6=Nunca) possibilitou identificar o nível de adesão do grupo em 5,3. Uma análise mais pormenorizada a cada questão, permitiu compreender que, para o grupo alvo, deixar terminar a medicação nunca foi um fator determinante para o abandono terapêutico, que 66,6% admitiu já ter deixado de tomar a medicação por se ter sentido melhor e que a mesma percentagem admitiu que nem sempre cumpre a medicação conforme o horário prescrito. Aspetos que realçam a necessidade de uma intervenção de âmbito psicoeducacional no âmbito da promoção da adesão ao tratamento.

No que se refere às necessidades psicoeducativas, através da aplicação do questionário de avaliação das necessidades psicoeducacionais, adaptado da versão portuguesa de “Educational Needs Questionnaire” (Santos e Xavier, 2011) (apêndice XI) foi possível depreender que o grau de interesse pelos temas apresentados variou entre o (2) “pouco interessado” e (5) “muito interessado”, sendo os temas de maior interesse para o grupo, com média de (4) “bastante interessado”: “Saúde mental e doença mental”; “Lidar com o *stress*”; “Bem-estar” e o tema de menor interesse, globalmente com uma média equivalente a (3) “algo interessado” foi: “Importância de comparecer às consultas”.

2. Grupo de familiares de pessoas com diagnóstico clínico de esquizofrenia

Constituído por catorze elementos, nenhum com diagnóstico clínico de doença mental, todos coabitam com o seu familiar doente e demonstram interesse em contribuir para a melhor recuperação deste.

Em relação à caracterização decorrente da aplicação do questionário sociodemográfico - famílias (apêndice XII), salienta-se que:

- A maioria dos participantes era do género feminino (64,3%).
- Relativamente ao grau de parentesco, sete elementos (50%) eram mães, cinco eram pais, uma era companheira e uma era filha. Salienta-se que o grupo contou com a comparência de cinco casais (mãe/pai), que duas das mães compareceram a todas as sessões do programa sozinhas uma vez que os seus maridos não aceitaram participar no mesmo e que nenhum homem compareceu sem ser acompanhado pela sua esposa.
- Com idades compreendidas entre os 84 e os 30 anos, a idade da população centrou-se numa média de 64,5 anos.
- Todos os elementos eram alfabetizados, quatro com equivalência ao 12º ano completo (28,6%), três com o primeiro ciclo do ensino básico e três com o ensino superior concluído.
- Um dos elementos encontrava-se em situação de união de facto e os restantes eram casados (92,9%).

- A situação de reforma foi a que demonstrou maior expressão no grupo, sendo que dez elementos se encontravam reformados (71,5%) e apenas quatro elementos (21.4%) se encontravam em situação laboral ativa.

Através do questionário de avaliação das necessidades psicoeducacionais, adaptado da versão portuguesa de “Educational Needs Questionnaire” (Santos e Xavier, 2011) (apêndice XI) foi possível depreender que o grau de interesse pelos temas apresentados variou entre (3) “algo interessado” e (5) “muito interessado”, sendo que os temas com média na pontuação máxima de interesse (5) para o grupo foram: “Saúde mental e doença mental” e “Medicação e seus efeitos secundários”, imediatamente seguidos (4) por: “Comunicar melhor”; “Importância de adotar estilos de vida saudáveis” e “Intervir na crise e Bem-estar”.

Pela aplicação do questionário de primeira sessão adaptado do Questionário - Primeira Sessão (Barreto Carvalho e Barreto, 2007) (apêndice XIII) foi possível compreender que o grupo não tinha conhecimento adequado sobre a esquizofrenia, formas de tratamento e consequências da não-adesão ao tratamento, mas globalmente demonstrou expectativas positivas sobre o programa relacionadas com a aprendizagem e apoio.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Importa que se esclareça previamente que os resultados relacionados com a implementação do programa psicoeducativo se referem ao espaço temporal em que o mesmo decorreu. Em primeira instância serão analisados os resultados decorrentes da reaplicação dos instrumentos de avaliação e seguidamente será feita uma análise em profundidade dos aspetos mais relevantes e mencionados pelos participantes (na forma verbal e escrita) ao longo do programa psicoeducativo.

Através da reaplicação dos diferentes instrumentos de avaliação e conforme o apêndice XIV, foi possível depreender alguns dos resultados decorrentes da implementação do programa psicoeducativo, nomeadamente:

- O grau de comparência (às consultas e aos tratamentos) das pessoas doentes, que nos seis meses anteriores ao início do programa tinha sido de 77,8%, durante o programa sofreu um aumento significativo passando para 100%.
- O grupo formado por pessoas doentes apresentava inicialmente um nível de *insight* de 6,6, sendo que na última sessão esta dimensão foi reavaliada e foi observado um aumento de 7 pontos na expressão do nível de *insight* pelo grupo, apresentando um valor de 13,6. Neste sentido Avrichir (2008) defende que a psicoeducação tem eficácia comprovada, pelo aumento de conhecimentos, na valorização do nível de *insight* das pessoas com esquizofrenia.
- O nível de adesão ao tratamento por parte do grupo de pessoas doentes também foi influenciado positivamente pela aplicação do programa, uma vez que inicialmente o grupo apresentava um nível de adesão de 5,3 e na última sessão do programa apresentava um nível de 5,8, verificando-se um aumento global de 0.5 pontos. Concomitantemente, Avrichir (2008) defende que a psicoeducação é uma das poucas intervenções com eficácia comprovada ao nível da adesão ao tratamento pelas pessoas com esquizofrenia. Pela análise mais detalhada às respostas dadas em ambos os momentos de avaliação podemos concluir que: (1) houve um aumento significativo de elementos que nunca se esqueceram de tomar os medicamentos para a sua doença (passando de 11,1% para 66,7% dos participantes); (2) houve um aumento de elementos que nunca foram descuidados com a hora da toma dos medicamentos para a sua doença (passando de 22,2% para 66,7% dos participantes);

(3) houve um aumento significativo de elementos que nunca deixaram de tomar os medicamentos para a sua doença por se terem sentido melhor (passando de 44,4% para 88,9% dos participantes); (4) houve um aumento significativo de elementos que nunca deixaram de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se terem sentido pior (passando de 44,4% para 100% dos participantes); (5) houve um aumento significativo de elementos que nunca tomaram mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior (passando de 44,4% para 100% dos participantes); (6) manteve-se a percentagem total relativamente a nunca nenhum elemento ter interrompido a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos (100%); (7) houve um aumento significativo de elementos que nunca deixaram de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico (passando de 44,4% para 88,9% dos participantes). Em conformidade, segundo Garcia, Mazza, Netto, Ramos, Silva, Amorim, Lima, (2005) a atitude de informação dada ao utente sobre a sua doença e tratamento assim como a relação terapêutica estabelecida poderão melhorar a adesão ao tratamento.

- O grupo de familiares de pessoas doentes demonstrou, pelo conteúdo e frequência das respostas dadas a cada item do questionário de primeira sessão, que possuía conhecimentos reduzidos, inadequados ou pouco estruturados sobre a doença e seu tratamento. Na última sessão, pela aplicação do questionário de última sessão (apêndice XV) foi possível concluir que todos os participantes consideraram que o programa tinha ido ao encontro das suas expectativas suprimindo a sua necessidade de aprendizagem e apoio. Foi também possível verificar que: (1) o grupo apresentava globalmente um conhecimento mais abrangente, adequado e estruturado sobre a esquizofrenia e seu tratamento; (2) a maioria dos problemas identificados pelos familiares, relativamente à pessoa doente, foram resolvidos, o que se torna sugestivo que se conclua que o programa psicoeducativo forneceu ferramentas eficientes nesse sentido; (3) de acordo com a percepção dos familiares, houve um aumento de pessoas que aderiam à medicação por compreenderem a sua importância e invocando à sua autorresponsabilização. Sabendo que a família é o recurso mais imediatamente disponível e considerando as suas potencialidades de autorregulação e sustentação, esta unidade social foi sempre considerada enquanto sistema e eixo organizador de

processos transformativos num contexto de complexidade e contextualidade em busca continuada do equilíbrio funcional.

Sabendo que, desde os movimentos de desinstitucionalização, os grupos são valorizados como atividade terapêutica e que atualmente integram as políticas nacionais de saúde mental, Guerra, Lima e Torres (2013), consideram que a formação de grupos tem um efeito terapêutico excelente em pessoas que experimentam crises decorrentes de situações ameaçadoras ao seu bem-estar. O programa psicoeducativo foi dirigido a dois grupos fechados, não permitindo a entrada a novos participantes no decurso do mesmo, o que se revelou essencial para: (1) a progressão na abordagem conceptual; (2) a estimulação espontânea da confiança e coesão intragrupal; (3) a criação de uma atmosfera securizante; (4) a diminuição da ansiedade; (5) a autenticidade e aceitação incondicional evidenciada pelos participantes; (6) a redução de obstáculos à comunicação simples e direta; (7) a riqueza das intervenções e partilha de experiências e (8) a manutenção das normas do grupo.

Salienta-se que a intervenção de âmbito psicoeducacional, enquanto modalidade de intervenção em grupo, através da reestruturação cognitiva, permitiu: (1) aumentar os conhecimentos e *insight* face à doença e tratamento; (2) melhorar a atitude face à doença; (3) contribuir para o desenvolvimento de respostas adaptativas à situação de doença mental e (4) promover um clima de aceitação e cooperação entre os membros da família. No entanto, importa que se saliente que para além de proporcionar suporte informativo (pelo fornecimento de informação útil e instrumental sobre a temática), foi inevitável o suporte emocional (pela criação de um espaço propício à expressão e aceitação de emoções associadas à problemática e treino de competências de redução do *stress*, gestão das emoções e resolução de problemas). Na primeira e segunda sessões do programa foi notória alguma ansiedade e partilha superficial das vivências, o que claramente se dissipou progressivamente, permitindo trabalhar em profundidade cada tema conceptual. No decorrer do programa foi também possível ultrapassar os obstáculos à partilha da experiência psicótica e foi visível um claro incremento ao nível do *insight* e relativamente aos conhecimentos sobre a doença, tratamento, prevenção e intervenção na crise e relatados os benefícios decorrentes, como é perceptível através (1) das expressões das pessoas doentes: “eu não estava

bem, agora já sei que estas coisas eram da doença”; “eu percebi que o *stress* e não tomar os remédios é muito negativo para a minha doença”; “então porque esta doença é para o resto da nossa vida então também temos de tomar medicamentos para o resto da vida”; “agora sinto-me melhor e já consigo sair de casa para fazer a minha caminhada”; “custa-me mas consigo sair de casa todos os dias” e (2) das expressões dos familiares: “desde que aqui anda nunca mais se negou a tomar os comprimidos, percebeu mesmo que é importante”; “as coisas lá em casa andam muito mais calmas”; “eu usei os três passos da comunicação em várias ocasiões e não é que as coisas correram mesmo melhor?”; “agora até consegue vir para o grupo dele sozinho no autocarro”; “era difícil, mas desde novembro que não falta às consultas da médica nem à injeção”; “costumava estar duas semanas ou mais sem tomar banho (...) desde que a enfermeira começou a falar dos banhos consegue tomar banho duas vezes por semana”.

Na última sessão do programa foi dada a oportunidade para que cada participante expressa-se, através da escrita livre, o seu sentir acerca do programa psicoeducativo. Globalmente, os participantes fizeram referência a:

- Ganhos diretos ao nível da aprendizagem, autorresponsabilização e conseqüente melhoria da qualidade de vida, como é perceptível através (1) das expressões das pessoas doentes: “aprendemos a viver com mais dignidade”; “trouxe mais conhecimento aos doentes e aos familiares” e (2) das expressões dos familiares: “permitiu identificar pontos chave com vista à prevenção de crises e a uma melhor gestão do dia a dia e na vivência com o doente mental”; “gostei muito, fiquei informada sobre muitas coisas que não sabia”; “manifesto a importância que representou em concreto na vida do meu familiar”). Em conformidade, Garcia, Mazza, Netto, Ramos, Silva, Amorim e Lima (2005) relatam que o fornecimento de informação é geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.
- Ganhos secundários no domínio da promoção das relações interpessoais; suporte emocional pela relação terapêutica estabelecida, pela universalidade⁸ e pela coesão

⁸ Yalom (2006) designa de universalidade a poderosa fonte de alívio decorrente da invalidação do sentimento de singularidade experienciado pelo indivíduo.

do grupo⁹; catarse e partilha de experiências; incentivo, motivação e otimismo, como é perceptível através (1) das expressões das pessoas doentes: “conhecemos e estamos reunidos com outras pessoas que nos compreendem”; “já não me sinto tão sozinha”; “agora não me sinto sozinho”; “este grupo é uma oportunidade e motivação para sair de casa” e (2) das expressões dos familiares: “pude conhecer outros familiares com a mesma situação que nós”; “sentimos que não estamos sós”; “senti-me mais apoiado”; “pudemos partilhar as nossas experiências”; “fiquei com muita vontade de vencer muitos obstáculos”. Neste domínio, Yalom (2006) considera que a coesão do grupo é fundamental para alcançar resultados positivos e Guerra, Lima e Torres (2013) afirmam que os grupos procuram promover a coesão pelo reconhecimento das similitudes dos seus problemas motivando subtilmente a formação de um suporte social que incita à manutenção do equilíbrio perante as mais variadas situações.

- Sentimento de gratidão pela oportunidade em ser incluído no programa, como é perceptível através (1) das expressões das pessoas doentes: “muito obrigado”; “sou grata por esta oportunidade” e (2) das expressões dos familiares: “obrigada pela possibilidade que me foi dada”; “a gratidão não tem limites”; “um grande e muito obrigado”. Pelo sentimento expresso podemos intuir a autoperceção de benefício por parte dos participantes.

- Interesse na continuação do programa, como é perceptível através (1) das expressões das pessoas doentes: “gostava de ter mais sessões”; “é pena que não haja mais programas assim” e (2) das expressões dos familiares: “peço a permanência desta iniciativa”; “este programa deve ter continuação”; “iniciativas como esta deverão continuar para bem da doença mental, dos doentes e seus familiares”; “há necessidade de haver uma continuidade do programa com novas sessões”; “espero que continue a fazer vários programas como este”; “apelamos para que continue a nos proporcionar excelentes esclarecimentos sobre o tratamento, o apoio, o acompanhamento que será necessário para um melhor estar da nossa filha”. Através das expressões dos participantes podemos compreender que o programa

⁹ Segundo Isaacs (1998) coesão de grupo é o sentimento de união e pertença ao grupo manifestada por alto grau de participação e partilha entre os elementos, manutenção das normas do grupo, elevada frequência e baixa taxa de abandono.

psicoeducativo, ao encontro do princípio ético da beneficência, trouxe mais valias importantes para os participantes de ambos os grupos, no entanto ao término do programa é contemplativo uma global sensação de perda. Em prol do princípio ético da não maleficência e considerando o risco existente de se perder progressivamente, ao longo do tempo, os resultados em saúde positivamente relacionados com a implementação do programa, pelo que se reforça a pertinência de uma reavaliação posterior, assim como a continuação da intervenção de carácter psicoeducativo, possivelmente com inclusão de uma abordagem de âmbito psicoterapêutico, prevendo uma maior autonomização da pessoa doente e sua família na resolução dos seus próprios problemas.

Sabendo a exigência implícita à prestação de cuidados à pessoa com DMG e sua família, um programa com estas características, para além de trazer benefícios ao nível da redução dos custos e tempo despendido relativamente a uma intervenção individualizada, poderá ser visto como uma oportunidade por excelência para esclarecer todos os envolvidos no processo de doença e capacitar cada um em particular para um enfrentamento mais informado aos desafios que se impõem no seu dia-a-dia, como é perceptível através das seguintes expressões: “ouvi coisas que nunca tinha ouvido em nove anos de tratamento”; “após 18 anos a conviver com a doença, alguém se debruçou sobre este assunto e elaborou um programa de esclarecimento sobre a doença mental e levou-o até nós”.

Sabendo que a qualidade da relação terapêutica é essencial no processo de cuidar, visando o restabelecimento do equilíbrio da pessoa com doença mental e sua família, o enfermeiro deverá para além de aplicar conhecimentos teóricos, recorrer a si próprio como instrumento terapêutico, mobilizando as suas características pessoais que devem ser afinadas pela amplificação do seu autoconhecimento. Assim, o enfermeiro imprime na prestação de cuidados o seu carimbo pessoal que deverá ser facilitador do constructo de uma relação de carácter terapêutico visando o alívio do sofrimento e a maior autonomia do cliente e sua família. Em consonância, Guerra, Lima e Torres (2013) defendem que o melhor instrumento que o dinamizador de grupos dispõe é a sua personalidade e a sua própria conduta. Em concordância, Pereira e Botelho (2014) identificam o altruísmo, a compaixão, a solidariedade, a gentileza e simpatia, a

autenticidade, o interesse genuíno, a atitude reflexiva, a compreensão e a disponibilidade como qualidades pessoais que o enfermeiro deve mobilizar em benefício da relação terapêutica e para o sucesso do projeto terapêutico dos clientes. Assume-se que o período de estágio me permitiu tornar mais consciente a importância que determinadas características pessoais do enfermeiro têm no constructo de uma relação terapêutica securizante que proporcione um clima apto à aprendizagem, capacitação e mudança de comportamento. Neste âmbito, a minha intervenção, sempre de iniciativa terapêutica, foi naturalmente enriquecida por características que coloquei ao serviço da mesma, tais como: gentileza, compromisso, dedicação, interesse, disponibilidade, proximidade, aceitação incondicional, autenticidade, congruência, compreensão empática, tolerância e flexibilidade. Ainda assim, revejo a necessidade de continuar a desenvolver habilidades ao nível da autoconfiança e assertividade. Com este enquadramento poderemos compreender a ressonância dos participantes relativamente às minhas características e intuir que concorreram para o sucesso global do programa, nomeadamente através das seguintes expressões “é com muito carinho e gratidão e também mais esclarecidos que vimos apresentar à enfermeira Vanessa as nossas sinceras felicitações não só pelo excelente programa que nos apresentou como pelos seus excelentes dotes humanos”; “a senhora enfermeira Vanessa é a profissional indicada para a continuação do programa porque é uma pessoa excelente”; “o mérito do programa está muito ligado ao profissional que o apresenta”; “a enfermeira Vanessa é muito especial nasceu mesmo para fazer bem aos doentes”; “tenho que felicitar a enfermeira Vanessa pelo projeto que abraçou, pela dedicação, pela coragem, determinação, conhecimento, sabedoria, paciência”.

Em fase de conclusão, importa sumarizar os principais ganhos imediatos decorrentes da aplicação do programa psicoeducativo, pelo que serão apresentados os ganhos em saúde conseguidos para a pessoa com esquizofrenia, sua família e comunidade em que se integra.

- Ganhos para a pessoa com esquizofrenia: (1) aumento e reorganização conceptual sobre esquizofrenia e seu tratamento; (2) aumento do nível de *insight*; (3) aumento da autorresponsabilização pelo seu projeto terapêutico; (4) aumento do nível de adesão total às consultas e tratamentos; (5) aumento do nível de adesão ao tratamento

farmacológico; (6) aumento da capacidade para gerir a doença e o tratamento e (6) aumento do bem-estar, do equilíbrio funcional e da qualidade de vida.

- Ganhos para a família da pessoa doente: (1) aumento e reorganização conceptual sobre esquizofrenia e tratamento; (2) melhoria da atitude face à doença e ao familiar doente; (3) aumento da capacidade para gerir a doença/tratamento e constituir-se como suporte na melhor recuperação possível do familiar doente e (4) aumento do equilíbrio/bem-estar familiar.
- Ganhos para a comunidade: (1) maior envolvimento da pessoa doente e respetiva família no projeto terapêutico, (3) maior inserção e mais efetiva participação na sociedade e ainda (3) pelos ganhos para a pessoa doente já referidos, podemos inferir a diminuição dos custos relacionados ao tratamento.

6. DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS DO EESMP

O percurso de discência implícito ao período de estágio, claramente consolidado nas etapas curriculares precedentes, concorreu para o desenvolvimento das competências específicas do EESMP apresentadas no regulamento n.º129/2011, publicado no Diário da República, 2.ª série, N.º 35, de 18 de Fevereiro. Seguidamente serão explanadas as atividades desenvolvidas ao longo do processo de enriquecimento de cada competência.

Importa referir que a permanente busca pelo aprofundamento da primeira competência permitiu um crescendo no que se refere ao conhecimento e consciência de mim mesma enquanto pessoa e profissional, induzindo um claro benefício para a minha prática especializada de cuidados. Chalifour (2008) defende que o enfermeiro deve: (1) possuir elevada consciência-de-si, das suas habilidades e hesitações; (2) aprender a gerir os seus recursos pessoais e profissionais; (3) aceitar prestar atenção às suas principais dificuldades interpessoais de modo a avaliar e a controlar o efeito destas na qualidade da relação e (4) certificar-se que no decorrer da relação de ajuda não persegue objetivos de natureza pessoal mas que utiliza os seus processos internos, de forma concreta e articulada, em prol da relação, contribuindo para o desenvolvimento pessoal do cliente. Neste sentido, várias foram as oportunidades contributivas para o desenvolvimento do meu autoconhecimento, sobre as quais se salienta a constante prática reflexiva formalizada pelos momentos de reflexão individual, partilhada e orientada e ainda pelos jornais de aprendizagem realizados nas diferentes etapas do percurso. Para o enriquecimento do meu autoconhecimento, afinando-me progressivamente enquanto instrumento terapêutico, considero ter sido crucial, em cada oportunidade: (1) o reconhecimento dos meus estados internos vividos no seio da relação terapêutica; (2) a identificação (sempre que possível) das razões motivadoras desses estados e (3) a mobilização de recursos pessoais no sentido de me gerir emocionalmente e orientar a minha intervenção em prol da satisfação das reais necessidades do cliente/família, permitindo-lhes ganhos efetivos em saúde. Evidencia-se que o aprofundamento do meu autoconhecimento tornou-me mais capaz de distinguir “o que é meu do que é do outro” e assim permitir-me a um

mais eficiente distanciamento terapêutico¹⁰, por sua vez favorável a: (1) um maior autoconhecimento e uma maior consciência dos meus limites e do impacto do meu *self* em contexto relacional, (2) uma maior facilidade na compreensão do outro na sua vivência de forma a intervir de forma mais dirigida à redução do seu particular sofrimento e (3) uma maior capacidade para identificar e gerir de forma terapêutica os processos transferenciais. No entanto, sabendo que, apenas agora, se inicia este processo evolutivo no domínio do autoconhecimento e que por vezes se torna penoso submergir nas profundezas daquilo que não nos é totalmente consciente mas que, ainda assim, motiva o nosso agir, assumo o compromisso de aceitar para o futuro o desafio de um crescimento contínuo em profundidade trazendo à consciência e procurando resolver processos internos no sentido de me permitir maior gratificação por prestar cuidados de enfermagem especializada mais eficazes ao cliente/família ao longo do ciclo vital.

As segunda e terceira competências específicas do EESMP assentam respetivamente na otimização e na recuperação da saúde mental da pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade. Neste campo de ação importa salientar a execução do estudo de caso realizado em contexto comunitário e implicar todas as intervenções individuais e desenvolvidas em grupo dirigidas à pessoa com doença mental e família enquanto oportunidade para gestão sistematizada de cuidados especializados, quer em contexto de internamento, como em contexto comunitário. Há a ressaltar que o estágio foi globalmente dirigido ao adulto e ao idoso, não sendo possível prestar cuidados especializados à pessoa em todos os estádios de desenvolvimento, nomeadamente à criança e adolescente. Ao acreditar que a infância e a adolescência têm especial importância na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental da pessoa ao longo do seu ciclo vital, saliento o meu interesse em, futuramente, incluir estratégias que me permitam desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializada dirigida à pessoa nestas etapas da vida.

¹⁰ Considera-se distanciamento terapêutico o auto-mediado afastamento emocional que permite ao enfermeiro manter-se conectado com a vivência do cliente e, sem compromisso do seu próprio bem-estar, manter-se como elemento válido e contributivo para o sucesso do projeto terapêutico delineado.

Relativamente à quarta competência que se refere à prestação de cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde, destacam-se as intervenções individuais emergentes nos domínios referidos e o programa psicoeducativo decorrido em contexto comunitário dirigido a grupos de pessoas com experiência de doença mental e seus familiares. Importa que se entenda que o programa psicoeducativo, enquanto ponto alto do percurso formativo implícito ao período de estágio, se constituiu como uma excelente oportunidade de aprendizagem e aprofundamento no domínio da intervenção de âmbito psicoeducacional à pessoa e família, mobilizando o contexto e as características individuais, no sentido de dar resposta às suas reais necessidades e conseqüentemente melhorar a sua situação de saúde. No entanto, ainda que, notavelmente, este programa psicoeducativo me tenha permitido iniciar o desenvolvimento da quarta competência específica do EESMP, considero que a reconfiguração do referido para o domínio profissional me permitirá certamente dar continuidade a este percurso de desenvolvimento e enriquecimento de competências.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O período de estágio, edificado nas experiências vivenciadas associadas a uma constante atitude reflexiva e supervisão clínica pelos meus orientadores, permitiu a aquisição, consolidação e aplicação de conhecimentos, permitindo a consecução dos objetivos traçados no projeto individual de estágio, assim como o desenvolvimento das competências específicas do EESMP (já analisadas no capítulo anterior) e das competências inerentes ao grau de mestre. No domínio destas últimas, para além do desenvolvimento da capacidade para comunicar conhecimentos e raciocínios subjacentes, salienta-se o auto-orientado desenvolvimento e aprofundamento de saberes passíveis de aplicação na prática clínica para resolução de problemas reais vivenciados pelos clientes de cuidados implicando uma tomada de decisão com permanente vigilância dos princípios éticos e sociais.

O facto de não ter experiência na área exigiu grande compromisso e dedicação no processo de discência e evolução ao nível da excelência relacional, da mobilização de mim mesma enquanto instrumento terapêutico e da aquisição e mobilização de competências inerentes à especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental. Neste domínio, salienta-se a evolução conseguida ao nível da compreensão do outro no seu sofrimento e no estabelecimento e manutenção dos limites da relação terapêutica, condições essenciais à intervenção especializada dirigida à satisfação das necessidades reais da pessoa doente e respetiva família, assim como à eficiente gestão terapêutica dos processos transferenciais.

Relativamente ao sucesso do programa psicoeducativo foi-me possível compreender que o mesmo se deveu a vários fatores essenciais entre os quais se destacam as características pessoais e o nível de autoconhecimento do profissional de enfermagem que busca a permanente melhoria da qualidade dos cuidados que presta e o envolvimento e autorresponsabilização da pessoa doente e família no projeto terapêutico estabelecido.

Assumindo o contínuo processo de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional, termina-se esta fase com grande gratificação pessoal e académica, gratidão pela oportunidade e motivação para continuar o investimento. Assim, visando

a melhoria contínua dos cuidados prestados, destacam-se como desafios para o futuro:

- Apresentar os resultados do programa psicoeducativo “Promoção da Adesão ao Tratamento” em reuniões de equipa do DPSM do HDS e da UCC de Santarém.
- Partilhar conhecimentos através de formações em serviço na UCC de Santarém.
- Partilhar conhecimentos através do acompanhamento e supervisão clínica de alunos de enfermagem do primeiro e segundo ciclo do ensino superior.
- Replicar, em contexto profissional, o programa psicoeducativo “Promoção da Adesão ao tratamento” em benefício de novos grupos alvo de intervenção.
- Criar um programa de manutenção dirigido aos grupos primariamente alvo de intervenção ao abrigo do programa psicoeducativo “Promoção da Adesão ao tratamento” no sentido de potenciar progressivamente a autonomia dos participantes e reforçar os resultados em saúde conseguidos.
- Prestar cuidados especializados em contexto domiciliário a pessoas com necessidade de maior complexidade de cuidados e seus familiares, integrados em Equipa de Cuidados Continuados Integrados.
- Formalizar momentos favoráveis à educação da comunidade visando: (1) aumentar a consciencialização quanto à doença mental grave; (2) reduzir a estigmatização associada e (3) apoiar a reinserção da pessoa doente na comunidade.
- Manter funções enquanto elo de ligação entre a comunidade (concelho de Santarém) e o HDS na Equipa Comunitária de Saúde Mental e assumir o papel de enfermeira de referência no sentido de facilitar: (1) o acompanhamento em proximidade e securizante ao cliente/família; (2) a comunicação bidirecional entre o cliente/família e as equipas de saúde envolvidas; (3) a informação necessária à gestão da doença e tratamento; (4) a verificação da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico; (5) a identificação precoce dos sinais de alerta e de efeitos secundários da medicação e conseqüente articulação com o médico da especialidade e a (6) a resolução de problemas do quotidiano relacionados com o impacto da doença mental.

- Alargar quadro conceptual e experiência de prestação de cuidados especializados no domínio da prestação de cuidados à criança e adolescente no âmbito de intervenção da Equipa Comunitária de Saúde Mental.
- Aperfeiçoar continuamente habilidades pessoais e competências profissionais enquanto EESMP.

BIBLIOGRAFIA

- Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Afonso, P. (2002). *Esquizofrenia: Conhecer a Doença*. (2ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia: Para além dos mitos, descobrir a doença*. Cascais: Príncipia Editora.
- Amaresha, A.; Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed Emotion in Schizophrenia: an overview. *Indian Journal of Psychological Medicine*. Vol.34. Nº1. Págs.12-20.
- Andreasen, N. (2003). *Admirável Cérebro Novo: Dominar a doença mental na era do genoma*. (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo, I.; Santos, A. (2012). Famílias com um Idoso Dependente: Avaliação da Coesão e Adaptação. *Revista de Enfermagem Referência*. Coimbra. Série 3. Nº 6. Págs. 95-102.
- Ausloos, G. (1996). *A Competência das Famílias. Tempo, Caos, Processo*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Avrichir, Belquiz Schifnagel. (2008). Esquizofrenia: adesão ao tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Vol. 30 Série 4, Págs. 410. Acedido a 04/02/2018. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000400026>
- Barros, L. (2015). Transferência em psicoterapia de grupo de orientação analítica. *Jornal de Psicanálise*, Vol. 48. Nº 88. Págs. 81-94. Acedido em 19 de julho de 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352015000100007&lng=pt&tlng=pt
- Bastos, F. (2004). *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: participação das esposas no plano educacional*. Porto: Dissertação de Mestrado apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

- Bateman, A.; Holmes, J. (1997). *Introdução à Psicanálise. Teoria e Prática Contemporâneas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bermejo, J.; Carabias, R. (1998). *Relacion de ayuda y enfermeria*. Madrid: Sal Terrae.
- Boff, L. (2011). *Saber Cuidar. Ética do humano: compaixão pela terra*. (15ª edição). Brasil: Editora Vozes.
- Brito, L. (2011). *Grupos Psicoeducativos Multifamiliares – uma forma de aprender a viver com a esquizofrenia*. Lisboa. Tese de Doutoramento em Enfermagem apresentada na Universidade de Lisboa.
- Brown, G.; Birley, J. e Wing, J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 121. págs. 241-258.
- Bugalho, A.; Carneiro, A. (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.
- Cardoso, C. (2002). *Os Caminhos da Esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial humanista da relação de ajuda* (volume 1). Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica: estratégias de intervenção* (vol. 2). Loures: Lusodidacta.
- Comissão Europeia (2005). *Livro Verde: melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas. Acedido a: 25/04/2017. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_pt.pdf

- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. (2007). *Relatório de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal – 2007-2016*. Lisboa: CNRSSM.
- Cooper, C.; Bebbington, P.; King, M.; Brugha, T.; Meltzer, H.; Bhugra, D. (2007). Why people do not take their psychotropic drugs as prescribed: results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey. *Acta Psychiatrica Scand.* Vol.116. Nº1. Págs 47-53.
- Kelley, N. (2006). *Guia para a defesa dos direitos m saúde mental*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Dalery, J.; D`Amato, T. (2001). *A Esquizofrenia: Investigações Actuais e Perspectivas*. (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- De Almeida, M. (2013). Adherence to tyrosine kinase inhibitor therapy for chronic myeloid leucemia: a Brazilian single-center cohort. *Acta Hematologica*. Vol.130. Nº1. Págs.16-22.
- Delgado, A.; Lima, M. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol.2. Nº2. Págs 81-100. Recuperado em 01 de maio de 2017, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862001000200006&lng=pt&tlng=pt.
- Dias, M. (2000). A família numa sociedade em mudança problemas e influências. *Gestão e desenvolvimento*. Nº 9. Págs. 81-102.
- Direção Geral da Saúde. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo Executivo*. Lisboa: CNRSSM. Acedido a: 25/04/2017. Disponível em: <http://adeb.pt/ficheiros/uploads/02a75f2c0346f49717d171c23b7f56a2.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2012). *Programa Nacional para a Saúde Mental: Orientações Programáticas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

- Direção Geral da Saúde. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental*. Porto: ERS.
- Fadem, B. e Simring, S. (1998). *Auto-avaliação em Psiquiatria*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Falloon, I. (2003). Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry*. Vol. 2. Nº 1. Págs 20-28.
- Favrod, J. e Maire, A. (2014). *Recuperar da Esquizofrenia. Guia Prático para Profissionais*. Loures: Lusociência.
- Federação Nacional das Associações das Famílias Pró-Saúde Mental. (2006). *Saúde Mental: Posições de EUFAMI: Necessidades dos Cuidadores Familiares, Medicamentos, Tratamento e Cuidados, Reabilitação e "Recovery"*. Barcarena: FNAFSAM
- Figueiredo, M.; Martins, M. (2009). Avaliação Familiar: Do Modelo de Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. Vol. 3. Nº 3, Págs. 612-618.
- Figueiredo, M. (2013) *Modelo Dinâmico de avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. (1ª edição). Loures: Lusociência.
- Galán, M. (2004). Qué Inffluye en la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes? *Revista Rol de Enfermagem*. Vol. 27. Nº1. Págs.57-60.
- Garcia, M.; Mazza, R.; Netto, E.; Ramos A.; Silva M.; Amorim, F.; Lima, M. (2005). Importância dada pelo psiquiatra à adesão ao tratamento nos pacientes psicóticos. *Revista neurologia, neuriorurgia y psiquiatria*. Vol.38. Série 4. Pág. 129-134.

- Giorgi, D. (2006). Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão*. Vol.13. Nº1. Págs. 47-50.
- Grilo, A. (2012). Relevância da assertividade na comunicação profissional de saú-paciente. *Psicologia, saúde e doenças*. Vol. 13. Série 2. Págs. 283 – 297.
- Guerra, M.; Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Guerra, M; Lima, L.; Torres, S. (2013). *Intervir em grupos na saúde*. (2ª edição). Lisboa: Climepsi.
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M.; Neves, A.; Barahona-Correa, B. e Fadden, G. (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia: dos aspetos teóricos à situação em Portugal. *Ata Médica Portuguesa*. Vol. 19, Nº1. Págs. 1-8. Acedido a 25/04/2017. Disponível em: <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/911/584>
- Gouveia, M.; Ascensão, R.; Fiorentino, F.; Pascoal, J.; Costa, J.; Borges, M. (2017). The cost and burden of schizophrenia in Portugal in 2015. *International journal of clinical neurosciences and mental health* Acedido a 02/02/2018. Disponível em: [https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2017.4\(Suppl.3\).S13](https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2017.4(Suppl.3).S13)
- Happell, B.; Manias, E.; Pinikahana, J. (2002). The role of the inpatient mental health nurse in facilitating patient adherence to medication regimes. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol.11. Págs.251-259.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Camarate: Lusociência.
- Harrison, P.; Geddes, J.; Sharpe, M. (2006). *Psiquiatria: Guia Prático de Medicina*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Herz, M.; Lamberti, J. (1995). Prodromal symptoms and relapse prevention in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 21. Nº 4. Págs. 541-551.

- Isaacs, A. (1998). *Série de estudos de enfermagem. Saúde mental e enfermagem psiquiátrica*. (2ª Edição). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Leite, S.; Vasconcellos, M. (2003). Adesão à Terapêutica Medicamentosa: Elementos para a Discussão de Conceitos e Pressupostos Adotados na Literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol.8. Nº3. Págs. 775-782.
- López, M.; Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social e atención comunitária a personas com transtorno mental grave: Propuestas desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*. Vol. 27. Nº 9. Págs 187-223.
- Lucksted, A.; McFarlane, W.; Downing, D.; Dixon, L. (2012). Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of Marital and Family Therapy*. Vol.38 Nº1. Págs.101-121.
- Machado, M. (2009). *Adesão o Regime Terapêutico: Representações das Pessoas com IRC sobre o contributo dos Enfermeiros*. Lisboa: Instituto de Educação e Psicologia.
- Magliano, L.; Fadden, G.; Economou, M.; Held, T.; Xavier, M.; Guarnieri, M.; Malangone, C.; Marasco, C.; Maj, M. (2000). Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from biomed study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Nº 35. Págs. 109-115.
- Magliano, L.; Florillo, A.; Fadden, G.; Gair, F.; Economou, M.; Kallert, T.; Schellong, J.; Xavier, M.; Gonçalves-Pereira, M.; Gonzales, F.; Palma-Crespo, A.; Maj, M. (2005). Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association*. Vol. 4. Nº1. págs. 45-49. Acedido a: 25/04/2017. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414722/pdf/wpa040045.pdf>
- Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M. (2006). Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatr Serv*. Vol. 57. Serie 12. Págs. 1784-91.

- Marinheiro, P. (2002). *Enfermagem de Ligação*. Coimbra: Quarteto.
- Marques-Teixeira, J. (2003). *Défice cognitivo na esquizofrenia: dos consensos às incertezas*. Linda-a-Velha: Vale & Vale Editores, Lda.
- McFarlane, W.; Cook, W. (2007). Family expressed emotion prior to onset of psychosis. *Family Process*. Vol. 46, Nº 2. Págs. 185-197. Acedido a: 25/04/2017. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1545-5300.2007.00203.x/epdf>
- McCormack, B.; McCance, T. (2010). *Person-centered nursing theory and practice*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Mueser, K.; Torrey, W.; Lynde, D.; Singer, P.; Drake, R. (2003). Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behavior Modification*. Vol. 27. Nº3. Págs. 387-411.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2010). *Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. (3ª edição). Norwalk: Aplenton and Lange.
- Neuman, B.; Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. (5ª edição). Boston: Pearson.
- Nursing and Midwifery Board of Ireland. (2015). *Ethical Conduct in Research: Professional Guidance*. Dublin: NMBI
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ordem dos Enfermeiros. (1998). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros (2003). *Regulamento de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dia Internacional da Família: Enfermeiros e Famílias em parceria na construção da saúde para todos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
Acedido a 25/04/2017. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid_DiaInternacionaldaFam%C3%ADlia2008.aspx>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

International Council of Nurses. (2015). *CIPE 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde. (1998). *A Esquizofrenia: Informação para as famílias: iniciativa de apoio às pessoas diminuídas pela doença mental*. Genebra: Divisão da Saúde Mental.

Organização Mundial da Saúde. (2003). *Relatório Mundial da Saúde 2001. Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Osterberg, L.; Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *New England Journal Of Medicine*. Vol.353. Nº5. Págs.487-497.

Paz, F.; Bennasar, M. (2007). *Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia y otros transtornos psiquiátricos*. Barcelona: Ars Médica.

- Phaneuf, M. (2004). *Comunicação, Entrevista, Relação De Ajuda E Validação*. Loures: Lusociência.
- Petrea, I.; McCulloch, A. (2013). *Mental Health in Mackenbach: Successes and Failures of Health Policy in Europe*. Berkshire: McGraw-Hill Education.
- Pfammatter, M.; Andres, K.; Benner, H. (2012). *Manual de Psicoeducação e Gestão da Doença na Esquizofrenia*. Lisboa: Edição Encontrar-se.
- Pilling, S.; Bebbington, P.; Kuipers. (2002). Psychological Treatments in Schizophrenia: Meta-Analysis of Family Intervention and Cognitive Behaviour Therapy. *Psychological Medicine*. Vol. 32. Págs.763-782.
- Pitschel-Walz, G.; Leucht, S.; Bäuml, J.; Kissling, W.; Engel, R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*. Vol.27. Págs.73-92.
- Ramos, A. (1997). *Insuficiência Renal Crónica: Fisiopatologia e clínica. Princípios gerais de tratamento*. Lisboa: Clínica de Doenças Renais.
- Rosa, M.; Elkis H. (2007). Adesão em esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Vol.34. Nº2. Págs 189-192.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Sabaté, E. (2003). *Adherence To Long-Term Therapies: Evidence For Action*. Geneva: World Health Organization.
- Sadock, B.; Sadock, V. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. (9.^a Edição). Porto Alegre: Artmed.
- Santin, A.; Ceresér, K.; Rosa, A. (2005). Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Revista de psiquiatria clínica*. Vol. 32. Série 1, Págs. 105-109
- Santos, A. (2008). Aderência à terapêutica. O Papel do Especialista em Medicina Geral e Familiar. *Revista Fatores de Risco*. N.º 11. Págs 8-10.

- Saraiva, C.; Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental*. Lisboa: Lidl, Edições Técnicas Lda.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Edições técnicas, Lda.
- Segre, M.; Ferraz, F. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 31. Nº 5. Págs. 538-542. Acedido a 25/04/2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>
- Silva, I.; Pais-Ribeiro, J.; Cardoso, H. (2006). Adesão ao tratamento da diabetes Mellitus: A importância das características demográficas e clínicas. *Revista Referência*. 2ª Série. Nº 2. Págs.33-41.
- Silva, M. (2010). *O Ser Humano e a Adesão ao Regime Terapêutico – Um Olhar Sistémico sobre o Fenómeno*. Coimbra: Formasau.
- Sousa, M. (2003). *Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2*. Braga: Dissertação de Mestrado em Educação na Área de Especialização de Educação para a Saúde apresentada na Universidade do Minho Instituto de Educação e Psicologia.
- Taj, F.; Tanwir, M.; Aly, Z.; Ameer, A.; Asma, T.; Syed, F. (2008). Factors associated with Non-adherence among Psychiatric patients at a Tertiary Care Hospital, Karachi, Pakistan: a questionnaire based cross-sectional study. *Journal of the Pakistan Medical Association*. Vol.58. Nº8. Págs.432-436.
- Telles-Correia, D.; Barbosa, A.; Mega, I.; Monteiro, E. (2008). Psychiatric differences between liver transplant candidates with familial amyloid polyneuropathy and those with alcoholic liver disease. *Progress in Transplantation*. Vol. 18. Nº2. Págs 2134-139.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. (6ª edição). Loures: Lusociência.

- Vermeire, E.; Hearnshaw, H.; Van Royen, P.; Denekens, J. (2001). Patiente Adherence to treatment: three decades of reshearsh. A comprehensive reviw. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. Vol.26. Nº5. Págs. 331-342.
- Wikblad, F. (1991). Pathient perspectives of diabetes care and education. Sweden. *Journal of Advenced Nursing*. Nº 16. Págs.837-844.
- Wright, L.; Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias: guia para avaliação e intervenção na família*. (5ª Edição). São Paulo: Roca.
- World Health Organization (2005). *Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: OMS.
- World Health Organization (2011). *Impact of economic crises on mental health*. Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization (2011). *Mission to assess the progress of the mental health reforms in Portugal*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Xavier, M.; Baptista, H.; Mendes, J.; Magalhães, P.; Caldas-de-Almeida, J. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*. Vol. 7 Pág. 19.
- Yacubian, J.; Neto, F. (2001). Psicoeducação familiar. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. Vol.3. Nº 2. págs. 98-108. Acedido a: 25/04/2017. Disponível em:
<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/5047/3816Yacubian>
- Yalom, I.; Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Zeig, J.; Munion, W. (1990). *What is Psychotherapy? Contemporary Perspectives*. San Francisco: Jossey-Bass.

APÊNDICES

**APÊNDICE I - DOCUMENTO DE APOIO PARA AVALIAÇÃO INICIAL DA PESSOA NO
MOMENTO DA ADMISSÃO AO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA**

AVALIAÇÃO INICIAL
ADMISSÃO

ANTECEDENTES PESSOAIS							
Patologias							
Alergias/Intolerancias							
Hábitos							
alcool		outros:					
tabaco							
estupefacientes							
Medicação no Domicilio							
Medicamento	dose	jejum	p.alm	almoço	lanche	jantar	deitar
Internamentos Anteriores							
Observações							
Proveniencia							
Especificação da Proveniencia							
Motivo de Internamento							
Diagnósticos de Enfermagem							
Médico							
Observações							

DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA
SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE ADULTOS

AVALIAÇÃO INICIAL
ADMISSÃO



IDENTIFICAÇÃO			
Nome Preferido			
Profissão			
Escolaridade			
não sabe ler/ escrever			Ensino Superior
Ensino Básico			Outro:
Ensino Secundário			
Religião			
Adventista			Muçulmana
Budista			Protestante
Católica			Testemunha de Jeová
Judaica			Outra
Etnia			
Nacionalidade			
Portuguesa			
Outra			
Observações			

DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA
SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE ADULTOS

AVALIAÇÃO INICIAL
ADMISSÃO



ENQUADRAMENTO FAMILIAR/SOCIAL			
Prestador de Cuidados			
Nome			
Grau de parentesco			
Telefone/Tlm			
Observações:			
Meio Envólvente			
Rural			
Urbano			
Residência			
própria			instituição
familiar			outra
Familiar/Convivente			
Destino após a alta			
própria			instituição
familiar			outra
Observações			

AVALIAÇÃO INICIAL
ADMISSÃO

CONDIÇÃO DO DOENTE 1			
Tegumentos			
Integridade cutânea			
Não integra (tipo lesão)			
Pele			
Membrana mucosa			
outros			
Respiração			
Frequência			
Tipo			
Amplitude			
Ritmo			
Circulação			
TA			
Pulso			
observações			
Estado de Consciência			
Confuso		Obnubilado	
Consciente		Orientado	
Desorientado		Sonolento	
Inconsciente			
Estado Emocional			
Aagitado		Depressivo	
Agressivo		Irritabilidade	
Ansioso		Labilidade Emocional	
Calmo			
Comunicação			
Audição			
Visão			
Dor			
Temperatura Corporal			
Hábitos Alimentares			
SNG nº / tipo / data			
Nº Refeições			
Dieta habitual		Restrições	
Prótese Dentária			

AVALIAÇÃO INICIAL
ADMISSÃO

CONDIÇÃO DO DOENTE 2	
Eliminação Vesical	
Padão	
Algália nº / tipo / data	
Características da urina	
outros	
Eliminação Intestinal	
Frequencia	
Data da última dejeção	
Sono	
Padão (horas de sono)	
Medicação	
Observações	
Mobilidade	
Estado	
Observações	
Higiene	
Estado de Higiene	
Padrão	
Observações	
Actividade Sexual	
Atitudes terapêuticas	
Cateterismo periférico	
Outros	

APÊNDICE II – GUIA PARA AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

GUIA PARA AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

Apresentação física:

- Arranjo pessoal (cuidado/descuidado/bizarro)
- Característica física distintiva
- Contacto visual (mantido/intermitente/ausente)
- Higiene pessoal (cuidada/descuidada)
- Idade aparente (coincidente/superior/inferior à real)
- Vestuário adequado à estação do ano (adequado/descuidado)

Atitude durante a entrevista:

- Reservado (responde diretamente às perguntas colocadas)
- Colaborante (fornece informações relevante)
- Desconfiado (evita e interroga)
- Não-colaborante
- Hostil (tenta envergonhar e humilhar)
- Sedutor/manipulativo (tenta agradar para conseguir os seus objetivos)
- Ambivalente (adota em simultâneo atitudes incoerentes)

Posição/postura adotada no momento da entrevista:

- Posição (localização do corpo do cliente no espaço – deitado, sentado)
- Postura (posição relativa das partes do corpo - braços cruzados, inclinado para a frente)

Consciência/Estado de Alerta:

- Coma (estado de inconsciência do qual não pode ser acordado)
- Estupor (acorda apenas com estimulação dolorosa ou ruídos intensos)
- Hipervigília (estado de alerta aumentado)
- Letargia/Obnubilação (lentidão funcional, diminuição da capacidade sensorial, de compreensão e memória)
- Sonolência/hipersónia (predisposição aumentada para dormir, lentificação mental, bocejos, diminuição da energia)
- Vígil (estado alerta, desperto)

Atenção:

- Distrátil (incapaz de ignorar os estímulos irrelevantes)
- Preocupação interna (demonstra desatenção episódica)

Orientação:

- Orientação alopsíquica (espaço e tempo)
- Orientação autopsíquica (em relação a si mesma)

Memória:

- Agnosia (incapacidade de recordar o nome das coisas)
- Amnesia – orgânica ou psicogénica (perda de memória que pode ser total ou parcial)
- Anterógrada (dificuldade em fixar nova informação)
- Apraxia (incapacidade de executar movimentos previamente aprendidos)
- Confabulações (preenche a amnesia lacunar com ideias irreais)
- Criptomnésia (recorda algo que não reconhece como memória e evoca-o como sendo nova)
- Deja-vu (sensação de já ter vivido no passado uma situação que está a viver pela primeira vez)
- Falsos reconhecimentos (reconhece o que na realidade não conhece)
- Hipermnésia (aceleração do ritmo psíquico, intensificação da capacidade de evocar a memória)
- Ilusão de sócias – Capgrás (refere que um desconhecido se está a fazer passar por alguém da sua confiança)
- Ilusão de sócias – Fregoli (reconhece como familiar alguém que realmente nunca viu)
- Jamais-vu (sensação de que uma experiência acontece pela primeira vez, tendo já sido vivida no passado)
- Lacunar (não tem memória de um episódio)
- Memórias delirantes (constrói significados delirantes de acontecimentos reais que viveu)
- Retrógrada (incapaz de recordar acontecimentos passados)

Expressão Facial:

- Anímia (máscara sem expressão)
- Aterrorizado (muito assustado)
- Choro Fácil
- Expressivo (sem alterações)
- Hipernímia (aumento dos gestos e movimentos faciais)
- Hiponímia (diminuição dos gestos e movimentos faciais)
- Perplexo (admirado, hesitante e duvidoso)
- Risos imotivados (risos despropositados ou fora de contexto)

Contacto:

- Agressivo/hostil
- Evitativo (responde por monossílabos e não mantém contacto visual)
- Exuberante (exagerado)
- Impossível (mutismo)
- Indiferente (não reage à presença de outros)
- Negativista (contraria tudo o que lhe é pedido)
- Sintónico (adequado)
- Superficial (distante – discurso circunstancial)

Postura:

- Alteração neurológica (hipotonia, hipertonia, tremores)
- Esteriotipias motoras (movimentos repetidos desprovidos de significado)
- Expansiva (movimentos amplos e expressivos)
- Harmoniosa (disposição coerente entre a cabeça, o tronco e os membros)
- Retraída (movimentos encolhidos e acanhados)
- Tensa (movimentos rígidos)

Motricidade:

- Abulia (diminuição da espontaneidade, aumento do tempo de latência, diminuição da resposta a estímulos, verbalização correta mas sintética)
- Acatísia/Inquieto (não consegue permanecer quieto num local)
- Acinésia/Estático (corpo imóvel, postura firme em repouso)
- Apático (desinteresse por qualquer estímulo)
- Bradicínésia/Lentificado (diminuição da atividade motora)
- Cataplexia (perda súbita e involuntária da força muscular – cai desamparado)
- Catatonia (forma extrema da lentificação motora)
- Discinésia tardia (movimentos involuntários da boca e da língua)
- Estuproso (diminuição da atividade física e psíquica – olhar vago, silêncio)
- Hiperativo (inicia várias atividades mas não as consegue terminar)
- Hipercinésia/Agitado
- Livre (sem alterações)
- Marcha festinante (inicia-se com pequenos passos e acelera gradualmente, tendo dificuldade em parar)
- Tremores (movimentos oscilantes evidentes nas extremidades, frequentemente assimétricos)

Movimentos Dirigidos:

- Ambitendência (iniciativa de executar uma ação e ter a tendência contraditória de o suspender)
- Automatismos (descarga de movimentos involuntários de uma forma brusca e descoordenada)
- Catalepsia (posição imóvel constantemente mantida)
- Catatonia (catalepsia associada a flexibilidade cérea)
- Flexibilidade cérea (mantem posturas em que o colocam)
- Impulsão/compulsão (tendência irresistível suficiente para desencadear a execução de uma ação)
- Maneirismos (gestos e movimentos artificiais e exagerados muito repetidos e pouco usuais)
- Manuseamentos (manipulação de objetos traduzindo ansiedade)
- Mimetismo (tendência a imitar a pessoa que observa)
- Obstrução (interrompe a ação bruscamente associado ao bloqueio do pensamento)
- Preservação (persistência do mesmo ato, sinal de ansiedade)

- Tiques (movimentos súbitos e repetitivos)

Humor:

- Ansioso (sensação desagradável com angustia, aflição, preocupações e medos)
- Delirante (o mundo apresenta-se estranho, as coisas têm estrutura e significados diferentes, clima de suspeição)
- Disfórico/Depressivo (tristeza, perda de interesse e de iniciativa)
- Irritável/hostil (ao mais leve estímulo mostra raiva)
- Elação (expressão de alegria, confiança e sobrevalorização – menos acentuado que eufórico)
- Embotado (apático)
- Eufórico (sentimentos de grandeza e sobrevalorização)
- Eutímico (adequado ao contexto)
- Lábil/oscilante (alterna rapidamente entre os extremos – euforia, depressão, ansiedade)

Afetos:

- Ambivalência afetiva (coexistência de sentimentos contraditórios)
- Embotado (diminuído ao máximo, quase não existe afeto)
- Inadequado (desadequação entre o estímulo e o afeto; desinibição sexual; hostilidade)
- Incongruente (a expressão emocional não é coerente com o discurso)
- Indiferente (pouco evidente)
- Plano (inexistente)
- Restrito (amplitude afetiva limitada ou diminuída)
- Sintónico (adequado às circunstâncias, comportamento e fâcies expressivo)
- Superficial (pouco afetuoso)

Emoções:

- Alegria (boa disposição)
- Alexitimia (dificuldade em reconhecer as emoções; incapacidade de exprimir emoções)
- Anedonia (incapacidade de sentir prazer ou alegria na vida)
- Ansiedade (sentimento de apreensão, impaciência, angustia, aflição, inquietação, preocupação e medo)
- Euforia/mania (sensação de bem-estar, prazer, exaltação çevada ao extremo)
- Hipermotividade (desadequação entre o estímulo e a emoção)
- Indiferença (não sente emoção em relação à situação)
- Irritabilidade
- Labilidade emocional (oscilações rápidas entre os estados emocionais)
- Pânico/Fobia (reação de medo ou ansiedade exagerada)

Discurso/Linguagem:

Velocidade do discurso:

- Bradilália/Lentificação do discurso (de cadencia lenta)

- Fluente (o discurso tem ritmo, pausas e é considerado normal)
- Pressão do discurso/loquacidade (discurso acelerado e difícil de acompanhar)
- Taquilália (discurso acelerado mas que se consegue acompanhar)

Qualidade do discurso:

- Afasia (comprometimento da capacidade - na expressão ou compreensão)
- Afonia (incapacidade de produzir sons)
- Coprolália (utilizar calão e palavrões)
- Disartria (alteração na articulação das palavras)
- Disfasia (incapacidade de atribuir nome ao objeto)
- Disnomia (alteração da intensidade dos sons)
- Ecolália (repetição sucessiva de palavras)
- Estereotipias verbais (utilizar a mesma palavra repetidamente – “pronto”)
- Incoerente (sequencia de frases sem encadeamento lógico)
- Logoclonia (repetição sucessiva da ultima sílaba)
- Mutismo
- Neologismos (utilizar palavras novas ou atribuir novos sentidos a palavras vulgares)
- Palilália (repetição sucessiva da ultima palavra)
- Pedolália (falar de forma infantilizada)
- Perseveração (repetição da mesma frase várias vezes)
- Tartamudez (gaguez)
- Verbigerção (discurso incoerente pela repetição de palavras soltas sem sentido)

Pensamento:

Curso:

- Bloqueio (súbita suspensão do curso do pensamento)
- Bradipsiquia (sucessão lenta de pensamentos)
- Descarrilamento (saltar de um pensamento ao outro na fluidez do discurso)
- Fuga de ideias (mudança rápida de tema sem o concluir)
- Inibição (bradipsiquia intensa)
- Saltuário (bloqueio frequente, retomando o discurso com outra ideia, voltando ao inicial posteriormente)
- Taquipsiquia (sucessão rápida de pensamentos)

Forma:

- Circunstancial (*a ideia é alcançada após ideias secundárias*)
- Incoerente (as palavras não se relacionam entre si, frases sem significado e lógica)
- Pobre (desprovido de conteúdo; com pouca informação)
- Preserverante (mantém o mesmo tema)
- Sobre-inclusivo (utiliza palavras e expressões sem relação co o pensamento, que usa para concluir o objetivo)
- Tangencial (não responde à pergunta)

- Vago (pensamento tangencial muito acentuado)

Posse:

- Divulgação (o pensamento é transmitido para o exterior de forma direta – rádio/tv)
- Fobias (medo persistente e exagerado face ao estímulo)
- Inserção (são-lhe colocados pensamentos na mente por outras pessoas)
- Obsessões (ideias, emoção ou impulso que se impõem à consciência contra sua vontade)
- Roubo (é-lhe roubado o pensamento por outras pessoas)

Conteúdo:

- Crenças (convicções que podem ser absurdas mas explicadas no contexto religioso e sociocultural)
- Delírio (falsa crença ou ideia errada inabalável, não é suscetível de argumentação lógica e não se consegue explicar no contexto sociocultural e história de vida)
- Delírio de autorreferencia (sente-se alvo de observação ou motivo de conversa ou ação alheia)
- Delírio de Ciúme (convicção de que esta a ser enganado pelo parceiro)
- Delírio de controlo (convicção de que os seus atos e movimentos são controlados por outra pessoa)
- Delírio de Cotard (convicção de que está morto)
- Delírio de culpa (convicção de que cometeu um erro grave e deve ser castigado)
- Delírio de grandeza/megalómano (sente-se importante e possuidor de poderes)
- Delírio de Ruína (convicção de que perdeu tudo e todos ou que não há solução para os seus problemas)
- Delírio hipocondríaco (convicção de que tem uma doença, podendo mesmo a desenvolver sintomatologia)
- Delírio de pensamento mágico (convicção de que os seus pensamentos se traduzem em acontecimentos)
- Delírio Místico (convicção de ser ou ter uma relação com Deus/santo/bruxo)
- Delírio niilista (convicção de que partes do seu corpo estão doentes ou apodrecidas)
- Delírio ocupacional (relacionado com o trabalho, geralmente acompanhado de alucinações)
- Delírio persecutório (sente-se ameaçado ou seguido por pessoas ou grupos; desconfia e receia de pessoas desconhecidas)
- Delírio Sexual/erotomania (ser alvo da paixão de alguém)
- Ideias delirantes (convicções que surgem num contexto emocional, são prolongáveis no tempo podendo tornar-se delirantes)

Perceção:

Distorções sensoriais:

- Anestesia (não existe sensibilidade)
- Hiperestésias (exagero da sensibilidade)
- Hipoestésias (diminuição da sensibilidade)

Enganos sensoriais:

- Ilusões (interpretações erradas de estímulos reais)
- Macropsias (considerar os objetos maiores do que são na realidade)
- Micropsias (considerar os objetos mais pequenos do que são na realidade)
- Pareidolias (transformação de percepções reais controlada pelo indivíduo e que dão prazer – nuvens)
- Pseudo-alucinações (vozes sentidas dentro da cabeça, sem caráter corpóreo)

Alucinações:

- Alucinações (falsas percepções que ocorrem sem existência de estímulos reais, pertencem ao espaço exterior, são corpóreas e objetivas)
- Alucinações auditivas amigáveis (voz que elogia e reforça positivamente)
- Alucinações auditivas comentadoras (voz que narra o que a pessoa faz)
- Alucinações auditivas de eco (ouve os seus próprios pensamentos)
- Alucinações auditivas depreciativas (voz que critica negativamente as ações e pensamentos da pessoa)
- Alucinações auditivas imperativas (voz que dá ordens para cumprir)
- Alucinações auditivas na terceira pessoa (duas pessoas comentam entre si as ações e pensamentos da pessoa)
- Alucinações gustativas (sente sabor de determinado alimento/objeto na ausência do estímulo)
- Alucinações olfativas (sente cheiros sem estímulos reais)
- Alucinações tácteis ou somáticas cenestésicas (sente o sangue a correr nas veias ou o funcionamento dos seus órgãos)
- Alucinações tácteis ou somáticas cinestésicas (sente movimento do seu corpo ou de objetos exteriores)
- Alucinações tácteis ou somáticas funcionais (a sensação provoca uma alucinação no mesmo órgão sensorial)
- Alucinações tácteis ou somáticas reflexas (a sensação provoca uma alucinação num órgão sensorial diferente)
- Alucinações tácteis ou somáticas sensação de presença (sente a presença de algo ou alguém apesar de não sentir ou ouvir nenhum estímulo relacionado)
- Alucinações visuais de autoscopia negativa (a pessoa não se vê ao espelho)
- Alucinações visuais de autoscopia positiva (a pessoa vê-se a sua frente)
- Alucinações visuais extracampinas (vê fora do campo visual possível)
- Alucinações visuais internas (a pessoa vê os órgãos dentro do seu corpo)
- Alucinações visuais liliputianas (ver homens pequeninos)
- Alucinações visuais zoopsias (ver animais)

Alterações da presença do eu:

- Alteração da imagem corporal (imagem mental errada sobre o seu aspeto físico)

- Auto-negação (convicção de que não existe)
- Despersonalização (perda de identificação, dúvida sobre a própria existência)
- Desrealização (perda da realidade do mundo externo, tudo parece estranho e novidade)
- Dismorfobia (sobrevalorização de um defeito físico)
- Dissociação (presença de duas ou mais identidades)
- Membro fantasma (sente um membro que foi amputado)

Insight:

(a avaliação do insight foca-se na capacidade dos clientes para reconhecerem que estão doentes, compreenderem que os seus problemas são desvios do normal, que os seus comportamentos podem afetar terceiros e reconhecerem que a adesão terapêutica pode ser útil para o alívio dos sintomas)

- Adequado (ciente da realidade interna e externa)
- Diminuído

Juízo Crítico:

- Sem alteração (capacidade para tomar decisões)
- Alterado

Instinto de Conservação:

- Ideação suicida (ideia de cometer suicídio)
- Ideação suicida consistente (pensamento obsessivo e persistente)
- Ideação suicida estruturada (tem ideia formada de como, onde e quando o vai fazer)
- Tentativa de suicídio
- Automutilação

Ideação homicida (ideia de matar alguém)

**APÊNDICE III – FOLHETO INFORMATIVO PARA ENTREGA AOS FAMILIARES DA
PESSOA COM DMG NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR**

ORIENTAÇÕES PARA A FAMÍLIA

- ▼ Mantenha a esperança na melhor recuperação possível do seu familiar.
- ▼ Adote uma comunicação calma, clara e positiva.
- ▼ Defina regras e clarifique os limites, não seja demasiado exigente.
- ▼ Resolva um problema de cada vez.
- ▼ Colabore para a adesão à medicação prescrita.
- ▼ Incentive a comparência ou acompanhe o seu familiar às consultas e tratamentos.
- ▼ Facilite a adoção de estilos de vida saudáveis.
- ▼ Mantenha-se atento aos sinais de alerta.

CONTACTOS ÚTEIS

ADEB

(Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares)

21 8540740

FARPA

(Associação de familiares e amigos do doente psicótico)

243 352600 / 96 8809100

FELIZ MENTE

(Website de educação e sensibilização para a saúde mental)

felizmente.esenfc.pt

Elaborado por: Vanessa Domingos

Sob a orientação de: En.º Especialista Teresa Messano e Professor José Fáté

Realizado em: Outubro de 2017

Bibliografia principal: Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia: Para além dos mitos, descobrir a doença*. Cascais: Pírcula Editora.

De Regresso A CASA...



DEPARTAMENTO DE
PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL



Agora que o seu familiar vai regressar a casa, é importante...

ADOTAR UMA COMUNICAÇÃO POSITIVA

- ▼ Identifique e expresse as suas emoções de uma forma calma e clara.
- ▼ Procure ser sincero na sua comunicação.
- ▼ Evite a agressividade e a crítica negativa.
- ▼ Opte pelo elogio autêntico e por uma atitude de aceitação.
- ▼ Demonstre interesse e contribua para o bem-estar de todos.



RESOLVER OS PROBLEMAS DE FORMA EFICAZ

1. Reúna as pessoas envolvidas no problema.
2. Identifiquem claramente o problema e o objetivo que se pretende atingir.
3. Conversem sobre as várias soluções possíveis.
4. Escolham a melhor solução a tomar.
5. Defina quem faz o quê, quando e o que é necessário.
6. Reveja os resultados e identifique aspetos que ainda possam ser melhorados.

IDENTIFICAR OS PRINCIPAIS SINAIS DE ALERTA

- ▼ Comportamento ou discurso estranho.
- ▼ Agitação, agressividade e medo.
- ▼ Isolamento ou abandono do trabalho/escola.
- ▼ Descuido na higiene pessoal ou na aparência.
- ▼ Perturbação do sono ou dificuldade de concentração.
- ▼ Alteração da sensibilidade à luz ou ao barulho.
- ▼ Excessivas preocupações religiosas.
- ▼ Exageros ou restrições alimentares não habituais.
- ▼ Abuso de álcool ou drogas.



**CONTACTE A SUA
EQUIPA DE SAÚDE**

243 300 856

APÊNDICE IV – CARTAZ PARA ASSINALAR O DIA MUNDIAL DA SAÚDE MENTAL
(2017)

Saúde Mental em Contexto Laboral

A OMS definiu como tema para o Dia Mundial da Saúde Mental

"Saúde Mental em Contexto Laboral".

A promoção da saúde mental em contexto laboral contribui para o aumento da produtividade, diminuição do absentismo, crescimento económico, satisfação profissional e preservação do bem-estar individual e social.

Um contexto laboral promotor da saúde mental

- Favorece a comunicação entre os profissionais, a dignidade e a igualdade de oportunidades;
- Institui políticas de bem-estar que promovam a aceitação e a anti-estigmatização;
- Valoriza a dedicação e o empenho dos profissionais;
- Adota práticas que promovem e apoiam o equilíbrio entre vida profissional e a vida familiar dos profissionais;
- Identifica os sinais iniciais de *burnout*, promove a gestão positiva do stress individual e dentro da equipa e previne o *bullying*;
- Oferece recursos que permitem um diagnóstico precoce e condições para o tratamento da doença mental;
- Protege a confidencialidade das informações de saúde dos profissionais.

Estratégias que o profissional deve adotar em prol da sua saúde mental

- Valorizar-se profissionalmente e partilhar conhecimentos;
- Ser flexível e resiliente;
- Utilizar uma comunicação assertiva;
- Manter uma atitude positiva;
- Manter estilos de vida saudáveis;
- Conservar o equilíbrio entre a vida laboral e a vida social.



World Federation for Mental Health. (2017). Mental health in the workplace. World Mental Health Day 2017. USA: WFMH

Dia Mundial da Saúde Mental ***10 de Outubro de 2017***

Elaborado por: Vanessa Domingos

Sob a orientação de:

Teresa Massano (Enf^a coordenadora do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Santarém

José Falé (Professor adjunto na Escola Superior Enfermagem de Lisboa)



**APÊNDICE V – FOLHETOS INFORMATIVOS SOBRE PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
“PROMOÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO”**

PROGRAMAÇÃO

Temática	Data	Horário
Introdução	16/11/2017	10 h
Saúde Mental e Doença Mental		
Experiência de Doença Mental		
Gestão do Stress, Expressão das Emoções e Comunicação Positiva		
Adesão ao Tratamento e Prevenção da Agudização		
Tratamento Farmacológico		
Tratamento Não-Farmacológico		
Intervenção na Crise		
Bem-estar		
Conclusão		

LOCAL: Hospital de Dia de Psiquiatria
Hospital Distrital de Santarém

O seu bem-estar é muito importante para nós...

Agendaremos as datas e horários de cada sessão tendo em conta a sua disponibilidade!

Contamos com a sua presença!

Elaborado e dinamizado por:

- Vanessa Domingos

Sob a orientação de:

- En^o Especialista Teresa Massano
- Professor José Manuel Falé

DEPARTAMENTO DE
PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL



PROGRAMA PSICOEDUCATIVO



PROMOÇÃO

DA

ADESÃO AO TRATAMENTO

OBJETIVOS DO PROGRAMA

- Partilhar conhecimentos e experiências sobre saúde mental, doença mental, estratégias de tratamento e bem-estar.
- Promover a adoção de comportamentos com a finalidade de reduzir a intensidade dos sintomas e o risco de agravamento da doença.

SE... SAÚDE MENTAL

- Não é ausência de doença.
- É um estado de equilíbrio.
- É ser capaz de adotar comportamentos em prol do seu bem-estar.

ENTÃO... É MUITO IMPORTANTE ADERIR AO TRATAMENTO

FARMACOLÓGICO

- Tomar a medicação de acordo com a prescrição.

NÃO FARMACOLÓGICO

- Comparecer às consultas e aos tratamentos.
- Adotar estilos de vida saudáveis.

E... USAR ESTRATÉGIAS

PARA

- Gerir a doença e seus sintomas.
- Lidar com o stress.
- Comunicar de forma positiva.
- Facilitar a adesão ao tratamento.
- Relativizar os efeitos secundários da medicação.
- Agir precocemente perante os sinais de alerta.
- Manter o equilíbrio e conquistar maior qualidade de vida.

PROGRAMAÇÃO

Temática	Data	Horário
Introdução	16/11/2017	16 h
Saúde Mental e Doença Mental		
Experiência de Doença Mental		
Gestão do Stress, Expressão das Emoções e Comunicação Positiva		
Adesão ao Tratamento e Prevenção da Agudização		
Tratamento Farmacológico		
Tratamento Não-Farmacológico		
Intervenção na Crise		
Bem-estar		
Conclusão		

LOCAL: Unidade de Cuidados na Comunidade de Santarém

A saúde do seu familiar e o bem-estar da sua família é muito importante para nós...

Agendaremos as datas e horários de cada sessão tendo em conta a sua disponibilidade!

Contamos com a sua presença!

Elaborado e dinamizado por:

- Vanessa Domingos

Sob a orientação de:

- Enfª Especialista Teresa Massano
- Professor José Manuel Falé

DEPARTAMENTO DE
PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL



PROGRAMA PSICOEDUCATIVO



PROMOÇÃO

DA

ADESÃO AO TRATAMENTO

(GRUPO DE FAMÍLIAS)

OBJETIVOS DO PROGRAMA

- Partilhar conhecimentos e experiências sobre saúde mental, doença mental, estratégias de tratamento e bem-estar.
- Promover a adoção de comportamentos com a finalidade de reduzir a intensidade dos sintomas e o risco de agravamento da doença do seu familiar.

SE... SAÚDE MENTAL

- Não é ausência de doença.
- É um estado de equilíbrio.
- É ser capaz de adotar comportamentos em prol do seu bem estar.

ENTÃO... É MUITO IMPORTANTE AJUDAR O SEU FAMILIAR A:

ADERIR AO TRATAMENTO

FARMACOLÓGICO

- Tomar a medicação de acordo com a prescrição.

NÃO FARMACOLÓGICO

- Comparecer às consultas e aos tratamentos.
- Adotar estilos de vida saudáveis.

E... USAR ESTRATÉGIAS PARA

- Gerir a doença e seus sintomas.
- Lidar com o stress.
- Comunicar de forma positiva.
- Facilitar a adesão ao tratamento.
- Relativizar os efeitos secundários da medicação.
- Agir precocemente perante os sinais de alerta.
- Manter o equilíbrio e conquistar maior qualidade de vida.

APÊNDICE VI – SLIDES PROJETADOS

SLIDES PROJETADOS AO GRUPO DE PESSOAS COM DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ESQUIZOFRENIA

Slide 1



Programa Psicoeducativo
PROMOÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO

 Elaborado por: Vanessa Domingos
Sob a Orientação de: Entª Especialista Teresa Massano e Prof. José Manuel Falé

Slide 2



1ª Sessão

INTRODUÇÃO

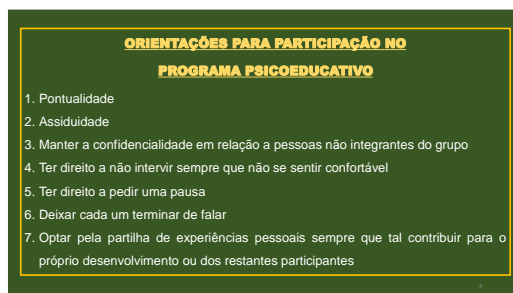
Slide 3



OBJETIVOS DO PROGRAMA

- ❖ Partilhar conhecimentos e experiências sobre saúde mental, doença mental, estratégias de tratamento e bem-estar;
- ❖ Promover a adoção de comportamentos com a finalidade de reduzir a intensidade dos sintomas e o risco de agravamento da doença.

Slide 4



ORIENTAÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA PSICOEDUCATIVO

1. Pontualidade
2. Assiduidade
3. Manter a confidencialidade em relação a pessoas não integrantes do grupo
4. Ter direito a não intervir sempre que não se sentir confortável
5. Ter direito a pedir uma pausa
6. Deixar cada um terminar de falar
7. Optar pela partilha de experiências pessoais sempre que tal contribuir para o próprio desenvolvimento ou dos restantes participantes

Slide 5



ADESÃO AO TRATAMENTO

Slide 6

2ª Sessão

SAÚDE MENTAL E DOENÇA MENTAL



Slide 7

DOENÇA MENTAL	SAÚDE MENTAL
É um estado de DESEQUILIBRIO	É um estado de EQUILIBRIO
AFETA O BEM ESTAR e a capacidade para cuidar de si mesmo	É ser capaz de RESOLVER OS SEUS PROBLEMAS
Afeta a capacidade para viver ativamente em sociedade	É ser capaz de adotar COMPORTEMENTOS em prol do seu BEM-ESTAR



Slide 8


Doença Mental

ESQUIZOFRENIA

SINTOMAS

- * Isolamento Social
- * Dificuldade em concentrar-se e em comunicar com outras pessoas
- * Diminuição da motivação para atingir os seus objetivos
- * Desorganização do pensamento e do comportamento
- * Alucinações
- * Ideias delirantes

ESTIGMA



Slide 9

3ª Sessão

EXPERIÊNCIA DE DOENÇA MENTAL



Slide 10

EXPERIÊNCIA DE DOENÇA MENTAL

SINTOMAS PSICÓTICOS

- Desorganização do pensamento
- Alteração do comportamento
- Ideias delirantes
- Alucinações



Slide 11

EM BUSCA DO EQUILIBRIO

ESTRATÉGIAS PARA GERIR A DOENÇA:

- Manter a sintomatologia da doença controlada (através da adesão ao tratamento)
- Manter o foco nos objetivos traçados
- Manter uma rede social saudável e de suporte

Slide 12

EM BUSCA DO EQUILIBRIO

ESTRATÉGIAS PARA COMBATER O ESTIGMA:


- Contribuir para que as outras pessoas conheçam a doença
- Manter uma atitude aberta e positiva para com a população em geral
- Fazer valer os direitos do doente sobre possíveis comportamentos discriminatórios

Slide 13

Os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde.

DIREITOS:

- Ser informado
- Receber tratamento e proteção
- Ter um papel ativo no seu tratamento
- Ter uma vida social e culturalmente ativa
- Trabalhar e ser devidamente remunerado
- Usufruir de condições dignas



Slide 14

4ª Sessão

**GESTÃO DO STRESS
E
COMUNICAÇÃO POSITIVA**



Slide 15


STRESS

Sentimento de pressão que ocorre quando se enfrentam situações desafiantes.

É UMA PARTE NATURAL DA VIDA!

Pode provocar o agravamento dos sintomas da doença.

É muito importante saber **LIDAR EFICAZMENTE** com as **SITUAÇÕES QUE PROVOCAM STRESS.**



Slide 16

EM BUSCA DO EQUILIBRIO

ESTRATÉGIAS PARA:
GERIR O STRESS

- Falar com alguém sobre o stress que está a sentir
- Usar técnicas de relaxamento
- Ser otimista e manter o sentido de humor
- Participar em atividades que lhe tragam tranquilidade e conforto
- Fazer exercício
- Escrever um diário
- Ouvir música
- Fazer trabalhos artísticos

ADOpte UMA COMUNICAÇÃO POSITIVA

Slide 17

EM BUSCA DO EQUILIBRIO

ESTRATÉGIAS PARA:
COMUNICAR DE UMA FORMA POSITIVA

- ▼ Identificar e expressar as suas emoções de uma forma calma e clara.
- ▼ Procurar ser sincero na sua comunicação.
- ▼ Evitar a agressividade e a crítica negativa.
- ▼ Optar pelo elogio autêntico e por uma atitude de aceitação.
- ▼ Demonstrar interesse e contribuir para o bem-estar de todos.

Slide 18

TREINAR A COMUNICAÇÃO POSITIVA

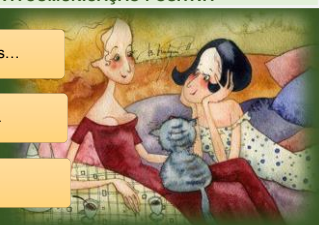
Quando dizes/fazes...

↓

Eu sinto (-me)...

↓

Gostaria que...



Slide 19

5ª Sessão

**ADESÃO AO TRATAMENTO
E
PREVENÇÃO DA CRISE**



Slide 20

CRISE

- Agravamento dos sintomas da doença
- Redução / Anulação do equilíbrio e bem-estar individual e familiar



Slide 21



Slide 22



Slide 23



Slide 24

ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

- Tomar a medicação de acordo com a prescrição

MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS

PRINCIPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	
	Injetável	Oral
Paliperidona	Xeplon	Invega
Risperidona	Risperdal Consta	Risperdal
Clozapina		Leponex
Aripiprazol		Abilify

Slide 25

ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

VANTAGENS	DESVANTAGENS
<ul style="list-style-type: none"> ▼ Diminuição dos sintomas psicóticos ▼ Diminuição do risco de crise ▼ Melhoria da qualidade de vida ▼ Maior capacidade para cumprir os seus objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> ▼ Efeitos secundários ▼ Toma regular

Slide 26



MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS

EFEITOS SECUNDÁRIOS

- Dificuldades motoras (tremores)
- Aumento do peso
- Alterações hormonais (alterações menstruais)
- Obstipação
- Boca seca
- Sonolência
- Aumento da produção de saliva
- Agitação

Slide 27

EM BUSCA DO EQUILÍBRIO

ESTRATÉGIAS PARA: LIDAR COM OS EFEITOS SECUNDÁRIOS DA MEDICAÇÃO

- Aumento da produção de saliva
- Alterações hormonais
- Dificuldades motoras
- Sonolência / Agitação

Conversar com o seu médico sobre alternativas de tratamento.

- Aumento de peso – Fazer dieta e atividade física
- Secura da boca - Beber muita água; mascar pastilha elástica
- Obstipação - Ingerir alimentos com muita fibra

Slide 28

EM BUSCA DO EQUILÍBRIO

ESTRATÉGIAS PARA: FACILITAR A ADEÇÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

- ♥ Conhecer os medicamentos que toma e aprender a lidar com os seus efeitos secundários
- ♥ Fazer a medicação (de toma oral) todos os dias à mesma hora
- ♥ Fazer a medicação (de toma injetável) sempre no mesmo dia da semana
- ♥ Adaptar a toma da medicação às suas rotinas diárias
- ♥ Utilizar diferentes formas para se lembrar de fazer a medicação (notas; calendários; tlm; caixas com divisórias; cartão do hospital)
- ♥ Pensar nos benefícios da toma da medicação conforme a prescrição

Slide 29

7ª Sessão

TRATAMENTO NÃO-FARMACOLÓGICO



Slide 30

ADEÇÃO AO TRATAMENTO NÃO-FARMACOLÓGICO

1. Comparecer às consultas e aos tratamentos
2. Adotar estilos de vida saudáveis



Slide 31


EM BUSCA DO EQUILIBRIO

ESTRATÉGIAS PARA:

1. COMPARECER ÀS CONSULTAS E AOS TRATAMENTOS

- ▼ Manter presente a importância de comparecer às consultas e aos tratamentos
- ▼ Utilizar diferentes formas para se lembrar da data e horário das consultas e tratamentos (notas; calendários; tm; cartão do hospital)
- ▼ Contar com a companhia de um familiar ou amigo

Slide 32



ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

- ✓ Alimentação saudável
- ✓ Abstinência de álcool e drogas
- ✓ Higiene corporal e cuidado com a aparência
- ✓ Sono reparador
- ✓ Atividade física regular e moderada
- ✓ Vida social ativa

Slide 33

EM BUSCA DO EQUILIBRIO

ESTRATÉGIAS PARA:

2. ADOTAR ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

- ▼ Manter presente a importância de adotar estilos de vida saudáveis
- ▼ Integrar a adoção de estilos de vida saudáveis nas rotinas diárias
- ▼ Convidar familiares e amigos para a prática de atividades saudáveis

Slide 34

8ª Sessão

INTERVENÇÃO NA CRISE



Slide 35



NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO

- Não tomar a medicação prescrita
- Faltar às consultas
- Não adotar estilos de vida saudáveis

↓

CRISE

Slide 36


CRISE

SINAIS DE ALERTA

- ▼ Comportamento ou discurso estranho.
- ▼ Agitação, agressividade e medo.
- ▼ Isolamento ou abandono do trabalho/escola.
- ▼ Descuido na higiene pessoal ou na aparência.
- ▼ Perturbação do sono ou dificuldade de concentração.
- ▼ Alteração da sensibilidade à luz ou ao barulho.
- ▼ Excessivas preocupações religiosas.
- ▼ Exageros ou restrições alimentares não habituais.
- ▼ Abuso de álcool ou drogas.

Contactar a Equipa de Saúde

243 300 299



Slide 37

9ª Sessão

BEM - ESTAR



Slide 38



Slide 39

10ª Sessão

CONCLUSÃO



Nota: Os slides projetados ao grupo de familiares foram devidamente adaptados para o efeito.

**APÊNDICE VII – LIVRO DE APOIO AO PROGRAMA PSICOEDUCATIVO “PROMOÇÃO
DA ADESÃO AO TRATAMENTO”**

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO

PROMOÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO



CONTACTOS ÚTEIS

ADEB

(Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares)
21 8540740

FARPA

(Associação de Familiares e Amigos do Doente Psicótico)
243 352600 / 96 8809100

FELIZ MENTE

(Website de educação e sensibilização para a saúde mental)
felizmente.esenfc.pt



DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA



Elaborado por:
Vanessa Domingos

Sob a orientação de:
Enfª Especialista Teresa Massano e Professor José Falé

APÊNDICE VIII – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, com identificação civil nº _____, aceito participar no projeto “Promoção da Adesão Terapêutica da Pessoa com Esquizofrenia - Intervenção Psicoeducativa Especializada de Enfermagem” desenvolvido no Hospital Distrital de Santarém no âmbito de Mestrado em Enfermagem.

Por me ter sido devidamente explicado, conheço os seus objetivos e as fases pelas quais se pretende que passe. Fui informado sobre a ausência de qualquer prejuízo e compreendo as vantagens que terei na sua participação.

Foi-me assegurada a possibilidade de, em qualquer momento, colocar todas as questões que considere pertinentes e, caso decida, retirar-me do projeto.

Foi-me garantido o anonimato, assim como a confidencialidade dos meus dados.

Pelo pressuposto, consinto livremente em participar neste projeto.

Assinatura _____

Data ___/___/____

APÊNDICE IX – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO DE INTERVENÇÃO

1) GRUPO DE PESSOAS COM DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ESQUIZOFRENIA

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS					
Género	Nº	%	Média	Max.	Min.
Masculino	8	88,9			
Feminino	1	11,1			
Idade			40,22	62	23
Escolaridade					
3º ciclo do ensino básico	3	33,3			
Ensino secundário completo	5	55,5			
Bacharelato/licenciatura completa	1	11,1			
Estado civil					
Solteiro	7	77,8			
União de facto	1	11,1			
Divorciado	1	11,1			
Profissão					
Estudante	1	11,1			
Trabalhador por conta própria	1	11,1			
Trabalhador por conta de outrem	1	11,1			
Reformado por invalidez	4	44,5			
Desempregado	2	22,2			

NÍVEL DE ADESÃO AO TRATAMENTO	Média					
	5,3					
	Por vezes		Raramente		Nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	4	44,4	4	44,4	1	11,1
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?	1	11,1	6	66,6	2	22,2
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?	1	11,1	6	66,6	2	22,2
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	2	22,2	3	33,3	4	44,4
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	2	22,2	3	33,3	4	44,4
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	0	0	0	0	9	100
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	2	22,2	3	33,3	4	44,4

OUTRAS DIMENSÕES AVALIADAS	Nº	%	Média	Max.	Min.
Atividade delirante presente	6	66,7			
Estado cognitivo (mini mental state)			29,7	30	28
Grau de comparência a consultas/tratamentos					
Nível de insight			6,6	13	0

NECESSIDADES PSICOEDUCATIVAS	Média
Saúde mental e doença mental	4
Esquizofrenia e seu impacto no dia-a-dia	3,4
Sintomas da esquizofrenia	3,4
Lidar com o estigma	3,6
Lidar com o stress	4
Lidar com as emoções	3,8
Comunicar melhor	3,3
Medicação e seus efeitos secundários	3,6
Importância de cumprir a medicação prescrita	3,7
Importância de comparecer às consultas	3
Importância de adotar estilos de vida saudáveis	3,7
Sinais de agudização na esquizofrenia	3,4
Intervir na crise	3,8
Bem-estar	4

2) GRUPO DE FAMILIARES DE PESSOAS COM DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ESQUIZOFRENIA

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS					
Género	Nº	%	Média	Max.	Min.
Masculino	5	35.7			
Feminino	9	64.3			
Idade			64,5	84	30
Parentesco					
Mãe	7	50			
Pai	5	35.8			
Filha	1	7.1			
Esposa	1	7.1			
Escolaridade					
1º Ciclo do ensino básico	3	21.4			
2º Ciclo do ensino básico	1	7.1			
3º Ciclo do ensino básico	3	21.5			
Ensino secundário completo	4	28.6			
Bacharelato/licenciatura completa	2	14.3			
Mestrado/doutoramento	1	7.1			
Estado civil					
União de facto	1	7.1			
Casado	13	92.9			
Profissão					
Trabalhador por conta própria	1	7.1			
Trabalhador por conta de outrem	2	14.3			
Reformado	10	71.5			
Desempregado	1	7.1			

NECESSIDADES PSICOEDUCATIVAS	Média
Saúde mental e doença mental	5
Esquizofrenia e seu impacto no dia-a-dia	4,7
Sintomas da esquizofrenia	4,8
Lidar com o estigma	4,7
Lidar com o stress	4,6
Lidar com as emoções	4,6
Comunicar melhor	4,9
Medicação e seus efeitos secundários	5
Importância de cumprir a medicação prescrita	4,7
Importância de comparecer às consultas	4,6
Importância de adotar estilos de vida saudáveis	4,9
Sinais de agudização na esquizofrenia	4,8
Intervir na crise	4,9
Bem-estar	4,9

QUESTIONÁRIO DE 1ª SESSÃO	Frequência de resposta
1 - O que espera deste programa?	
Aprender	13
Apoio / Suporte	2
Motivação	1
2 - Quais são as dificuldades atuais em relação ao seu familiar?	
Preocupação com o bem-estar	2
Compreender as limitações	1
Gerir a instabilidade emocional	2
Dificuldades financeiras	2
Sem ocupação	2
Sem motivação	2
Preocupação com o futuro	1
Gerir o comportamento	5
3 - O que entende por esquizofrenia?	
Não sei	2
O contrário do normal	1
Euforia / Oscilações dos estados de humor	2
Delírios / Visões / Alucinações	1
Comportamentos indesejáveis / alheios à razão	2
Afeta várias áreas da vida	1
Doença com surtos	2
Doença mental	3
Doença mental grave	2
Doença crónica	3
Doença complicada	1
Doença que precisa de medicamentos	1
4 - Que aspetos são importantes no tratamento da esquizofrenia?	
Não sei	1
Não há tratamento	1
Responsabilidade	1
Acompanhamento/tratamento médico	4
Socialização	2

Medicação	6
Ocupação	1
Bom ambiente e apoio familiar	1
Paciência / Calma / Compreensão / Amor / Disponibilidade	4
5 - O seu familiar toma sempre a medicação? Porquê?	
Sim	11
Não	3
Sim porque compreende a importância / é responsável	6
Sim por imposição / porque é estimulado	2
6 - De que forma o incumprimento da medicação influencia o bem-estar do seu familiar?	
Não responde	1
Não tem medicação para o bem-estar	1
Cumpre	4
Fica pior / Desorganizado / Descompensado	3
Fica agressivo	2
Fica ansioso / Impaciente / Com temperamento instável	3
Não melhora	1

APÊNDICE X – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO 1

1. SEXO:

Masculino	
Feminino	

2. IDADE:

_____ anos

3. ESCOLARIDADE:

Sem escolaridade	
1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano escolar completo)	
2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano escolar completo)	
3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano escolar completo)	
Ensino secundário Completo (12ª ano escolar completo)	
Bacharelato/Licenciatura completa	
Mestrado/ Doutoramento	

4. ESTADO CIVIL:

Solteiro(a)	
União de Facto	
Casado(a)	
Divorciado(a)	
Viúvo(a)	

5. PROFISSÃO:

Estudante	
Trabalhador por conta própria	
Trabalhador por conta de outrem	
Reformado	
Desempregado	

Data: ___/___/_____

APÊNDICE XI – QUESTIONÁRIO - NECESSIDADES PSICOEDUCATIVAS

QUESTIONÁRIO – NECESSIDADES PSICOEDUCATIVAS

Para avaliar qual o seu interesse na aprendizagem e partilha de determinados aspetos relacionados com a esquizofrenia, sugere-se o preenchimento do seguinte questionário.

1. SAÚDE MENTAL E DOENÇA MENTAL				
Nada interessado	Pouco interessado	Algo Interessado	Bastante interessado	Muito interessado
1	2	3	4	5
2. ESQUIZOFRENIA E SEU IMPACTO NO DIA A DIA				
Nada interessado	Pouco interessado	Algo Interessado	Bastante interessado	Muito interessado
1	2	3	4	5
3. SINTOMAS DA ESQUIZOFRENIA				
Nada interessado	Pouco interessado	Algo interessado	Bastante interessado	Muito interessado
1	2	3	4	5
4. LIDAR COM O ESTIGMA				
Nada interessado	Pouco interessado	Algo interessado	Bastante interessado	Muito interessado
1	2	3	4	5
5. LIDAR COM O STRESS				
Nada interessado	Pouco interessado	Algo interessado	Bastante interessado	Muito interessado
1	2	3	4	5
6. LIDAR COM AS EMOÇÕES				
Nada interessado	Pouco interessado	Algo interessado	Bastante interessado	Muito interessado
1	2	3	4	5
7. COMUNICAR MELHOR				
Nada interessado	Pouco interessado	Algo interessado	Bastante interessado	Muito interessado
1	2	3	4	5
8. MEDICAÇÃO E SEUS EFEITOS SECUNDÁRIOS				
Nada interessado	Pouco interessado	Algo interessado	Bastante interessado	Muito interessado
1	2	3	4	5

9. IMPORTANCIA DE CUMPRIR A MEDICAÇÃO PRESCRITA				
Nada interessado	Pouco interessado	Algo interessado	Bastante interessado	Muito interessado
1	2	3	4	5
10. IMPORTANCIA DE COMPARECER ÀS CONSULTAS				
Nada interessado	Pouco interessado	Algo interessado	Bastante interessado	Muito interessado
1	2	3	4	5
11. IMPORTANCIA DE ADOTAR ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS				
Nada interessado	Pouco interessado	Algo interessado	Bastante interessado	Muito interessado
1	2	3	4	5
12. SINAIS DE AGUDIZAÇÃO NA ESQUIZOFRENIA				
Nada interessado	Pouco interessado	Algo interessado	Bastante interessado	Muito interessado
1	2	3	4	5
13. INTERVIR NA CRISE				
Nada interessado	Pouco interessado	Algo interessado	Bastante interessado	Muito interessado
1	2	3	4	5
14. BEM ESTAR				
Nada interessado	Pouco interessado	Algo interessado	Bastante interessado	Muito interessado
1	2	3	4	5

Adaptado de Versão Portuguesa de “Educational Needs Questionnaire”
(Santos e Xavier, 2011)

Data: ___/___/_____

APÊNDICE XII – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO - FAMÍLIAS

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO – FAMÍLIAS

1. SEXO:

Masculino	
Feminino	

2. IDADE:

_____ anos

3. GRAU DE PARENTESCO/AFINIDADE COM A PESSOA DOENTE:

Mãe	
Pai	
Irmão	
Irmã	
Filha	
Filho	
Amigo	
Outro – Qual?	

4. ESCOLARIDADE:

Sem escolaridade	
1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano escolar completo)	
2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano escolar completo)	
3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano escolar completo)	
Ensino secundário Completo (12ª ano escolar completo)	
Bacharelato/Licenciatura completa	
Mestrado/ Doutoramento	

5. ESTADO CIVIL:

Solteiro(a)	
União de Facto	
Casado(a)	
Divorciado(a)	
Viúvo(a)	

6. PROFISSÃO:

Estudante	
Trabalhador por conta própria	
Trabalhador por conta de outrem	
Reformado	
Desempregado	

Data: ___/___/_____

APÊNDICE XIII – QUESTIONÁRIO DE PRIMEIRA SESSÃO - FAMÍLIAS

QUESTIONÁRIO DE PRIMEIRA SESSÃO

Pretende-se que responda individualmente às seguintes questões:

1. O que espera deste programa?

2. Quais são atualmente os seus problemas/dificuldades em relação ao seu familiar?

3. O que entende por esquizofrenia?

4. Que aspetos considera serem importantes no tratamento da esquizofrenia?

5. O seu familiar toma sempre a medicação conforme lhe é prescrita? Porquê?

6. De que forma o incumprimento do tratamento influencia o bem-estar do seu familiar?

Adaptado de Questionário - Primeira Sessão
(Barreto Carvalho e Barreto, 2007)

Data ___/___/_____

APÊNDICE XIV – ANÁLISE COMPARATIVA DOS DADOS”

ANÁLISE COMPARATIVA DOS DADOS
(GRUPO DE PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA)

GRAU DE COMPARÊNCIA A CONSULTAS E TRATAMENTOS	Nº	%
Seis meses anteriores ao programa	7	77,8
Durante do programa	9	100

NÍVEL DE INSIGHT	MÉDIA	MÁX.	MÍN.
Primeira sessão	6.6	13	0
Ultima sessão	13.6	24	4

NÍVEL DE ADESÃO AO TRATAMENTO	MÉDIA		AUMENTO GLOBAL			
Primeira sessão	5,3		0,5			
Ultima sessão	5,8					
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	POR VEZES		RARAMENTE		NUNCA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primeira sessão	4	44,4	4	44,4	1	11,1
Ultima sessão	1	11,1	2	22,2	6	66,7
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?	POR VEZES		RARAMENTE		NUNCA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primeira sessão	1	11,1	6	66,6	2	22,2
Ultima sessão	1	11,1	2	22,2	6	66,7
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?	POR VEZES		RARAMENTE		NUNCA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primeira sessão	4	44,4	1	11,1	4	44,4
Ultima sessão	0	0	1	11,1	8	88,9
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	POR VEZES		RARAMENTE		NUNCA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primeira sessão	2	22,2	3	33,3	4	44,4
Ultima sessão	0	0	0	0	9	100
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	POR VEZES		RARAMENTE		NUNCA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primeira sessão	2	22,2	3	33,3	4	44,4
Ultima sessão	0	0	0	0	9	100
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	POR VEZES		RARAMENTE		NUNCA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primeira sessão	0	0	0	0	9	100
Ultima sessão	0	0	0	0	9	100
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	POR VEZES		RARAMENTE		NUNCA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PRIMEIRA SESSÃO	2	22,2	3	33,3	4	44,4
ULTIMA SESSÃO	0	0	1	11,1	8	88,9

ANÁLISE COMPARATIVA DOS DADOS

(GRUPO DE FAMILIARES DE PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA)

QUETIONÁRIO DE PRIMEIRA SESSÃO	REPOSTAS	QUETIONÁRIO DE ULTIMA SESSÃO				
1 - O que espera deste programa?						
Frequência de resposta						
13	Aprender					
2	Apoio / Suporte					
1	Motivação					
		1 - O programa de psicoeducação foi ao encontro das suas expetativas?				
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Nº</th> <th style="width: 40%;">%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">14</td> <td style="text-align: center;">100</td> </tr> </tbody> </table>	Nº	%	14	100
Nº	%					
14	100					
	Sim					
		2 - Que aspetos do programa considerou mais importantes para dar resposta às suas necessidades?				
		Frequência de resposta				
	Todos	3				
	Partilha	5				
	Aprendizagem	11				
	Apoio	1				
	Motivação / Esperança	1				

Conclui-se que o programa foi ao encontro das expetativas de 100% dos participantes, suprimindo as necessidades de aprendizagem, apoio e motivação identificadas no questionário de primeira sessão e ainda acrescentando a partilha como o segundo aspeto mais importante.

2 - Quais são as dificuldades atuais em relação ao seu familiar?		3 - Quais são atualmente os seus maiores problemas em relação ao seu familiar doente? São os mesmos ou diferentes do início da formação?
Frequência de resposta		Frequência de resposta
2	Preocupação com o bem-estar	
1	Compreender as limitações	
2	Gerir a instabilidade emocional	
2	Dificuldades financeiras	
2	Sem ocupação	
2	Sem motivação	3
1	Preocupação com o futuro	1

5	Gerir o comportamento	1
	Isolamento	1
	Está melhor	4
	Os mesmos	6
	Diferentes	8

Conclui-se que no final do programa 6 participantes consideraram que as dificuldades identificadas eram as mesmas que inicialmente e que 8 participantes admitiram que eram diferentes, sendo que desses 8 elementos, 6 consideraram que os seus familiares estavam melhores. “Preocupação com o bem-estar”; “Compreender as limitações”; “Gerir a instabilidade emocional”; “Dificuldades financeiras”; “Sem ocupação” deixaram de ser considerados dificuldades. “Sem motivação” foi um problema identificado por mais um elemento do grupo. “preocupação com o futuro” manteve-se identificado pelo mesmo participante. “Gerir o comportamento” deixou de ser problema para 4 elementos, o que se torna sugestivo de que se conclua que o programa psicoeducativo forneceu ferramentas eficientes neste sentido. O isolamento foi identificado como problema apenas no questionário de última sessão, sob esse aspeto podemos equacionar que, apesar de existir, anteriormente não era considerado um problema para o familiar em questão.

3 - O que entende por esquizofrenia?		4 - O que entende por esquizofrenia?
Frequência de resposta		Frequência de resposta
2	Não sei	
1	O contrário do normal	
2	Euforia / Oscilações dos estados de humor	
1	Delírios / Visões / Alucinações	
2	Comportamentos indesejáveis / alheios à razão	
1	Afeta várias áreas da vida	
2	Doença com surtos	
3	Doença mental	7
2	Doença mental grave	2
3	Doença crónica	2
1	Doença complicada	2
1	Doença que precisa de medicamentos	1
	Doença incapacitante	1
	Doença que implica alteração da percepção	6
	Doença que implica diminuição da concentração	1
	Doença que implica isolamento	4
	Doença que implica sofrimento para o doente e família	2
	Doença que implica delírio, psicose, paranoia	3
	Doença que implica alteração do comportamento	1

Ao questionário de primeira sessão 2 familiares responderam que não sabiam o que é esquizofrenia, sendo que as restantes respostas se podem considerar pobres, pouco estruturadas e mesmo estigmatizantes. Globalmente ao questionário de última sessão todos

os participantes se referiram à esquizofrenia enquanto doença, caracterizando-a corretamente e demonstrando conhecimentos adequados relativamente à mesma.

4 - Que aspetos são importantes no tratamento da esquizofrenia?		5 - Que aspetos são importantes no tratamento da esquizofrenia?
Frequência de resposta		Frequência de resposta
1	Não sei	
1	Não há tratamento	
1	Responsabilidade	
4	Acompanhamento/tratamento médico	
2	Socialização	
6	Medicação	10
1	Ocupação	1
1	Bom ambiente e apoio familiar	5
4	Paciência / Calma / Compreensão / Amor / Disponibilidade	6
	Assiduidade às consultas	1
	Respostas sociais	1
	Autocontrolo	1

No questionário de primeira sessão, relativamente aos aspetos importantes no tratamento da esquizofrenia, 1 elemento referiu que não sabia e outro encontrava-se convencido que de não havia tratamento. No mesmo questionário, o acompanhamento/tratamento médico constituíram 4 das respostas, sendo que no questionário de última sessão esse aspeto não foi considerado por nenhum participante. Em contrapartida, a medicação tinha constado de 6 respostas, observando-se um aumento para 10 respostas no questionário de última sessão, e o bom ambiente/apoio familiar que apenas tinha sido constatado numa resposta passou a ser considerado em por 5 pessoas. Sob estes aspetos podemos propor como justificação a eficácia da aprendizagem conseguida tanto ao nível da importância da medicação como ao nível de um ambiente familiar facilitador da recuperação da pessoa doente. Ainda neste contexto, “Paciência / Calma / Compreensão / Amor / Disponibilidade” foram aspetos importantes para o tratamento que inicialmente tinham sido identificadas em 4 respostas, passando posteriormente a ser identificadas em 6 respostas, o que nos remete ao entendimento de que fez sentido ao grupo a importância da redução da emoção expressa negativa em ambiente familiar.

5 - O seu familiar toma sempre a medicação? Porquê?		6 - O seu familiar toma sempre a medicação? Porquê?
Frequência de resposta		Frequência de resposta
11	Sim	12
3	Não	2
6	Sim porque compreende a importância/é responsável	8
2	Sim por imposição / porque é estimulado	2

Pelo questionário de primeira sessão foi notório que, de acordo com a perceção dos seus familiares 11 pessoas doentes tomavam sempre a medicação, sendo que 6 destas porque compreendiam a importância e 2 porque eram estimuladas ou por imposição.

Comparativamente no resultado de última sessão compreende-se que mais 1 pessoa doente passou a tomar sempre a medicação e porque compreendia a importância de tal.

6 - De que forma o incumprimento da medicação influencia o bem-estar do seu familiar?		7 - De que forma o incumprimento da medicação influencia o bem-estar do seu familiar?
Frequência de resposta		Frequência de resposta
1	Não responde	
1	Não tem medicação para o bem-estar	
4	Cumpe	7
3	Fica pior / Desorganizado / Descompensado	2
2	Fica agressivo	3
3	Fica ansioso / Impaciente / Com temperamento instável	1
1	Não melhora	2
	Entra em crise	4

Ao questionário de primeira sessão um elemento não respondeu a esta questão e outro referiu “não tem medicação para o bem-estar” o que nos sugere dificuldade na compreensão da pergunta ou conhecimentos não adequados sobre o tema. Para além destes e das respostas que referem “cumpe”, os familiares tinham a experiência das consequências do incumprimento do tratamento farmacológico. No questionário de última sessão foi objetiva a resposta “entra em crise” que nos mostra aquisição de terminologia e conhecimentos relativamente à temática.

APÊNDICE XV – QUESTIONÁRIO DE ÚLTIMA SESSÃO - FAMÍLIAS

QUESTIONÁRIO DE ÚLTIMA SESSÃO

Pretende-se que responda individualmente às seguintes questões:

1. O programa de psicoeducação foi ao encontro das suas expectativas?

2. Que aspetos do programa considerou mais importantes para dar resposta às suas necessidades?

3. Quais são atualmente os seus maiores problemas em relação ao seu familiar doente? São os mesmos ou diferentes do início da formação?

4. O que entende por esquizofrenia?

5. Que aspetos considera serem importantes no tratamento da esquizofrenia?

6. O seu familiar toma sempre a medicação conforme lhe é prescrita? Porquê?

7. De que forma o incumprimento do tratamento influencia o bem-estar do seu familiar?

Adaptado de Questionário - Última Sessão
(Barreto Carvalho e Barreto, 2014)

Data ___/___/_____

ANEXOS

**ANEXO I – DECLARAÇÃO DE PARECER FAVORÁVEL PELA
COMISSÃO DE ÉTICA DO HDS**



Santarém, 10 de Outubro de 2017

Apreciação e Votação do Parecer

A Comissão de Ética apreciou o pedido de autorização para Aplicação dos Instrumentos de Avaliação e o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido a Todos os Participantes do Programa de Intervenção Psicoeducativa; investigadora, Enf.ª Vanessa Domingos. —

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética do HDS presentes.

Presidente: Dr.ª Maria Lopes Jorge

Dr.ª Judite Matias

Dr. Custódio Fidalgo

Dr. Frazão Grego

Dr. Luís Siopa

Dr.ª Judite Matias

RESULTADO DA VOTAÇÃO: PARECER FAVORÁVEL

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde



(Dr.ª Maria Lopes Jorge)

ANEXO II – MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

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

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

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

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

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

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

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

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

Nota: _____

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

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

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

Fechou os olhos _____

Nota: _____

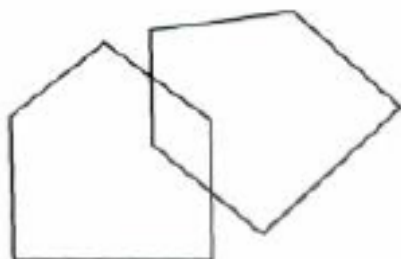
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

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

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



Cópia:

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

ANEXO III – ESCALA DE AVALIAÇÃO DO *INSIGHT*

Escala de Avaliação do Insight Marková e Berrios

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

(Vanelli et al, 2010)

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO:

Leia cada uma das questões abaixo enunciadas e responda SIM ou NÃO.

Lembre-se que esta é a sua opinião e que não existem respostas certas ou erradas.

ANEXO IV – MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO

Medida de adesão ao tratamento (MAT)

Leia cada uma das questões abaixo enunciadas e faça um círculo em volta da resposta que melhor descreve a sua situação.

Lembre-se que não existem respostas certas ou erradas.

I. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?					
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6
II. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?					
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6
III. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?					
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6
IV. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6
V. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6
VI. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?					
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6
VII. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?					
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

(Delgado e Lima, 2001)

Data: ___/___/_____