



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Relatório de Estágio

**GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO DA PESSOA PORTADORA DE
ESQUIZOFRENIA: UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA**

Fernanda Maria dos Santos Antunes Neto

Orientadora:

Prof.^a Maria de Fátima dos Santos Rosado Marques

Évora

2012



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Relatório de Estágio

**GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO DA PESSOA PORTADORA DE
ESQUIZOFRENIA: UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA**

Fernanda Maria dos Santos Antunes Neto

Orientadora:

Prof.^a Maria de Fátima dos Santos Rosado Marques

Ser enfermeiro...
É respeitar as capacidades,
As crenças e os valores de cada um.
É procurar o outro
E encontrá-lo na sua realidade,
Junto aos seus.
É criar oportunidades...
Para fazer crescer,
A partir do que se é, e sabe.
É promover a autonomia.
É ver para além do horizonte,
Ajudar a encontrar respostas,
É criar oportunidades
De traçar novos caminhos,
É ser persistente na derrota,
É dar esperança no fracasso.
É delegar poder
E não deixar de o ter,
Transformando-o em conhecimento,
Em capacitação
É acompanhar o caminho,
Ajudar a caminhar.
Promover conforto,
Planear cuidados.
Ser enfermeiro...
É ser responsável pelas decisões que se toma.
É saber escutar, transmitir confiança,
É estar com o outro...
É um misto de sentimentos,
Quando o sofrimento não faz sentido,
É o manter sereno
E transmitir confiança
Mesmo quando chega ao fim da linha...

Dulce Silva (2005)

RESUMO

Gestão do Regime Terapêutico da Pessoa Portadora de Esquizofrenia: Um Programa de Intervenção Terapêutica

Na nossa prática profissional, observámos que os utentes portadores de esquizofrenia apresentam regularmente dificuldade em gerir o regime terapêutico.

Esta realidade merece uma particular atenção por parte dos enfermeiros, pois é uma das principais causas de incapacidade e tem consequências importantes ao nível da qualidade de vida dos utentes, do seu bem-estar físico/mental e socioeconómico.

Para dar resposta a esta problemática considerámos pertinente implementar e desenvolver um programa de intervenção terapêutica aos utentes portadores de esquizofrenia internados no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Garcia de Orta, EPE, que contribua para a integração dos diferentes aspetos da gestão do regime terapêutico e melhore a adesão após a alta hospitalar.

Após a implementação e desenvolvimento do programa, constatámos que os utentes adquiriram um melhor autoconhecimento face à doença, capacidade de identificar sintomas e de pedir ajuda perante sinais de recaída, bem como, uma melhor adesão ao regime terapêutico.

Palavras chave: Gestão do regime terapêutico, esquizofrenia, programa de intervenção terapêutica, enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

ABSTRAT

Therapeutic Regime Management of the Person with Schizophrenia: A Program of Therapeutic Intervention.

In our professional practice, we observed that patients with schizophrenia have usually difficulty in the managing of the therapeutic regimen.

This fact deserves special attention from nurses because it is a principal cause of disability and has important consequences on the quality of life of users, their physical/mental wellbeing and socio-economic.

To respond to this problematic we consider appropriate to implement and develop a program of therapeutic intervention to schizophrenic patients hospitalized in the Department of Psychiatry and Mental Health of the Hospital Garcia de Orta, EPE, which contributes to the integration of different aspects of the management of therapeutic regimen and improve the adherence after the discharge.

After the implementation and development of the program, we found that patients got a better Self-knowledge face to the disease, ability to identify symptoms and seek help before signs of relapse, as well as improved adherence to therapy regimen.

Keywords: Management of therapeutic regimen, schizophrenia, a program of therapeutic intervention, mental health nursing and psychiatry.

AGRADECIMENTOS

Mais do que o final de uma etapa curricular, este trabalho constitui um momento de reflexão crítica e autoanálise das competências desenvolvidas ao longo deste percurso académico, e reconheço que tal só foi possível, com o contributo e apoio das pessoas, a quem pretendo exprimir os meus mais profundos agradecimentos:

A todos os utentes que participaram neste programa de intervenção terapêutica, pois a eles devo a possibilidade de vivenciar e adquirir novas experiências, que em muito contribuíram para o meu desenvolvimento de competências e o meu crescimento pessoal e profissional.

À Sr.^a Professora Maria de Fátima dos Santos Rosado Marques, pela sua disponibilidade, incentivo, apoio e orientação na elaboração deste relatório.

Ao meu marido e filho, para quem estive tão pouco presente e disponível, mas que nunca me negaram o seu apoio, carinho e compreensão.

Aos colegas e amigos pela ajuda, desabafos e cumplicidades.

A todos o meu profundo agradecimento!

ÍNDICE DE SIGLAS

CHKS – Caspen Healthcare Kowleg de Systems

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DSM-IV-TR - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EPE – Empresa Público Estatal

ICNP – International Classification for Nursing Praticce

WHO – World Health Organization

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

ÍNDICE GERAL

0 -	INTRODUÇÃO	11
1-	CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE CUIDADOS	16
1.1 -	O Hospital Garcia de Orta, EPE	16
1.2 -	O Ambiente de Cuidados	17
2 -	A PESSOA COM ESQUIZOFRENIA - UMA REALIDADE	25
2.1 -	Caracterização da população portadora de esquizofrenia	25
2.1.1 -	<i>Necessidades básicas alteradas na pessoa portadora de esquizofrenia</i>	29
3 -	PROGRAMA DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA	32
3.1 -	Percurso Metodológico	32
3.1.1 -	<i>Recrutamento da População alvo</i>	32
3.1.1.1 -	<i>Considerações Éticas</i>	33
3.1.2 -	<i>Metodologia Utilizada</i>	34
4 -	TRABALHO REALIZADO E RESULTADOS OBTIDOS	42
4.1 -	Caraterísticas da População Alvo	42
4.2 -	Trabalho Realizado com os Utentes	47
4.2.1 -	<i>Resultados Obtidos com cada um dos Utentes</i>	56
4.2.1.1 -	<i>Resultados Obtidos com o Utente A</i>	57
4.2.1.2 -	<i>Resultados Obtidos com o Utente B</i>	65
4.2.1.3 -	<i>Resultados Obtidos com o Utente C</i>	73
5 -	ANÁLISE REFLEXIVA DO TRABALHO REALIZADO	82
6 -	CONCLUSÃO	88
7 -	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89

8-	ANEXOS	96
Anexo 1	Autorização da Direção de Enfermagem	97
Anexo 2	Termo de Consentimento Informado	98
Anexo 3	Questionários sobre “Estilos de vida Saudáveis”	99
Anexo 4	Questionário sobre “Situação de Saúde Atual”	100
Anexo 5	Questionário Sociodemográfico	101
Anexo 6	Ação de Formação sobre “Estilos de Vida Saudáveis”	102
Anexo 7	Ação de Formação sobre “Aprender para melhor viver”	103
Anexo 8	<i>Follow-up</i>	104
Anexo 9	Verbatim das Entrevistas	105

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Indicadores de Avaliação	41
Tabela 2	Características da População Alvo	46
Tabela 3	Avaliação do Trabalho Realizado com os Utentes	81

0 – INTRODUÇÃO

No decorrer da experiência profissional que temos desenvolvido no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Garcia de Orta EPE, verificámos que a esquizofrenia representa uma das principais causas de internamento.

Da nossa avaliação empírica constatamos que estes utentes apresentam regularmente dificuldade em gerir o seu regime terapêutico, o que favorece uma elevada percentagem de recaídas e reinternamentos, motivados essencialmente pelo abandono da terapêutica prescrita.

Esta realidade merece uma particular atenção por parte dos profissionais de saúde, pois para além de ser uma das principais causas de incapacidade, tem consequências importantes na qualidade de vida e no bem-estar físico, social, económico e mental do utente e dos seus familiares.

Assim sendo, torna-se premente desenvolver intervenções terapêuticas de enfermagem que permitam ao utente uma cooperação ativa no seu processo terapêutico, de forma a que desenvolva o autoconhecimento e compreenda a sua situação de saúde, através da aquisição de conhecimentos e habilidades que lhe possibilitem fazer opções e tomar decisões adequadas ao seu processo de cuidados.

Pretendemos deste modo, que o utente adquira novos comportamentos que tenham impacto positivo nas suas queixas, sinais, sintomas, incapacidades e disfuncionalidades, bem como uma maior autonomia e controlo sobre as decisões que afetam a sua saúde.

Segundo Meleis (2007) os cuidados de enfermagem tomam por foco a ajuda das pessoas na gestão dos seus processos de transição ao longo da vida, ou seja, a resposta humana à doença e aos processos de vida.

De acordo com Petronilho (2007), a missão nobre dos enfermeiros é aumentar o repertório de conhecimentos e habilidades do utente, para que este seja capaz de adaptar-se aos seus processos de transição quer estes decorram da doença aguda ou da doença crónica, através da produção de um processo de cuidados em parceria com o utente.

Este processo de cuidados deve basear-se na relação interpessoal, de forma a ajudar o utente a adaptar-se à sua situação de saúde e a colaborar ativamente no seu processo de recuperação, bem como na prevenção de recaídas e de novos reinternamentos.

As respostas do ser humano aos processos de saúde terão aqui um peso importante, não só como foco de conhecimentos de enfermagem, mas também como foco de estudo, no sentido da capacitação ou da adaptação a novas situações de saúde, indicando a necessidade de compreender o que conduz o utente a optar por um determinado comportamento em detrimento de outro.

Neste contexto, é elementar uma compreensão profunda acerca da realidade interna e externa que envolve cada utente, para que consigamos perceber quais as suas resistências, necessidades, dificuldades e capacidades, a forma como cada um consegue perceber a sua situação de saúde, e o modo como determinada realidade pode influenciar o seu funcionamento psíquico, social, familiar e profissional. É assim fundamental destacar o valor das representações e do ponto de vista que cada utente faz acerca da sua realidade.

Assim sendo, é de suma importância que nos centremos no utente como ser único e distinto, dotado de capacidades e habilidades para exprimir as suas necessidades de ajuda, os seus sentimentos e emoções, os seus desejos e vontades, tornando-o parceiro de cuidados e inserindo-o no seu processo terapêutico, contribuindo deste modo, para uma recuperação o mais precoce possível e que facilite o retorno ao seu ambiente familiar e social, com qualidade de vida e bem-estar.

A nossa experiência clínica em contexto hospitalar, revela-nos que uma elevada percentagem de utentes com o diagnóstico de esquizofrenia, não admitem que estão doentes, revelam ausência de *insight* para a sua situação de saúde e tratamento, bem como, dificuldade em manter o tratamento a longo prazo. Muitas vezes evidenciam baixa autoestima, falta de esperança em relação à evolução positiva da sua situação de saúde, ausência ou baixa confiança no profissional de saúde, verbalizam incumprimento total ou parcial do regime terapêutico e exteriorizam um agravamento dos sintomas da doença.

As consequências da não-adesão ao regime terapêutico instituído após a alta hospitalar são graves, quer para os utentes e famílias, quer para a sociedade em geral, consumindo recursos consideráveis do sistema de saúde, na medida em que existe um maior número de recaídas, reinternamentos, pior prognóstico e consequentemente maior custo monetário (Vanelli et al, 2009), bem como a redução da sua qualidade de vida.

Torna-se assim prioritário um investimento por parte dos enfermeiros no desenvolvimento de intervenções terapêuticas, que permitam reduzir as barreiras ou os

obstáculos à gestão e ao cumprimento do regime terapêutico (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009).

As questões da não-adesão ao regime terapêutico são multifatoriais e complexas e prendem-se com:

- As atitudes do utente em relação à doença e aos tratamentos;
- A negação da doença (perda de *insight*);
- O estigma sentido em relação à doença mental;
- O processo e as características da doença;
- A falta de motivação;
- A incapacidade quer física quer cognitiva para operacionalização e manutenção do regime;
- A sua percepção sobre a relação risco-benefício;
- A complexidade do regime terapêutico;
- A falta de conhecimentos sobre hábitos de vida saudáveis, alimentação equilibrada, exercício físico adequado;
- Os efeitos secundários dos fármacos;
- As expectativas muito elevadas nos resultados esperados em relação aos efeitos terapêuticos do regime;
- A complexidade do regime medicamentoso;
- A passividade no processo de cuidados centrando a responsabilidade nos outros;
- O tempo e a ausência de sintomas;
- As crenças culturais acerca da doença e do tratamento (Silva, 2008; Rosa e Elkis, 2007; Klein e Gonçalves, 2005).

Por seu lado Silva (2008), refere que os fatores que contribuem para a adesão ao regime terapêutico eficaz são:

- As experiências positivas, os conhecimentos e a forma como os mobiliza, quer em termos do seu problema de saúde, quer relacionado com o regime terapêutico;
- A influência positiva das suas crenças;
- A autorresponsabilização e a manutenção de uma relação de confiança com os profissionais de saúde e o papel da família na manutenção da adesão (p. 12).

De acordo com a literatura, o termo “gestão do regime terapêutico” é pouco utilizado, mas o Conselho Internacional de Enfermeiros considera-o um foco da área de atenção na prática dos cuidados de enfermagem e define-o como:

“Um tipo de comportamento de adesão com as características específicas: executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária” (CIPE/ICNP, 2003, p. 58).

Ainda segundo o mesmo Conselho Internacional de Enfermeiros, o foco de atenção “adesão” é um tipo de volição, ou seja, a escolha consciente, ato de escolher para o bem-estar próprio, com as características específicas:

“Ação auto-iniciada para a promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento” (CIPE/ICNP, 2005, p. 81).

WHO, (2003) acrescenta ainda que existe adesão quando o comportamento do utente, na toma da medicação, no cumprimento de uma dieta, e/ou nas mudanças de estilo de vida, coincide com as recomendações de um profissional de saúde.

Segundo Padilha e Oliveira e Campos (2010), a promoção da gestão do regime terapêutico, emerge como uma resposta multidisciplinar e multiprofissional no âmbito da saúde às condicionantes expressas, para capacitar o utente para o autocontrolo da sua condição de saúde. A ausência de competências cognitivas influencia negativamente a capacidade do utente em se adaptar à sua condição de saúde e implementar comportamentos conducentes a diminuir a sintomatologia ou a alterar o estado de saúde. Esta problemática torna-se mais evidente, quando estamos perante um utente com um regime terapêutico complexo. Este conceito refere-se a um regime terapêutico com recurso a múltiplas estratégias farmacológicas e não farmacológicas em simultâneo. Destaca-se a polimedicação, com um elevado número de tomas diárias e a utilização de estratégias não farmacológicas, como a alteração de estilos de vida, onde se incluem os hábitos alimentares, de exercício, de sono e repouso (Padilha e Oliveira e Campos, 2010), bem como a mudança de rotinas e comportamentos, tanto a nível profissional como pessoal.

De acordo com os mesmos autores, a gestão eficaz do regime terapêutico, implica a aquisição de competências cognitivas e instrumentais, que permitam a sua integração com fluidez e mestria no quotidiano do utente, promovendo a adaptação à nova condição de saúde, contribuindo para o autocontrolo do seu processo de recuperação, bem como para a melhoria da sua qualidade de vida.

Neste contexto e para que consigamos dar resposta a esta problemática, temos como finalidade implementar e desenvolver um programa de intervenção terapêutica, aos utentes portadores de esquizofrenia internados no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Garcia de Orta, EPE, que contribua para a integração dos diferentes aspetos da gestão do regime terapêutico e para a melhoria da adesão terapêutica após a alta hospitalar.

Assim, o objetivo desta intervenção profissional é:

- Desenvolver técnicas de intervenção terapêutica, que contribuam para a optimização da gestão do regime terapêutico por parte do utente portador de esquizofrenia, após a sua alta hospitalar.

Deste modo, o presente relatório descreve uma intervenção profissional, no âmbito de um serviço de internamento em contexto de cuidados e encontra-se dividido em três partes.

Na primeira parte, apresentamos a análise do contexto profissional, caracterizando a instituição, o ambiente de cuidados e a pessoa portadora de esquizofrenia, assim como as suas necessidades básicas alteradas.

Na segunda parte, descrevemos o programa de intervenção, o percurso metodológico, o recrutamento da população alvo, as considerações éticas e a metodologia utilizada.

Na terceira parte efetuamos uma análise do trabalho desenvolvido, apresentando as características da população alvo e o trabalho realizado com os utentes. Por fim, completamos com uma análise dos resultados obtidos e suas conclusões.

1 – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE CUIDADOS

1.1 – O Hospital Garcia de Orta, EPE

O Hospital Garcia de Orta, EPE encontra-se localizado junto aos acessos da Ponte 25 de Abril, na Freguesia do Pragal, Concelho de Almada. A sua área de referência abrange os Concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra, assim como utentes vindos do sul do país que necessitem de cuidados de uma especialidade cuja valência não exista na sua área de residência, nomeadamente neurocirurgia. Serve diretamente uma população de 350.000 habitantes, que tem vindo a aumentar exponencialmente, com elevado grau de recorrência às várias especialidades.

Tem como missão prestar cuidados diferenciados e uniformizados a todos os utentes, expressando os seus valores e padrões institucionais, da seguinte forma:

- Assegurar cuidados hospitalares científicos e tecnicamente efetivos;
- Garantir a privacidade do utente;
- Garantir o atendimento do utente independentemente da sua raça, cultura, religião, língua materna, idade, género, orientação sexual e incapacidade;
- Garantir o bom relacionamento interpessoal e com os utentes;
- Elevar o grau de satisfação dos utentes internos e externos;
- Promover a satisfação dos profissionais e a sua qualidade de vida no trabalho, assim como a fornecedores de bens e outros serviços;
- Promover a existência de cuidados apropriados ao estado de saúde dos utentes, nos âmbitos: preventivo, curativo, de reabilitação e em fase terminal;
- Garantir a formação e informação ao utente e família do seu estado de saúde;
- Aperfeiçoar continuamente a investigação, assegurando a elaboração e revisão periódica de manuais de políticas e procedimentos e de toda a documentação que fomenta o equilíbrio de uma organização;
- Desenvolver o sistema de informação, como um meio de comunicação de apoio à gestão e comunicação hospitalar interna e externa;
- Incentivar e promover a formação dos profissionais de saúde;
- Respeitar e promover o meio ambiente criando um lugar “aprazível”.

O Hospital tem como órgão máximo a comissão instaladora, da qual fazem parte o Presidente do Conselho de Administração, a Diretora Clínica, o Administrador Delegado e a Enfermeira Diretora. Em termos estruturais fazem parte outros órgãos, nomeadamente de participação, de consulta e apoio técnico, conforme o disposto na lei de gestão hospitalar.

O edifício com uma capacidade superior a 629 camas, assenta numa tipologia tradicional em forma de H, com nove pisos, tendo como anexos outros pisos menores, reservados para instalações gerais e de apoio. Os pisos superiores destinam-se a serviços de internamento e exames auxiliares de diagnóstico.

O Hospital encontra-se organizado em departamentos, baseados num critério técnico de divisão de trabalho, serviços e unidades funcionais, dirigidos por responsáveis com objetivos de gestão comuns, procurando ir ao encontro das necessidades do utente e que passamos a mencionar: Médico; Cirúrgico; Pescoço e Cabeça; Função Motora; Dor e Emergência; Medicina Nuclear; Medicina Física e Reabilitação; Imagiologia; Laboratório; Farmácia; Imunohemoterapia; Cuidados Continuados; Formação Contínua e Investigação.

1.2 – O Ambiente de Cuidados

Em Junho de 2007, foi inaugurado o Serviço de Psiquiatria com as valências de Internamento de Agudos e de Consulta Externa. O edifício encontra-se situado fora do edifício principal do hospital e mantém uma interdependência com as outras especialidades e unidades funcionais. Para além destas valências faz parte ainda do Serviço a Unidade de Intervenção Comunitária do Seixal – Hospital de Dia/Área de Dia, que se encontra aberta ao público desde outubro de 2004 e está sediada na Cruz de Pau.

O Serviço de Psiquiatria tem por missão prestar assistência psiquiátrica e de saúde mental aos utentes com idade superior a 17 anos e 364 dias, que residam no Concelho de Almada e Seixal.

É também missão do serviço melhorar a qualidade dos cuidados, através da realização de programas de educação e promoção para a saúde ao utente/família/prestadores de cuidados, reabilitando e reintegrando os utentes do foro psiquiátrico na comunidade, criando condições para a promoção da saúde, prevenindo

recaídas e diminuindo os reinternamentos. Considera-se que este serviço cumpre quase integralmente o que está estabelecido no Decreto-Lei 36/98 e 35/99, não conseguindo contudo dar resposta na sua globalidade às situações que recorrem ao serviço de urgência, o que é colmatado com o apoio do Serviço de Urgência Psiquiátrica do Hospital Barreiro. Outra missão é fomentar a formação contínua permitindo o desenvolvimento das competências técnicas e relacionais, tendo em vista as boas práticas no cuidar.

A visão do Serviço de Psiquiatria está em consonância com a estratégia da reforma do sistema nacional de saúde e com a certificação do CHKS, pretendendo ser reconhecido como um sistema organizacional de excelência no cuidar para a comunidade dos Concelhos de Almada e Seixal e uma referência a nível Nacional.

De acordo com o plano estratégico, aprovado pelo Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta, EPE, o Serviço de Psiquiatria rege-se pelos seguintes valores:

- Centralização dos cuidados ao utente;
- Prática clínica pautada por padrões clínicos e de ética;
- Equidade da acessibilidade aos cuidados de saúde;
- Promoção da qualidade procurando otimização dos recursos existentes.

As atividades do Serviço de Psiquiatria são várias e desenvolvem-se em 7 áreas distintas, as quais passamos a referir de forma sintética, de modo a permitir uma compreensão da sua dinâmica:

Consulta Externa de Psiquiatria e Saúde Mental:

- Consulta de Enfermagem - efetua-se diariamente na Unidade de Intervenção Comunitária do Seixal, para os utentes que residem no Concelho do Seixal; e no Serviço de Psiquiatria/Consulta Externa, para os utentes do Concelho de Almada;
- Consulta Externa de Psiquiatria - efetua-se diariamente na Unidade de Intervenção Comunitária do Seixal - Cruz de Pau, para os utentes que residem no Concelho do Seixal e no Hospital Garcia para os utentes do Concelho de Almada;
- Consulta de Psicologia Clínica – realiza-se diariamente na Unidade de Intervenção Comunitária do Seixal - Cruz de Pau e no Serviço de Psiquiatria em Almada;

- Consulta de Psiquiatria Geriátrica - é realizada semanalmente na Unidade de Intervenção Comunitária do Seixal articulada com um programa de atelier de memória e de apoio aos familiares/cuidadores. No Serviço de Psiquiatria/Consulta de Almada, realiza-se a consulta de psiquiatria geriátrica duas vezes por semana, articulada com um programa de apoio aos familiares/cuidadores;
- Consulta/Terapia Ocupacional – é realizada semanalmente para utentes externos residentes no Concelho de Almada;
- Consulta/Assistência de Serviço Social – é efetuada diariamente, aos utentes dos dois Concelhos.

Urgências Psiquiátricas:

- O apoio psiquiátrico ao Serviço de Urgência Geral é efetuado por um psiquiatra e um psicólogo, nos dias úteis das 9.00h às 21.00h no Hospital Garcia de Orta, EPE. Nos dias úteis das 21.00h até às 8.00h, sábados, domingos e feriados, os utentes são observados no Serviço de Urgência Psiquiátrica do Hospital Barreiro;
- A Urgência Interna funciona em regime de prevenção todos os dias úteis das 21:00h às 09:00h e nos fins de semana durante as 24 horas;
- Os utentes são admitidos no serviço através da urgência geral, da consulta externa de psiquiatria, ou por transferência de outros serviços do hospital. O seu internamento pode ser voluntário ou em regime compulsivo (previsto na Lei nº. 36/98, de 24 de Julho, conhecida por Lei de Saúde Mental).

Hospital Dia/Área de Dia:

- Realizam diariamente atividades de reabilitação psicossocial e integração dos utentes com doença crónica de evolução prolongada que residem no Concelho do Seixal, com intervenção de uma equipa multidisciplinar.

Visitação Domiciliar:

- Realizada essencialmente pela equipa de enfermagem na supervisão terapêutica e na relação de ajuda ao utente/família/cuidador, com participação da assistente social e do psiquiatra assistente. Esta atividade é realizada pontualmente após análise de caso pelos técnicos envolvidos.

Psiquiatria de Ligação:

- Dá apoio diário às solicitações dos outros Serviços do Hospital Garcia de Orta, EPE para cuidados de natureza psiquiátrica aos utentes neles internados. É efetuada por um psiquiatra com apoio de dois psicólogos.

Psiquiatria de Forense:

- Avaliações periciais e elaboração de relatórios psiquiátricos e de psicologia por ordem dos tribunais ou pelo Instituto de Medicina Legal. Atividade efetuada no Serviço de Psiquiatria e nos tribunais das comarcas de Almada e Seixal.

Atividades Formativas:

O serviço participa no processo formativo e investe na formação contínua, através de:

- Estágios clínicos no curso de pós licenciatura de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e/ou mestrado em enfermagem;
- Estágios clínicos no curso de licenciatura em enfermagem.
- Estágios clínicos de licenciatura em medicina;
- Internato de medicina geral e familiar;
- Internato complementar de psiquiatria;
- Estágios de psicologia clínica;
- Estágios de terapia ocupacional;

A equipa de saúde sendo multidisciplinar, é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de serviço social, psicólogos, terapeutas ocupacionais e secretárias de unidade.

Atualmente desempenham funções no serviço de internamento, profissionais de diversas áreas, nomeadamente:

- Vinte enfermeiros, dos quais dezassete estão em regime de *roulement* e três em regime de horário fixo, nomeadamente uma enfermeira chefe, uma enfermeira coordenadora do serviço e uma enfermeira graduada.
- A equipa médica que é constituída por nove médicos especialistas em psiquiatria, um dos quais é diretor de serviço e outro é coordenador do internamento e três médicos a realizar o internato em psiquiatria;
- Dois técnicos de serviço social, que dão apoio social aos utentes/famílias que se encontram no serviço de internamento ou no ambulatório;
- Uma psicóloga, que trabalha diretamente com a equipa de saúde e realiza entrevistas e elabora testes de avaliação psicológica aos utentes internados;

- Uma terapeuta ocupacional que realiza atividades diárias com os utentes, contando sempre com a participação da equipa de enfermagem;
- Treze assistentes operacionais em regime de *roulement*, com um horário de 35 horas semanais e que desempenham atividades de acordo com as suas funções;

Tendo o serviço como missão contribuir para a reabilitação e reintegração dos utentes na comunidade, promovendo a sua saúde e prevenindo recaídas e reinternamentos, definiu-se como prioritário em plano de ação de enfermagem para o ano de 2011, o seguinte objetivo: “Melhorar a qualidade do atendimento e dos cuidados prestados aos utentes”. Assim, foram determinadas várias intervenções terapêuticas, que visam contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados prestados ao utente/família/cuidadores, as quais passamos a enumerar:

- Implementação do programa de psicoeducação para familiares/cuidadores de pessoas com esquizofrenia;
- Implementação do grupo de apoio aos familiares/cuidadores de pessoas com demência;
- Consolidação de atividades terapêuticas nomeadamente: clube de leitura; expressão pela música; yoga do riso; técnicas de relaxamento; reunião comunitária;
- Implementação do programa educação para a saúde - promoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente: alimentação, exercício físico, sono/repouso, higiene/arranjo pessoal.
- Implementação do grupo de preparação para a alta aos utentes/família/cuidadores, visando ações de promoção e educação para a saúde, sobre o saber lidar com a situação de saúde; sinais e sintomas de alerta; prevenção de recaídas; gestão do regime medicamentoso; efeitos secundários da medicação; importância da adesão ao regime medicamentoso; encaminhamento e *follow-up* telefónico após um mês de alta hospitalar.

No que respeita à dinâmica e funcionamento do serviço a equipa multidisciplinar organiza uma reunião clínica semanal à segunda-feira, com médicos, enfermeiros, terapeuta ocupacional, técnica de serviço social e psicóloga para discutir a evolução clínica e o plano terapêutico dos utentes. Realiza uma reunião quinzenal com todos os profissionais do internamento, consulta externa e unidade de intervenção comunitária do

Seixal, tendo em vista a articulação de cuidados dos utentes da área de referência do Seixal.

A equipa de enfermagem, relativamente às habilitações académicas é constituída atualmente por dezanove enfermeiros que possuem a licenciatura e um enfermeiro com o bacharelato. No que se refere à área de especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, existem atualmente oito enfermeiros especialistas, e cinco enfermeiros encontram-se a realizar a especialidade, os restantes sete elementos são enfermeiros generalistas. Mais de metade dos enfermeiros possuem vários anos de experiência profissional e a sua média de idades está compreendida entre os 31 e os 50 anos de idade. Quanto à experiência no serviço de psiquiatria, 14 enfermeiros integram o serviço desde a sua abertura ao público, julho de 2007.

O método de trabalho de enfermagem utilizado é misto. Diariamente é distribuído a cada enfermeiro um número de utentes por quem fica responsável e a quem presta cuidados personalizados e individualizados. O enfermeiro responsável quando o utente dá entrada no serviço, efetua a entrevista de avaliação diagnóstica, identifica os diagnósticos de acordo com as dificuldades e/ou necessidades do utente, estabelece o plano de cuidados e prescreve intervenções de forma a obter ganhos em saúde. Ao longo do internamento atualiza o plano de cuidados e redefine se necessário os diagnósticos e as intervenções de acordo com a evolução clínica do utente. Quando o utente tem alta clínica, realiza a carta de alta/transferência.

O processo clínico encontra-se informatizado. No que respeita aos registos de enfermagem foi adotado pelo Hospital e Serviço de Psiquiatria a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), colocada em prática através do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Esta classificação permite avaliar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem através das respostas às intervenções de enfermagem, tendo por base os diagnósticos identificados, de modo a obter ganhos em saúde.

No serviço, os principais espaços onde ocorrem interações enfermeiro-utente, são as salas de atividades, o refeitório, o corredor, a sala de enfermagem, o quarto dos utentes e os gabinetes. Nos três últimos espaços é onde se realizam as interações mais estruturadas, nomeadamente o processo de avaliação diagnóstica e o processo de intervenção terapêutica de enfermagem, sendo estes os espaços que oferecem mais condições de privacidade. Contudo os outros espaços permitem-nos uma interação social que contribui para estabelecer contato com o utente e melhorar a relação de

confiança, condição essencial para o desenvolvimento de qualquer intervenção terapêutica.

Os utentes aquando da entrada no serviço são espoliados de todos os seus pertences que são entregues à família ou cuidador, se o utente assim o desejar. Caso isto não aconteça, os pertences ficam guardados no serviço em cacifo individual e os valores são colocados no cofre. Não é permitido aos utentes terem telemóvel, computador, objetos cortantes, cintos, ou outros objetos que possam pôr em causa a sua segurança e/ou a dos outros.

É fornecido a cada utente um fato de treino, camisola e chinelos da instituição para que possam ser usados ao longo do dia. À noite após a ceia, é facultado um pijama, sendo que todas as roupas fornecidas são mudadas diariamente após os cuidados de higiene que se realizam entre as 7 e as 8 horas da manhã. A roupa das camas é mudada também diariamente. Todos os quartos têm duas camas e casa de banho com duche.

Cada utente possui uma caixa individual onde são guardados os seus produtos de higiene e a sua roupa interior, que fica em armário fechado, sendo estes pertences fornecidos ao utente sempre que o mesmo os solicita.

Ao longo do dia os quartos dos utentes permanecem encerrados desde as 8 horas da manhã até às 13 horas, altura em que podem fazer a sesta, encerrando novamente das 15 até às 20 horas. O encerramento dos quartos tem como objetivo, incentivar os utentes a interagir e a participar nas atividades terapêuticas realizadas diariamente, de modo a que não fiquem isolados nos seus quartos, sem qualquer tipo de interação e/ou contato social. Permanecem nos quartos os utentes que devido à sua situação clínica, não apresentam condições para interagir com os outros utentes, nem para participarem nas atividades terapêuticas diárias.

A hora do silêncio ocorre entre as 21 e as 7 horas, período durante o qual todos os utentes têm que permanecer nos seus quartos.

As refeições são realizadas no refeitório, com exceção dos utentes que devido à sua situação clínica tenham que efetuar as mesmas no quarto. Quanto aos horários, o pequeno-almoço é às 9 horas, o almoço às 13 horas, o lanche às 17 horas, o jantar às 19 horas e a ceia às 21 horas. As refeições são acondicionadas em embalagens térmicas individualizadas para cada utente e após o término da refeição os talheres são retirados e contabilizados. Toda a alimentação ingerida pelos utentes é da responsabilidade da empresa fornecedora com exceção de alguma alimentação fornecida pelos familiares e que é consumida na hora de visita. Nenhum utente pode consumir ou ter alimentos no

seu quarto, de modo a prevenir complicações decorrentes de engasgamento, provocado por sonolência ou lentificação motora.

O serviço possui uma sala de fumo, sendo este o único local onde os utentes podem fumar e são os profissionais que acendem os cigarros. Nesta sala existe uma máquina de cafés e águas, à qual os utentes podem aceder através de colocação de moedas.

Todos os utentes têm direito a receber duas visitas simultaneamente nas salas de atividades ou no seu quarto se a situação clínica o justificar. Existe diariamente três horários de visitas, sendo estes das 11 às 12 horas; das 15 às 17 horas e das 18 horas e 30 minutos às 19 horas. São interditas as visitas, sempre que os utentes expressem essa vontade ou os técnicos entendam que as mesmas são prejudiciais para a sua evolução clínica.

Diariamente todos os utentes podem efetuar um telefonema para o exterior e receber todos os que lhe sejam dirigidos, salvo se os técnicos considerarem que os mesmos não são benéficos para a sua evolução clínica.

O internamento é regime de porta aberta contudo a porta encontra-se fechada por sistema electrónico e só abre mediante cartão magnético, as janelas possuem um sistema de fecho que só abre uma ranhura para circulação de ar e os vidros são inquebráveis, de forma a prevenir acidentes e garantir a segurança dos utentes.

Diariamente os utentes saem à rua acompanhados pela terapeuta ocupacional e pelos enfermeiros, realizam passeios pela zona externa do hospital e vão à papelaria do edifício principal buscar o jornal, sendo estes, momentos privilegiados de interação com o meio envolvente e com o exterior, contribuindo para o desenvolvimento de competências sociais.

Toda a dinâmica e organização do serviço visa a melhoria e promoção do atendimento e da qualidade de cuidados prestados aos utentes/família/cuidadores, assim como a evolução positiva da sua situação de saúde, sua satisfação e bem-estar.

2 – A PESSOA COM ESQUIZOFRENIA – UMA REALIDADE

2.1 – Caracterização da População Portadora de Esquizofrenia

Com a realização deste trabalho, considerámos pertinente direcionar a nossa intervenção terapêutica aos utentes portadores de esquizofrenia, uma vez que é uma patologia com ampla representatividade no serviço de psiquiatria de internamento de agudos.

A esquizofrenia é uma doença mental grave, crónica e está associada a elevados défices funcionais, que exigem do enfermeiro uma assistência próxima e continuada de cuidados (Townsend, 2011).

A prevalência da esquizofrenia ao longo da vida é de 1%, afectando um elevado número de pessoas. Identificável praticamente em todo o mundo atinge todas as classes sociais e raças, distribui-se de igual forma por ambos os sexos e manifesta-se preferencialmente no final da adolescência ou início da idade adulta. No sexo feminino o seu aparecimento ocorre habitualmente entre os 25 e 30 anos de idade e no sexo masculino ocorre entre os 15 e os 25 anos de idade (Kaplan e Sadock e Greeb, 2003; Afonso 2010). Cerca de 90% dos utentes em tratamento, com o diagnóstico de esquizofrenia, apresentam uma média de idades entre os 15 e os 50 anos. As pesquisas têm mostrado que os homens estão mais predispostos a sofrerem de sintomas negativos e que as mulheres conseguem ter um funcionamento social superior ao dos homens (Kaplan e Sadock e Greeb, 2003).

Em média, estes utentes vivem menos 9 a 12 anos do que a população em geral (Lambert, Velakoulis e Pantelis 2003). Estima-se que a taxa de mortalidade seja duas vezes superior à da população em geral e cerca de 10% é devida ao suicídio (Patel, et al, 2008).

De acordo com Kaplan e Sadock e Greeb, (2003), o suicídio é uma causa comum de morte nos utentes com esquizofrenia, uma vez que cerca de 50% destes, tentam o suicídio pelo menos uma vez durante a sua vida. Durante um período de seguimento de 20 anos de doença, cerca de 10% a 15% destes utentes suicidam-se, não existindo predomínio em nenhum dos sexos quanto à taxa de suicídio. Os principais fatores de risco são a presença de sintomas depressivos, ser jovem e ter altos níveis pré mórbidos de instrução.

O quadro clínico da esquizofrenia é diversificado e nem sempre é de fácil percepção, uma vez que não existe nenhum sinal ou sintoma que por si só seja suficiente para se definir o diagnóstico. Na verdade, os sintomas variam ao longo da evolução da doença (Afonso, 2010) e caracterizam-se por delírios, alucinações, comportamento catatônico ou muito desorganizado, discurso desorganizado, embotamento afetivo, alogia ou avolição (Kaplan e Sadock, 1998; Townsend, 2011). Para ser confirmado o diagnóstico de esquizofrenia, o utente tem que apresentar sinais contínuos de perturbação psicótica persistente há pelo menos seis meses. Este período de seis meses deve incluir pelo menos dois sintomas cada um do qual durante um período de um mês (Kaplan e Sadock, 1998; Townsend, 2011).

Segundo o DSM-IV-TR, (2002), existem vários tipos de esquizofrenia, nomeadamente a paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada e residual.

No tipo paranoide, predominam as ideias delirantes ou alucinações auditivas, num contexto de relativa preservação das funções cognitivas e do afeto. As ideias delirantes são tipicamente persecutórias ou de grandeza. Normalmente os utentes apresentam ansiedade, desconfiança, indiferença, querelância e agressividade. São utentes que apresentam pouco ou nenhum défice e o seu prognóstico pode ser consideravelmente melhor do que o dos outros tipos de esquizofrenia, principalmente em relação ao funcionamento profissional e à capacidade para ter uma vida independente (DSM-IV-TR, 2002).

No tipo desorganizado, prevalece o discurso desorganizado, o comportamento desorganizado e o afeto inapropriado ou embotado. A desorganização do comportamento pode favorecer uma grave disrupção da capacidade para desempenhar as tarefas quotidianas, cuidar da higiene pessoal, vestuário ou alimentação (DSM-IV-TR, 2002).

No tipo catatónico, predomina a alteração psicomotora que pode envolver imobilidade motora, atividade motora excessiva, negativismo externo, mutismo, peculiaridades dos movimentos voluntários, ecolália e ecopraxia (DSM-IV-TR, 2002).

No tipo indiferenciado, os afetos estão geralmente embotados, existindo apatia ou indiferença e uma diminuição do desempenho laboral e intelectual (DSM-IV-TR, 2002).

No tipo residual, existe a presença de sintomas negativos, nomeadamente embotamento afetivo, pobreza do discurso e avolição, e a presença de dois ou mais

sintomas positivos atenuados, tais como, comportamento excêntrico, discurso ligeiramente desorganizado ou crenças estranhas (DSM-IV-TR, 2002).

A esquizofrenia é uma doença caracterizada por sintomas psicóticos, que prejudicam significativamente o funcionamento do indivíduo e que envolve perturbações das emoções, pensamentos e comportamento (Kaplan e Sadock, 1998).

É uma doença complexa, não existindo uma única causa para o seu aparecimento, mas sim um conjunto que concorre entre si. A sua etiologia resulta essencialmente de uma combinação de influências, incluindo fatores biológicos, psicológicos e ambientais (Afonso, 2010; Townsend, 2011).

A esquizofrenia envolve a disfunção de uma ou mais das principais áreas de funcionamento nomeadamente, o relacionamento interpessoal, o trabalho, a educação ou os cuidados com o próprio (DSM-IV-TR, 2002).

O seu aparecimento pode ser súbito e a doença manifestar-se rapidamente e evoluir em escassos dias ou semanas, ou apresentar-se de uma forma lenta e insidiosa, demorando meses ou anos, até que se consiga efetuar o diagnóstico. Nesta última situação, a doença pode passar perfeitamente despercebida à família, amigos, professores e colegas, na medida em que as alterações do comportamento da pessoa vão ocorrendo de uma forma muito lenta e insidiosa (Afonso, 2010).

A esquizofrenia apresenta duas fases com sintomatologia geralmente distinta. A primeira fase ou fase aguda, é representada pelo início dos sintomas, mas também pode surgir quando o quadro clínico do utente sofre nova crise ou reagudização, apresentando um quadro psicótico muitas vezes exacerbado, o que obriga ao internamento do utente. A segunda fase ou fase de manutenção, surge após a instituição da terapêutica e a melhoria clínica, com o controlo da sintomatologia positiva, passando-se para uma fase de tratamento, de manutenção e de prevenção de recaídas (Afonso, 2010).

As recaídas podem surgir ao longo do tempo, o objetivo terapêutico é evitá-las, prolongando o mais possível o período de remissão da sintomatologia. Para tal é muito importante uma intervenção terapêutica precoce, que permita ao utente/família reconhecer os sinais precoces de recaída, melhorando desta forma o prognóstico da crise, bem como novos reinternamentos (Afonso, 2010).

De acordo com o mesmo autor, a principal causa de recaída na esquizofrenia deve-se à não adesão à medicação antipsicótica, referindo ainda que só 40 a 50% dos utentes com esta patologia tomam regularmente a medicação. Assim sendo, o autor

defende que o tratamento da esquizofrenia passa obrigatoriamente pela medicação psicofarmacológica, sobretudo os antipsicóticos.

Contudo, sendo esta uma doença complexa e multifacetada, o enfoque terapêutico não deve manter-se só a nível farmacológico, mas associado a outras intervenções terapêuticas. Apesar dos antipsicóticos serem o alicerce do tratamento da esquizofrenia, outras intervenções complementares poderão contribuir para uma vida mais efetiva, com mais qualidade e bem-estar. Usualmente, as intervenções terapêuticas mais utilizadas são a psicoterapia, a psicoeducação, a terapia ocupacional e o treino de aptidões sociais (Kaplan e Sadock e Grebb, 2003; Afonso, 2010).

O internamento é também considerado uma forma de intervenção terapêutica, surgindo numa fase aguda ou de crise da doença. Este torna-se necessário quando o utente apresenta um surto psicótico com recusa de tratamento em ambulatório, ou um comportamento amplamente desorganizado e/ou inadequado. O internamento pode ser ainda fundamental se o utente revela ideação suicida ou homicida, necessita de controlar os efeitos secundários mais graves da terapêutica, ou se manifesta incapacidade de cuidar das suas atividades de vida diária, como a alimentação, a higiene e conforto, o vestir-se e o manter as condições de higiene do seu lar. É também importante se o utente não tem apoio familiar adequado, precisa de terapêutica específica, ou se existe a necessidade de se definir o seu diagnóstico (Kaplan e Sadock e Grebb, 2003; Afonso, 2010).

De acordo com Kaplan e Sadock e Grebb (2003), a hospitalização diminui o stress provocado pela situação de crise da doença e ajuda o utente a estruturar as suas atividades de vida diária. Assim, o plano de tratamento hospitalar deve ter uma orientação prática para as questões da vida diária, cuidados pessoais, qualidade de vida, emprego e relacionamentos sociais.

Deste modo e seguindo esta linha de pensamento, é nosso objetivo durante a hospitalização, inserir o utente num programa de intervenção terapêutica estruturado e organizado que lhe permita a integração dos diferentes aspetos da gestão do regime terapêutico de uma forma eficaz e promotora de ganhos em saúde.

2.1.1 – Necessidades Básicas Alteradas da Pessoa Portadora de Esquizofrenia

Sendo a enfermagem “a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, tornando-o o mais possível independente desta assistência, pelo ensino do autocuidado”(…), torna-se fundamental verificar em conjunto com o utente qual a interpretação das suas necessidades básicas alteradas, de modo a que consigamos ajudá-lo a recuperar, manter e promover a sua saúde, assim como a atingir um equilíbrio dinâmico e a maior independência possível na satisfação dessas necessidades (Horta, 2005, p.25)

Tal como refere Henderson (1966), o papel do enfermeiro “é assistir o indivíduo doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação que executaria sem auxílio, caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários” (Tomey, 2004, p.114). Contudo e de acordo com Henderson (1966), para que isso aconteça o enfermeiro deve conhecer as necessidades básicas alteradas do utente, bem como as condições e estados patológicos que as alteram. Mas segundo a autora só o conseguirá colocando-se no (...) “lugar do outro como se vestisse a sua pele” (Tomey, 2004, p. 116).

Como refere Horta (2005), todo o indivíduo deseja ser independente no que concerne à satisfação das suas necessidades humanas básicas, pois a insatisfação de uma necessidade gera um indivíduo incompleto.

Neste contexto e seguindo esta linha de pensamento, a pessoa portadora de esquizofrenia no decorrer do curso da sua doença, apresenta várias necessidades humanas básicas alteradas, pelo que carece de cuidados de saúde continuados ao longo da vida. Na maioria das situações e pelas características da sua doença, tem dificuldade em aceitar que está doente e que precisa de tratamento. Mesmo a pessoa que conhece o seu diagnóstico, demonstra falta de conhecimento em relação à sua doença e por vezes apresenta um cuidado negligente em relação si e ao seu tratamento (Rigol, 2004).

Assim sendo e para que consigamos cuidar do utente de uma forma holística, considerámos importante adquirir um melhor conhecimento acerca das necessidades que nos parecem ter um maior impacto na vida quotidiana da pessoa portadora de esquizofrenia, que segundo Rigol (2004), são:

- **A respiração** - devido à falta de cuidado em manter a temperatura corporal, quando as condições climatéricas estão baixas, levando a problemas

respiratórios. Em quadros de elevada ansiedade, que pode levar a hiperventilação ou outras manifestações respiratórias;

- **A nutrição e hidratação** - nos casos de catatonia o utente pode recusar alimentar-se e hidratar-se, assim como nas situações em que existe alteração da percepção e do pensamento (e.g. ideias de envenenamento). Pode igualmente existir uma falta de interesse e indiferença pelos alimentos, diminuindo assim a ingestão e hidratação até aos limites, colocando por vezes a sua vida em perigo;
- **A eliminação** - no utente com catatonia a falta de atividade, a imobilidade, os comportamentos desorganizados, bem como a utilização de alguns fármacos podem conduzir a alterações importantes na eliminação;
- **A mobilização** - devido a alterações ao nível da psicomotricidade, nomeadamente descoordenação de movimentos, inibição total ou agitação, também muitas vezes provocada pelos efeitos secundários dos neurolépticos;
- **A comunicação** - dificuldade em comunicar e estabelecer relações significativas, devido à sintomatologia psicótica e às vivências de desrealização e despersonalização, adquirindo a comunicação um significado subjetivo e simbólico;
- **O sono e repouso** - devido à utilização de alguns fármacos, falsas percepções e convicções delirantes, nomeadamente persecutórias;
- **Manutenção da temperatura corporal** - devido ao desinteresse total pelo ambiente que o rodeia, desvaloriza as alterações ambientais não tomando precauções de segurança e conforto;
- **A higiene e proteção da pele** - devido à apatia e ao desinteresse pelo que o rodeia, pode surgir a negligência dos cuidados de higiene e conforto, bem como o uso de roupas inadequadas às condições ambientais e climatéricas;
- **A segurança** - que está muitas vezes ameaçada devido a percepções delirantes de que as pessoas lhe querem fazer mal, ou que exercem controlo sobre si, sentindo-se ameaçado pelo ambiente que o rodeia, levando a comportamentos de hostilidade, agressividade física e/ou verbal;
- **O trabalho e realização pessoal** - em situação de crise devido à sintomatologia positiva, nomeadamente perturbações do pensamento, avolição, bem como a dificuldade de concentração, o que pode impedir o utente de realizar atividades douradoras e de forma continuada;

- **Atividades recreativas e lazer** - devido à sintomatologia negativa que priva o utente de disfrutar de atividades que antes eram significativas e lhe davam prazer, levando-o ao isolamento;
- **A aquisição de conhecimentos** - devido às alterações cognitivas, limita o utente, no que respeita à capacidade de raciocínio e aquisição de conhecimentos.

Assim sendo, e de acordo com as necessidades humanas básicas supra citadas que se encontram alteradas, podemos inferir que a pessoa portadora de esquizofrenia, demonstra incapacidade em aceitar a responsabilidade de práticas básicas de saúde ou de tratamento da doença, muitas vezes imbuída por falta de interesse ou falta de motivação que lhe permita melhorar os comportamentos de procura de saúde (Townsend, 2011).

Neste contexto, é fundamental que os enfermeiros consigam estabelecer uma relação terapêutica adequada, adoptando uma atitude flexível que promova a empatia e o interesse pelo o utente na sua diferença, tendo sempre presente que estes utentes manifestam uma baixa autoestima e são bastante sensíveis em relação a tudo o que os rodeia. É necessário por parte do enfermeiro saber estabelecer uma relação de empatia e de confiança, que permita uma gestão do regime terapêutico eficaz e uma boa adesão ao tratamento. Devem compreender a perspectiva destes utentes face à sua gestão do regime terapêutico, de modo a instituir/desenvolver programas de intervenção terapêutica que vão de encontro às suas dificuldades e/ou necessidades de ajuda.

3 – PROGRAMA DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Neste capítulo pretendemos dar a conhecer o caminho percorrido na implementação do programa de intervenção terapêutica aos utentes portadores de esquizofrenia internados no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Garcia de Orta, EPE, cujo objectivo se prende com o desenvolvimento de técnicas de intervenção terapêutica, que contribuam para a optimização da gestão do regime terapêutico do utente portador de esquizofrenia, após a sua alta hospitalar.

Assim sendo, apresentaremos o percurso metodológico efetuado, nomeadamente, como se procedeu ao recrutamento da população alvo, que considerações éticas foram tidas em linha de conta e qual a metodologia utilizada.

Com a implementação deste programa de intervenção terapêutica é nosso objetivo desenvolver e/ou aprofundar algumas competências na área da saúde mental e psiquiatria, nomeadamente no assistir a pessoa ao longo do seu ciclo de vida, na optimização da sua saúde mental, assim como prestar cuidados no âmbito psicoeducacional, visando a educação e promoção para a saúde, de forma a que a pessoa adquira conhecimentos e habilidades, que lhe permitam adquirir um padrão de funcionamento mais saudável e autónomo.

3.1 – Percurso Metodológico

3.1.1 - Recrutamento da População Alvo

Para seleccionar a população alvo, determinámos critérios de inclusão e de exclusão. Como critérios de inclusão definimos: ser utente internado no Serviço de Psiquiatria Internamento de Agudos do Hospital Garcia de Orta, EPE e que tivesse tido tratamento psiquiátrico anterior ao internamento; que revelasse capacidade para se expressar verbalmente e que consentisse participar no programa. Como critérios de exclusão, considerámos importante definir aspectos de natureza clínica, que nos permitissem de forma mais rigorosa compreender o estado clínico do utente, uma vez que é um fator importante para o sucesso da intervenção terapêutica, nomeadamente, a existência de alterações da percepção (alucinações de qualquer modalidade sensorial), alterações do pensamento (ideias delirantes de qualquer tipo) e desorientação auto e alo psíquica.

Assim, efetuámos contato pessoal com os utentes internados, no sentido de aplicar os critérios anteriormente referidos e definir deste modo a população alvo do nosso programa de intervenção terapêutica, garantindo que todos os participantes fossem portadores de esquizofrenia com ausência de discurso incompreensível, de alucinações, de delírios e de desorientação. Como refere Cardoso e Galera (2006), “a permanência de sintomas dificulta abordagens terapêuticas (...)”, bem como a “interação entre equipa de saúde e paciente” (p. 344).

A intervenção terapêutica foi realizada entre o mês de outubro de 2011 e mês de janeiro de 2012 e durante este intervalo de tempo foram internados no serviço nove utentes com o diagnóstico de esquizofrenia. Contudo, só foi possível trabalhar com três utentes, uma vez que, dois deles apesar de reunirem condições recusaram participar alegando que não eram portadores de esquizofrenia, referindo que “doentes estão vocês, isso é o que vocês querem, rotularem-me de esquizofrénico” (sic) e quatro mantiveram até ao final do internamento, alterações quer ao nível da percepção quer ao nível do pensamento.

A maior dificuldade sentida, foi conseguir dentro do espaço temporal definido, um número representativo de utentes para a realização da intervenção terapêutica, pois mesmo os que reuniram condições clínicas e aceitaram participar, demoraram algum tempo até satisfazerem os critérios de seleção. Desta forma, existiu um período de tempo muito curto para o desenvolvimento do programa de intervenção terapêutica, uma vez que após adquirirem estabilidade clínica, os utentes tiveram alta hospitalar. Nos três utentes que integraram o programa, o tempo possível de intervenção mediou aproximadamente uma semana a uma semana e meia.

3.1.1.1 - Considerações Éticas

Na realização deste trabalho tivemos em consideração aspectos éticos referentes quer à instituição quer aos utentes implicados no mesmo, pois de acordo com Polit e Hungler (1995) “precisa-se de ter muito cuidado para assegurar que os seus direitos estão protegidos” (p.293).

Assim sendo, delineámos para a realização do nosso trabalho, os seguintes procedimentos: previamente à realização deste relatório foi solicitada autorização à Direção de Enfermagem do Hospital Garcia de Orta, EPE, foi pedida autorização ao Diretor do Serviço de Psiquiatria e à Sr.^a Enf.^a Chefe (anexo 1).

Os dados e informações recolhidas foram apenas utilizados neste trabalho e a identidade dos intervenientes foi preservada. Os registos foram transcritos exclusivamente pelos autores do trabalho, substituindo os nomes dos utentes por letras do alfabeto, respectivamente A, B e C. Para assegurar a confidencialidade pretendida, nos registos de enfermagem não foi utilizada nenhuma identificação pessoal. Todos os procedimentos tiveram subjacente o princípio de não causar quaisquer danos, nem oferecer riscos de qualquer natureza. Os utentes que participaram no programa de intervenção terapêutica, foram informados previamente sobre o trabalho a realizar e o objectivo do mesmo, e só foram entrevistados após leitura, concordância e assinatura do termo de consentimento informado (anexo 2).

Relativamente aos utentes que recusaram a participar no programa, não foi afetada de forma alguma a sua relação com os técnicos de saúde ou o seu tratamento.

3.1.2 – Metodologia Utilizada

Sendo este trabalho, um relatório elaborado a partir de um programa de intervenção terapêutica que se desenvolveu no contexto da prestação de cuidados, considerámos pertinente tecer algumas considerações sobre a metodologia utilizada na realização do mesmo.

Como refere Collière (1999),

“clarificar a identidade dos cuidados de enfermagem, não só pelo perfil do que a enfermeira/o é, ou deve fazer, ou em que se deve tornar, nem em relação a um modelo teórico susceptível de a formar, mas a identificação da natureza, a razão de ser, a significação, a estimativa social e económica da prestação de cuidados oferecida aos utilizadores, parece ser a chave da evolução da profissão” (p.20).

Assim sendo, no âmbito do plano de ação de enfermagem do Serviço de Psiquiatria Internamento de Agudos do Hospital Garcia de Orta, EPE, que preconizou para o ano de 2011 a implementação do “grupo de preparação para a alta aos utentes/família/cuidadores”, considerámos pertinente desenvolver e implementar um programa de intervenção terapêutica aos utentes portadores de esquizofrenia internados nesse mesmo serviço, que permitisse o desenvolvimento de conhecimentos e a aquisição de competências, visando a sua capacitação para lidar de uma forma mais eficaz com a sua situação saúde. Pretende-se assim contribuir para a integração dos diferentes aspetos da gestão do regime terapêutico, no que respeita à promoção e

educação para a saúde em termos de estilos de vida saudáveis, através de ações de formação, bem como um acompanhamento individualizado e personalizado de acordo com as necessidades e/ou dificuldades de cada utente, permitindo a aquisição de subsídios que concorram para uma vida com mais qualidade e bem-estar, após a alta hospitalar.

Deste modo, procedeu-se à estruturação e desenvolvimento do programa de intervenção terapêutica, para o qual preconizámos um acompanhamento personalizado como já referimos, bem como a realização de ações de formação no âmbito da educação e promoção para a saúde em grupo ou individualizadas, através da realização de entrevistas de avaliação diagnóstica, entrevistas de ajuda/acompanhamento e entrevistas de informação e ensino.

Segundo Collière (1989),

“O campo de competência da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, e dos que a cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las, se essas capacidades forem insuficientes (...) O campo de competência de enfermagem situa-se na mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, (...) para fazer face ao acontecimento, resolver a dificuldade, visando torná-la competente e capaz de utilizar os recursos afetivos, físicos, sociais e económicos de que dispõe” (p. 290).

Orientados por esta linha de pensamento, e após o estado clínico do utente reunir condições para que em conjunto conseguíssemos desenvolver o programa de intervenção terapêutica, foram realizadas entrevistas de avaliação diagnóstica semiestruturadas, suportadas por um guião de entrevista, cujos conteúdos versavam os “hábitos de vida saudáveis” (anexo 3) e “situação de saúde atual” (anexo 4). Este guião permitiu-nos identificar as necessidades e/ou dificuldades dos utentes, assim como avaliar os conhecimentos existentes, de modo a direcionar a nossa intervenção terapêutica para as áreas mais prementes e de uma forma personalizada. Aquando da entrevista de avaliação diagnóstica, foi também aplicado um questionário sociodemográfico que nos permitiu caracterizar a população com quem íamos trabalhar (anexo 5).

Seguidamente foram agendadas entrevistas de ajuda/acompanhamento, por forma a trabalhar com o utente a “aceitação do estado de saúde”, assim como entrevistas de informação e ensino, onde foram trabalhados “os estilos de vida saudável” e a “situação de saúde atual”. As entrevistas de ajuda/acompanhamento tiveram como objetivo, informação e ensino, cujos pressupostos assentaram numa visão unificadora da

pessoa ajudada, respeito mútuo, empatia, confiança, aceitação do outro, autenticidade, compreensão e um desejo incondicional de ajuda (Phaneuf, 2005).

De acordo com Rogers (1984), a relação de ajuda é uma relação não-diretiva, colaborativa, assente em princípios de valorização da pessoa do outro e de crença nas suas potencialidades para resolver de forma autónoma os seus problemas.

As entrevistas de avaliação diagnóstica e de ajuda/acompanhamento, foram agendadas em concordância com o utente, tiveram a duração aproximada de 60 minutos cada e foram realizadas individualmente em gabinete acolhedor e isento de ruídos e interrupções. Foram tidos em conta os requisitos fundamentais para a realização da entrevista, tais como: a clarificação do tipo de entrevista, definição dos objectivos a atingir e os instrumentos a utilizar, definição do tempo de duração da entrevista e a elucidação dos papéis. Aquando da interação com o utente, procurámos demonstrar total disponibilidade para escutar o que nos transmitia através da comunicação verbal e não verbal, favorecendo um clima de confiança e interação entre ambos, de modo a que o utente se sentisse aceite, compreendido e à vontade para que se conseguisse desenvolver uma relação terapêutica.

Como refere Phaneuf, (2005), a entrevista em contexto de cuidados é um contacto entre duas pessoas que geralmente é planeado. Neste encontro as duas pessoas devem aceitar-se mutuamente, respeitar-se e desenvolver conhecimento.

As entrevistas de informação e ensino sendo essencialmente uma estratégia de comunicação, tinham como objectivo fornecer ao utente informação sistematizada sobre a prevenção da doença e a promoção da saúde, bem como ajudá-lo a melhorar o seu *insight* sobre a doença, lidar melhor com o estigma e a discriminação, melhorar a adesão ao tratamento, promover hábitos de vida saudáveis e a regularidade no seu estilo.

Assim, através da entrevista de informação e ensino procurámos aumentar e aprofundar os conhecimentos do utente relativamente à sua doença e curso esperado da mesma, ao reconhecimento de sinais de alerta e mudanças em sintomas persistentes, ao tratamento e importância da adesão, bem como os efeitos secundários da medicação e prevenção de recaídas e os limites que a doença lhe impõe.

Para que as entrevistas de informação e ensino fossem eficazes, procurámos avaliar o que o utente sabia sobre o tema, ser claros e precisos, bem como utilizar frases curtas e palavras simples. Procurámos realizar o ensino partindo do que o utente sabia para o que desconhecia, e do mais simples para o mais complexo, repetindo os conteúdos as vezes que fossem necessárias para favorecer a sua compreensão e

memorização, seguindo o seu ritmo de compreensão e de elocução e tornando a aprendizagem significativa, interligando-a com as suas vivências. Frequentemente verificámos a compreensão da informação através de questões abertas sobre os conteúdos ensinados e utilizámos reforços positivos para encorajar o utente a prosseguir e a tornar a aprendizagem um momento agradável, através da compreensão empática, a alegria e o humor, fazendo sempre uma breve síntese no final da entrevista, para melhorar a compreensão e interiorização dos conteúdos ensinados.

Deste modo, no âmbito da educação e promoção para a saúde, realizámos ações de formação, subdivididas em dois módulos, que foram previamente delineados e estruturados, nomeadamente:

O modulo I – “Estilos de vida saudáveis” - no qual foram abordados: o conceito de estilo de vida saudável; a importância da adesão aos estilos de vida saudáveis; conhecimento sobre hábitos alimentares, hábitos de exercício e hábitos de sono e repouso (anexo 6).

O modulo II – “Aprender para melhor viver” - no qual foram abordados: o conceito de saúde/doença mental; o que é a esquizofrenia; o curso da doença; sinais e sintomas de alerta; como prevenir recaídas; a importância do regime medicamentoso e da adesão ao mesmo, bem como os recursos existentes numa situação de crise (anexo 7).

As ações de formação foram apresentadas através de meios audiovisuais com uma duração aproximada de 60 minutos, num gabinete acolhedor, isento de ruídos e interrupções e foram realizadas sempre individualmente, uma vez que não foi possível a sua realização em grupo como anteriormente preconizado. Esta situação aconteceu devido à instabilidade clínica dos utentes, nomeadamente a nível psicopatológico, em que apresentavam diferentes momentos de evolução do seu estado clínico.

Os focos de atenção que foram trabalhados com os utentes e os respectivos diagnósticos incidiram sobre dois aspetos, nomeadamente a “aceitação do estado de saúde” e a “gestão do regime terapêutico”.

A “aceitação do estado de saúde”, de acordo com a CIPE (2003), é a “Aceitação com as características específicas: reconciliação com as circunstâncias de saúde” (p.50). Este foco de atenção refere-se a situações clínicas, em que o enfermeiro identifica no utente a ausência ou insuficiência de disposições para gerir o stress ou reduzir a tensão provocada pela situação de saúde/doença. Ou seja, dificuldades de adaptação à sua situação de saúde, a qual sofreu alterações significativas na sua representação. Deste

modo, a intenção de cuidados do enfermeiro centrou-se na promoção de iniciativa na evolução positiva da situação de saúde do utente, bem como disposição para empreender ações e tomar decisões que influenciem a capacidade do utente, para encontrar estratégias eficazes de adaptação a novas situações de saúde/doença.

A “gestão do regime terapêutico”, é um foco de atenção que pressupõe o desempenho por parte do utente, de um conjunto de comportamentos e/ou atividades, que se regem por determinados princípios e indicações terapêuticas, por forma a diminuir o impacto da situação de doença na sua vida. Este aspeto é fundamental na medida em que, face a uma situação de doença que implica frequentemente alterações no seu estilo de vida, nem sempre o utente integra essas alterações de forma eficaz, resultando daí riscos em termos de objetivos de saúde e da prevenção de complicações.

A intenção de cuidados do enfermeiro incide essencialmente na aquisição de conhecimentos por parte do utente, na medida em que a primeira condição para que o utente adote ou mude determinados comportamentos, prende-se com a posse da informação necessária sobre o que mudar e porquê mudar.

Para dar resposta a estes diagnósticos foram prescritas intervenções de enfermagem, nomeadamente:

- Promover a escuta ativa/presença, mostrando disponibilidade interior para acolher o que o utente nos transmite com expressões verbais e não verbais, estar com o utente numa atitude de escuta, de empatia e de confiança;
- Promover a comunicação expressiva de sentimentos e emoções, compreendendo o que o utente pensa sobre a sua situação de saúde/doença, a forma como no momento a sente, vive e a interpreta, o que sabe sobre a sua doença;
- Optimizar crenças, valores e expectativas que permitam ao utente levar a cabo ações de saúde;
- Incentivar a utilização de estratégias de *coping*, ajudando o utente a identificar situações que lhe geram ansiedade, as suas forças e habilidades, as respostas que consegue dar à sua situação de saúde, bem como os recursos de que dispõe para resolver o seu problema e quais as suas motivações para se envolver no processo terapêutico;
- Identificar com a pessoa, estratégias anteriores de adaptação eficaz e assisti-la na identificação e avaliação de alternativas de atuação;

- Assistir o utente a identificar as razões para não aderir ao regime terapêutico;
- Encorajar a tomada de decisão relativamente a comportamentos de adesão;
- Propor estratégias a desenvolver para melhorar a toma da medicação, como incentivar o utente a tomar a medicação diariamente há mesma hora, adaptar a toma da medicação às rotinas diárias e utilizar formas para se lembrar da toma da medicação;
- Ensinar sobre estratégias de *coping* – que o utente adquira conhecimentos que o ajudem a gerir o stress e a reduzir a tensão provocada pela sua situação de saúde, assim como a adquirir autoconfiança e estratégias de adaptação eficazes;
- Ensinar sobre, sinais e sintomas de alerta e prevenção de recaídas;
- Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz;
- Ensinar sobre regime medicamentoso – dar a conhecer a medicação prescrita, saber interpretar o guia terapêutico e perceber a importância da adesão ao regime medicamentoso;
- Ensinar sobre respostas/reações aos medicamentos;
- Ensinar sobre hábitos alimentares, hábitos de exercício físico adequado e hábitos de sono/repouso;
- Promover envolvimento/suporte familiar;
- Promover a adaptação a novos estilos de vida;
- Encorajar interação social;
- Orientar para serviços de saúde.

Com as intervenções de enfermagem prescritas, pretendíamos que o utente atingisse os seguintes resultados:

- Aceitar a sua situação de saúde e/ou necessidade de tratamento;
- Adquirir suporte que lhe permitisse gerir adequadamente as suas necessidades e /ou dificuldades de gestão do seu processo terapêutico;
- Compreender o seu processo de doença, através da aquisição de conhecimentos sobre o que é a esquizofrenia, sinais e sintomas de alerta e como prevenir recaídas;
- Compreender o seu regime medicamentoso, nomeadamente saber interpretar o guia terapêutico, quais os efeitos secundários dos medicamentos e como lidar com os mesmos;

- Adquirir capacidades para gerir o regime medicamentoso, nomeadamente desenvolver estratégias para melhorar a toma da medicação;
- Adquirir conhecimentos sobre hábitos alimentares saudáveis; hábitos de exercício adequado e hábitos de sono e repouso;
- Compreender a importância de adquirir comportamentos de adesão ao regime terapêutico.

Ao longo de todo o programa de intervenção terapêutica, fomos realizando avaliações do trabalho que íamos desenvolvendo. Assim, após a entrevista de avaliação diagnóstica foi efectuada uma avaliação prévia, tendo por base o que o utente nos transmitiu através da aplicação dos questionários (sociodemográfico; situação de saúde atual e estilos de vida saudáveis), bem como o que conseguimos identificar através da nossa observação. Esta avaliação permitiu-nos conhecer de uma forma geral e simples, o modo como o utente no momento estava a viver a sua situação de saúde, assim como os conhecimentos que possuía relativamente à gestão do regime terapêutico e aos estilos de vida saudáveis, constituindo-se como um trampolim no desenvolvimento do trabalho a realizar com o utente. Concomitantemente também teve como objetivo no final da intervenção terapêutica comparar os resultados obtidos, de modo a percebermos a evolução do utente no que respeita à sua situação de saúde, bem como os conhecimentos e aquisição de competências adquiridas. A avaliação das intervenções de enfermagem foi realizada em cada momento de contato com o utente aquando das entrevistas de ajuda/acompanhamento e de informação e ensino, mediante a utilização da grelha de indicadores de avaliação infra identificada. O seu registo foi efetuado no final do internamento.

Escaia de avaliação: Sim Não

INDICADORES DE AVALIAÇÃO	Sim	Não
Aceita a sua situa�o de saúde e a necessidade de tratamento.		
Aceita necessidade de tratamento.		
Compreende o seu processo de doença.		
Identifica sinais e sintomas de alerta.		
Descreve medidas a tomar para prevenir recaídas.		
Descreve medidas a tomar para atenuar os efeitos secundários dos medicamentos.		
Compreende a importância de adesão ao regime medicamentoso.		
Identifica estratégias a utilizar para obter melhores resultados com a toma da medica�o.		
Demonstra conhecimentos para adquirir hábitos alimentares saudáveis.		
Demonstra conhecimentos para adquirir hábitos de exercício adequados.		
Compreende a importância de adquirir hábitos de sono e repouso.		
Demonstra iniciativa para comportamentos de adesão ao regime terapêutico.		
Estabelece uma rela�o de confiança com enfermeiro.		
Apresenta suporte familiar que lhe permita gerir de forma mais eficaz a sua situa�o de saúde.		

Tabela n  1 - Indicadores de Avalia o

Outro dos momentos de avalia o, foi através da aplica o do *follow-up*, um mês após a alta hospitalar (anexo 8), tendo como objetivo perceber como o utente estava a lidar com a sua situa o de saúde e a gerir o seu regime terapêutico no seu dia-a-dia no ambulatório.

4 – TRABALHO REALIZADO E RESULTADOS OBTIDOS

4.1 – Características da População Alvo

Após a realização das entrevistas de avaliação diagnóstica efetuadas a cada um dos utentes, procurámos através da aplicação dos questionários sobre os dados sociodemográficos e a situação de saúde atual, caracterizar a população alvo e perceber quais os fatores facilitadores e impeditivos da gestão do regime terapêutico.

Os utentes que integraram o programa de intervenção terapêutica, tinham idades compreendidas entre os 23 e 42 anos, dois com diagnóstico médico de esquizofrenia tipo paranoide e de género masculino e um com diagnóstico médico de transtorno esquizoafetivo e de género feminino.

Constatámos que independentemente da escolaridade, todos os utentes apresentavam dificuldade em gerir o regime terapêutico. Contudo, e de acordo com a WHO (2003), o baixo nível de escolaridade é um dos fatores que influenciam negativamente a gestão do regime terapêutico.

Todos os utentes eram solteiros e embora não sendo jovens, tinham um comportamento (de acordo com a literatura), como os jovens, o que pode influenciar de forma negativa a capacidade de gestão do regime terapêutico (Jin e Sklar e Oh e Li, 2008). Segundo Masand, Roca, Turner e Kane (2008), para o jovem a ideia de ter uma doença crónica e tomar a medicação para o resto da vida é interpretado como estigmatizante, sinal de fraqueza ou de inferioridade. De acordo com os mesmos autores, nesta fase o utente interpreta a sua doença como algo passageiro e não consegue associar o benefício do regime terapêutico na remissão da sintomatologia.

Nenhum dos utentes exercia à data qualquer atividade profissional, estando um deles reformado e os outros dois desempregados. O curso da doença e os sucessivos internamentos, favorecem o afastamento do utente do seu local de trabalho por longos períodos de tempo, bem como a dificuldade em manter a produtividade, o que muitas vezes conduz ao desemprego e à necessidade de reforma por invalidez. De acordo com a WHO (2003), o afastamento do mundo do trabalho, implica limitações ao nível da autonomia, das relações sociais e da autoestima, favorecendo o isolamento social e o estigma manifestado pela doença.

Verificámos que todos os utentes apresentavam dificuldade em gerir o regime terapêutico, recorrendo à urgência com o motivo de incumprimento do regime

medicamentoso, sendo esta situação consentânea com a literatura, (Morken, Widen e Grawe, 2008; Jin e Sklar e Oh e Li, 2008; Dias, Cunha, Santos, Neves, Pinto, Silva e Castro, 2011).

Quando questionados se tinham algum familiar ou amigo disponível para os apoiar, só um dos utentes respondeu positivamente, o que de acordo com a literatura pode ser um dos fatores preditivos de dificuldade em gerir o regime terapêutico. Para Klein e Gonçalves (2005), o apoio social e as relações interpessoais parecem ser um dos fatores com maior potencial preditivo de adesão, verificando-se que as pessoas que vivem isoladas, apresentam uma maior probabilidade de não aderir ao regime terapêutico. Contudo, pudemos constatar que todos os utentes vivem com os seus familiares, e um deles identifica o pai como apoiante.

Identificámos que um dos utentes tinha dificuldade em se deslocar à unidade de saúde para ir às consultas e ou tomar a medicação *dépot*, devido às dificuldades económicas sentidas no seio familiar, o que de acordo com a literatura é também um dos fatores preditivos de dificuldade de gestão do regime terapêutico (WHO, 2003; Masand, Roca, Turner e Kane, 2008).

Ao serem questionados sobre se tinham um problema ou doença mental, os três utentes responderam que sim, contudo, apenas um deles referiu que a sua doença era esquizofrenia, outro mencionou que tinha uma psicose e um deles nem se quer conseguiu atribuir nome à sua doença mental. De acordo com a literatura o utente manifesta vários graus de consciência e de resposta efetiva ao fato de ter uma doença mental grave. Mesmo aquele que conhece o seu diagnóstico, demonstra muitas vezes não aceitação da doença e da necessidade de tratamento (Rickelman, 2004). Este *insight* pobre ou desconhecimento da doença no utente com esquizofrenia, pode estar etiologicamente relacionado com os mecanismos neurofisiológicos da anosognosia – ausência de reconhecimento da doença (Rickelman, 2004; Amador, 2007), ou pode ser uma defesa psicológica por parte do utente (Amador, 2007) o que tem implicações na não-aceitação da doença e do seu tratamento. Como refere Rigol (2004), os utentes portadores de esquizofrenia, devido às características da sua doença, têm dificuldade em aceitar que estão doentes e que precisam de tratamento. Mesmo os que conhecem o diagnóstico, demonstram falta de conhecimento em relação à sua doença, o que nos leva a inferir que o fraco *insight* e uma insuficiente compreensão sobre a natureza crónica das perturbações psicóticas, contribuem grandemente para uma gestão ineficaz de regime terapêutico (Destro, 2009).

Aferimos que todos os utentes possuíam alguns conhecimentos em relação aos sintomas provocados pela sua doença, mas só dois deles é que conseguiram identificar alguns dos sintomas apresentados aquando das suas recaídas. Como refere a literatura, a falta de consciência dos sintomas é um fator preditor de dificuldade de gestão do regime terapêutico (WHO, 2003; Masand, Roca, Turner e Kane, 2008; Atreja, Bellam e Levy, 2005; Tellis, 2008)

Verificámos ainda que todos os utentes consideraram a medicação importante para a sua doença mental e que a mesma ajudava a controlar os sintomas, sendo este um factor importante de adesão ao regime terapêutico. Como refere Amador (2007), por vezes os utentes não possuem *insight* para a sua doença mas, compreendem a importância de aderir à medicação e os benefícios da mesma, pelo que com o tempo uma melhor adesão à medicação poderá melhorar a consciência em relação à doença.

No entanto, dos três utentes só um é que mencionou o desaparecimento dos sintomas com a toma da medicação, os outros dois utentes referiram que mantinham alguma sintomatologia.

Todos mencionaram efeitos secundários causados pela toma da medicação, sendo este um dos principais fatores que favorece o abandono da mesma (WHO, 2003; Masand, Roca, Turner e Kane, 2008; Atreja, Bellam e Levy, 2005; Tellis, 2008). Contudo, todos manifestaram a necessidade de continuar a tomar a medicação, considerando-a importante para a sua doença e para o controlo da sua sintomatologia. Apurámos que todos os utentes referiram a importância de cumprir a medicação prescrita pelo médico e manifestavam confiança nas orientações dos técnicos de saúde, o que constitui um fator facilitador de gestão do regime terapêutico (WHO, 2003).

Das asserções acima referidas podemos identificar diversos factores que interferem na gestão do regime terapêutico. De acordo com a WHO, (2003) a gestão do regime terapêutico é multidimensional, existindo variados factores responsáveis que afectam o comportamento do utente e a sua capacidade para aderir ao regime terapêutico.

A literatura científica, demonstra-nos que a gestão do regime terapêutico continua a ser um desafio para o utente portador de esquizofrenia e várias pesquisas têm sido efectuadas sobre os factores interferentes. Masand, Roca, Turner e Kane (2008), efectuaram uma revisão da literatura de vários estudos realizados entre 1980-2008, sobre os factores interferentes e concluíram que os utentes necessitam de uma vigilância mais apertada por parte dos profissionais de saúde, que permita identificar precocemente os

sinais de recaída e a não adesão ao tratamento. De acordo com os mesmos autores, os factores de risco de não-adesão ao regime terapêutico no utente com esquizofrenia, prendem-se essencialmente com três aspetos, nomeadamente factores relacionados com o utente, factores relacionados com a medicação e factores externos.

Os factores relacionados com o utente, referem-se a aspetos como a idade (ser jovem), o sexo (masculino) e a situação profissional e social (desempregado, ou com baixa inserção profissional e socialmente isolado). Também o quadro de sintomas é um aspeto importante a considerar nestes factores, designadamente, apresentar persistência dos sintomas negativos, principalmente a depressão que interfere com a motivação do utente na adesão ao regime terapêutico; uma função cognitiva pobre, com pensamento desordenado, levando muitas vezes a que o utente não distinga os pensamentos das ações; os lapsos de memória prospectiva, apresentando dificuldade em lembrar de que tem uma tarefa para desempenhar, o que favorece o esquecimento, a falta de consciência dos sintomas; *insight* pobre; os elevados níveis de stress; as crenças e atitudes face ao regime terapêutico e o abuso de substâncias ilícitas.

Os factores relacionados com a medicação, englobam principalmente o impacto dos efeitos secundários dos medicamentos, os regimes terapêuticos complicados e a atitude negativa ou resposta subjetiva em relação ao regime terapêutico.

Por último, os factores externos, prendem-se fundamentalmente com o ambiente familiar instável, o custo e acesso aos serviços de saúde e a aliança terapêutica com os profissionais de saúde muito pobre.

Assim sendo, e de acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros, (2009), quando o utente não tem capacidade para adquirir um comportamento de adesão e seguir o regime terapêutico prescrito, cabe ao enfermeiro identificar o diagnóstico de gestão do regime terapêutico comprometido e planear intervenções que contribuam para a integração dos diferentes aspectos do regime terapêutico e para melhorar a adesão ao mesmo, constituindo-se como parceiro e recurso. A WHO em 2003 acrescenta ainda que o enfermeiro tem um papel importante nesta problemática, uma vez que tem junto do utente uma posição privilegiada para atuar.

Neste contexto, seguidamente iremos apresentar o trabalho desenvolvido com os utentes, cujo principal objetivo foi fornecer-lhes subsídios que lhes permitisse lidar de forma mais eficaz com a sua gestão do regime terapêutico após a alta hospitalar.

Na tabela 2 apresentamos as características da população alvo.

Tabela 2 – Características da população alvo

Dados Sócio – demográficos	Identificação	Utente A.	Utente B.	Utente C.
1. Idade		42	30	23
2. Género		Masculino	Feminino	Masculino
3. Estado civil		Solteiro	Solteira	Solteiro
4. Escolaridade		3º ciclo	Ensino Superior	1º ciclo
5. Situação profissional		Reformado	Desempregada	Desempregado
6. Rendimentos		Pensão por invalidez	Sem rendimentos	Sem rendimentos
7. Pessoas com quem vive		Pai/mãe	Pai/mãe; Filho e prima	Irmã e cunhado
8. Motivo atual de internamento		Delírio persecutório; alucinações auditivo-verbais e olfativas; Insónia; Incumprimento do regime medicamentoso; Agressividade verbal e física para com os pais.	Comportamento agressivo; insónia; risos imotivados; delírios de grandeza; alucinações auditivo-verbais; alterações dos limites do Eu e da unidade do Eu. Incumprimento do regime medicamentoso.	Comportamento agressivo; Delírio persecutório; Insónia; Lentificação psicomotora; Incumprimento do regime medicamentoso.
9. Diagnóstico médico		Esquizofrenia tipo paranoide	Transtorno esquizoafetivo	Esquizofrenia tipo paranoide
10. Há quanto tempo iniciou o tratamento em psiquiatria?		Há mais de 10 anos (15 anos)	Há 4 anos	Há 6 anos
11. Já teve internamentos anteriores? Se sim quantos?		Sim 3	Sim 3	Sim 1
12. Tem algum familiar ou amigo que o ajude e/ou que esteja disponível para o apoiar? Quem é?		Não _____	Sim Pai	Não _____
13. Quando tem dúvidas sobre o tratamento a quem recorre para as esclarecer?		A ninguém	A ninguém, (a minha família não compreende a situação (sic)).	Recorre à irmã e esta encaminha para o médico.
14. Tem algum tipo de dificuldade (transporte, emprego, distância, etc.) que o impeça de ir às consultas e/ou a tomar a sua medicação Dépot? Se sim, qual?		Não _____	Não _____	Sim Falta de recursos económicos para ir de transporte pelo que vou a pé (2h de caminho, ida e volta, (sic))
15. Tem alguma limitação física? Se sim qual?		Não _____	Não _____	Não _____
16. Tem outros problemas de saúde? Quais?		Não _____	Não Só colesterol	Não _____
17. Tem dificuldade em comprar os medicamentos Se sim, quais?		Não _____	Não _____	Não São gratuitos

4.2 –Trabalho Realizado com os Utentes

No trabalho realizado com os utentes a nossa primeira preocupação foi como refere Tellis (2008), avaliar a sua compreensão relativamente à sua doença, bem como as suas atitudes e preocupações. De acordo com Stankovic, (2008) citado por Tellis (2008), no utente com esquizofrenia deve dar-se especial atenção às atitudes em relação à sua doença e tratamento, à gravidade da sua psicopatologia e ao seu nível de *insight*. Para Atreja, Bellam e Levy (2005), é importante abordar as crenças do utente, suas intenções e autoeficácia (capacidade percebida para executar uma ação), principalmente quando as intervenções que se preconizam são complexas e exigem mudança de estilos de vida e/ou de comportamentos.

Assim sendo, iniciámos o nosso trabalho procurando perceber o que cada utente sabia sobre a sua doença, como a interpretava e o que pensava acerca da mesma, de modo a direcionarmos as nossas intervenções para as necessidades e/ou dificuldades expressas. Os utentes com quem trabalhámos apresentavam um nível de *insight* pobre para a sua doença e necessidade de tratamento. Contudo a nossa intervenção não recaiu sobre o *insight* pobre relativamente à doença, mas sim sobre a importância de reconhecerem a necessidade de encontrar estratégias eficazes de adaptação que os ajudasse a lidar melhor com a sua situação de saúde, bem como a identificarem as suas forças e habilidades, os recursos que possuíam e quais as motivações para se envolverem no seu processo terapêutico. Como refere Amador (2007), mais importante do que aceitar a doença é que o utente aceite a necessidade de tratamento e compreenda a sua importância, numa perspetiva da melhoria da sua qualidade de vida e do seu bem-estar. Segundo o autor a consciência à doença é muito mais difícil de mudar e por isso o mais importante na relação que se estabelece com o utente é ajuda-lo a encontrar as suas próprias razões para aceitar o tratamento e lidar com a sua situação de saúde.

Para que tal aconteça, como refere Tellis (2008), é importante melhorar a comunicação com o utente de forma a que se estabeleça uma relação de empatia e de confiança (Amador, 2007; Chalifour, 2008; Phaneuf, 2005). Para Phaneuf (2005), estar em relação implica o reconhecimento e o respeito mútuo pelo outro, no qual existe uma partilha e uma comunicação profunda, que permite ao enfermeiro aceder ao outro e compreendê-lo, ou seja estar em relação pressupõe um encontro significativo com o outro. Afirma ainda a autora, que a relação com o outro na prática de cuidados torna-se primordial, constituindo-se este encontro de natureza profissional essencial, para que o

utente consiga descobrir o seu eu autêntico, “as suas possibilidades e capacidades latentes, e sobretudo tomar os comandos da sua vida e tornar-se autónomo” (Phaneuf, 2005, p. 323).

Lazure (1994) acrescenta ainda que para se poder ajudar de forma adequada, o enfermeiro deve, em primeiro lugar, saber e acreditar que o utente, independentemente da natureza do seu problema de saúde, é o único detentor dos recursos básicos para o resolver. Partindo deste ponto, o papel do enfermeiro é oferecer ao utente sem impor, os meios complementares que lhe permitam descobrir ou reconhecer os recursos pessoais a utilizar como quiser, para resolver o seu problema. Por outras palavras o enfermeiro assiste o utente, orienta-o e faculta-lhe cada uma das etapas do processo de resolução do problema, “não toma decisões por ele, nem deve substituí-lo em aspectos relativos à sua participação na ação” (Lazure, 1994, p.13).

Orientados por esta linha de pensamento, procurámos ajudar os utentes a encontrar algumas das respostas para os seus problemas e a definirem qual o caminho a seguir, de modo a adquirirem suporte que lhes permitisse gerir de forma mais eficaz o seu processo terapêutico, respeitando sempre as suas capacidades e valorizando o seu papel. Foi nossa preocupação no decorrer de toda a interação, utilizar uma linguagem simples e clara, expondo a informação de acordo com a compreensão dos utentes, permitindo que estes tomassem decisões informadas sobre o seu processo de saúde e fizessem parte integrante do mesmo (Atreja, Bellam e Levy , 2005).

Primeiramente a nossa intenção de cuidados incidiu sobre o diagnóstico **aceitação do estado de saúde**, cujo objetivo foi ajudar os utentes a modificarem e/ou repensarem sobre algumas crenças em relação a si e à sua doença, ajudando-os a alterar alguns comportamentos, assim como empreender ações que os ajudassem a lidar de uma forma mais eficaz com o estigma e o preconceito que criaram em torno da sua doença. Procurámos ensinar os utentes a utilizar estratégias de *coping* centradas no problema e/ou nas emoções, procurando encontrar alternativas de atuação e a diminuir o sofrimento emocional provocado pelas situações de stress, tal como defende Sequeira (2006), ajudando-os a apreender novos comportamentos e a modificar certos estilos de vida, estabelecendo metas individuais e desenvolvendo planos para satisfazê-las.

Seguidamente foi nossa preocupação ajudar os utentes a **adquirirem capacidades para gerirem o regime terapêutico comprometido**, privilegiando para dar resposta a este diagnóstico, a implementação de intervenções no âmbito da educação e promoção para a saúde. As intervenções, tiveram como objetivo ajudar os utentes

enquanto agentes intencionais de comportamentos baseados em valores, crenças e desejos de natureza individual, a construir os seus projetos de saúde e exercerem efetivamente os seus direitos à autodeterminação, tal como preconizado pelo Conselho de Enfermagem (2001).

Fielding, (1982), citado por Russel (1996), refere que o principal objectivo da educação para a saúde, “é promover alterações positivas nos comportamentos de saúde, que pode ser definido como o padrão de comportamento observável, as ações e hábitos que se relacionam com a manutenção, a cura e a melhoria da saúde” (p.6).

Rodrigues, Pereira e Barroso (2005) acrescentam ainda que a educação para a saúde deve centrar-se nas disposições e capacidades individuais e grupais, oferecendo conhecimentos, influenciando modos de pensar, gerando e clarificando valores, ajudando a mudar atitudes e crenças, facilitando a aquisição de competências e produzindo mudanças de comportamentos e estilos de vida.

Desde a criação da WHO em 1945, a saúde passou a ser considerada um dos direitos fundamentais de todo o ser humano sem distinção de raça, religião, opiniões políticas e condições económicas e sociais (Martins, 2005).

Para Collière (2001), “a noção de saúde é relativamente recente no mundo ocidental, apareceu com a era industrial, com as novas possibilidades oferecidas pela aplicação das descobertas científicas e particularmente no domínio da medicina” (p. 231).

Segundo Kérouac (1994), o conceito de saúde é definido de acordo com as orientações dos paradigmas que acompanharam as principais correntes de pensamento deste século, evoluindo de uma vontade de utilização da capacidade individual para um valor de experiência, vivido segundo a perspectiva de cada pessoa e a realização do seu potencial criativo. Na sua perspectiva, o conceito de saúde do enfermeiro e do utente, condiciona a prática dos cuidados de enfermagem e a procura dos mesmos.

Com a declaração de Alma-Ata em 1978, a saúde passou a ser entendida num sentido positivo, como um recurso da maior importância para o desenvolvimento social, devendo constituir-se um direito humano fundamental. Esta declaração constituiu um marco importante com a proposta de saúde para todos até ao ano 2000, que alcançou destaque especial com a primeira conferência internacional em 1986 sobre a promoção da saúde. Nessa Conferência foi promulgada a carta de Ottawa, a qual enfatiza que a promoção da saúde é um processo que visa aumentar a capacidade do utente para atuar na melhoria da sua qualidade de vida. Para atingir um estado de completo bem-estar

físico, mental e social o utente deve saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente em que está inserido. Assim sendo, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas do ser humano. Neste sentido, a promoção da saúde vai para além de um estilo de vida saudável, direcionando-se para o bem-estar global.

Deste modo, promover a saúde, significa criar um sistema de saúde que permita a cada pessoa, não apenas a prevenção das doenças, mas a possibilidade de promover e proteger a sua saúde.

É neste sentido que a enfermagem assume um papel fundamental ao valorizar a educação e promoção para a saúde, na medida em que é uma profissão que tem como objetivo “prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 7).

Assim, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros definiu que o enfermeiro ao nível da promoção da saúde, deve desenvolver as seguintes competências:

- (...) “Ver o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística tendo em conta as múltiplas determinantes da saúde;
- Participar nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação;
- Aplicar conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde;
- Atuar de forma a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adoptarem estilos de vida saudáveis;
- Fornecer informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, família e a comunidade a atingirem os níveis ótimos de saúde e de reabilitação;
- Demonstrar compreender as práticas tradicionais nos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades;
- Proporcionar apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente;
- Reconhecer o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem;

- Aplicar o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas intervenções aos indivíduos, famílias e comunidades;
- Avaliar a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde” (Conselho de Enfermagem, 2003, p.19-20).

Deste modo, sendo o enfermeiro o principal agente de educação e promoção para a saúde, torna-se essencial que desenvolva competências, que lhe permitam transmitir informação sistematizada, de forma compreensível e apropriada afim de estimular a aprendizagem da população a quem presta cuidados.

Seguindo esta linha de orientação, procurámos junto de cada utente perceber quais as suas motivações para se envolver neste processo de aprendizagem, quais os seus conhecimentos em relação à sua doença e a forma como lida com a mesma, bem como a interpretação que faz em relação a alguns dos seus comportamentos e o significado que dá, à importância de mudança para novos estilos de vida.

Assim, de forma a ir ao encontro das necessidades e/ou dificuldades e expectativas de cada utente, procurámos que as sessões de educação para a saúde fossem consideradas como um conjunto de meios que permitissem ajudá-los a adotarem comportamentos favoráveis à sua saúde, reforçando que estas não eram um fim em si mesmo, mas constituíam-se num processo dinâmico de aprendizagem.

Após a aplicação dos questionários sobre a situação de saúde atual e estilos de vida saudável, avaliámos em conjunto os seus conhecimentos, quais as necessidades de ensino, as suas dúvidas e dificuldades, de forma a definirmos as nossas intervenções de um modo personalizado e individualizado. Tendo como principal objetivo criar condições para que existisse sentido de envolvimento, de participação e de cooperação efetiva por parte de cada utente e estando consistentes das ações a desenvolver para aumentar os seus conhecimentos, procurámos fornecer-lhes informação adequada sobre a sua situação de saúde, de modo a que tomassem decisões informadas e compreendessem a importância de modificarem os seus comportamentos e adotarem estilos de vida saudáveis.

Para a WHO citado por Ribeiro (2004), “estilo de vida é um conjunto de estruturas mediadoras que refletem uma totalidade de atividades, atitudes e valores sociais, ou ainda, um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros fatores” (p. 388).

Hettler citado por Ribeiro (2004), acrescenta ainda que “cada indivíduo

desenvolve um estilo de vida único, que muda diariamente, refletindo as suas dimensões intelectuais, emocionais, físicas, sociais, profissionais e espirituais” (p. 388). Tudo isto traduz-se por níveis de satisfação, bem-estar, competência, capacitação, aceitação social e qualidade de vida (Rapley, 2003).

A OPAS (2008) citada por Valente (2010), refere que “estilo de vida é o somatório da forma como as pessoas vivem, das escolhas e opções relacionadas com o contexto em que habitam, da cultura de cada região, dos hábitos adquiridos nos ambientes familiar e social e do conhecimento acumulado em cada momento” (p. 6).

Assim sendo, poderemos depreender que o estilo de vida, é a forma como cada utente concebe a sua própria vida, se relaciona consigo mesmo, com as outras pessoas e com o meio ambiente onde está inserido (Rapley, 2003).

De acordo com Ribeiro (2004), tem-se verificado um aumento da complexidade nas definições de estilos de vida, as quais foram evoluindo ao longo do tempo, indo desde uma perspectiva de responsabilização individual centrada no comportamento de cada pessoa, até à que relaciona os comportamentos individuais com os vários contextos, familiar, social, económico e laboral.

Tal parecer é também partilhado por Valente (2010) ao afirmar que as definições de estilo de vida são múltiplas e transformaram-se ao longo dos tempos em concordância com a evolução de conceito de saúde e doença, apresentando dimensões culturais, sociais, económicas e influenciando os comportamentos e a vida de cada utente.

Na opinião deste último, se considerarmos como estilo de vida saudável, uma alimentação equilibrada, atividade física regular, abstinência de substâncias como o tabaco, drogas e o álcool e o ser seguido regularmente pelo médico, poderemos reconhecê-lo como um factor determinante na promoção da saúde, fomentador de uma melhor qualidade de vida. Ainda segundo o mesmo autor em 2004 a WHO na sua estratégia global, recomenda que sejam promovidos estilos de vida que tenham por base uma alimentação saudável e atividade física regular e que sejam implementadas estratégias para monitorizar riscos.

Portugal no plano nacional de saúde 2004/2010 desenvolveu um programa de intervenção integrada sobre determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida, cuja finalidade era contribuir para a obtenção de ganhos em saúde e qualidade de vida, através da redução da morbilidade e mortalidade prematura, causada por doenças crónicas, entre elas as doenças psiquiátricas. Foram focados como factores prioritários a

desenvolver neste programa, o consumo de tabaco, a alimentação, o consumo de álcool, a atividade física e a gestão do *stress*. A abordagem central do programa insere-se numa perspectiva de promoção de saúde, criando condições para que a pessoa seja capaz de agir sobre os factores determinantes da saúde.

Deste modo, construir uma vida saudável implica adotar hábitos considerados saudáveis, de forma a desenvolver comportamentos preventivos de saúde. Contudo para que esta prevenção seja concreta e eficaz é necessário adquirir conhecimentos e traçar estratégias promotoras de saúde (Valente, 2010).

Assim sendo, na prática de cuidados o enfermeiro necessita focalizar a sua intervenção na complexa interdependência utente/ambiente, na medida em que quer o utente, quer o enfermeiro possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem (Conselho de Enfermagem, 2001).

Neste contexto, foi nosso objetivo no contacto com os utentes, compreendê-los e respeitá-los numa perspectiva multicultural e ajudá-los a ser proactivos na consecução dos seus projetos de saúde (Conselho de Enfermagem, 2001), de modo a que fossem capazes de identificar as suas necessidades e os seus comportamentos, com vista a um estilo de vida mais saudável e a um estado de completo bem-estar.

Assim sendo, na abordagem terapêutica com os nossos utentes tendo em vista os estilos de vida saudável, pretendemos que percebessem a importância da alimentação, devido ao aumento de peso muitas vezes provocado pelo consumo dos neurolépticos, a importância do exercício físico, dando primazia aos passeios a pé, procurando que estes convidassem sempre alguém para os acompanhar de forma a manter as suas relações interpessoais e o contato social, uma vez que o isolamento é uma das características nos utentes com esquizofrenia. Outra das nossas intervenções reportou-se à importância de um sono reparador, pois de acordo com Afonso (2010) os utentes com esquizofrenia, apresentam alterações do sono, como “insónia, aumento da latência do sono (tempo que decorre entre o fechar as luzes e o início do sono), diminuição do sono lento profundo e alterações do ritmo do sono-vigília” (p. 64). De acordo com o mesmo autor, nos períodos de surto psicótico o utente tem dificuldade em adormecer, apresenta uma diminuição do tempo total de sono, múltiplos despertares noturnos e um sono de má qualidade ou não reparador. Estes sinais de alerta poderão indicar tanto para o utente como para a família, uma nova fase de descompensação da doença.

Sendo o estilo de vida, tal como fundamentamos anteriormente, um importante determinante da saúde, que pode assumir um papel de maior importância que os cuidados prestados pelos profissionais de saúde, no tratamento e/ou controlo das doenças psiquiátricas, considerámos que ao educarmos os utentes sobre a eficácia de alteração de alguns comportamentos e estilos de vida, poderíamos contribuir para que melhorassem os seus comportamentos de adesão ao regime terapêutico e por conseguinte a sua qualidade de vida e bem-estar.

Assim, procurámos que o trabalho realizado com estes utentes abarcasse o ensino sobre os vários aspetos da própria doença de um forma sistematizada, englobando áreas como o curso da doença, os sinais e sintomas de alerta e possíveis etiologias, o tratamento e efeitos secundários dos medicamentos, estratégias a adotar para melhor gerir as tomas da medicação e a importância de adquirir ou até mesmo mudar os seus estilos de vida. Diligenciámos que os utentes alterassem os seus comportamentos e atitudes face à doença e melhorassem a sua compreensão, autoconhecimento e até o *insight* relativamente à mesma, assim como a adesão ao regime medicamentoso, diminuindo deste modo o risco de recaída, uma vez que ficariam muito mais alerta para intervir precocemente, e adotar estratégias e comportamentos que os ajudassem a lidar com a situação de crise, evitando deste modo um novo reinternamento. Estas sessões tiveram como principal objetivo facilitar o desenvolvimento de intervenções e estratégias de resolução de problemas, conhecimentos e treino de habilidades/competências, que contribuíssem para que os utentes mantivessem um compromisso e assumissem a gestão do seu regime terapêutico.

Deste modo e para que os compromissos assumidos fossem cumpridos, consideramos uma mais valia a elaboração de um contrato terapêutico, que teve como essência um acordo em que ambos os intervenientes, enfermeiro e utente, traçaram objectivos bem definidos e assumiram responsabilidades, tendo este contrato evoluído à medida que o processo de cuidados também foi evoluindo, nomeadamente com o utente A. Este contrato foi definido no tempo e no espaço com instruções simples, claras e concisas, de modo a que o utente conseguisse cumpri-lo com rigor e fossem alcançados os objetivos previamente definidos.

Para que os utentes após a alta hospitalar se sentissem acompanhados no processo terapêutico que se iniciou no internamento e teve continuidade no ambulatório, preconizámos a aplicação de um *follow-up* um mês após o internamento, constituindo-

se este um momento privilegiado de partilha e interação. Neste procedimento, o enfermeiro demonstrou total disponibilidade para a relação interpessoal e interesse em que o utente alcançasse o máximo potencial de bem-estar, e se tornasse participante ativo nas suas experiências de saúde.

Com este contato, pretendemos perceber como os utentes estavam a lidar com a sua situação de saúde, através da realização de uma breve avaliação do seu estado mental, na qual procurámos perceber através do diálogo se estava orientado auto e alo psicologicamente, se apresentava alterações ao nível da memória, da percepção e/ou do pensamento, se apresentava algum sintoma, qual o seu nível de *insight*, o seu tipo de humor e se existia alguma alteração no que respeita à comunicação. Efetuámos igualmente uma avaliação simples dos seus hábitos alimentares, de higiene e conforto, de exercício físico, e os hábitos de sono e repouso, procurando perceber quantas horas dormiam por noite e se tinham insónias. Outra das nossas avaliações prendeu-se com a gestão do regime medicamentoso e o cumprimento do mesmo, bem como se sentiam efeitos secundários da terapêutica e o que tinham feito para atenuar esses efeitos. Preocupámo-nos em perceber se conseguiam estabelecer as relações sociais com os amigos, família e outras pessoas, assim como, se mantinham alguma ocupação ou o emprego. Por último questionávamos sobre a data da próxima consulta e se existia alguma dúvida, questão ou dificuldade que pretendessem colocar.

Este *follow-up* permitiu-nos ter um conhecimento sobre a evolução clínica dos utentes e como no momento estavam a viver a sua situação de saúde, procurando deste modo acompanhá-los na evolução do seu processo terapêutico e a dar respostas a algumas dúvidas ou questões efetuadas.

Após todo o trabalho desenvolvido com estes utentes, podemos afirmar que o utente portador de esquizofrenia pelas suas características inerentes à doença, requer uma abordagem terapêutica abrangente, sendo por isso importante intervir não só a nível farmacológico, por forma a controlar os sintomas da doença, mas também ao nível social, psicoeducativo, familiar e ocupacional (Afonso, 2010). Assim, revelam-se de vital importância o desenvolvimento de programas de intervenção terapêutica, que permitam ao utente uma gestão do regime terapêutico mais adequada, e uma qualidade de vida mais efetiva.

Seguidamente, apresentaremos os resultados obtidos com o trabalho realizado com os utentes que fizeram parte do programa de intervenção terapêutica.

4.2.1 – Resultados Obtidos com cada um dos Utentes

O trabalho desenvolvido com cada um dos utentes decorreu no serviço de Psiquiatria Internamento de Agudos do Hospital Garcia de Orta, EPE.

Este teve início com a **avaliação diagnóstica**, que tem em linha de conta duas perspetivas: **a do utente**, na qual pretendemos perceber o que este pensa e sabe sobre a sua situação de saúde, a forma como no momento sente e vive a doença e como a interpreta, de modo a compreender o seu grau de consciência e de crítica relativamente à mesma, bem como, o que o preocupa e quais as dificuldades, estratégias e capacidades que na sua perspetiva possui para dar resposta ao seu problema de saúde; **a do enfermeiro**, na qual pretendemos conhecer o utente, através de uma análise sumária da sua história pessoal e familiar, bem como através de uma avaliação psicopatológica, que nos permitirá perceber melhor o seu comportamento, as suas funções mentais e capacidades cognitivas. É também nosso objetivo entender os seus acontecimentos de vida e o contexto em que os vive; o sofrimento e emoções sentidas, bem como as suas capacidades relacionais e de autocontrolo. Conhecer ainda a sua rede de suporte, o seu ambiente familiar, físico e sociocultural. Pretendemos também que o utente compreenda as consequências do seu problema de saúde e identifique o que na sua vida ou no seu ambiente poderá ajudá-lo na evolução do seu estado de saúde. Por fim, queremos ajudá-lo a tomar consciência real dos seus problemas e a perceber a sua motivação e capacidades para se envolver num processo de tratamento ou de mudança, fazendo emergir responsabilidades na evolução da sua situação de saúde e elementos de solução ou de esperança.

Seguidamente, efetuámos um processo de raciocínio clínico com identificação dos problemas, necessidades e/ou dificuldades sentidas pelos utentes, definição de objetivos, estabelecimento de prioridades e estratégias de intervenção. Por fim procedemos ao desenvolvimento de intervenções, por forma a obter ganhos em saúde. A ajuda/acompanhamento de cada um dos utentes foi efetuada de forma individualizada e personalizada, o que nos permitiu uma relação terapêutica mais efetiva.

4.2.1.1 - Resultados Obtidos com o Utente A

Com o **utente A** preconizámos 3 dias de acompanhamento semanal, com uma duração de aproximadamente 60 minutos cada sessão, sendo que o mesmo se verificou de 9 a 16 de novembro de 2011. Efetuámos uma primeira **análise do processo clínico** do utente de forma a percebermos qual o motivo do seu internamento.

O **A** recorreu ao serviço de urgência, por delírio de conteúdo persecutório para com os vizinhos e delírio de auto-relação referindo, “quando estou na rua mandam-me bocas e riem-se de mim e têm muita inveja” (sic). Apresentava ainda agitação psicomotora, insónia praticamente total, alucinações auditivo-verbais, dizendo que “à noite os vizinhos não param de falar comigo, para que eu não consiga dormir” (sic), bem como alucinações olfactivas, referindo “cheiro mal e mesmo depois de tomar banho e pôr perfume continuo a cheirar mal” (sic). Referiu ser alérgico a vários antipsicóticos, por isso interrompe-os voluntariamente, apresentando deste modo grande dificuldade em aderir ao regime medicamentoso.

Seguidamente procedemos à **avaliação diagnóstica** e procurámos perceber qual a **perspectiva do utente** relativamente à sua situação de saúde.

O **A** sabe que sofre de esquizofrenia e que é muito agressivo com os pais quando está descompensado. Refere que está internado por ter sido agressivo com os pais, verbal e fisicamente, “tratei-os muito mal” (sic). Acrescenta ainda que tem muito medo que tudo se volte a repetir, que ouça novamente as vozes e que considere que todas as pessoas lhe querem fazer mal. Vive a sua situação de saúde com angústia e dor, considerando-se inútil e mau carácter para com os pais. Sente muito medo e ansiedade, quando pensa que após a alta hospitalar possa voltar novamente a agredir os pais.

Quando questionado sobre as estratégias/capacidades que possui para lidar com a sua situação de saúde, o **A** refere que não sabe o que pode fazer.

De acordo com a **perspectiva do enfermeiro** podemos identificar que o **A** tem 42 anos, raça branca, sexo masculino, reformado, solteiro, vive com os pais, numa moradia na qual ele habita no primeiro andar e os pais no rés-do-chão. Como história familiar, não apresentava antecedentes psiquiátricos conhecidos.

Como história pessoal, apresentava o diagnóstico de esquizofrenia desde os 27 anos de idade, com três internamentos em instituições psiquiátricas, por descompensação da sua situação de saúde. Era uma pessoa ativa, trabalhava numa faculdade na área de informática, quando adoeceu começou a não conseguir

desempenhar as tarefas que lhe estavam atribuídas. Na altura iniciou quadro de depressão e isolamento social, pois ninguém o compreendia e gozavam com ele (sic), acompanhado de sintomatologia psicótica, com alterações ao nível do pensamento e da percepção (delírios persecutórios e alucinações auditivas e visuais), que culminou num internamento no Hospital Miguel Bombarda. Segundo o utente, a partir desse momento tudo mudou na sua vida, foi despedido, começou a isolar-se cada vez mais, apresentando anedonia e avolição. Perdeu os amigos e deixou de conseguir desempenhar as tarefas que antes lhe davam prazer, bem como de conseguir gerir a sua vida.

Como refere Abreu (2006) “o que primeiro salta à atenção no indivíduo (..) é o seu vestuário e o modo como se compõe, ou seja, o vestuário é sempre uma parte do mundo que o paciente habita” (p.51). A aparência física do **A** tinha um aspecto cuidado, roupa limpa, higiene cuidada, cabelo penteado e cuidado e barba desfeita. A sua idade aparente era superior à sua idade real. Apresentava pele e mucosas coradas e hidratadas, sem alteração da integridade cutânea, com aspecto limpo e cuidado.

Segundo Abreu (2006) “a expressão mímica é uma das formas mais significativas para qualquer ser humano” (p.55). Durante toda a entrevista o **A** apresentou uma postura inclinada para a frente, as mãos esfregava-as nervosamente uma na outra. O seu olhar era submisso e triste e a sua voz tinha tom baixo com discurso fluente e organizado. A sua morfologia corporal evidenciava uma desarmonia nos movimentos do corpo, designada segundo Abreu (2006) de morfologia pícnica, demonstrando pouca expressividade ao longo de toda a entrevista. O contacto que se estabeleceu foi de empatia, com uma comunicação expressiva, revelando sentimentos e emoções, existindo algumas perturbações no discurso verbal, principalmente quando falava de alguma coisa que o incomodava, nomeadamente a agressividade para com os pais. O utente apresentava momentaneamente um estado de consciência vígil, com orientação espaço temporal e sem alteração da continuidade da consciência, apresentando sempre clareza da mesma, ao longo de toda a entrevista. O **A** pareceu-nos ter consciência de si, bem como consciência da identidade e unidade do eu, e aparentemente sem alterações da consciência do corpo. Relativamente aos impulsos ou forças que o impelem a atuar, verificou-se um predomínio dos impulsos de nível inferior, somático sensoriais (sono), dos de segundo nível, impulsos vitais (ligados à conservação da vida), não sendo evidente os impulsos de nível superior. Relativamente à vontade, existe uma visível inibição da vontade, com queixas de falta de interesse e

motivação no que respeita à sua vida do dia-a-dia, referindo diminuição da sua capacidade cognitiva. O utente apresentou um humor triste e deprimido ao longo de toda a entrevista, que se refletiu na sua comunicação verbal e não-verbal, bem como na sua postura. No que respeita aos afetos, o utente manifestava relativamente a si, insegurança e medo, mas relativamente às pessoas que o rodeiam manifestou afeto essencialmente pela figura materna. Quanto às emoções, demonstrava ansiedade, angustia, medo e labilidade emocional, que se vislumbravam em quase todo o seu discurso. Não foram observadas alterações na forma de pensamento, nem alterações no conteúdo, bem como ao nível da memória e da senso-percepção.

No momento da entrevista o utente fazia a seguinte terapêutica: Risperidona 3mg; Seroquel 300 mg; Diazepam 5 mg; Tercian 100 mg; Morfex 15 mg.

A sua situação de saúde é comprometedor no que respeita à sua vida, devido ao isolamento social e anedonia, dificuldade em gerir as situações que lhe provocam stress, bem como algumas alterações nas relações interpessoais que estabelece com as pessoas que o rodeiam, nomeadamente os pais. Relativamente aos amigos, pareceu-nos que o utente não tem amigos, e no que respeita às relações e interação com a família pareceram-nos distantes e muito fracas.

Após a avaliação diagnóstica, podemos depreender que ao longo da vida o A experienciou processos de transição que o têm marcado de uma forma muito negativa, e para os quais tem imensa dificuldade em dar resposta, sente-se perdido, sem esperança e coragem para avançar. Vive num verdadeiro turbilhão de sentimentos negativos sobre si próprio e sobre a vida, auto-desvalorização e culpabilização, tendo entrado numa verdadeira situação de crise. Refere muito medo de regressar a casa e de não conseguir controlar os sintomas da doença e ser novamente agressivo com os pais. Está sem solução para o seu problema, necessitando de apoio e ajuda para conseguir dar resposta à sua situação de saúde.

Deste modo, considerámos que todo o suporte e apoio que lhe pudéssemos oferecer através de uma relação terapêutica, o poderia ajudar a dar resposta aos seus medos e angustias e a diminuir o seu isolamento social. A informação e ensino sobre os sinais e sintomas de alerta, como prevenir recaídas e a importância da adesão ao regime medicamentoso, bem como a importância de estilos de vida saudáveis, poderiam ajudá-lo a lidar melhor com a sua situação de saúde e a ter uma vida social mais ativa. Considerámos que o A apresentava crítica parcial para a sua situação de saúde e que

possuía capacidades, para que com a ajuda dos técnicos de saúde conseguisse dar continuidade a um plano terapêutico instituído.

Assim sendo, o trabalho desenvolvido com este utente incidiu essencialmente sobre os seguintes diagnósticos:

1- **Aceitação do estado de saúde comprometido** e o subdiagnóstico **potencial para o desenvolvimento de conhecimentos sobre estratégias de *coping***, cujas intervenções recaíram na identificação e ensino de estratégias de *coping*, que lhe permitissem estabelecer e avaliar alternativas de atuação face ao problema de saúde que estava a viver; promover a adaptação a novos estilos de vida e encorajar a interação social;

2 - **Capacidade para gerir o regime comprometido** e os subdiagnósticos **potencial para o desenvolvimento de conhecimentos sobre gestão do regime terapêutico; sobre regime medicamentoso; sobre hábitos de exercício físico adequado e hábitos de sono/repouso**, cujas intervenções incidiram sobre o reconhecimento de sinais e sintomas de alerta e prevenção de recaídas; reconhecer a importância da medicação e a pertinência de adesão à mesma; a relevância de adesão aos estilos de vida saudáveis; ter uma vida social mais ativa; bem como orientação para serviços de saúde.

Com as **intervenções de enfermagem** desenvolvidas foi nosso objetivo que o **A** adquirisse mais autoconfiança e conseguisse diminuir a sua ansiedade, de modo a lidar melhor com a sua situação de saúde; compreendesse o seu processo de doença; compreendesse e adquirisse capacidades para gerir o seu regime medicamentoso; adquirisse conhecimentos sobre hábitos de exercício adequado e hábitos de sono e repouso e compreendesse a importância de adquirir comportamentos de adesão ao regime terapêutico.

Neste contexto, e de forma a dar resposta ao plano terapêutico instituído realizamos **entrevistas de ajuda/accompanhamento entre o período de 9 a 16 de novembro de 2011**, desenvolvendo as intervenções previamente definidas.

Foi nossa preocupação ajudar a identificar estratégias de *coping* centradas no problema que no momento o **A** estava a viver, de modo a que conseguisse estabelecer e avaliar alternativas de atuação. Procurámos junto do **A** identificar barreiras que pudessem condicionar a resolução do problema, tendo este verbalizado que no momento a sua principal preocupação era o mau relacionamento com o pai “ele não compreende a minha doença e não a aceita” (sic). Outra das grandes preocupações do **A** é a

agressividade para com os pais quando tem alguma recaída, o que lhe provoca elevados níveis de ansiedade e angústia “é o meu maior medo quando voltar para casa” (sic).

Procurámos em conjunto encontrar recursos que lhe permitissem dar resposta às suas necessidades/dificuldades. O **A** referiu que uma das formas de dar resposta a este problema prendia-se com o realizar com o seu pai as tarefas que este lhe solicitava, nomeadamente ajudar no trabalho do jardim, o que iria deixar o pai muito satisfeito, pois é algo que lhe está sempre a pedir, contribuindo igualmente para diminuir o seu isolamento social “passo os dias no meu quarto” (sic) e a má relação que existe entre ambos. Reforçámos a importância de levar avante esta sua intenção, pois iria em muito contribuir para dar resposta ao seu problema. Sugerimos-lhe igualmente que uma das estratégias para diminuir o seu isolamento social, poderia passar por frequentar uma instituição onde pudesse realizar atividades que lhe dessem prazer e o fizessem sentir útil, contribuindo deste modo para que pudesse ter uma melhor qualidade de vida e bem-estar. Ficou muito agradado e interessado em frequentar a instituição, referindo que após a alta, iria com os pais inscrever-se na mesma. Para tal, foi contactada a técnica de serviço social que realizou entrevista com o **A** de modo a ajuda-lo neste sentido.

Face à agressividade para com os pais, procurámos que compreendesse a importância de conhecer os sinais de recaída, de modo a pedir ajuda quando sentisse que algo não estava bem. Referiu que sempre que não se sente bem, recorria à sua médica psiquiatra, pois é uma pessoa em quem confia. Foi nossa preocupação envolver a família no processo terapêutico do **A**, mostrando-se esta muito interessada em ajudar a dar resposta à situação de saúde que estavam a viver e em colaborar no que for necessário, para que o **A** tivesse uma melhor qualidade de vida.

No final do internamento foi realizado um contrato terapêutico no qual foram definidas as atividades que o **A** deveria efetuar ao longo do dia, bem como os compromissos que tinha assumido realizar, tendo este sido assinado por ambos.

Realizámos igualmente entrevistas de informação e ensino, de 9 a 15 de novembro de 2011, nas quais procurámos ajudar o **A** a adquirir capacidade para gerir o seu regime terapêutico, nomeadamente no que respeita a conhecer os sinais e sintomas de alerta e prevenção de recaídas; quais as complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz; qual a importância de seguir corretamente o regime medicamentoso prescrito pelo médico; o saber ler e interpretar o guia terapêutico, a importância de adaptar a toma de medicação às rotinas diárias; compreender os efeitos

secundários dos medicamentos e como lidar com os mesmos; importância de realizar exercício físico e adquirir hábitos de sono e repouso. Foi também reforçada a importância de o **A** ter uma vida social mais ativa e sair mais com os amigos e/ou com as pessoas com quem mais se identifica.

No final do internamento, considerámos que o trabalho desenvolvido com o **A** permitiu que aceitasse a sua situação de saúde e conseguisse identificar quais as estratégias de *coping* a utilizar, centradas tanto ao nível dos seus problemas como ao nível das suas emoções, que decerto o vão ajudar a dar resposta às suas necessidades/dificuldades. No que respeita ao regime terapêutico, pensamos que o **A** possui capacidades para gerir adequadamente o mesmo, principalmente a gestão do regime medicamentoso, referindo que ele próprio o irá gerir, na medida em que considera esse aspeto essencial para manter uma vida mais estável. Contudo, mostrou-se reticente em realizar os passeios a pé que ele tanto gosta de fazer, referindo que no inverno está frio, bem como em ajudar o pai nas suas tarefas no exterior, mencionando que se refugia muito no seu quarto, pois é onde se sente bem. Porém, percebe a importância de alterar os seus hábitos de vida por forma a ter uma vida mais saudável, mostrando-se muito interessado em frequentar a instituição que nós lhe sugerimos. Foi reforçada a importância do cumprimento do contrato terapêutico estabelecido, dando ênfase ao compromisso assumido por ambos.

Após o 1º mês de alta hospitalar, realizámos o primeiro *follow-up* , que teve como objetivo perceber como o **A** estava a lidar com a situação de saúde e a gerir o regime terapêutico no seu dia-a-dia. Este foi realizado telefonicamente com uma duração aproximada de 15 minutos. Aquando do contacto telefónico mostrou-se muito receptivo e emocionado com a preocupação dos técnicos em saber como ele estava a viver a sua situação de saúde. No que respeita à **avaliação do seu estado mental**, aparentemente revelava orientação auto e alo psíquica mantida, humor deprimido com alguma labilidade emocional, sugerindo a ausência de alterações ao nível do pensamento ou da percepção, bem como da memória. Não referiu sinais ou sintomas de alerta, apresentando um discurso coerente e fluido, com *insight* parcial para a sua situação de saúde. De acordo com o utente, no que respeita à sua **avaliação funcional**, cumpre o regime alimentar, cuida da sua higiene e toma banho só de 2 em 2 dias referindo estar muito frio para o fazer diariamente. Dorme entre 4 a 8 horas por noite, referindo não ter insónias. Relativamente ao **regime medicamentoso**, cumpre-o na totalidade e sem dificuldade em o gerir; não apresenta efeitos secundários. Dia 6 de

dezembro foi à consulta de psiquiatria, na qual, segundo a médica, apresentava humor depressivo com franco desinvestimento no seu cotidiano, aparentemente delirante, “a medicação faz com que cheire mal dos sovacos” (sic) e com ansiedade fóbica “tenho medo de estar com os outros” (sic). Nesta consulta a médica substituiu o Seroquel 300 mg, por amisulprida 200 mg e manteve a restante terapêutica. A 13 de dezembro, o **A** alertou o pai que não se sentia bem e este trouxe-o à urgência, com quadro de acatisia, mas sem alterações ao nível do sono, com boa adesão ao regime medicamentoso e de acordo com o pai, com delírio e alucinações, que o médico no serviço de urgência não apurou. Foi alterada a risperidona para 7,5 mg e introduzido biperideno 4mg dia. No que respeita à **avaliação da sua situação social**, mantém-se confinado ao quarto, referindo estar muito frio e por isso não tem realizado os seus passeios. Ainda não foi à instituição, afirmando que no início de janeiro irá com o pai. Tem a sua próxima consulta de psiquiatria dia 13 de março de 2012. Foi sensibilizado para a importância do cumprimento do contrato terapêutico pré-estabelecido por ambos, tendo ficado acordado que a 19 de janeiro contactá-lo-ia novamente para ter conhecimento da sua situação de saúde. Agradeceu a preocupação e despediu-se emocionado.

Após o 2º mês de alta hospitalar, foi realizado o 2º follow-up, de modo a darmos continuidade ao seu acompanhamento e a percebermos se tinha realizado as atividades que ficaram agendadas aquando da efetivação do 1º *follow-up*.

O *follow-up* foi realizado telefonicamente com a duração aproximada de 20 minutos. O telefone foi atendido pela mãe que refere, que o **A** apresenta um isolamento social cada vez mais acentuado, até mesmo com a família, passando os dias no quarto (sic). Contudo, menciona que se encontra psicopatologicamente estável, o que a deixa muito satisfeita e mais tranquila (sic). De seguida o **A** atendeu o telefone com satisfação, mas verbalizou de imediato que se sentia muito triste e sem capacidade para realizar qualquer tipo de atividade.

Relativamente à **avaliação do seu estado mental**, aparentemente com orientação auto e alo psíquica mantida, humor deprimido e choro fácil, sem alterações ao nível do pensamento ou da percepção, bem como da memória. Não referiu sinais ou sintomas de alerta, apresentando um discurso coerente e fluido, com *insight* parcial para a sua situação de saúde.

De acordo com o utente, no que respeita à sua **avaliação funcional**, referiu falta de apetite, quanto à higiene, disse tomar banho de 5 em 5 dias, pois está muito frio (sic), acrescentando ainda que é uma forma de os pais não pagarem tanto dinheiro de água e

de gás (sic). Quanto ao exercício físico, mencionou passar os dias no seu quarto devido ao frio e que também não sente vontade de realizar qualquer tipo de atividade (sic). Dorme 4 a 5 horas por noite e no momento encontra-se a tomar morfex 30 mg apesar de a médica ter prescrito só 15 mg, mas com esta dosagem consegue dormir e com a dosagem mais baixa não. No que respeita ao **regime medicamentoso**, cumpre o mesmo sem dificuldade, não referindo efeitos secundários.

Relativamente à **avaliação da sua situação social**, mantém isolamento social cada vez mais acentuado, referindo que ninguém gosta dele e que se sente muito bem sozinho, sem ninguém (sic). Acrescentou ainda que não quer ir para a instituição para que os pais não gastem dinheiro com ele (sic). Apresentava humor deprimido, com acentuada anedonia e avolição. Foi incentivado a sair de casa, mas manteve sempre o mesmo registo. Foi incentivado a ter um comportamento mais sociável, e foi reforçada a importância de frequentar a instituição, mas o A referiu sempre que se sentia bem sozinho, pois ninguém gostava dele, nem queriam saber dele (sic), apresentando labilidade emocional acentuada. Ficou acordado que contactá-lo-ia novamente após a consulta de psiquiatria a 13 de Março, para saber como estava a lidar com a sua situação de saúde. Agradeceu a preocupação e despediu-se muito emocionado.

No trabalho desenvolvido com o A e de acordo com **os indicadores de avaliação definidos**, podemos inferir que no início da intervenção terapêutica aparentemente parecia aceitar a sua situação de saúde, contudo no decorrer da mesma identificámos que tem muita dificuldade em aceitar essa situação de saúde e em compreender o seu processo de doença.

Inicialmente conseguia identificar alguns dos sinais de alerta, mas não estava desperto para pedir ajuda quando sentisse que algo de diferente se estava a passar. Com o trabalho desenvolvido conseguimos que o A ficasse mais desperto para as medidas a tomar para prevenir recaídas e pedisse ajuda sempre que necessário. Aquando do primeiro contato, já percebia a importância da adesão ao regime medicamentoso, contudo parava a toma da terapêutica quando apresentava efeitos secundários. No decorrer das sessões conseguiu perceber a importância de cumprir o regime medicamentoso e identificar com facilidade estratégias para obter melhores resultados com a toma da terapêutica.

Relativamente aos estilos de vida saudável, o A nunca deu muita importância aos hábitos alimentares, contudo privilegiava os hábitos de exercício, mas apesar de perceber a sua importância manteve-se sempre confinado ao seu quarto, apesar de ser

incentivado a realizar qualquer tipo de atividade física que lhe desse prazer. No início não percebia a importância de adquirir hábitos de sono e repouso e que a insônia poderia ser um dos sinais de alerta de descompensação da sua doença. Após a alta hospitalar mostrou-se muito atento à importância do sono, gerindo a medicação de modo a conseguir dormir pelo menos 6 a 8 horas por noite.

No que respeita à iniciativa de comportamentos de adesão ao regime terapêutico, no final do internamento e aquando da realização do primeiro *follow-up*, o **A** parecia muito empenhado. Todavia, no segundo mês após a alta mostrava-se sem iniciativa, desmotivado e com um total desinvestimento em relação a si e à vida. Foi contactada a sua psiquiatra para que estivesse atenta à situação de saúde do **A** quando realizasse a consulta de rotina em março de 2012.

No decorrer do contato terapêutico, pareceu-nos sempre existir uma excelente relação de confiança e de empatia, o que contribuiu muito para o desenvolvimento do programa de intervenção terapêutica.

Relativamente ao suporte familiar, no início a família mostrava-se distante e sem perceber a melhor forma de lidar com a situação clínica do **A**, o pai inclusivamente, não aceitava a sua doença. Com o envolvimento da família no processo terapêutico do **A** começaram a perceber melhor a forma de lidar com o filho e o pai começou a aceitar a sua doença e a preocupar-se em dar respostas às suas necessidades/dificuldades.

Consideramos que o trabalho desenvolvido permitiu que o **A** ficasse mais desperto para a importância do cumprimento do regime terapêutico, porém o seu processo de doença dificulta a adesão a este regime, pelo que seria importante a sua integração num grupo, onde pudesse desenvolver competências psicossociais, que contribuíssem para uma melhor reintegração social. Assim, foi solicitado à terapeuta ocupacional do Serviço de Internamento de Psiquiatria a sua integração no grupo de desenvolvimento de competências sociais, pedido que aguarda resposta.

4.2.1.2 - Resultados Obtidos com a Utente B.

Com a utente B definimos 3 dias de acompanhamento semanal, no período de 22 de dezembro de 2011 a 2 de janeiro de 2012, com uma duração de aproximadamente 60 minutos cada sessão. Realizámos uma primeira abordagem ao **processo clínico** da utente de forma a percebermos qual o motivo do seu internamento. A **B** recorreu ao serviço de urgência por comportamento agressivo (partiu vários objetos em casa),

insónia, risos imotivados, delírio de grandeza “estiveram a fazer-me uns testes para ser embaixadora da paz em Cabo Verde”, delírio místico “tive um filho sendo virgem, estou destinada a grandes coisas”. Acusou o pai de a ter violado e afirmou que este tem sexo com uma sobrinha (sic). Referiu ter 18 anos e que o seu corpo está a adquirir formas femininas, está em crescimento (sic). Apresentava alterações dos limites do Eu “estou em telepatia com primos da Índia e de Cabo Verde”, alucinações auditivo-verbais “as vozes estão a ouvir e depois contam o que se passa”, bem como abandono parcial da terapêutica, saltando as tomas da medicação principalmente durante o dia. No momento da entrevista apresentava embotamento afectivo, humor disfórico, sem qualquer tipo de *insight* para a sua situação de saúde.

Seguidamente procedemos à **avaliação diagnóstica** e procurámos perceber qual a perspectiva da utente relativamente à sua situação de saúde. A **B** sabe que sofre de uma psicose pós parto, referindo que não é esquizofrénica, “a esquizofrenia penso que é muito forte para mim, pois nunca peguei fogo à casa, nem arranquei os cabelos como fazem os esquizofrénicos”. “Tenho uma tia esquizofrénica que faz isso” (sic). Sente que quando tem uma recaída, ouve muitas vozes que lhe pedem para fazer coisas “e eu faço, e esse é que é o problema” (sic). Delira com coisas religiosas e fala com os Santos principalmente o S. Jorge (sic). Não cumpre a medicação porque sai de casa de manhã e só regressa à noite. Não se sente bem em casa devido à presença da prima.

Quanto a estratégias/capacidades da utente, para dar resposta à sua situação de saúde, quando questionada sobre este assunto a **B** referiu que pode ter uma vida normal como as outras pessoas, pode trabalhar e desempenhar a sua profissão de nutricionista, pois precisa de trabalhar e de cuidar do seu filho.

Segundo a **perspetiva do enfermeiro** a **B** atualmente tem 30 anos de idade, raça negra, sexo feminino, desempregada, solteira, vive com os pais e o seu filho, é licenciada em nutrição e dietética. Como história familiar, referiu que tem uma tia paterna com esquizofrenia. Como história pessoal, há quatro anos no período pós-parto desencadeou episódio de características maniformes acompanhado de sintomatologia psicótica. Este quadro reverteu após a toma da terapêutica, ficando estável durante aproximadamente um ano. No decorrer deste período de tempo, trabalhou como nutricionista numa clínica, com uma vida social ativa e cuidou do seu filho sem qualquer dificuldade. Após um ano de tratamento abandona a terapêutica e as consultas e tem uma nova recaída, apresentando nesta altura um quadro com sintomatologia depressiva que alternava com euforia e sintomas psicóticos, tendo sido internada na

clínica de S. José. Desde essa altura nunca mais trabalhou, tendo uma recaída em maio de 2011, com necessidade de internamento no Serviço de Psiquiatria do Hospital Garcia de Orta, com o mesmo quadro clínico. Segundo a utente, desde esse internamento tem estado mais isolada, não consegue arranjar emprego, nem cuidar do filho como antes, passa os dias sozinha a andar a pé pelas ruas e esquece-se de tomar a terapêutica.

Como aparência física, a **B** apresentava um aspecto cuidado, roupa limpa e adequada. Apresentava-se com os cabelos bem penteados e cuidados, unhas bem arranjadas, pele e mucosas coradas e hidratadas, sem alteração da integridade cutânea, com aspeto limpo e muito cuidado. A sua idade aparente correspondia com a sua idade real. A sua postura era fletida, retraída, com a cabeça entre os ombros e o peito encolhido, transmitia uma atitude submissa. A sua morfologia corporal, era expressiva de obesidade, referindo que em situações de elevada ansiedade consome desregradamente todos os alimentos que encontra, os que gosta e os que não gosta (...). Quanto à expressão mímica revelava ansiedade e o seu olhar era triste. Os braços e as mãos gesticulavam em harmonia as palavras que proferia, a sua marcha era lenta, com um olhar fletido para o chão. O tom da voz era baixo, com um discurso organizado e uma linguagem cuidada, sem perturbações do discurso verbal. A **B** apresentava um estado momentâneo de consciência vígil, com orientação espaço temporal mantida e sem alteração da continuidade da consciência, focando a mesma para todas as perguntas que lhe eram colocadas, escutando-as com a máxima atenção e mantendo sempre clareza de consciência, ao longo de toda a entrevista. Pareceu-nos ter consciência de si, bem como consciência da identidade e unidade do eu, aparentemente com alterações da consciência do corpo, referindo que não gosta do seu corpo que não se identifica com ele, e que quer muito alterá-lo, quer emagrecer. No que respeita aos impulsos ou forças que a impelem a atuar, verificou-se impulsos de nível inferior, somático sensoriais (sono e fome), dos de segundo nível, impulsos vitais (ligados à conservação e intensificação da vida), sendo também evidente os impulsos de nível superior, os intelectuais, referindo que pretende colocar em prática os seus conhecimentos de nutrição e ajudar quem precisa. Relativamente à vontade, verifica-se uma forte vontade de viver, de lutar por uma vida diferente com mais autonomia, ou seja, ter vida própria. A **B** apresentava um humor triste quando falava da sua situação de saúde e da vida que está a viver atualmente, bem como quando se referia a si própria e ao seu filho, afirmando que não conseguia cuidar dele, o que se refletia na sua comunicação verbal e não-verbal, bem como na sua postura. Relativamente aos afectos, a **B** manifestava um

imenso amor pelo seu filho, insegurança e vergonha quando falava de si própria e do seu comportamento quando tem uma recaída. No que respeita às emoções, demonstrava ansiedade que se vislumbrava em todo o seu discurso. Não foram observadas alterações na forma de pensamento, nem alterações no conteúdo, nem ao nível da memória, bem como alterações da senso-percepção.

No momento da entrevista de avaliação diagnóstica a **B** fazia a seguinte terapêutica: Diplexil 500-R; Risperdal consta 50 mg; Risperidona 2 mg.

A sua situação de saúde é comprometedora tendo em conta o seu trabalho, pois não consegue desempenhar as suas funções de nutricionista, estando no momento desempregada. Em relação ao cuidado para com o seu filho, referiu que são os pais que tomam conta dele, o que a faz sentir muito triste. Quanto aos amigos, pareceu-nos que a **B** não tem muitos amigos. As relações e interação com a família pareceram-nos muito boas e fortes, referindo que gosta muito do pai e de um irmão que vive em Londres.

De acordo com a avaliação diagnóstica, considerámos pertinente desenvolver estratégias de atuação que nos permitissem ajudar a **B** a aceitar o estado de saúde e a adotar comportamentos que a auxiliassem a dar resposta às situações difíceis vivenciadas no seu dia-a-dia, bem como, a desenvolver estratégias de *coping* que lhe permitissem fazer face às suas necessidades/dificuldades e encorajá-la a procurar soluções viáveis, de forma a dar resposta à atual situação de saúde. Considerámos que a informação e ensino sobre o como lidar com a sua situação de saúde, os sinais e sintomas de alerta, como prevenir recaídas, a importância da adesão ao regime medicamentoso e os efeitos secundários da medicação, bem como a importância da adoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente realizar uma alimentação mais adequada, de forma a conseguir emagrecer e a desenvolver uma atividade física como coadjuvante, poderão ajudá-la a lidar melhor com a sua situação de saúde e a ter uma vida mais efetiva. Considerámos que a **B** apresentava crítica parcial para a sua situação de saúde e que possuía capacidades, para que com a ajuda dos técnicos de saúde, conseguisse dar continuidade a um plano terapêutico instituído.

Assim sendo, o trabalho desenvolvido com esta utente incidiu sobre os seguintes diagnósticos:

1 - **Aceitação do estado de saúde comprometido** e o subdiagnóstico **potencial para o desenvolvimento de conhecimentos sobre estratégias de *coping*** , cujas intervenções foram direcionadas para a promoção da aceitação do estado de saúde; ensino sobre estratégias de *coping* e de adaptação, nomeadamente, apreender novos

comportamentos, bem como modificar certos hábitos de vida, estabelecendo metas individuais e desenvolvendo planos para satisfazê-las.

2 - **Capacidade para gerir o regime comprometido** e os subdiagnósticos **potencial para o desenvolvimento de conhecimentos sobre gestão do regime terapêutico; sobre hábitos alimentares; sobre exercício físico adequado; sobre regime medicamentoso; sobre hábitos de sono e repouso**, cujas intervenções se direcionaram essencialmente para a compreensão do curso da sua doença e aquisição de capacidades para gerir o seu regime terapêutico; sobre o reconhecimento de sinais e sintomas de alerta e prevenção de recaídas; sobre a importância da medicação e a pertinência de adesão à mesma; a relevância de adesão aos estilos de vida saudáveis; importância de uma vida social mais ativa e a orientação para serviços de saúde.

Com as **intervenções de enfermagem** desenvolvidas foi nosso objetivo que a **B** compreendesse o seu processo de doença, compreendesse o seu regime medicamentoso e adquirisse capacidades para gerir o mesmo, adquirisse conhecimentos sobre hábitos alimentares saudáveis, hábitos de exercício adequado e hábitos de sono e repouso e que compreendesse a importância de adquirir comportamentos de adesão ao regime terapêutico.

Nesta perspetiva e de forma a dar resposta ao plano terapêutico instituído realizamos **entrevistas de ajuda/acompanhamento entre o período de 22 dezembro a 2 de janeiro de 2012**. As entrevistas desenvolvidas no decorrer da intervenção terapêutica com a **B** permitiram-nos com uma atitude de respeito, autenticidade e compreensão empática, estabelecer uma relação de confiança e empatia, que em muito contribuiu para que a **B** partilhasse os seus medos, receios, angústias e vontades, bem como as suas necessidades de ajuda e expectativas face à situação de saúde que estava a viver. Assim sendo, foi nossa preocupação ajudar a **B** a reconhecer as capacidades e estratégias de que dispõe para fazer face ao seu problema e a avaliar os seus recursos pessoais, de forma a encontrar soluções e tomar decisões conscientes que lhe permitissem dar resposta às suas necessidades/dificuldades. Neste âmbito, ajudámos a **B** a identificar estratégias de *coping* centradas no problema que no momento estava a viver, de modo a conseguir estabelecer e avaliar alternativas de atuação. Procurámos junto da **B** identificar as barreiras que pudessem condicionar a resolução do seu problema, nomeadamente a culpa e a vergonha das coisas que fez e disse, aquando das suas recaídas. Seguidamente, procurámos em conjunto encontrar recursos que lhe permitissem dar resposta, referindo que pretendia conhecer os sinais e sintomas de

recaída, por forma a conseguir prevenir as mesmas, bem como pedir apoio aos pais para que a ajudem em situações futuras.

Foi também nossa preocupação identificar estratégias de *coping* centradas nas suas emoções, que lhe permitissem gerir e lidar com o estado emocional que se cria em torno das situações que vivência no seu dia-a-dia e que lhe provocam elevados níveis de ansiedade. Deste modo a **B** conseguiu identificar como uma mais-valia na gestão das suas alterações emocionais, algumas atividades tais como, dar passeios a pé, principalmente junto ao mar; frequentar a piscina em regime livre, verbalizando que nadar contribui para que se sinta mais calma e relaxada e a leitura e a música que a acalmam fazendo-a sentir paz e tranquilidade. Outra das estratégias de *coping* identificada pela **B** centra-se nas relações interpessoais, na medida em que quando tem problemas procura partilhá-los com o pai, referindo que só consegue sentir-se à vontade com ele. Como refere Sequeira (2006) “o sujeito procura apoio nas pessoas do seu círculo social para a resolução da situação stressante”. Foi também nossa preocupação que a **B** aceitasse a sua situação de saúde e compreendesse o que esta significava para si, encorajando-a a controlar o seu comportamento e incentivando-a a adoptar novos estilos de vida.

Procurámos igualmente identificar crenças, valores e expectativas de modo a que os mesmos pudessem ser uma mais-valia na tomada de decisão e metas a atingir.

Para além das entrevistas de ajuda/acompanhamento realizámos entrevistas de informação e ensino, nos períodos de 22 de dezembro de 2011 a 2 de janeiro de 2012.

Através das entrevistas de informação e ensino, procurámos ajudar a **B** a compreender o curso da sua doença, a adquirir capacidade para gerir o seu regime terapêutico nomeadamente: conhecer os sinais e sintomas de alerta e prevenção de recaídas; quais as complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz; qual a importância de seguir corretamente o regime medicamentoso prescrito pelo médico; o saber ler e interpretar o guia terapêutico; a importância de adaptar a toma de medicação às suas rotinas diárias; compreender os efeitos secundários da medicação e a forma como deve lidar com os mesmos; a importância de uma alimentação equilibrada (pobre em gorduras e hidratos de carbono) e de realizar exercício físico, que lhe permitisse perder peso, sendo este um grande objectivo a atingir, bem como a importância de adquirir hábitos de sono e repouso, sendo a insónia um dos sinais de alerta da **B**.

Foi também reforçada a importância de ter uma vida social mais ativa, incentivando-a a sair com os amigos e/ou com as pessoas com quem mais se

identificava. No decorrer das entrevistas procurámos sinalizar quais os limites e fatores que poderiam influenciar a sua capacidade de aprendizagem, bem como a sua motivação para apreender novos comportamentos e atitudes, que fossem facilitadores de um processo de mudança. Podemos verificar que existia na **B** um grande desejo de mudar, por forma a conseguir evoluir em direção à autonomia e à tomada a cargo das suas responsabilidades como mãe, bem como a necessidade de reconhecimento e valorização das suas capacidades para poder voltar a desenvolver a sua profissão.

No final do internamento, considerámos que o trabalho desenvolvido com a **B** ajudou-a a compreender melhor a sua situação de saúde, bem como a identificar quais as estratégias de *coping* a utilizar, centradas tanto ao nível dos seus problemas, como ao nível das suas emoções e das relações interpessoais, que decerto a ajudarão a dar resposta a algumas das suas necessidades/dificuldades. No que respeita ao regime terapêutico, pensamos que a **B** possui capacidades para gerir adequadamente o mesmo, principalmente a gestão do regime medicamentoso, referindo que irá realizar a toma da injeção de ação prolongada de 15 em 15 dias e que irá pedir ajuda ao pai para controlar a toma da medicação oral, de forma a que nunca se esqueça da mesma, uma vez que a considera essencial para poder cuidar do seu filho e trabalhar na sua área de eleição. Foi sugerido ao médico prescrever as tomas da medicação de forma a facilitar a adesão das mesmas por parte da **B**, tendo estas sido prescritas de manhã ao levantar e à noite ao deitar, o que segundo a própria se torna muito facilitador. Foi-lhe sugerido que frequentasse a área de Intervenção Comunitária do Seixal, onde poderia desenvolver algumas atividades que lhe dessem prazer, sugestão que aceitou com muito entusiasmo. Foi ainda incentivada a procurar estruturas que lhe permitissem ter um emprego apoiado, de modo a que conseguisse desenvolver uma atividade remunerada. A **B** mostrou-se muito interessada, pelo que foi encaminhada para o técnico de serviço social da área de Intervenção Comunitária do Seixal, de modo a ajudá-la a percorrer este caminho. Foi também reforçada a importância do cumprimento do regime terapêutico prescrito e foi envolvido o pai na gestão do mesmo, o qual se mostrou muito empenhado em ajudar a **B**, referindo que tudo fará para ver a sua filha com mais autonomia e bem-estar. Após a alta hospitalar foi contactada a área de Intervenção Comunitária do Seixal e comunicado ao enfermeiro a situação clínica da **B**, assim como o desejo de esta participar nas atividades realizadas na instituição e a importância de conseguir a médio prazo um emprego apoiado.

Após um mês da alta hospitalar realizámos o *follow-up*, através de contato telefónico com a duração aproximada de 20 minutos. Este teve como objetivo percebermos como a B no momento estava a viver a sua situação de saúde e a lidar com o regime terapêutico instituído, tendo-se mostrado muito receptiva e satisfeita com o contato telefónico. Em relação à **avaliação do seu estado mental**, aparentemente revelava orientação auto e alo psíquica mantida, humor eutímico, bem-disposta e sorridente, aparentemente sem alterações ao nível do pensamento. Verbalizou pontualmente alterações da percepção, nomeadamente alucinações auditivas, referindo ouvir vozes, mas que no momento não sabia de quem eram essas vozes nem qual o conteúdo das mesmas (sic). Refere alteração da memória recente, “por vezes esqueço-me das coisas que vou fazer ou que quero dizer” (sic). Não referiu sinais ou sintomas de alerta, apresentando um discurso coerente e fluido, apresentando *insight* para a sua situação de saúde.

De acordo com a utente, no que respeita à sua **avaliação funcional**, já iniciou a sua dieta e está a ser seguida por uma nutricionista, “já emagreci um bocadinho” (sic); cuida da sua higiene diária e dorme cerca de 8 horas por noite, referindo não apresentar insónias.

Relativamente ao **regime medicamentoso**, cumpre o esquema terapêutico e não apresenta dificuldade em geri-lo, não refere efeitos secundários. Faz medicação de ação prolongada *dépot*, sendo a próxima administração dia 20 de fevereiro de 2012. Quanto à **avaliação da sua situação social**, frequenta a área de Intervenção Comunitária do Seixal todos os dias úteis exceto à quarta-feira, uma vez que participa nas atividades psicoeducativas e treino de competências sociais. À sexta-feira vai à piscina, referindo que é um momento privilegiado para o relaxamento e socialização com os outros utentes. Mantem-se desempregada, mencionando que está à espera de adquirir mais estabilidade para se candidatar a um emprego apoiado (sic). Tem a sua próxima consulta de psiquiatria em abril de 2012.

Foi sensibilizada para a importância de manter as atividades na área de Intervenção Comunitária do Seixal, referindo que as vai manter, pois têm sido muito benéficas para a sua recuperação (sic). Agradeceu o contato e a preocupação e despediu-se. Ficou agendado um próximo contato para o mês de março, de modo a ter conhecimento como está a evoluir a sua situação de saúde.

No trabalho desenvolvido com a **B** e de acordo com **os indicadores de avaliação definidos**, verificamos que esta não aceitava a sua situação de saúde, mas

compreendia a importância de adesão ao regime medicamentoso. No final do internamento demonstrava capacidade em descrever quais as medidas a tomar para atenuar os efeitos secundários da medicação, bem como quais as estratégias a utilizar para obter melhores resultados com a toma da mesma. No momento da alta hospitalar a **B** apresentava alguma dificuldade em compreender o seu processo de doença, porém aquando do *follow-up* parecia-nos ter uma compreensão mais efetiva sobre o mesmo. Desde o início apresentou sempre alguma facilidade em identificar sinais e sintomas de alerta, todavia no início do internamento não conseguia descrever medidas a tomar para prevenir recaídas. Demonstrou sempre conhecimentos sobre os estilos de vida saudáveis, mas atestava pouca iniciativa para comportamentos de adesão ao regime terapêutico. O trabalho desenvolvido e a relação de confiança que se estabeleceu com a **B**, possibilitou que esta compreendesse a importância de aderir ao regime terapêutico instituído, revelando-se o apoio familiar uma mais-valia neste processo.

4.2.1.3 - Resultados Obtidos com o Utente C

Com o **utente C** devido à sua anedonia e avolição definimos um acompanhamento semanal diário, com um contato aproximado de 15 a 30 minutos, que se realizou de 22 de dezembro de 2011 a 10 de janeiro de 2012.

De acordo com o **processo clínico**, o **C** recorreu ao serviço de urgência encaminhado pelo seu médico psiquiatria, devido a quadro de agressividade para com as crianças que brincavam na rua, a quem arremessava pedras e para com a irmã com quem vive. Manifestava ainda delírio persecutório para com a irmã, referindo que esta matou alguém no mato ao pé da barraca onde vive (sic). De acordo com o seu psiquiatra, manifestava insónia, lentificação psicomotora, incumprimento do regime medicamentoso e fraco suporte sociofamiliar. À entrada na urgência apresentava-se calmo, com queixas de insónia total, tonturas, dizendo que sentia os lábios a arder (sic).

Procedemos à **avaliação diagnóstica** e procurámos perceber qual a perspectiva do **C** relativamente à sua situação de saúde. Ele sabia que tinha uma doença mental, mas não sabia especificar qual. Referiu que estava internado por ter insónia total e muitas tonturas, acrescentando ainda que “as pedras foram conflitos com os miúdos, e não foi ele que começou a atirar com as pedras, (...)” “começaram a chamar-me maluco e a tirar-me a bola e eu reagi” (sic). Disse sentir muito medo e ansiedade, quando pensa que após a alta hospitalar possa voltar novamente a ter insónia e tonturas, pois quando isso

acontece passa os dias em casa deitado na cama e não vai jogar futebol, nem sai de casa (sic). Referiu anedonia e avolição perante a vida e ou qualquer atividade que antes lhe dava prazer realizar. Quando questionado sobre as estratégias e ou capacidades que na sua perspetiva possui para dar resposta à sua situação de saúde, referiu que não sabia o que fazer e pediu ajuda.

Segundo a **perspetiva do enfermeiro** o **C** tem 23 anos, é de raça negra, sexo masculino, desempregado, como habilitações literárias possui o 6º ano de escolaridade, é solteiro e vive com uma irmã e o seu companheiro desde 2008. Como história familiar, é o último filho de uma fratria de 4 irmãos, em que uma das irmãs sofre de esquizofrenia. Como história pessoal, aos 17 anos de idade desencadeou o primeiro surto psicótico em Cabo Verde onde vivia e começou a ser seguido em psiquiatria. Em 2008 veio para Portugal, após a morte da mãe. Desde essa altura é seguido em psiquiatria, apresentando má adesão ao regime medicamentoso. Em setembro de 2011, por agravamento do quadro psicótico foi internado no Serviço de Psiquiatria no Hospital Garcia de Orta. Segundo o utente era uma pessoa ativa, trabalhava na construção civil e jogava futebol num clube em Corroios. Referiu ainda que desde o último internamento, não voltou a trabalhar, expondo insónias e tonturas, bem como muita dificuldade em desempenhar qualquer tipo de atividade, passando os dias deitado no quarto a ver televisão.

Como aparência física, o **C** apresentava um aspecto cuidado, roupa e cabelos limpos, unhas cortadas e limpas, pele e mucosas coradas e hidratadas, sem alteração da integridade cutânea, com aspecto limpo e cuidado. A sua idade aparente estava de acordo com a sua idade real. Para Trzepacz e Baker (2001) “a postura e a posição constituem informação não-verbal importante sobre o humor do doente” (p.29). Assim, ao longo de toda a entrevista manteve-se com uma postura flectida, retraída, com a cabeça pendente, ombros descaídos e olhar baixo e submisso. A sua morfologia corporal evidenciava uma desarmonia nos movimentos do corpo, designada segundo Abreu (2006) por morfologia pícnica, demonstrando uma expressividade retraída. Como refere Trzepacz e Baker (2001) “o comportamento geral do doente corresponde à sua atitude predominante” (p.32); neste caso, no decorrer da entrevista e no que respeita à expressão mímica, o **C** mergulhava o seu olhar no chão sempre que verbalizava sentimentos e emoções que lhe provocavam mágoa e olhava-nos diretamente nos olhos quando falava do quanto gostava de jogar futebol. O seu olhar revelava tristeza e a sua expressão alterava de acordo com o seu discurso; quando falava do futebol umas vezes

esboçava um sorriso, outras refletia tristeza, quando dizia que não conseguia dormir, sentindo-se muito cansado e com tonturas. A sua cabeça manteve-se sempre ligeiramente fletida para baixo. A sua marcha era lenta com um olhar fletido para o chão. O tom da sua voz era baixo, discurso pobre mas organizado, com linguagem compreensiva, embora pouco comunicativo. Quando se emocionava a sua voz ficava trémula e as mucosas secas, tendo necessidade de humedecer os seus lábios. De acordo com Abreu (2006) “(...) a consciência distingue o homem (...), ou seja, a consciência tem pois a ver com a consciência de si e, por extensão, com a consciência do corpo” (p.71). O C apresentava um estado momentâneo de consciência vígil, com orientação espaço temporal mantida e sem alteração da sua continuidade, focando a mesma para todas as perguntas que lhe eram colocadas e escutando-as com atenção. Manteve sempre clareza de consciência, ao longo de toda a entrevista. Pareceu ter consciência de si, bem como consciência da identidade e unidade do eu, aparentemente sem alterações da consciência do corpo.

No que respeita aos impulsos ou forças que o impelem a atuar, verificou-se um domínio dos impulsos de nível inferior, somático sensoriais (sono), dos de segundo nível, impulsos vitais (psíquicos-ligados a conteúdos momentâneos especiais), não sendo evidente os impulsos de nível superior. Relativamente à vontade, verificou-se uma completa avolição e anedonia, perante as atividades antes vistas como interessantes ou prazerosas. Apresentou um humor triste, refletindo-se isto na sua comunicação verbal e não-verbal, bem como na sua postura. Relativamente aos afetos, não houve qualquer manifestação dos mesmos por parte do C, o que já não se verificou quanto às emoções, uma vez que demonstrou ansiedade e angustia ao longo de todo o discurso, referindo insistentemente que tinha insónia e tonturas. Não foram observadas alterações na forma de pensamento, nem alterações no seu conteúdo. Não se identificaram alterações ao nível da memória, nem ao nível da senso-percepção. Atualmente faz a seguinte terapêutica: Risperidona 4mg; Lorazepam 2,5mg; Akineton Ret.; Olanzapina 20mg; Cisordinol 200mg IM de 3/3 semanas, com próxima toma dia 27/01/2012.

A sua situação de saúde é comprometedora devido ao isolamento social, anedonia e avolição marcadas, o que não lhe permite trabalhar e ter uma vida ativa, bem como potencia a dificuldade em lidar com o seu problema de saúde. Relativamente ao processo interpessoal as relações e interação com a família pareceram-nos sugestivas de distanciamento e vínculos fracos; referiu não ter amigos vivendo muito sozinho e

isolado no seu quarto, uma vez que a irmã sai de manhã para trabalhar e só regressa há noite, já muito tarde (sic). O C não apresenta crítica para a sua situação de saúde.

De acordo com a avaliação diagnóstica, considerámos pertinente desenvolver estratégias de atuação que nos permitissem ajudar o C. a compreender um pouco melhor a sua doença e a aceitar a sua situação de saúde, de forma a adotar comportamentos que lhe permitissem lidar melhor com o seu problema de saúde. Deste modo, considerámos que todo o suporte e apoio que lhe pudéssemos oferecer através de uma relação terapêutica, o poderia ajudar a dar resposta a algumas das suas necessidades e/ou dificuldades. Observámos que o C não apresentava crítica para a sua situação e revelava muita dificuldade em lidar com o problema de saúde que estava a viver. Contudo demonstrava vontade em mudar alguma coisa no seu quotidiano, nomeadamente cumprir a medicação para que pudesse ter uma vida mais ativa e realizar as atividades que lhe davam prazer, designadamente jogar futebol (sic). Assim sendo, identificámos os seguintes diagnósticos:

1 - **Aceitação do estado de saúde comprometido**, cujas intervenções incidiram essencialmente no estabelecimento de uma relação de confiança e na promoção de uma comunicação expressiva de emoções e sentimentos, bem como incentivar à utilização de estratégias que lhe permitissem lidar melhor com a sua situação de saúde, encorajando simultaneamente para a interação social.

2 - **Capacidade para gerir o regime comprometido** com os seguintes subdiagnósticos: **Potencial para o desenvolvimento de conhecimentos sobre gestão do regime terapêutico; sobre regime medicamentoso; sobre hábitos alimentares; hábitos de exercício físico adequado e hábitos de sono e repouso.** As intervenções planeadas direcionaram-se essencialmente para que o C compreendesse o curso da sua doença e adquirisse capacidades para gerir o seu regime terapêutico; nomeadamente, reconhecer os sinais e sintomas de alerta e prevenção de recaídas; reconhecer a importância da medicação e a pertinência de adesão à mesma; compreender a importância de adquirir estilos de vida saudáveis e de ter uma vida social mais ativa; bem como, orientação para serviços de saúde.

Assim sendo, e de acordo com o plano terapêutico instituído realizámos **entrevistas de ajuda e/ou acompanhamento entre 28 de dezembro de 2011 a 10 de janeiro de 2012.** Com estas entrevistas, foi nossa preocupação estabelecer uma relação de confiança e empatia, que nos permitisse ir ao encontro das suas necessidades e/ou dificuldades mais prementes. Procurámos mostrar disponibilidade e interesse, através de

uma escuta atenta e cuidadosa, por forma a compreender com profundidade o seu comportamento e as suas palavras, as suas motivações para se envolver no processo terapêutico e quais as suas capacidades, de modo a conseguirmos definir e implementar intervenções terapêuticas que o ajudassem a ultrapassar com o menor sofrimento possível a sua situação de saúde. Deste modo, considerámos pertinente ajudar o C a identificar estratégias de *coping* centradas no problema que no momento estava a viver. Procurámos em conjunto identificar barreiras que pudessem condicionar a resolução do problema, tendo o C verbalizado que no momento a sua principal preocupação eram as insónias que lhe provocavam muitas tonturas, obrigando-o a permanecer no leito ao longo dos dias, sem capacidade para realizar qualquer tipo de tarefa, mesmo as que lhe davam prazer, como jogar futebol (sic).

Assim, mais uma vez conjuntamente tentámos encontrar recursos que lhe permitissem dar resposta ao seu problema. O C referiu que uma das formas de resolver, consiste em tomar a terapêutica prescrita pelo médico, pois só ela o poderia ajudar a não ter insónias e tonturas (sic). Afirmou que o não cumprimento do esquema terapêutico instituído, acontece porque se sente muito sozinho, sem ninguém para o apoiar e que desiste com facilidade das coisas; não toma a terapêutica porque se esquece e não tem ninguém que o lembre. Foi então necessário através de um trabalho de parceria encontrar estratégias para que o C não se esquecesse de tomar a medicação, nomeadamente colocar o despertador para a hora prevista da toma, ou associá-la às suas rotinas diárias, após o pequeno-almoço ou após o jantar. Como o C referiu que raramente toma o pequeno-almoço porque está sozinho e salta as refeições, alimentando-se por vezes só ao jantar (sic), foi necessário incentivar a toma de pelo menos três refeições diárias (pequeno-almoço, almoço e jantar), aludindo à importância das mesmas.

Outra das barreiras apontadas pelo próprio C é o facto de passar os dias deitado, uma vez que não sente capacidade nem vontade de realizar qualquer tipo de atividade (sic). Sugerimos-lhe que uma das estratégias para diminuir o seu isolamento social e inatividade, poderia passar por frequentar uma instituição onde pudesse realizar atividades que lhe dessem prazer e o fizessem sentir útil, contribuindo deste modo para que se sentisse melhor. Ficou muito agradado e interessado em frequentar a instituição, tendo questionado de imediato, se a instituição se responsabilizaria pelo transporte, de forma a que alguém o fosse buscar e levar a casa. Foi-lhe então dito que teria que ir pelos seus próprios meios, uma vez que o transporte é da responsabilidade de cada

utente. Este facto deixou desagradado, dizendo que era muito longe pois teria que se deslocar a pé e seria aproximadamente 2 horas de caminho, ida e volta. Perante tal argumentação, foi contactada a técnica de serviço social para que lhe fosse fornecido um passe mensal, ou bilhetes pré-comprados, situação que o C recusou, alegando que não conseguia ir diariamente para a instituição.

Foi também nossa preocupação, envolver a família no processo terapêutico do C; contudo, nunca foi possível contactá-la para marcar uma entrevista, uma vez que a irmã trabalha diariamente até muito tarde e não tem disponibilidade, segundo informação do próprio C.

Realizámos igualmente **entrevistas de informação e ensino nos períodos de 22 de dezembro de 2011 a 10 de janeiro de 2012**, através das quais procurámos ajudar o C a compreender o que é a esquizofrenia e quais os sintomas da doença, dando especial ênfase à alteração do processo de pensamento (delírios) e aos sintomas negativos, de modo a que ele percebesse que o seu comportamento se devia à sua situação de doença. Procurámos em conjunto que o C adquirisse capacidade para gerir o seu regime terapêutico, nomeadamente através da identificação dos principais sinais e sintomas de alerta de modo a prevenir as recaídas, alertando-o para que ao sentir algum desses sinais recorresse ao seu médico psiquiatra ou à equipa de enfermagem onde vai realizar mensalmente o seu *dépot*. Foi também nossa preocupação que o C percebesse a importância de seguir corretamente o regime medicamentoso prescrito pelo médico, bem como o saber ler e interpretar o guia terapêutico, enfatizando a importância de adaptar a toma de medicação às suas rotinas diárias, de forma a nunca ocultar a toma da mesma. Foi ainda alertado para a importância de uma alimentação equilibrada e de não saltar as refeições, salientando a relevância de realizar as três principais refeições diárias. Procurámos estimular o C a voltar a jogar futebol, na medida em que esta é uma atividade que lhe dá muito prazer, e evidenciámos os benefícios do exercício físico e a importância de se relacionar com os outros e sair de casa, de forma a ter uma vida mais sociável. Foi também nosso objetivo que compreendesse a importância de adquirir hábitos de sono e repouso, sendo a insónia um dos sinais de alerta do C. No decorrer das entrevistas, pretendemos que o C percebesse minimamente o seu processo de doença, a importância de aderir ao regime medicamentoso, bem como a necessidade de pedir ajuda sempre que sentisse que algo não estava bem. Reforçámos o apoio e a disponibilidade de toda a equipa para o ajudar a enfrentar a sua situação de saúde, de modo a que possa melhorar um pouco a sua qualidade de vida.

No final do internamento, considerámos que o trabalho desenvolvido com o **C** foi positivo, na medida em que o ajudou a compreender minimamente a sua situação de saúde, bem como a identificar e utilizar algumas estratégias de *coping*, centradas ao nível dos seus problemas. No que respeita ao regime terapêutico, pensamos que o **C** possui capacidades para gerir o seu regime medicamentoso, referindo que irá realizar a toma da injeção de ação prolongada *dépot* de 3 em 3 semanas e que irá ajustar a toma da terapêutica às suas rotinas diárias. Mostrou-se receptivo em recorrer à equipa de enfermagem da Unidade de Intervenção Comunitária do Seixal, quando sentir que precisa de ajuda por manifestação dos sinais e sintomas de alerta. Foi sugerido ao médico colocar as tomas da medicação de forma a que os horários favoreçam a adesão à mesma tendo estas sido prescritas de manhã ao levantar e à noite ao deitar, o que segundo o **C** se torna muito facilitador.

Foi reforçada a importância de ir jogar futebol ao clube a que pertence e socializar mais com os amigos, parecendo-nos contudo com pouca iniciativa e vontade de o fazer, apesar de ser uma das atividades que lhe dá prazer.

Após a alta hospitalar foi contactada a área de Intervenção Comunitária do Seixal e comunicado ao enfermeiro a situação clínica do **C**, de modo a que possam acompanhá-lo mais de perto e ajudá-lo no seu processo terapêutico.

Quanto ao *follow-up*, o **C** referiu que não tinha telefone pelo que não poderia entrar em contato com ele, quem tinha telemóvel era a irmã que sai de casa muito cedo e regressa muito tarde (sic). Em nossa opinião, pareceu-nos que o **C** não queria ser contactado após a sua alta hospitalar, pois quando lhe foi dito o conteúdo do *follow-up*, de imediato disse que não valia a pena (sic). Para colmatar esta situação, quinzenalmente aquando da reunião de toda a equipa de saúde, procurámos saber junto dos enfermeiros da área de Intervenção Comunitária do Seixal, qual a situação clínica do **C** e se aderira à medicação. De acordo com estes, realiza mensalmente a medicação *dépot*, contudo mantém o quadro anedonia e avolição marcado, bem como o isolamento social, continuando a recusar frequentar a área de dia.

No trabalho desenvolvido com o **C** e tendo em linha de conta **os indicadores de avaliação definidos**, podemos depreender que este não aceita a sua situação de saúde mas compreende a necessidade de tratamento e os benefícios de adesão ao regime medicamentoso. O **C** apresentou sempre uma grande dificuldade em perceber o seu processo de doença, referindo constantemente que o seu único problema eram as insónias e tonturas. Apresentou sempre alguma capacidade em identificar certos

sintomas, e no final do internamento conseguia perceber que a adesão ao regime medicamentoso seria a melhor medida a tomar para prevenir recaídas. No início do programa de intervenção terapêutica, apresentava dificuldade em identificar estratégias a utilizar, para obter melhores resultados com a toma da medicação; contudo no final conseguia já enumerar algumas delas. Embora apresentasse efeitos secundários decorrentes da terapêutica, nunca adquiriu capacidade em descrever quais as medidas a tomar para atenuar esses efeitos secundários. No início manifestava alguma dificuldade em compreender o que eram hábitos alimentares saudáveis, mas no final do internamento já conseguia referir alguns dos hábitos alimentares a ter em linha de conta. Demonstrou sempre alguns conhecimentos em termos de hábitos de exercício adequados e sempre compreendeu a importância de adquirir hábitos de sono e repouso. Ao longo de todo o programa terapêutico nunca mostrou grande iniciativa para comportamentos de adesão ao regime terapêutico e sempre manteve uma relação distante connosco, embora solicitasse a nossa ajuda sempre que precisava de alguma coisa. A relação com a família foi sempre muito distante, tendo pontualmente a visita do cunhado, na medida em que a irmã trabalhava o dia inteiro inclusive ao fim de semana, pelo que não tinha possibilidade de o visitar. Segundo o C a irmã trabalhava em duas empresas de limpeza e nunca tinha dias de folga.

Seguidamente, iremos apresentar a tabela 3 sobre a avaliação do trabalho realizado com os utentes.

Tabela 3 – Avaliação do trabalho realizado com os utentes

	Avaliação Diagnóstica						Avaliação final Internamento						Avaliação Follow-up (1º mês)						Avaliação Follow-up (2º mês)						
	A.		B.		C.		A.		B.		C.		A.		B.		C.		A.		B.		C.		
	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	
Aceita a sua situação de saúde e a necessidade de tratamento.	x			x		x	x			x		x		x		x				x					
Aceita necessidade de tratamento.	x		x		x		x		x		x		x		x					x					
Compreende o seu processo de doença.		x		x		x	x			x		x		x	x					x					
Identifica sinais e sintomas de alerta.	x		x		x		x		x		x		x		x					x					
Descreve medidas a tomar para prevenir recaídas.		x		x		x	x		x		x		x		x					x					
Descreve medidas a tomar para atenuar os efeitos secundários dos medicamentos.		x		x		x	x		x			x	x		x					x					
Compreende a importância de adesão ao regime medicamentoso.	x		x		x		x		x		x		x		x					x					
Identifica estratégias a utilizar para obter melhores resultados com a toma da medicação.		x		x		x	x		x		x		x		x					x					
Demonstra conhecimentos para adquirir hábitos alimentares saudáveis.		x	x			x		x	x		x			x	x					x					
Demonstra conhecimentos para adquirir hábitos de exercício adequados.	x		x		x		x		x		x		x		x					x					
Compreende a importância de adquirir hábitos de sono e repouso.		x	x		x			x	x		x		x		x					x					
Demonstra iniciativa para comportamentos de adesão ao regime terapêutico.		x		x		x	x		x			x	x		x					x					
Estabelece uma relação de confiança com enfermeiro.	x		x			x	x		x		x		x		x					x					
Apresenta suporte familiar que lhe permita gerir de forma mais eficaz a sua situação de saúde.		x	x			x	x		x			x	x		x					x					

5 – ANÁLISE REFLEXIVA DO TRABALHO REALIZADO

Após o término do trabalho desenvolvido com os utentes que integraram o programa de intervenção terapêutica, considerámos importante refletir e tecer algumas considerações sobre a pertinência da implementação de um programa desta natureza num serviço de internamento de agudos. É também para nós importante fazer uma análise crítica das dificuldades e obstáculos sentidos, bem como expressar e refletir sobre as competências adquiridas e o enriquecimento pessoal auferido com a realização desta intervenção profissional.

O facto de acreditarmos que existe vida para além da doença mental e que essa vida pode ter qualidade se em parceria com o utente o ajudarmos a desenvolver competências e a acreditar que possui capacidades, para melhorar a sua situação saúde e a sua qualidade de vida, suscitou em nós um desejo enorme em desenvolver um programa de intervenção terapêutica.

Assim sendo, estruturámos e implementámos o programa, que em nossa opinião apresenta aspectos que considerámos facilitadores e outros que devem ser reformulados, os quais passamos a mencionar:

1- O guião de entrevista do qual faziam parte os questionários sobre “A sua situação de saúde atual”; “Estilos de vida saudáveis” e Dados Sociodemográficos, revelou-se uma ferramenta de trabalho muito importante, na medida em que nos permitiu um conhecimento mais profundo do utente, sistematizando e direcionando de uma forma personalizada os conteúdos para aquilo que pretendíamos trabalhar;

2- As ações de formação que apesar de se terem mostrado facilitadoras e promotoras de aprendizagem, consideramos que os conteúdos precisam de algumas reformulações, nomeadamente: na ação de formação “Aprender para melhor viver”, os conteúdos eram extensos e os utentes tiveram alguma dificuldade em apreender os mesmos. Julgamos que num utente em fase aguda que se encontra ainda numa fase de recuperação da sua doença, com dificuldades cognitivas provocadas pela doença ou pelos efeitos secundários da medicação, é difícil a interiorização de muita informação. Assim, sugerimos que futuramente os conteúdos sejam abordados de uma forma simples e concisa, focando o que é essencial para a prevenção de recaídas, que em nossa opinião deverá incidir sobre: os sinais e sintomas de alerta, a gestão do regime

medicamentoso e os efeitos secundários da medicação, a interpretação do guia terapêutico e a quem recorrer quando precisa de ajuda.

De acordo com o nosso parecer, a forma como estruturámos a ação de formação, mostrar-se-á benéfica em sessões de psicoeducação em grupo ou individual, após o internamento e já numa fase de recuperação da doença.

3- Um dos aspectos que considerámos relevantes no desenvolvimento do programa de intervenção terapêutica, prendeu-se com o acompanhamento efetuado ao utente, nomeadamente as entrevistas de ajuda/accompanhamento feitas de forma individualizada e personalizada, que em nossa opinião foram vitais no estabelecimento de uma relação terapêutica, através de uma relação de empatia e de ajuda, contribuindo para reforçar a autoestima e a identidade do utente, fazendo-o sentir o autor principal do seu processo de recuperação. Tal facto, contribuiu para uma maior responsabilização e empenho por parte do utente em colaborar no programa, bem como em adquirir conhecimentos e competências que lhe permitissem gerir de uma forma mais eficaz o seu regime terapêutico após a alta hospitalar. Como refere o Conselho Internacional de Enfermeiros, (2009), “a educação é uma estratégia importante para melhorar a adesão, mas os doentes não precisam só de ser informados, mas também de ser motivados e encorajados a aderir ao tratamento e aos objetivos relacionados com o estilo de vida” (p. 34);

4- Os focos de atenção “aceitação do estado de saúde” e a “gestão do regime terapêutico”, mostraram-se adequados no trabalho desenvolvido com os utentes, na medida em que permitiram que eles desenvolvessem capacidades de adaptação e estratégias para lidarem melhor com o problema de saúde que no momento estavam a vivenciar, bem como adquirirem conhecimentos e habilidades que lhes permitissem adoptar comportamentos promotores de saúde;

5- O *follow-up* contribuiu para que o utente sentisse um acompanhamento mais próximo por parte do enfermeiro e expressasse as suas dúvidas, dificuldades e necessidades de uma forma personalizada, fatores que com certeza ajudaram numa melhor recuperação.

O recrutamento dos utentes constituiu um fator limitativo na representatividade e pertinência que pretendíamos demonstrar na aplicabilidade deste tipo de intervenção num serviço de internamento de agudos e mostrou-nos a dificuldade que é trabalhar com utentes portadores de esquizofrenia na fase aguda da sua doença. Contudo, e apesar de nem todos reunirem condições para que pudéssemos trabalhar as

competências que considerávamos essenciais para o seu processo de recuperação, consideramos que é muito importante a aplicabilidade do programa a todos os utentes que reunirem critérios de inclusão, pois poderemos fazer a diferença na vida daqueles com quem trabalharmos. Como refere Afonso (2010), os utentes que frequentam estes programas adquirem um melhor autoconhecimento face à doença e aos seus sintomas.

A possibilidade de recrutamento de somente 3 utentes causou-nos elevados níveis de stress e alguma frustração, com os quais tivemos que aprender a lidar ao longo do desenvolvimento do programa. Todavia, esta situação permitiu-nos perceber que o utente que não apresente consciência da sua doença e não reconheça a necessidade de tratamento, dificilmente considerará importante na sua recuperação a participação num programa de intervenção terapêutica.

O trabalho com os utentes foi enriquecedor e valorativo, porém foi difícil percebermos a sua eficácia no processo de recuperação dos mesmos. Contudo, da informação que fomos obtendo aquando dos *follow-up* e dos profissionais que integram a Unidade de Intervenção Comunitária do Seixal, consideramos que fizemos a diferença em alguns pontos, nomeadamente: todos os utentes que participaram no programa mantêm a adesão ao tratamento, deslocando-se inclusivamente às unidades de saúde para realizarem a terapêutica *dépot* e mantem-se aparentemente estabilizados; um deles conseguiu pedir ajuda a um familiar quando sentiu que existiam sinais de recaída. Estes pequenos indícios revelam-se muito positivos, pois antes da nossa intervenção os utentes não cumpriam o regime medicamentoso, nem pediam ajuda no caso de sentirem que algo não estava bem. Isto permitiu-nos depreender que a nossa intervenção causou alguma mudança nestes utentes, contribuindo para que percebessem a importância de adesão ao regime medicamentoso e ficassem mais despertos para os sinais de alerta.

O trabalho que desenvolvemos com os utentes ao longo do programa de intervenção terapêutica, faz-nos acreditar na sua capacidade de mudança e evolução positiva nos seus processos de saúde, designadamente: a utente **B**, que julgamos possuir capacidades para com a ajuda dos técnicos conseguir um emprego apoiado, bem como ter uma vida social mais ativa e cuidar do seu filho; o utente **A**, que já consegue perceber em que situações deve pedir ajuda e a quem recorrer de modo a prevenir recaídas, apesar das características evolutivas da sua doença e da dificuldade em lidar com a sintomatologia negativa, o que o leva a um grande isolamento social e a não executar as atividades que lhe são prazerosas; o utente **C**, que se encontra a cumprir o regime medicamentoso prescrito, apesar de consideramos que um suporte familiar mais

presente e coeso, contribuiria em muito para o sucesso da sua recuperação, pois sempre verbalizou sentir-se muito só, referindo a falta de apoio familiar. Ao longo do contato apresentou sempre um elevado desinvestimento de si próprio e da sua vida, o que em nossa opinião poderia ser colmatado se existisse alguém próximo a apoiá-lo. Como refere o Conselho Internacional de Enfermeiros, (2009), “a família (...) são parceiros chave na promoção da adesão. Precisam de ser envolvidos de forma ativa no plano de cuidados e nos resultados esperados dos cuidados” (p 34).

Dos 3 utentes com quem trabalhámos a única família que não foi envolvida no processo de recuperação do utente, foi a família do utente C. As restantes famílias mostraram-se sempre muito empenhadas em perceber a melhor forma de ajudar os utentes e como deveriam fazê-lo, sendo talvez este um dos fatores que tem contribuído para o sucesso da sua recuperação.

De acordo com os indicadores de avaliação definidos e após análise do trabalho desenvolvido com os utentes, podemos inferir que existem indicadores que se modificaram após a intervenção terapêutica efectuada com os utentes, particularmente os seguintes: “descreve medidas a tomar para prevenir recaídas”; “compreende a importância de adesão ao regime medicamentoso”; “identifica estratégias a utilizar para obter melhores resultados com a toma da medicação”; “demonstra iniciativa para comportamentos de adesão ao regime terapêutico”.

No início do contato com os utentes, nenhum deles teve avaliação positiva nos indicadores supra citados, contudo no final do internamento todos os utentes conseguiram uma avaliação positiva em todos eles, com exceção do utente C que nunca demonstrou iniciativa para comportamentos de adesão ao regime terapêutico.

Assim sendo, podemos concluir que o trabalho desenvolvido com os utentes permitiu-lhes adquirir alguns conhecimentos em relação à forma de lidar com a sua patologia, permitiu-lhes entender a importância de gerir adequadamente o seu regime medicamentoso, assim como compreender e adquirir comportamentos de adesão ao regime terapêutico, o que decerto tem contribuído para melhorar a sua qualidade de vida e bem-estar.

Deste modo, apesar desta intervenção profissional ter sido restrita a 3 utentes, julgamos que os resultados do trabalho desenvolvido pode ter implicações na assistência ao utente portador de esquizofrenia, no contexto de um serviço de internamento de agudos. Como tal, consideramos importante sugerir as seguintes intervenções:

- 1- Implementar como método de trabalho o enfermeiro por responsável ou de referência, de modo a ficar responsável pelo utente desde o seu internamento até à alta hospitalar e efetuar um seguimento ao nível do ambulatório, de uma forma personalizada;
- 2- Implementar o programa de intervenção terapêutica seguindo a estrutura anteriormente descrita, de forma a que todos os enfermeiros que constituem a equipa sejam envolvidos, permitindo assim que os utentes que reúnam critérios de inclusão, sejam beneficiários deste;
- 3- Promover intervenções com a família/pessoa significativa, de modo a que esta faça parte integrante do processo terapêutico do utente e adquira competências e habilidades para ajudá-lo a gerir o seu regime terapêutico eficazmente;
- 4- Desenvolver junto da equipa de enfermagem momentos formativos que visem o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades sobre a esquizofrenia e formas de lidar com a mesma, assim como a gestão do regime terapêutico, com vista a melhorar a prática de cuidados.

O desenvolvimento deste trabalho exigiu-nos de uma forma sistemática e autónoma a responsabilização pela tomada de decisão dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes que participaram no programa de intervenção terapêutica. Através de um processo de raciocínio clínico e de acordo com as necessidades de cuidados sentidas pelos utentes, formulamos um plano de cuidados que desse resposta aos seus problemas e favorecesse resultados promotores de ganhos em saúde. Para tal, foi necessário tomar decisões de forma sentida, pensada e ajustada, estabelecendo prioridades de intervenção e responsabilizando-nos pelas decisões ao longo de todo o processo de intervenção.

Esta forma de intervenção foi promotora de uma elevada responsabilização e amadurecimento na prática de cuidados, permitindo-nos deste modo desenvolver e/ou aprofundar algumas competências na área da saúde mental e psiquiatria, nomeadamente:

- 1- Assistir a pessoa na optimização da sua saúde mental, através da execução de uma avaliação abrangente das suas necessidades em cuidados de saúde mental e seguidamente da formulação dos diagnósticos a trabalhar com os utentes, tendo como fim a monitorização dos resultados obtidos de modo a determinar a efetividade do plano de cuidados instituído, bem como os ganhos adquiridos em saúde mental;

2- Prestar cuidados no âmbito psicoeducacional, visando a educação e promoção para a saúde, de forma a que a pessoa adquira conhecimentos e habilidades que lhe permitam adquirir um padrão de funcionamento mais saudável e autónomo, através do desenvolvimento de um programa psicoeducativo e treino de habilidades, que promovam o conhecimento, a compreensão e a gestão efetiva dos problemas relacionados com a sua saúde mental.

Sentimos que esta abordagem foi importante para os utentes a quem prestámos cuidados, pelo tempo que lhe dedicámos, pela atenção dispensada, pela disponibilidade em ouvir os seus medos e angustias, as suas necessidades e vulnerabilidades, por sentir que estávamos interessados na evolução positiva do seu processo de recuperação, não fazendo julgamentos nem juízos de valor. Consideramos que a família que participou em parceria connosco também se sentiu minimamente apoiada e com a esperança de que em conjunto poderíamos encontrar soluções de interajuda.

6 – CONCLUSÃO

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue (Conselho de enfermagem 2003).

Neste contexto, cabe ao enfermeiro reconhecer no utente a sua capacidade de autonomia e decisão nas suas escolhas e opções de vida, procurando torná-las proactivas e promotoras de um projeto de saúde assente numa tomada de decisão informada.

Para tal, o enfermeiro deve em parceria com o utente promover condições de ensino e aprendizagem, de modo a aumentar o repertório de conhecimentos e habilidades que permitam ao utente de uma forma consciente e informada, lidar com os desafios de saúde e gerir de forma mais eficaz os seus processos de transição ao longo do seu ciclo de vida.

Assente nestes pressupostos, implementámos e desenvolvemos um programa de intervenção terapêutica, que visou um trabalho de interação com os utentes, tornando-os parceiros de cuidados e promotores do seu processo de recuperação.

Para tal, desenvolvemos técnicas de intervenção terapêutica, nomeadamente as entrevistas de avaliação diagnóstica, de ajuda/acompanhamento e de informação e ensino, procurando sempre efetuar um acompanhamento personalizado e que fosse de encontro às necessidades expressas dos utentes, responsabilizando-os pelo seu processo de recuperação. Com o trabalho desenvolvido em parceria com o utente, julgamos ter contribuído para a optimização da sua gestão do regime terapêutico após a sua alta hospitalar, pelo que consideramos ter atingido o objetivo definido para esta intervenção profissional.

Assim, após a implementação e desenvolvimento do programa de intervenção terapêutica, concluímos que este permitiu que os utentes adquirissem um melhor autoconhecimento face à doença, capacidade de deteção de sintomas e de pedir ajuda aquando dos sinais de recaída, assim como, uma melhor adesão ao regime terapêutico.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 Abreu, P. (2006) – Introdução à Psicopatologia Compreensiva (4ª ed.) Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- 📖 Afonso, P. (2010). Esquizofrenia: Para além dos mitos, descobrir a doença. Parede: Principia. ISBN 978-989-8131-63-8.
- 📖 Amador, X. (2007). No estoy enfermo, no necesito ayuda. (2ªed.). Madrid: Mayo ISBN: 978-84-96792-53-1
- 📖 American Psychiatric Association, DSM_IV_TR. (2002). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-020-0.
- 📖 Atreja, A., Bellam, N., & Levy, S. (2005). Strategies to Enhance Patient Adherence: Making it Simple. Medscape General Medicine. Retrieved May 12, 2006 from: <http://www.medscape.com/viewarticle/498339>
- 📖 Bandura, A. (2008). Albert Bandura e as Teorias da Aprendizagem Social. Hall, C. Lindzey, G., & Campbell, J. (4ªed.). Teorias da Personalidade. Porto Alegre. Artmed. p. 460-485.
- 📖 Bernardino, A.; Machado, C.; Alves, E.; Rebouço, H.; Pedro, R. & Gaspar, P. (2009). Os Enfermeiros enquanto agentes de Educação para a Saúde: Validação da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde. Instituto Politécnico de Leiria. Consultado em 14 de Dezembro de 2011, através fonte <http://hdl.handle.net/10400.8/113>
- 📖 Caminha, R., Wainer, R., Oliveira, M., & Piccoloto, N. (2003). Psicoterapias Cognitivo- Comportamentais – Teoria e Prática. São Paulo. Casa do Psicólogo.

📖 Cardoso, L.; Galera, S. (2006). Adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Ata Paulista de Enfermagem*. vol.19 (3):343-8 July/Sep. ISSN 0103-2100. Consultado em 14 de Novembro de 2011, através da fonte

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000300015>

📖 Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – Os Fundamentos Existencial-Humanista da Relação de Ajuda*. Loures. Lusodidata.

📖 Colière, M. (2001). *Soigner: Accompaner les Grands Passages de la Vie. Origine de la Nature des Soins*. Paris. Masson.

📖 Collière, M. (1999), *Promover a vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa. Lidel. Edições Técnicas e Sindicatos dos Enfermeiros Portugueses.

📖 Collière, M. (1989). *Promover a vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

📖 Conselho de Enfermagem (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Divulgar. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

📖 Conselho de Enfermagem. (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Divulgar. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

📖 Conselho Internacional de Enfermeiros (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE)*. Lisboa. Edição Portuguesa. Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-96021-1-3.

📖 Dias, A.; Cunha, M.; Santos, A.; Neves, A.; Pinto, A.; Silva, A.; Castro, S. (2011). *Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crónica - Revisão da Literatura*. *Millenium*, 40: 201-219. Consultado em 20 de janeiro de 2012, através da fonte

<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>

📖 Destro, D. (2009). Terapêutica Medicamentosa e suas Implicações para os Portadores de Transtornos Mentais: uma Via de mão Dupla. Dissertação de Mestrado. Escola de enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

📖 Despacho n.º 1916/2004 (2ª série), de 28 de Janeiro de 2004. Diário da República n.º 23 - II Série de 28 de Janeiro. Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida.

📖 Horta, W. (2005). Processo de Enfermagem. (16ªed.). São Paulo. Editora Pedagógica e Universal LTDA. ISBN 85-12-12190-4

📖 ICN (2003). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão Beta 2. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.

📖 ICN (2005). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

📖 Jin, J.; Sklar, G.; Oh, V.; & Li, S. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 4, Vol. 1, p. 269-286.

📖 Kaplan, H., & Sadock, B.J. (1998). Manual de Psiquiatria Clínica. (2ªed.). Porto Alegre: Artmed. ISBN 0-683-04583-0.

📖 Kaplan, H., Sadock, B.J., & Grebb, J.A. (2003). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. (7ªed.). Porto Alegre: Artmed.

📖 Kéroüac, S. et al (1994). *La Pensée Infirmière: Conceptions et Stratégies*. Editions Maloine.

📖 Klein, J.; Gonçalves, A. (2005). A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF*. Vol. 10, pp. 113-120.

📖 Lambert, T.; Velakoulis, D.; Pantelis, C. (2003). Medical Comorbidity in Schizophrenia. *MJA*. 178 Suplemento. pp.67-70.

📖 Lash, S. (1999) Convicções e comportamento na educação da saúde. *Revista Nursing – Edição Portuguesa*, 46-48. ISSN: 0871-65196.

📖 Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: Abordagem Teórica e Prática de um Critério de competência da Enfermeira*. Lisboa. Lusodidacta.

📖 Lopes, M. J. (1999). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Socio-Moral: alguns dados e implicações*. Gráfica 2000.

📖 Lopes, M. J. (2006). *A Relação Enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

📖 Machado, M. (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico. Representação das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. Tese de Mestrado em Educação. Universidade de Minho. Instituto de Educação e Psicologia.

📖 Martins, M. (2005) - *A Promoção da saúde: percursos e paradigma*. *Revista de Saúde Amato Lusitano*. A. IX, nº 22 (4º trimestre), p. 42-46. ISBN 0873-5441. Consultado em 12 de Novembro de 2011, através da fonte <http://hdl.handle.net/10400.11/93>.

📖 Masand, S.; Roca, M.; Turner, M. & Kane, J. (2008). Partial Adherence to Antipsychotic Medication Impacts the Course of Illness in Patients With Schizophrenia: A Review. *Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke University Medical Center, Durham*, 11(4): 147–154.

📖 Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development and progress* (4ªed.). Philadelphia: Williams & Wilkins.

📖 Morken, G.; Widen, J.; Grawe, R. (2008). Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC*

Psychiatry. 8:32 doi: 10.1186/1471-244X-8-32.

📖 Padilha, J., Oliveira, M., & Campos, M. (2010). Revisão Integrativa sobre a Gestão do Regime Terapêutico em Pacientes com doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. *Revista Escola Enfermagem USP*. 44(4): 1129-34. ISSN 0080-6234.

📖 Patel, J. et al. (2008). Schizophrenia and other psychoses. (ed.)Tasman, A. et al. *Psychiatry*. (3ª ed.) Chichester: Wiley-Blackwell. Vol. 1, Cap. 65, pp. 1201-1282.

📖 Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures, Lusociência.

📖 Petronilho, Fernando (2007). Preparação do Regresso a Casa. Coimbra, Formassau. ISBN 978-972-8485-91-7.

📖 Polit, D.; Hungler B. (1995). Fundamentos do Pesquisa em Enfermagem. (3ª ed.) Porto Alegre. Artes Médicas. ISBN 85-7307-101-X.

📖 OMS. (1978). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS.

📖 OMS. (1986). Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção na Saúde. Ottawa.

📖 Ordem dos Enfermeiros. (2009). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

📖 Rapley, M. (2003). Quality of Life Research: a critical introduction. London: SAGE.

📖 Rickelman, B. (2004). Anosognosia in Individuals With Schizophrenia: Toward Recovery of Insight. The University of Texas at Austin, School of Nursing, Austin, Texas, USA. *Issues in Mental Health Nursing*, 25:227–242

Psychiatry. 8:32 doi: 10.1186/1471-244X-8-32.

📖 Padilha, J., Oliveira, M., & Campos, M. (2010). Revisão Integrativa sobre a Gestão do Regime Terapêutico em Pacientes com doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. *Revista Escola Enfermagem USP*. 44(4): 1129-34. ISSN 0080-6234.

📖 Patel, J. et al. (2008). Schizophrenia and other psychoses. (ed.)Tasman, A. et al. *Psychiatry*. (3ª ed.) Chichester: Wiley-Blackwell. Vol. 1, Cap. 65, pp. 1201-1282.

📖 Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures, Lusociência.

📖 Petronilho, Fernando (2007). Preparação do Regresso a Casa. Coimbra, Formassau. ISBN 978-972-8485-91-7.

📖 Polit, D.; Hungler B. (1995). Fundamentos do Pesquisa em Enfermagem. (3ª ed.) Porto Alegre. Artes Médicas. ISBN 85-7307-101-X.

📖 OMS. (1978). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS.

📖 OMS. (1986). Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção na Saúde. Ottawa.

📖 Ordem dos Enfermeiros. (2009). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

📖 Rapley, M. (2003). Quality of Life Research: a critical introduction. London: SAGE.

📖 Rickelman, B. (2004). Anosognosia in Individuals With Schizophrenia: Toward Recovery of Insight. The University of Texas at Austin, School of Nursing, Austin, Texas, USA. *Issues in Mental Health Nursing*, 25:227–242

📖 Ribeiro, J. (2004). Avaliação das Intenções Comportamentais Relacionadas com a Promoção e Proteção da Saúde e com a Prevenção das Doenças. *Análise Psicológica*, 2 (22), 387-397. Consultado em 12 de Novembro de 2011, através da fonte <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n2/v22n2a07.pdf>

📖 Rigol, A. (2004). Transtornos esquizofrénicos. (ed.) A. Rigol e M. Ugalde. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*. Barcelona: Masson. p. 289-307.

📖 Redman, B. (2003). *A prática da Educação para a Saúde*. (9ªed.). Loures. Lusociência. ISBN 972-8383-39-8

📖 Rodrigues, M. Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra. Formasau.

📖 Rogers, R.(1984) .*Tornar-se pessoa*. (7ªed.). Lisboa. Moraes Editores.

📖 Rosa, M.; ElKis, H. (2007) Adesão em Esquizofrenia. *Rev. Psiq. Clin.*34, supl 2; 189-192. Consultado em 12 de Novembro de 2011, através da fonte <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s2/a08v34s2.pdf>

📖 Russel, N. (1996). *Manual de Educação para a Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

📖 Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica*. Lisboa: Quarteto.

📖 Silva, M. (2008). *O Ser Humano e a Adesão ao Regime Terapêutico – Um Olhar Sistémico sobre o Fenómeno*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto. Instituto Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa.

📖 Tellis, (2008). *Medication Non-Adherence In Schizophrenia*. A Master's Project Submitted To the Faculty of the College of Nursing in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science in the Graduate College the University of Arizona.

📖 Tomey, M. (2004). Virginia Hendersen. Definição de Enfermagem. Tomey, M.; Alligood, M. Técnicas de Enfermagem e a sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem (5ªed.). Loures Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.

📖 Townsend, M. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria. (6ªed.). Loures Lusociência. ISBN: 978-972-8930-61-5.

📖 Trzepacz, P.; Baker, R. (2001). Exame Psiquiátrico do Estado Mental. (1ªed.). Lisboa. Climepsi Editores. ISBN 972-8449-77-1.

📖 Vanelli, I.; Góis, C.; Santos, J.; Levy, P. (2009). Adaptação e validação da versão Portuguesa da escala de adesão à terapêutica. Acta Med Port. 2011; 24 (1): 017-020. Consultado em 20 de novembro de 2011, através da fonte <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2011-24/1/017-020.pdf>

📖 Valente, M. (2010). Caracterização dos estilos de vida na esquizofrenia. Dissertação de Mestrado em temas de Psicologia. Porto. Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

📖 Vítor, J.; Lopes, M.; & Ximenes, L. (2005, Fevereiro 15). Análise do diagrama do modelo de promoção de saúde de Nola J. Pender. Acta Paul Enferm.; 18(3): 235-40. Consultado em 12 de Dezembro de 2011, através da fonte <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>

📖 World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva. S.N.

📖 Ribeiro, J. (2004). Avaliação das Intenções Comportamentais Relacionadas com a Promoção e Proteção da Saúde e com a Prevenção das Doenças. *Análise Psicológica*, 2 (22), 387-397. Consultado em 12 de Novembro de 2011, através da fonte <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n2/v22n2a07.pdf>

📖 Rigol, A. (2004). Transtornos esquizofrénicos. (ed.) A. Rigol e M. Ugalde. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*. Barcelona: Masson. p. 289-307.

📖 Redman, B. (2003). *A prática da Educação para a Saúde*. (9ªed.). Loures. Lusociência. ISBN 972-8383-39-8

📖 Rodrigues, M. Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra. Formasau.

📖 Rogers, R.(1984) .*Tornar-se pessoa*. (7ªed.). Lisboa. Moraes Editores.

📖 Rosa, M.; ElKis, H. (2007) Adesão em Esquizofrenia. *Rev. Psiq. Clin.*34, supl 2; 189-192. Consultado em 12 de Novembro de 2011, através da fonte <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s2/a08v34s2.pdf>

📖 Russel, N. (1996). *Manual de Educação para a Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

📖 Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica*. Lisboa: Quarteto.

📖 Silva, M. (2008). *O Ser Humano e a Adesão ao Regime Terapêutico – Um Olhar Sistémico sobre o Fenómeno*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto. Instituto Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa.

📖 Tellis, (2008). *Medication Non-Adherence In Schizophrenia*. A Master's Project Submitted To the Faculty of the College of Nursing in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science in the Graduate College the University of Arizona.

📖 Tomey, M. (2004). Virginia Hendersen. Definição de Enfermagem. Tomey, M.; Alligood, M. Técnicas de Enfermagem e a sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem (5ªed.). Loures Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.

📖 Townsend, M. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria. (6ªed.). Loures Lusociência. ISBN: 978-972-8930-61-5.

📖 Trzepacz, P.; Baker, R. (2001). Exame Psiquiátrico do Estado Mental. (1ªed.). Lisboa. Climepsi Editores. ISBN 972-8449-77-1.

📖 Vanelli, I.; Góis, C.; Santos, J.; Levy, P. (2009). Adaptação e validação da versão Portuguesa da escala de adesão à terapêutica. Acta Med Port. 2011; 24 (1): 017-020. Consultado em 20 de novembro de 2011, através da fonte <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2011-24/1/017-020.pdf>

📖 Valente, M. (2010). Caracterização dos estilos de vida na esquizofrenia. Dissertação de Mestrado em temas de Psicologia. Porto. Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

📖 Vítor, J.; Lopes, M.; & Ximenes, L. (2005, Fevereiro 15). Análise do diagrama do modelo de promoção de saúde de Nola J. Pender. Acta Paul Enferm.; 18(3): 235-40. Consultado em 12 de Dezembro de 2011, através da fonte <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>

📖 World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva. S.N.

8 – ANEXOS

Anexo 1 - Autorização da Direção de Enfermagem

C.A.: 6206
Data: 31/11/2011
Saída: 15/11/2011
Ass.: [assinatura]

Ho cigo Jane
a do de [illegible]
Hsa. [illegible]
fende [illegible]
Jane [illegible]
11/11/11
É do [illegible]

Exma. Senhora Directora

Eu, Fernanda Maria dos Santos Antunes Neto, Enfermeira a exercer funções no Serviço de Psiquiatria de Agudos, encontro-me a realizar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Universidade de Évora.

Odília Neves
Enfermeira Directora

Título do relatório: Gestão do Regime Terapêutico da Pessoa Portadora de Esquizofrenia - Um Programa de Intervenção Terapêutica

Neste âmbito, é meu objectivo implementar um Programa de Intervenção Terapêutica aos Utentes portadores de Esquizofrenia internados no Serviço de Psiquiatria do Hospital Garcia de Orta, EPE, que contribua para a integração dos diferentes aspectos da gestão do regime terapêutico e para melhorar a sua adesão após a alta hospitalar.

A pertinência deste Programam de Intervenção Terapêutica prende-se com a importância de trabalhar em parceria com o Utente a sua Gestão do seu Regime Terapêutico, no que respeita a estratégias a desenvolver para adquirir hábitos de vida saudáveis (hábitos alimentares, hábitos de exercício, hábitos de sono e repouso), bem como, o saber lidar com a sua situação de saúde actual; sinais e sintomas de alerta; como prevenir recaídas; a gestão do seu regime medicamentoso (interpretação do guia terapêutico, efeitos secundários da medicação e importância da adesão ao regime medicamentoso). Fornecer informação, que após a alta hospitalar permita ao Utente uma gestão do regime terapêutico mais eficaz, que favoreça a sua recuperação e facilite o retorno ao seu ambiente familiar e social, com qualidade de vida e bem – estar o mais precocemente possível, bem como, a prevenção de recaídas e de novos re-internamentos

Assim sendo, venho por este meio solicitar a V. Exa. autorização para aplicar um Questionário sócio-demográfico aos Utentes Portadores de Esquizofrenia, a partir da primeira semana do mês de Novembro de 2011.

A participação dos Utentes será voluntária e anónima, não existindo a necessidade da sua identificação pessoal. Todas as informações recolhidas serão absolutamente confidenciais e estarão abrangidas pelo segredo profissional. Os procedimentos utilizados seguem as normas éticas, não oferecendo riscos de qualquer natureza.

Rosa Monteiro
Técnica Superior

Rec...
17/11/2011

Agradeço, antecipadamente, a melhor atenção de V. Exa. para este meu pedido, certa de que compreenderá a sua elevada importância.

Na expectativa da sua resposta positiva, apresento os meus melhores cumprimentos,

Fernanda Antunes Neto

Telm: 919155393

Mail: fernandaantunesneto@hotmail.com

Fernanda Lúcia dos Santos Antunes Neto

Pragal, 28 de Outubro de 2011

Anexo 2 - Termo de Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Nome: Fernanda Maria dos Santos Antunes Neto

A realizar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Universidade de Évora.

Titulo do trabalho: **Gestão do Regime Terapêutico da Pessoa Portadora de Esquizofrenia - Um Programa de Intervenção Terapêutica**

Pretendo desenvolver com o utente um **Programa de Intervenção Terapêutica** que contribua para a integração dos diferentes aspectos da gestão do regime terapêutico e para melhorar a sua adesão após a alta hospitalar.

A pertinência deste **Programam de Intervenção Terapêutica** prende-se com a importância de trabalhar em parceria com o utente a sua Gestão do seu Regime Terapêutico, no que respeita a estratégias a desenvolver para adquirir hábitos de vida saudáveis (hábitos alimentares, hábitos de exercício, hábitos de sono e repouso), bem como, o saber lidar com a sua situação de saúde atual; sinais e sintomas de alerta; como prevenir recaídas; a gestão do seu regime medicamentoso (interpretação do guia terapêutico, efeitos secundários da medicação e importância da adesão ao regime medicamentoso). Fornecer informação, que após a alta hospitalar permita ao utente uma gestão do regime terapêutico mais eficaz, que favoreça a sua recuperação e facilite o retorno ao seu ambiente familiar e social, com qualidade de vida e bem – estar o mais precocemente possível, bem como, a prevenção de recaídas e de novos reinternamentos

Assim sendo, solicito a autorização para a sua participação no **Programa de Intervenção Terapêutica**, no qual será aplicado um questionário sociodemográfico, onde irá responder a perguntas durante uma entrevista . Bem como a aplicação de um questionário com o objectivo de validar os conhecimentos sobre **“hábitos de vida saudáveis”** e sobre a **“sua situação de saúde actual”**.

A sua participação é voluntária e anónima, não existindo a necessidade da sua identificação pessoal. Todas as informações recolhidas serão absolutamente confidenciais e estarão abrangidas pelo segredo profissional. Os procedimentos utilizados seguem as normas éticas, não oferecendo riscos de qualquer natureza. Se o utente recusar participar , isso não afetará de forma alguma a sua relação com os técnicos de saúde ou o seu tratamento.

Aceito a participação no Programa de Intervenção Terapêutica.

Assinatura do Utente: _____

Data: _____

Anexo 3 – Questionários sobre “Estilos de Vida Saudáveis”

HOSPITAL GARCIA DE ORTA

SERVIÇO DE PSIQUIATRIA – INTERNAMENTO DE AGUDOS

Gestão do Regime Terapêutico da Pessoa Portadora de Esquizofrenia

QUESTIONÁRIO

Este questionário destina-se a validar alguns conhecimentos sobre “**Estilos de Vida Saudáveis**” e esclarecimento de dúvidas. Solicitamos, a sua importante colaboração.

1 - CONHECIMENTO SOBRE AOS “ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS”

1.1- O que são para si “**Estilos de vida Saudáveis**” ?

1.2 – Diga dois tipos de estilos de vida saudável ?

2 - CONHECIMENTO SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

2.1- O que é para si ter uma alimentação saudável?

2.2 - Quantas refeições faz habitualmente por dia?

2.3 - Diga quais?

2.4 - Diga o nome de três alimentos que deve incluir nas suas refeições?

2.5- Diga o nome de dois alimentos que considera que devem ser consumidos em quantidades moderadas?

2.6- Qual a quantidade água que deve beber diariamente?

3 - CONHECIMENTO SOBRE EXERCÍCIO FÍSICO ADEQUADO

3.1- Para si o exercício físico é importante?

SIM

NÃO

3.2 - Tem por hábito praticar exercício físico diariamente?

SIM

NÃO

3.3 - Que tipo de exercício físico?

3.4 - Diga dois benefícios que poderá ter em praticar exercício físico diário?

4 - CONHECIMENTO SOBRE SONO/REPOUSO

4.1- Considera o sono importante para ter uma vida saudável ?

4.2- Quantas horas dorme por dia?

4.3 – Costuma ter dificuldade em dormir?

4.4 - Adormece geralmente onde?

4.5 - Tem televisão no quarto?

SIM

NÃO

4.6 - Se sim adormece a ver televisão?

SIM

NÃO

4.7 – Quando não consegue dormir recorre a algo ou a alguém para o ajudar?

SIM

NÃO

4.8 – O que costuma fazer?

Data: ____/____/____

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo 4 – Questionários sobre “Situação de Saúde Atual”

HOSPITAL GARCIA DE ORTA
SERVIÇO DE PSIQUIATRIA – INTERNAMENTO DE AGUDOS

Gestão do Regime Terapêutico da Pessoa Portadora de Esquizofrenia

QUESTIONÁRIO

Este questionário destina-se a validar alguns conhecimentos sobre “ **A sua situação de saúde atual**”. Solicitamos, a sua importante colaboração.

1 – O que entende por doença ou problema mental?

2 – Acha que tem uma doença ou problema mental?

SIM NÃO

2.1 - Se **SIM** qual é?

3 - Possui conhecimentos sobre os sintomas da sua doença ou problema mental?

SIM NÃO

3.1 - Se **SIM** quais são?

4 – É habitual ter sintomas que o incomodam?

SIM NÃO

4.1 - Se **SIM**, quais são?

5 - Já alguma vez teve uma recaída, que motivasse um internamento ?

SIM NÃO

5.1 – Se **SIM**, o que motivou o internamento?

6 – Consegue identificar alguns dos sinais e sintomas que teve antes dessa recaída!

7 – Quando sente que não está bem a quem recorre para o/a ajudar?

8 - Considera a medicação importante para a sua doença ou problema mental?

SIM NÃO

8.1 – Se **SIM**, porque considera a medicação importante?

9 - Sente que a medicação o ajuda a controlar os sintomas provocados pela sua doença ou problema Mental ?

SIM NÃO

9.1 – Se **SIM**, quais são os sintomas que ajuda a controlar?

10 – Alguma vez deixou de tomar a medicação por se sentir pior?

SIM NÃO

10.1 – Se **SIM**, porque deixou de tomar?

11 – Tem sintomas da sua doença mesmo quando toma a medicação?

SIM NÃO

11.1 – Se **SIM**, quais são?

12 – Sente efeitos secundários quando toma a medicação?

SIM NÃO

12.1 – Se **SIM**, quais são?

13 - No caso de sentir algum efeito secundário o que faz?

- Recusa / pára de tomar a medicação; SIM NÃO
- Informa/pede ajuda ? SIM NÃO A quem? _____
- Não faz nada e aceita os efeitos secundários? SIM NÃO

14 - Considera necessário continuar a tomar a medicação, mesmo quando se sente melhor ? SIM NÃO

14.1 – Se **SIM**, porquê?

15 - É importante para si cumprir a medicação prescrita pelo seu médico?

SIM NÃO

16 – Alguma vez deixou de tomar a medicação por vontade própria?

SIM NÃO

16.1 – Se **SIM**, como se sentiu?

17 - Consegue perceber o guia de tratamento prescrito pelo seu médico?

SIM NÃO

17.1 – Se **SIM**, onde sente dificuldades?

18 – Confia nas orientações dos seus técnicos de saúde (enfermeiro e psiquiatra) em relação à sua medicação?

SIM NÃO

18.1 – Se **NÃO**, o que gostaria que fosse diferente?

19 – Usa substâncias – drogas, álcool ou tabaco, para reduzir os sintomas da sua doença ou problema mental?

SIM NÃO

19.1 – Se **Sim**, quais usa e porquê?

20 - Considera que os profissionais de saúde o compreendem em relação à sua doença/problema mental e ao seu tratamento?

SIM NÃO

20.1 – Se **NÃO**, o que gostaria que fosse diferente?

21 - Considera-se que a realização de um contrato terapêutico, seria benéfico para o seu tratamento?

SIM NÃO

21.1 - Caso tenha respondido que **SIM**, no que o ajudaria?

Data: ____/____/____

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo 5 – Questionários Sociodemográfico

GUIÃO DE ENTREVISTA

Gestão do Regime Terapêutico da Pessoa Portadora de Esquizofrenia – Um programa de Intervenção Terapêutica

DADOS SÓCIO – DEMOGRÁFICOS		
1 - Idade	Número de anos	
2 - Género	1 - Feminino	
	2 - Masculino	
3 - Estado civil	1 - Solteiro	
	2 - Casado/União de Facto	
	3 - Divorciado/Separado	
	4 - Viúvo	
4 - Escolaridade	1 - < Que o 1º Ciclo	
	2 - 1º Ciclo	
	3 - 2º Ciclo	
	4 - 3º Ciclo	
	5 - Secundário	
	6 - Ensino Superior	
5 - Situação Profissional	1 - Empregado/a	
	2 - Desempregado/a	
	3 - Reformado/a	
	4 - Outro	
6 - Rendimentos	1 - Salário	
	2 - Pensão	
	3- Rendimento Mínimo de inserção social	
	4 - Emprego apoiado	
7 - Pessoas com quem vive	1 – Pai/Mãe	
	2 – Cônjuge/ Companheiro/a	
	3 – Filho/a	
	4 – Irmão/a	
	5 – Amigo/a	
	6 – Sozinho/a	
	7 - Outros	
8 – Motivo atual de internamento		
9 - Diagnóstico médico		

DADOS SÓCIO – DEMOGRÁFICOS

10 - Há quanto tempo iniciou o tratamento em psiquiatria	1 - ≤ que 1 ano	
	2 -] 1 a 3] anos	
	3 -] 4 a 6 [anos	
	4 -] 7 a 9] anos	
	5 - ≥ que 10anos	
11- Já teve internamentos Anteriores?	1 - Sim	
	2 - Não	
Se sim, quantos?		
12 – Tem algum familiar ou amigo que o ajude e/ou que esteja disponível para o apoiar? Quem é?	1 - Sim	
	2 - Não	
13 - Quando tem duvidas sobre o tratamento a quem recorre para as esclarecer?		
14 - Tem algum tipo de dificuldade (transporte, emprego, distância, etc.) que o impeça de ir às Consultas e/ou a tomar a sua medicação Depôt? Se sim, qual?	1 - Sim	
	2 - Não	
15 - Tem alguma limitação Física? Se sim, qual?	1 - Sim	
	2 - Não	
16 – Tem outros problemas de saúde? Quais?	1 - Sim	
	2 - Não	
17 – Tem dificuldade em comprar os medicamentos? Se sim, quais?	1 - Sim	
	2 - Não	

Anexo 6 – Ação de Formação sobre “Estilos de Vida Saudáveis”

Hospital Garcia de Orta Serviço de Internamento de Psiquiatria



ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

SERVIÇO DE PSIQUIATRIA

OBJECTIVOS DA SESSÃO

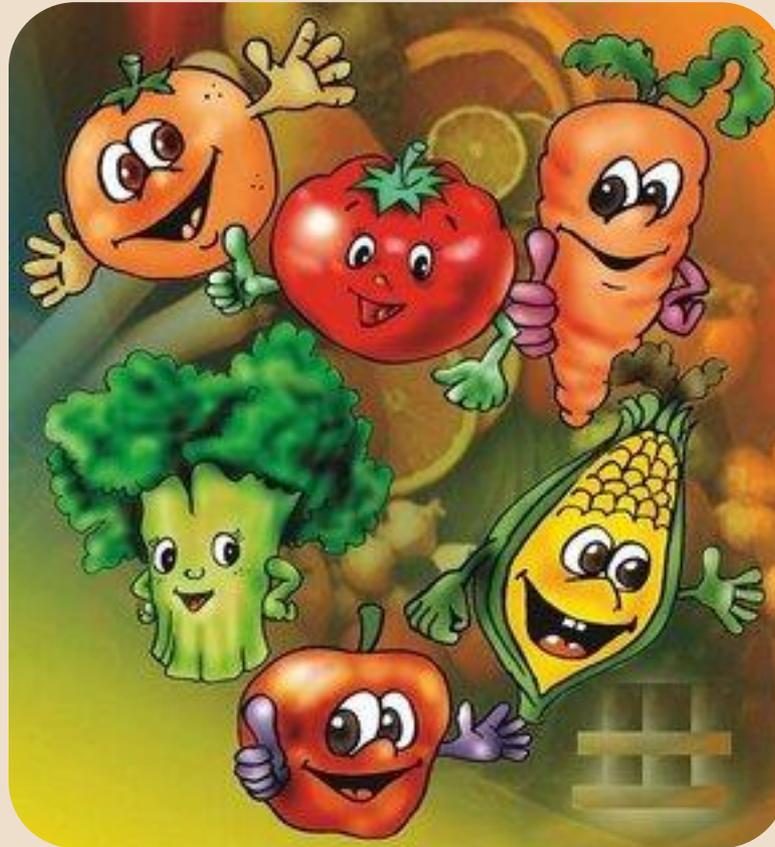
- Clarificar o conceito de estilos de vida saudáveis;
- Reconhecer a importância da adesão aos estilos de vida saudáveis;
- Identificar as práticas a adoptar para ter uma vida saudável - alimentação saudável; exercício físico adequado e sono reparador.

ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS



- Ajudam a manter o corpo em forma e a mente saudável;
- Ajudam a prevenir doenças e a impedir que as doenças crónicas se tornem mais graves.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- **É uma alimentação:**
 - **Equilibrada** - Comer alimentos respeitando as percentagens de cada grupo da roda de alimentos e beber água diariamente;
 - **Variada** - Comer alimentos diferentes dentro de cada grupo de alimentos;
 - **Quantidade adequada** - que fornece a quantidade suficiente de nutrientes para o bom funcionamento do corpo e da mente;
 - **Boa qualidade** - Fazendo uma boa seleção dos alimentos e ter cuidado na sua preparação e confecção.

ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA/VARIADA

ÁGUA - 1,5L A 3L / dia

- **GORDURAS E ÓLEOS** - 2% - 1 a 3 Porções
- **LEGUMINOSAS** - 4% - 1 a 2 Porções
- **CARNES PEIXE E OVOS** - 5% - 1,5 a 4,5 Porções
- **LACTICÍNIOS** - 18% - 2 a 3 Porções
- **FRUTA** - 20% - 3 a 5 Porções
- **HORTICULAS** - 23% - 3 a 5 Porções
- **CERIAIS E DERIVADOS** - 28% - 4 A 11 Porções

ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA/VARIADA



- **Quantidade Adequada**
 - Ingerir os nutrientes necessários a cada organismo, mediante o peso, altura e actividade física.
- **Factores que interferem com a quantidade necessária:**
 - Sexo;
 - Idade;
 - Actividade Física.

NÚMERO DE REFEIÇÕES ACONSELHABEL



- ◆ As principais refeições são:
 - ◆ Pequeno-almoço
 - ◆ Almoço
 - ◆ Jantar
- ◆ Nos intervalos das principais refeições devemos fazer pequenos lanches (p.ex: uma fruta, um iogurte magro, um copo de leite magro...)
- ◆ Recomenda-se: **4 a 6 refeições por dia**

ALIMENTOS ACONSELHÁVEIS

- ◆ Preferir alimentos magros;



- ◆ A **sopa** deve fazer parte da sua alimentação diária;



- ◆ Preferir **peixe** à carne;



- ◆ Consumir com moderação cereais mais refinados;



ALIMENTOS ACONSELHÁVEIS

- ◆ Inclua as **leguminosas**;



- ◆ Ingerir sempre **legumes e fruta** em todas as refeições;



- ◆ Para cozinhar ou temperar, prefira o **azeite**



CUIDADOS A TER EM ATENÇÃO

- ◆ Deve evitar alimentos como:

- ◆ Fritos ;



- ◆ Guloseimas;

- ◆ Aperitivos;



- ◆ Assados no forno com molho.



CUIDADOS A TER EM ATENÇÃO

■ O que utilizar na confecção das refeições:

- ◆ Panelas e frigideiras anti-aderentes;



- ◆ Grelhadores eléctricos;



- ◆ Panelas de Pressão



Permitem reduzir a gordura ao cozinhar e manter o paladar dos alimentos!

CUIDADOS A TER EM ATENÇÃO

◆ DEVE:

- ◆ Reduzir o Sal Progressivamente.
- ◆ Não Utilize sal à mesa



◆ SUBSTITUIR:

- Ervas aromáticas (salsa, coentros, hortelã, manjericão, louro, alecrim)
 - Limão, alho, cebola, vinagre
- Especiarias (colorau, pimenta, caril)



APRENDA A CONTROLAR O APETITE

- ◆ Se tiver fome entre as refeições, dê um passeio a pé para se distrair;



- ◆ Se estiver a comer com mais frequência, reduza o tamanho das porções em cada refeição;



- ◆ Entre as refeições, coma alimentos saudáveis (uma maçã, cenouras, etc.)



- ◆ Beba um copo de água, para diminuir o apetite;



APRENDA A CONTROLAR O APETITE

- ◆ Coma devagar para dar tempo ao estômago de avisar o cérebro de que já comeu o suficiente;



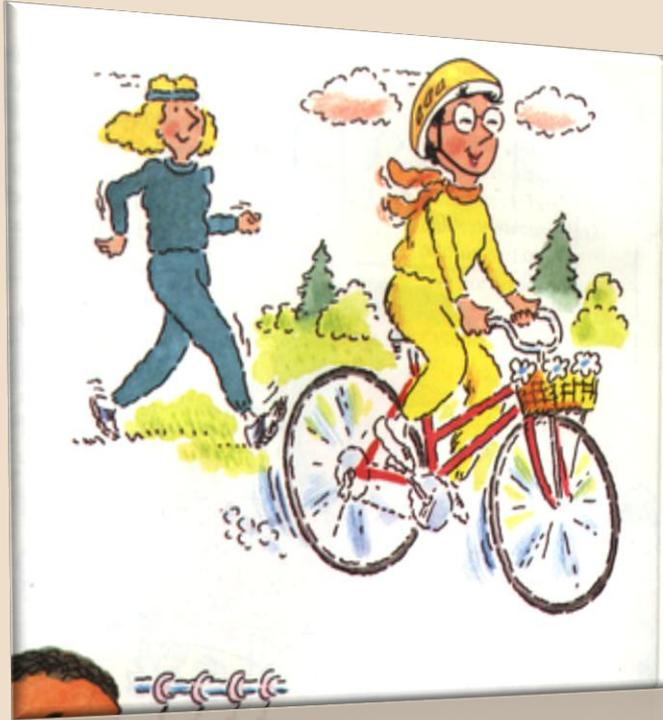
- ◆ Não coma entre as refeições só porque se sente aborrecido, nervoso, zangado, triste ou stressado.



EXERCICIO FISICO ADEQUADO



EXERCICIO FISICO



◆ ACTIVIDADE FISICA:

- ◆ Qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que implica dispêndio de energia

◆ EXERCICIO FISICO:

- ◆ Movimento corporal planejado, estruturado e repetitivo efectuado para manter ou melhorar um ou mais componentes da forma/capacidade física.

BENEFÍCIOS DO EXERCÍCIO FÍSICO PARA A SAÚDE



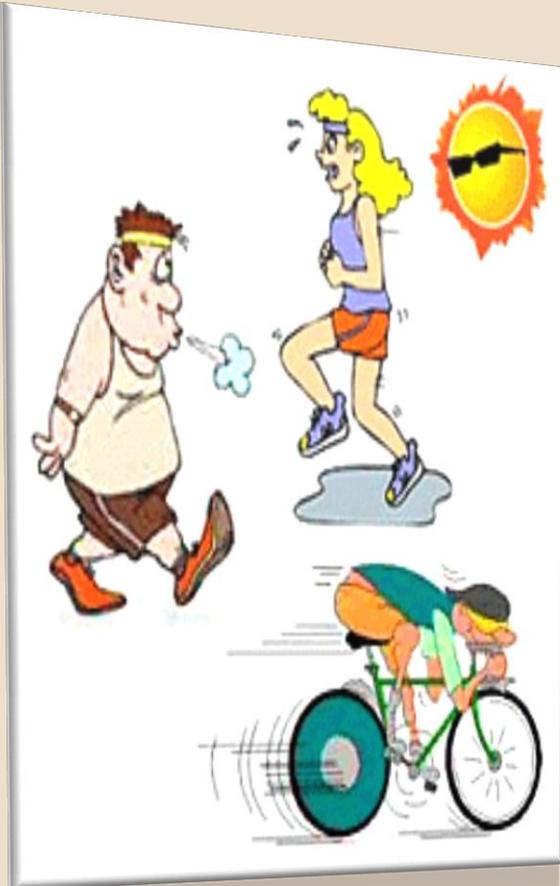
- Favorece a mobilidade das articulações;
- Fortalece os músculos e os ossos, previne a osteoporose, as dores nas costas e as artroses;
- Melhora a figura, a postura e a pele;
- Torna as pessoas mais atraentes e com um ar mais saudável;
- Diminui o excesso de peso e a diabetes;
- Diminui o colesterol;

BENEFÍCIOS DO EXERCÍCIO FÍSICO PARA A SAÚDE



- Mantém o coração saudável;
- Diminui a tensão arterial e a frequência cardíaca;
- Melhora a eficiência dos pulmões;
- Combate a ansiedade, a depressão e a insónia, é uma importante arma contra o stress;
- Aumenta a concentração;
- Melhora o humor;
- Aumenta a auto-estima;
- Promove as relações sociais e a comunicação;
- Auxilia a percepção e consciência corporal.

REGRAS PARA A PRÁTICA SAUDÁVEL DO EXERCÍCIO FÍSICO



- ◆ Deve provocar um gasto significativo de energia;
- ◆ Deve estar adaptado à idade e estado de saúde;
- ◆ De início o nível de esforço deve ser reduzido, aumentando progressivamente à medida das capacidades de cada pessoa;
- ◆ Para obter resultados significativos deve ser regular e frequente.

CAMINHAR UM EXERCICIO FISICO IDEAL



- ◆ A caminhada é ideal para iniciar um programa de actividade física:
 - ◆ Pode ser praticada em qualquer idade;
 - ◆ Aumenta a flexibilidade muscular e a resistência;
 - ◆ Ajuda a perder peso e a recuperar a condição física;
 - ◆ Melhora a qualidade do sono;
 - ◆ Favorece o contacto social e aumenta a auto-estima.

CAMINHAR UM EXERCÍCIO FÍSICO IDEAL



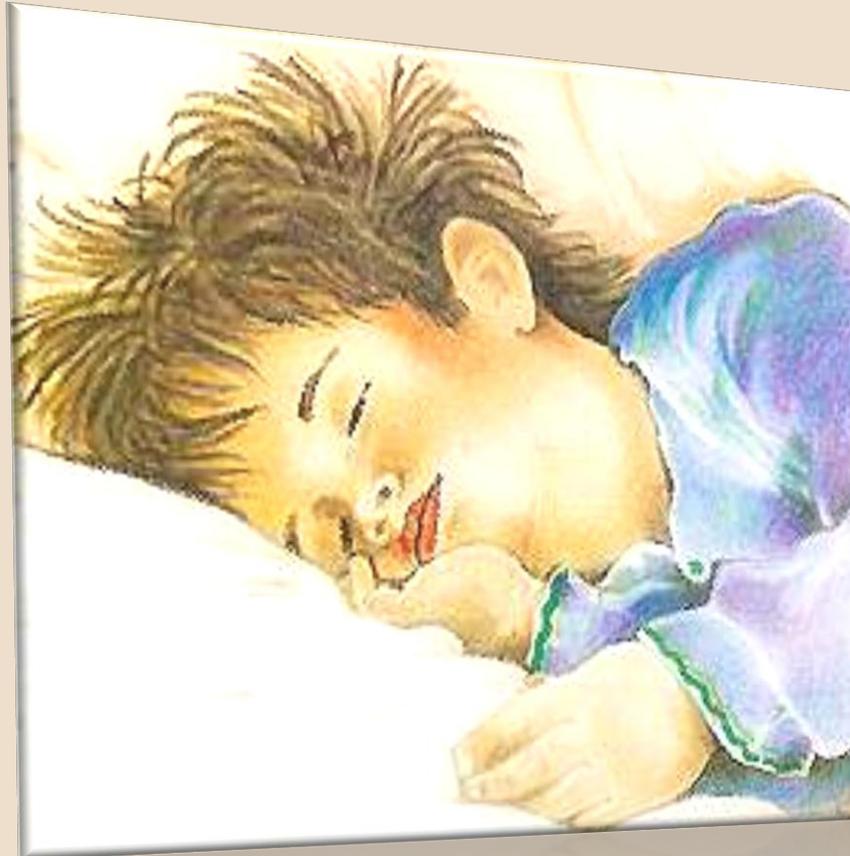
- ◆ Comece a caminhada com cinco minutos de aquecimento andando em passo lento;
- ◆ Aumente aos poucos o tempo, a distância percorrida e a velocidade;
- ◆ Tente perceber como o seu corpo reage, perceba os seus limites;
- ◆ Ao terminar a caminhada diminua o ritmo para que o corpo arrefeça gradualmente;
- ◆ Caminhe 3 vezes ao dia durante 10 minutos ou 30 minutos seguidos.

EXERCICIO FISICO E BEM-ESTAR

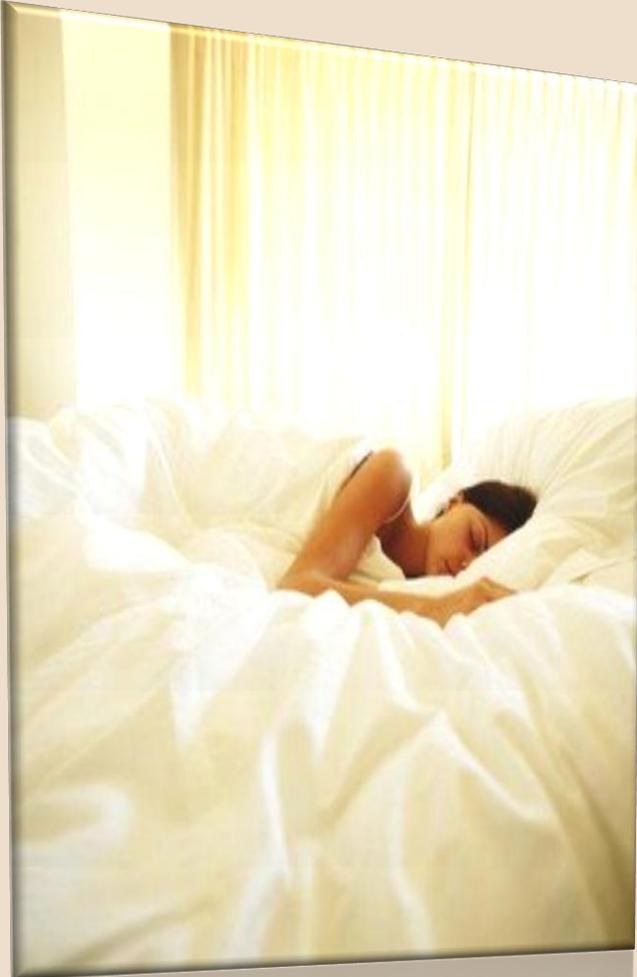


- Ao fazer exercício físico sentirá uma maior **satisfação pessoal, melhor aspecto, e o aumentando do seu nível de saúde e de auto-estima.**
- As pessoas que praticam o exercício físico **têm uma vida mais feliz e mais longa .**

SONO/REPOUSO



SONO/REPOUSO



O sono é essencial para manter uma mente equilibrada e um corpo saudável.

Não dormir um sono repousante, pode afectar o equilíbrio de todo o organismo:

NÃO DORMIR UM SONO REPOUSANTE

A curto prazo, provoca:

- Cansaço; Sonolência; Irritabilidade/ Alterações de humor; Perda de memória, Dificuldade em se concentrar.

A longo prazo provoca:

- Envelhecimento precoce; Compromisso do sistema imunológico; Diminuição do tônus muscular; Tendência a desenvolver algumas doenças entre elas a Diabetes e a H.T.A.

A INSÓNIA

É o problema mais frequente

Pode surgir de diferentes formas:

- Dificuldade em adormecer;
- Adormecer facilmente mas acordar muitas vezes durante a noite;
- Acordar antes de ter dormido o suficiente e não conseguir .

A INSÓNIA

Pode ser considerada:

- Transitória (apenas algumas noites);
- De curto prazo (duas a quatro semanas);
- Crónica (durante a maior parte das noites durante pelo menos um mês).

REGRAS DE HIGIENE DO SONO/REPOUSO

1 - Estabelecer um horário de sono:

Errado:

- Ocupar a noite com actividades e compensar dormindo durante o dia;
- Fazer trabalhos violentos ou que exigem grande esforço mental antes de se deitar.

REGRAS DE HIGIENE DO SONO/REPOUSO

1 - Estabelecer um horário de sono:

Correcto:

- Ir para a cama à mesma hora todas as noites e levantar-se à mesma hora todas as manhã;(dormir cerca de 8 h, no período entre as 22h e as 7h)
- Evitar pensar nos problemas do dia;
- Pensar em coisas agradáveis, que façam sentir bem;
- Praticar exercício físico diariamente.

REGRAS DE HIGIENE DO SONO/REPOUSO

2-Criar um ambiente propicio ao sono:

Errado

- ◆ Adormecer no sofá;
- ◆ Ver televisão no quarto;
- ◆ Fazer refeições pesadas à noite;
- ◆ Beber bebidas com cafeína ou álcool após as 16 horas.

REGRAS DE HIGIENE DO SONO/REPOUSO

2-Criar um ambiente propicio ao sono.

Correcto

- ◆ Ingerir um jantar leve e beber uma bebida morna antes de se deitar;
- ◆ Fazer uns exercícius simples para ajudarem a relaxar;
- ◆ Manter um ambiente calmo, escurecido e ameno no quarto.

ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS - RESUMINDO

- Não coma apenas por motivos "emocionais";
- Coma devagar e saboreie os alimentos;
- Beba muita água, ajuda a regular o intestino, diminui a sensação de fome;
- Controle a ingestão de álcool e de refrigerantes;

ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS - RESUMINDO

- Caminhe, arranje um companheiro para ir consigo, ajuda a motivar;
- Utilize escadas em vez de elevador;
- Arrume a casa e aspire obrigá-lo-á a mexer-se e sentir-se-à muito bem;
- Faça um sono reparador, deixar de dormir pode ser um sinal de alerta que alguma coisa não está bem.

ESTRUTURE O SEU DIA-A-DIA



- Faça **uma lista** das suas actividades diárias;
- Identifique as **áreas mais problemáticas** e pense em formas de as resolver;
- **Discuta a lista** que elaborou com um familiar/amigo/terapeuta de referência ou o seu médico;

ESTRUTURE O SEU DIA-A-DIA



- Coloque na sua lista:
 - Os Cuidados que deve ter consigo;
 - Os períodos de sono/repouso;
 - A medicação a tomar, cumpra o esquema terapêutico;
 - O exercício físico/actividades físicas a desenvolver;
 - As actividades de lazer, passatempos, e actividades recreativas;
 - As actividades laborais no emprego e/ou em casa;
 - Faça as sua orações ou outras actividades espirituais, se isso para si for importante.

ADEQUIRA ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS



SEJA FELIZ

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lilly Portugal . **Manual do Facilitador - Viver em Equilíbrio.** Queijas.
- Dias, Catarina. **The Student Counseling Virtual Pamphlet Collection.** GAPSI- Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa.

Anexo 7 – Ação de Formação sobre “Aprender para Melhor Viver”



APRENDER para melhor VIVER

Serviço de Psiquiatria

Pragal 2011



OBJECTIVOS DA SESSÃO

- Clarificar o conceito de Saúde/Doença Mental;
- Clarificar o que é a Esquizofrenia;
- Identificar os sintomas da esquizofrenia;
- Clarificar o curso da doença;
- Identificar sinais de alerta que antecedem a crise;
- Reconhecer a importância da medicação;
- Reconhecer a importância da adesão à medicação;
- Conhecer os recursos existentes, numa situação de crise.



DEFINIÇÃO DE SAÚDE MENTAL

- **Saúde Mental** - Estado de bem - estar subjectivo; capacidade de relacionamento; competências na vida pessoal e social; autonomia e projecto de vida; auto-realização intelectual e emocional; adequação à realidade (OMS, 2001).



DEFINIÇÃO DE DOENÇA MENTAL

- **Doença Mental** - Alteração do modo de pensar e das emoções; desadequação ou deterioração do funcionamento psicológico e social; resulta de factores biológicos, psicológicos e sociais (OMS, 2001).



DOENÇA MENTAL

- A adaptação à doença mental exige uma reorganização, aceitação de si mesmo, bem como a instalação de um propósito de vida ultrapassando as limitações impostas pela doença.



O QUE É A ESQUIZOFRENIA

- É uma **doença mental grave**, que afecta um número muito elevado de pessoas.
- Para a maioria das pessoas surge na **adolescência ou início da idade adulta**.
- Atinge cerca de **1% da população**, em ambos os sexos e surge habitualmente no final da adolescência ou início da vida adulta.
- Acontece em todos os países, culturas, grupos étnicos e classes económicas.



SINTOMAS DA ESQUIZOFRENIA

- **Alucinações** - são percepções falsas
 - **Auditivas** - ouvir vozes agradáveis ou desagradáveis (ameaças, insultos ou críticas à pessoa);
 - **Visuais** - A pessoa vê coisas que não existem;
 - **Sensitivas** - A pessoa sente coisas que não existem;
 - **Olfactivas** - A pessoa sente cheiros que não são reais.



SINTOMAS DA ESQUIZOFRENIA

- **Delírios** - são crenças falsas, mas muito reais para quem as experiênciamos.
- **A Pessoa acredita que:**
 - Os outros a querem magoar quando tal não é verdade;
 - Tem talentos, poderes ou riquezas especiais;
 - Outra pessoa ou força consegue controlar os seus pensamentos ou acções;
 - Os outros estão a falar ou a rir-se de si.



SINTOMAS DA ESQUIZOFRENIA

- **Perturbação do pensamento - pensar de modo confuso**
- **A Pessoa tem dificuldade em:**
 - Manter um tema de conversa;
 - Utilizar as palavras corretas;
 - Formar frases completas;
 - Falar de modo organizado para que os outros compreendam.



SINTOMAS DA ESQUIZOFRENIA

- **Dificuldades cognitivas** - problemas de concentração, memória e pensamento.
- **A Pessoa tem dificuldade em:**
 - Concentrar-se na leitura ou ver televisão;
 - Lembrar-se de planos ou marcações que tinha feito;
 - Compreender ideias.



SINTOMAS DA ESQUIZOFRENIA

- **Declínio no funcionamento social e ocupacional** - passar menos tempo a socializar com as outras pessoas, não conseguir trabalhar ou ir às aulas.
- **A Pessoa tem dificuldade em:**
 - Sair com os amigos, sente-se receosa e evita-os;
 - Cozinhar ou limpar a casa, as tarefas domésticas tornam-se absolutamente insuportáveis;
 - Desempenhar tarefas que antes eram básicas, no seu trabalho, em casa ou na escola.



SINTOMAS DA ESQUIZOFRENIA

- **Comportamento desorganizado** - comportamento que parece aleatório ou sem propósito para as outras pessoas.
- **Comportamento catatónico** - a pessoa fica imóvel durante grandes períodos de tempo.



SINTOMAS DA ESQUIZOFRENIA

- **Sintomas negativos** - são a falta de energia, de motivação, de prazer e de expressividade emocional. Podem ser acompanhados de tristeza.
- **A Pessoa tem dificuldade em:**
 - Iniciar e seguir planos;
 - Estar interessadas e ter prazer nas coisas que antes costumava apreciar;
 - Expressar as sua emoções e sentimentos;
 - Comunicar espontaneamente, limita-se a falar só algumas palavras;
 - Sair de casa e relacionar-se com os outros.



O QUE CAUSA A ESQUIZOFRENIA ?

- A esquizofrenia não é culpa de ninguém.
- Os cientistas acreditam que a esquizofrenia é causada por um desequilíbrio químico no cérebro.



O CURSO DA DOENÇA

- A esquizofrenia é uma doença que tem tendência a ser episódica, com sintomas que variam em intensidade com o passar do tempo.
- Os sintomas podem estar ausentes, ser suaves, moderados ou intensos.



O CURSO DA DOENÇA

Quando os sintomas Psíquicos se tornam graves é geralmente diagnosticada uma “recaída” ou “episódio agudo da doença.”

Algumas recaídas podem ser controladas em ambulatório, mas outras requerem um internamento no sentido de proteger o próprio ou terceiros.



IMPEDIR E REDUZIR RECAIDAS

- **As recaídas ocorrem com mais frequência às pessoas:**
 - Que estão sob mais stress;
 - Que deixam de tomar a medicação;
 - Que consomem álcool e/ou drogas.



IMPEDIR E REDUZIR RECAÍDAS

- **Estratégias para impedir ou reduzir recaídas:**
 - Saiba o mais possível sobre a sua doença;
 - Conheça os seus próprios sintomas;
 - Reconheça os sinais precoces de alerta antes de uma recaída;
 - Desenvolva o seu próprio plano de intervenção de recaída para responder aos sinais precoces de alerta.



IMPEDIR OU REDUZIR RECAÍDAS

- **Como prevenir ou reduzir recaídas?**
 - **Identificar situações e acontecimentos** que no passado desencadearam recaídas pode ajudar a reduzir o risco de recaídas futuras;
 - **Identificar sinais precoces de alerta** que são alterações discretas do pensamento e do comportamento que antecipam uma recaída;



SINAIS DE ALERTA PARA PREVENIR RECAIDAS

- **Ficar alerta quando apresenta:**
 - Comportamento estranho ou bizarro;
 - Agitação, tensão, agressividade ou medo;
 - Isolamento, recusa em sair de casa ou de estar com os outros;
 - Parar o tratamento;
 - Abandonar o trabalho ou a escola;
 - Descuido da higiene pessoal ou aparência;
 - Insónia ou perturbações do sono;



SINAIS DE ALERTA PARA PREVENIR RECAIDAS

- **Ficar alerta quando a pessoa apresenta:**
 - Ideias estranhas ou discurso incoerente;
 - Pensar que os outros estão contra si;
 - Alteração da sensibilidade à luz e ao barulho;
 - Excessivas preocupações religiosas;
 - Dificuldade na concentração ou "olhar fixo e vazio";
 - Abuso do álcool ou outras substâncias;
 - Exageros ou restrições alimentares.



PREVENIR RECAIDAS

Sempre que sentir que algo não está bem peça ajuda:

- A um familiar;
- A um amigo,
- A uma pessoa significativa
- Ao seu terapeuta de referência (médico, enfermeiro, psicólogo).

Podem ajuda-lo a reconhecer os **sinais precoces de alerta**, sendo possível **evitar** muitos internamentos.



PREVENIR RECAIDAS

- **Atenção:**
 - Após uma crise, ou recaída por vezes persistem alguns sintomas da doença, embora com menor intensidade.
 - Estes sintomas são controlados pelo ajuste da dosagem de medicação. Pelo que esta torna-se essencial na prevenção de recaídas.
 - A fase de manutenção pode durar semanas, meses, ou até anos.



IMPORTÂNCIA DA MEDICAÇÃO NA PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

- **A Medicação** é uma parte fundamental do tratamento da doença, associada ao **empenho do doente**.
- **Tem como função:**
 - Controlar/reduzir os sintomas;
 - Evitar/diminuir recaídas;
 - Contribuir para o bem - estar da pessoa;
 - Manter a pessoa como membro contribuinte da sociedade.



IMPORTÂNCIA DA MEDICAÇÃO NA PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

- Quando as pessoas tomam a medicação como parte integrante do seu tratamento, geralmente:
 - Têm sintomas com menor frequência e intensidade;
 - Melhoram a concentração e pensam com mais clareza;
 - Adormecem mais facilmente e dormem mais descansados;
 - Conseguem cumprir mais os seus objectivos;
 - Tem capacidade para viver com mais qualidade e bem-estar.



IMPORTÂNCIA DA MEDICAÇÃO NA PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

- **Os antipsicóticos** - reduzem os sintomas psicóticos, incluindo alucinações, delírios alterações do comportamento e desorganização do pensamento e discurso.



IMPORTÂNCIA DA MEDICAÇÃO NA PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

- **Efeitos secundários dos antipsicóticos:**
 - Rigidez muscular principalmente ao nível dos músculos do pescoço, membros superiores e músculos oculares;
 - Tremor das mãos, alterações do movimento e inexpressividade facial;
 - Aumento de peso;
 - Alterações hormonais, galactorreia e alterações menstruais;
 - Diminuição da libido e impotência sexual;
 - Obstipação;



IMPORTÂNCIA DA MEDICAÇÃO NA PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

- **Efeitos secundários dos antipsicóticos:**
 - Visão desfocada;
 - Boca seca/sede;
 - Dificuldade em urinar;
 - Sedação ou sonolência;
 - Aumento da produção de saliva;
 - Lentificação do pensamento;
 - Acatisia- dificuldade da pessoa em estar quieta no mesmo sitio.



IMPORTÂNCIA DA ADESÃO À MEDICAÇÃO

É fundamental saber lidar com os efeitos secundários da medicação, de forma a dar continuidade ao tratamento.

- Se apresentar **efeitos secundários** contacte o seu **médico ou terapeuta de referencia;**
- O médico avalia a situação e pode propor soluções alternativas, como por ex:
 - Reduzir a medicação;
 - Adicionar outro medicamento para corrigir os efeitos secundários;
 - Mudar de medicação.



IMPORTÂNCIA DA MEDICAÇÃO NA PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

A ESCOLHA DA MEDICAÇÃO PODE SER UM ASSUNTO COMPLEXO!

- As pessoas **respondem à medicação** de forma diferente.
- Pode demorar algum tempo até a pessoa e o seu médico identificarem quais os **medicamentos que mais o ajudam e que têm menos efeitos secundários**.
- Os medicamentos para o problemas de saúde mental podem **não atuar logo de imediato** e ser necessário algum tempo até produzirem os efeitos pretendidos.



IMPORTÂNCIA DA MEDICAÇÃO NA PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

Estratégias para obter melhores resultados com a medicação:

- Simplificar o regime terapêutico (numero de tomas da medicação por dia);
- Tomar a medicação à mesma hora todos os dias;
- Adaptar a toma da medicação às rotinas diárias;
- Utilizar notas, calendários, caixas com divisórias, e outras formas para se lembrar de tomar a medicação;
- Manter presente e pensar nos **benefícios da medicação**;
- Outras estratégias.



IMPORTÂNCIA DA MEDICAÇÃO NA PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

Cumprir o Guia terapêutico é vital para garantir a eficácia da medicação

Nome		Data	/ /
------	--	------	-----

Medicamentos	Jejum	P. Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar
Flurazepam 30mg						×
Diazepam 10mg	×		×			×
Valproato de Sódio 500mg	×				×	
Risperidona 3mg		×			×	
Quetiapina 300mg					×	
Ciamepromazina 50mg						×
Captopril 25mg (sos)						

Próxima consulta		Data		Hora	
------------------	--	------	--	------	--



A NÃO ADESÃO À MEDICAÇÃO

- Não aderir à medicação implica:
 - Não aceitação do tratamento prescrito;
 - Falhas na toma da terapêutica;
 - Não respeitar as doses prescritas pelo seu médico;
 - Não respeitar os horário das tomas da terapêutica;
 - Interromper por vontade própria a terapêutica;
 - Faltar às consultas.



A NÃO ADESÃO À MEDICAÇÃO

- **Motivos para não aderir à medicação:**
 - Efeitos secundários da medicação;
 - Remissão dos sintomas da doença;
 - Dificuldades no relacionamento médico-técnico de referência-família- doente;
 - Consumo de álcool ou drogas;



A NÃO ADESÃO À MEDICAÇÃO

- **Motivos para não aderir à medicação:**
 - Falta de informação;
 - Recaída súbita;
 - Ausência de autocritica face à doença (não aceitação da estado de saúde);
 - Receio de ficar dependente dos medicamentos;
 - Ideias delirantes relativamente aos medicamentos.



MEDICAÇÃO E ALGUMAS SUBSTÂNCIAS

Álcool	Intensifica o efeito sedativo, prejudica a capacidade de coordenação e a dificuldade respiratória.
Haxixe	Impede o efeito , sendo responsável pela recaída da pessoa compensada. Leva a deterioração da personalidade e do cérebro.
Tabaco	Diminui a sua eficácia.



LEMBRE-SE SEMPRE:

- OS MEDICAMENTOS NÃO SÃO DROGAS;
- OS MEDICAMENTOS NÃO CAUSAM HABITUAÇÃO;
- OS MEDICAMENTOS NÃO CONTROLAM A MENTE.



LEMBRE-SE SEMPRE:

- QUE NÃO ESTÁ SÓZINHO

RECURSOS HUMANOS

FAMILIA/AMIGO/PESSOA
SIGNIFICATIVA;
TÉCNICO DE REFERÊNCIA;
ENFERMEIRO/MÉDICO.



LEMBRE-SE SEMPRE

- QUE NÃO ESTÁ SÓZINHO

RECURSOS INSTITUCIONAIS

UNIDADE DE INTERVENÇÃO
COMUNITÁRIA DO SEIXAL;
CENTRO DE SAÚDE DA ÁREA;
HOSPITAL GARCIA DE ORTA-
SERVIÇO DE PSIQUIATRIA.



LEMBRE-SE QUE NUNCA ESTÁ SOZINHO...



ACREDITE EM SI E NA SUA CAPACIDADE DE SEGUIR EM FRENTE...



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, Pedro(2010). *Esquizofrenia para além dos mitos, descobrir a doença* (1ª ed.). Cascais: Principia Editora, Lda. ISBN 978-989-8131-63-8
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009). **CIR - Cuidados Integrados e Recuperação. Manual de trabalho Versão 1.3.** Proform - Programa de Formação em Saúde Mental e Comunitária
- Organização Mundial de Saúde (2001)- **Relatório sobre a Saúde no Mundo-Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança.** Lisboa: Climepsi.

Anexo 8 – Follow-up

Hospital Garcia de Orta
Serviço de Psiquiatria – Internamento de Agudos

Gestão do Regime Terapêutico da Pessoa Portadora de Esquizofrenia
FOLLOW – UP

Nome:		Enf.º/a
Diagnóstico:		Telefone:
Data do Follow - Up:		Data da Alta:
Pessoa contactada: <input type="checkbox"/> Utente <input type="checkbox"/> Família, Quem ? _____		Reação/receptividade ao contacto telefónico:
Check List:		
AVALIAÇÃO ESTADO MENTAL: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Atitude durante a entrevista; ✓ Orientação auto e alo – psíquica; ✓ Humor; ✓ Comunicação; ✓ Percepção (alucinações); ✓ Conteúdo do pensamento (delírios); ✓ Memória; ✓ Apresenta algum sinal ou sintoma; ✓ Nível de <i>insight</i>. 		
AVALIAÇÃO FUNCIONAL : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hábitos de Alimentares; ✓ Hábitos de higiene e conforto; ✓ Hábitos de Exercício; ✓ Hábitos de Sono e Repouso <ul style="list-style-type: none"> • Quantas horas dorme por noite? • Tem insónias? • O que faz para dormir? 		

<p>AVALIAÇÃO GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Esquema Terapêutico <ul style="list-style-type: none"> • Cumpre totalmente; • Cumpre parcialmente; • Não cumpre. ✓ Sente dificuldades? ✓ Quais? ✓ Faz medicação <i>Dépot</i>? ✓ Tem alguma dificuldade em se deslocar para realizar a medicação? ✓ Sente efeitos secundários com a medicação? ✓ Quais? ✓ O que fez para diminuir esses efeitos secundários? ✓ Recorreu ao seu Médico ou ao enfermeiro a pedir ajuda? 	
<p>AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO SOCIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Consegue estabelecer relações sociais com os seus amigos, família, ou outras pessoas? ✓ Mantem o seu emprego e ou ocupação? 	
<p>OBSERVAÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Data da próxima consulta: ✓ Existe alguma dúvida ou questão que queira colocar? ✓ Existe alguma dificuldade em que possamos ajudar? 	

Anexo 9 – Verbatim das Entrevistas

ENTREVISTA 1

CONHECIMENTOS SOBRE “ A SUA SITUAÇÃO DE SAÚDE ATUAL”

F – 1 - O que entende por doença ou problema mental?

A – É quando uma pessoa não sabe o que está a fazer, pensa que está a fazer uma coisa e faz outra, esquece-se das coisas, provoca as outras pessoas e é agressivo.

F - 2 - Acha que tem uma doença ou problema mental?

A – Sim

F – 2.1 - Se SIM qual é?

A – Esquizofrenia

F –3 - Possui conhecimentos sobre os sintomas da sua doença ou problema mental?

A – Não

F – 3.1 - Se SIM quais são?

A –

F – 4 - É habitual ter sintomas que o incomodam?

A - Sim

F – 4 .1 - Se SIM, quais são?

A – Sinto medo das pessoas.

F – 5 - Já alguma vez teve uma recaída, que motivasse um internamento ?

A – Sim.

F – 5.1 - Se SIM, o que motivou o internamento?

A – Ser agressivo com os pais, estar ansioso.

F – 6 - Consegue identificar alguns dos sinais e sintomas que teve antes dessa recaída?

A – Discussões com os pais, pesadelos, alucinações (ver pessoas que não existiam), ansioso, agressivo.

F – 7 - Quando sente que não está bem a quem recorre para o/a ajudar?

A – Vou ao Psiquiatra, Dr^a M.

F – 8 - Considera a medicação importante para a sua doença ou problema mental?

A – Sim.

F - 8.1 - Se SIM, porque considera a medicação importante?

A – Porque me ajuda a ficar mais calmo e não discutir com os meus pais.

F – 9 - Sente que a medicação o ajuda a controlar os sintomas provocados pela sua doença ou problema Mental ?

A – Sim.

F – 9.1 - Se SIM, quais são os sintomas que ajuda a controlar?

A – Os pesadelos, o ser agressivo, as discussões com os meus pais, deixo de ver as pessoas que não existem.

F – 10 - Alguma vez deixou de tomar a medicação por se sentir pior?

A – Não.

F – 10.1 - Se SIM, porque deixou de tomar?

A –

F – 11 - Tem sintomas da sua doença mesmo quando toma a medicação?

A – Não.

F – 11.1 - Se SIM, quais são?

A –

F – 12 - Sente efeitos secundários quando toma a medicação?

A – Sim

F – 12.1 - Se SIM, quais são?

A – Dores nos rins, mas passa.

F – 13 - No caso de sentir algum efeito secundário o que faz?

- Recusa / pára de tomar a medicação; SIM NÃO
- Informa/pede ajuda ? SIM NÃO

- Não faz nada e aceita os efeitos secundários? SIM X NÃO

F – 14 - Considera necessário continuar a tomar a medicação, mesmo quando se sente melhor ?

A – Sim.

F – 14.1 - Se SIM, porque considera necessário?

A – Para me sentir bem e não discutir com os meus pais.

F - 15 - É importante para si cumprir a medicação prescrita pelo seu médico?

A – Sim.

F – 15.1 - Se SIM, porque considera importante?

A – Para estar bem.

F – 16 - Alguma vez deixou de tomar a medicação por vontade própria?

A – Não.

F – 16 .1 Se SIM, como se sentiu?

A –

F – 17 - Consegue perceber o guia de tratamento prescrito pelo seu médico?

A – Sim.

F – 17.1 - Se NÃO, onde sente dificuldades?

A –

F – 18 - Confia nas orientações dos seus técnicos de saúde (enfermeiro e psiquiatra) em relação à sua medicação?

A – Sim.

F – 18.1 - Se NÃO, o que gostaria que fosse diferente?

F – 19 - Usa substâncias – drogas, álcool ou tabaco, para reduzir os sintomas da sua doença ou problema mental?

A – Não.

F – 19.1 - Se Sim, quais usa e porquê?

A –

F – 20 - Considera que os profissionais de saúde o compreendem em relação à sua doença/problema mental e ao seu tratamento?

A – Sim.

F – 20.1 - Se NÃO, o que gostaria que fosse diferente?

A –

F - 21 - Considera-se que a realização de um contrato terapêutico, seria benéfico para o seu tratamento?

A - Sim.

F – 21.1 - Caso tenha respondido que SIM, no que o ajudaria?

A - Organizar melhor o meu dia e o que devo fazer.

– CONHECIMENTO SOBRE OS ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

F – 1.1 - O que são para si estilos de vida saudáveis?

A - Alimentação com fruta, hortaliça, produtos hortícolas, ginástica (exercício).

F – 1.2 - Diga dois tipos de estilos de vida saudável?

A – Alimentação e exercício físico.

F- 2.1 - O que é para si ter uma alimentação saudável ?

A – Uma alimentação que faça bem ao estômago e não engorde muito.

F – 2.2 - Quantas refeições faz habitualmente por dia?

A – Faço 3 refeições.

F – 2.3 - Diga quais?

A – Pequeno-almoço; almoço e jantar.

F – 2.4 - Diga o nome de 3 alimentos que deve incluir nas suas refeições?

A – Brócolos, batatas e peixe.

F – 2.5 - Diga o nome de dois alimentos que considera que devem ser consumidos em quantidades moderadas?

A – Batatas em muita quantidade e arroz.

F – 2.6 - Qual quantidade de água que deve beber diariamente?

A – 1 a 2 litros por dia.

F – 3.1 - Para si o exercício físico é importante?

A – Sim.

F - 3.2 – Tem por hábito praticar exercício físico diariamente?

A – Sim.

F - 3.3 - Que tipo de exercício físico?

A – Flexões, abdominais em casa, caminhadas por vezes.

F – 3.4 - Diga dois benefícios que poderá ter em praticar exercício físico diário?

A – Faz bem aos músculos e á saúde.

F - 4.1 - Considera o sono importante para ter uma vida saudável?

A – Considero.

F – 4.2 - Quantas horas dorme por dia?

A – 5 horas.

F – 4.3 - Costuma ter dificuldade em dormir?

A – Sim, durmo das 20h às 5h.

F – 4.4 - Adormece geralmente onde?

A – Na cama.

F - 4.5 - Tem televisão no quarto?

A – Sim.

F – 4.6 - Se sim, adormece a ver televisão?

A – Não.

F – 4.7 - Quando não consegue dormir recorre a algo ou a alguém para o ajudar?

A – Não

F – 4.8 - O que costuma fazer quando não consegue dormir?

A – Tomo os medicamentos de acordo com o que preciso.

ENTREVISTA 2

CONHECIMENTOS SOBRE “ A SUA SITUAÇÃO DE SAÚDE ATUAL”

F – 1 - O que entende por doença ou problema mental?

B – Doença que afecta o cérebro e que não tem o equilíbrio necessário, não permite que trabalhe e cuide do meu filho. Ter uma vida normal, estável, com trabalho.

F – 2 - Acha que tem uma doença ou problema mental?

B – Sim

F – 2.1 - Se SIM qual é?

B – Psicose, esquizofrenia penso que é muito forte para mim, pois nunca peguei fogo à casa, nem arranquei os cabelos como fazem os esquizofrénicos. Tenho uma tia esquizofrénica que faz isso.

F – 3 -Possui conhecimentos sobre os sintomas da sua doença ou problema mental?

B – Sim

F – 3.1 - Se SIM, quais são?

B – Muitas vozes ao mesmo tempo que me provocam ansiedade. Delírio de que fui violada e mal tratada. Vozes de comando que me obrigam a obedecer – lhes. As vozes não me são familiares. Por vezes falo com o S. Jorge que é amigo dos inimigos.

F - 4 - É habitual ter sintomas que o incomodam?

B – Não.

F – 4.1 - Se SIM, quais são?

B –

F – 5 - Já alguma vez teve uma recaída, que motivasse um internamento ?

B – Sim.

F – 5.1 - Se SIM, o que motivou o internamento?

B – Foi a Dr.^a R. (médica de família), que disse que era importante ser internada.

F – 6 - Consegue identificar alguns dos sinais e sintomas que teve antes dessa recaída?

B – Ouvir muitas vozes que me dão ordens e que eu cumpro, tudo o que elas me dizem, delírio com as coisas religiosas, falo com os santos principalmente o S. Jorge.

F – 7 - Quando sente que não está bem a quem recorre para o/a ajudar?

B – Recorro ao computador e coloco o salmo 23, que tem um Senhor a cantar e fico mais calma.

F – 8 - Considera a medicação importante para a sua doença ou problema mental?

B – Sim.

F - 8.1 - Se SIM, porque considera a medicação importante?

B – Ajuda a estar estável e a não ouvir vozes.

F – 9 - Sente que a medicação o ajuda a controlar os sintomas provocados pela sua doença ou problema Mental ?

B – Sim.

F – 9.1 - Se SIM, quais são os sintomas que ajuda a controlar?

B – Ajuda a controlar as vozes.

F – 10 - Alguma vez deixou de tomar a medicação por se sentir pior?

B – Não.

F – 10.1 - Se SIM, porque deixou de tomar?

B –

F – 11 - Tem sintomas da sua doença mesmo quando toma a medicação?

B – Sim.

F – 11.1 - Se SIM, quais são?

B – Tem sempre uma voz que é o S. Jorge que quando estou bem é amigo e não incomoda, brinca comigo. Agora ele sabe que o que estou a fazer é muito importante e já não fala comigo.

F – 12 - Sente efeitos secundários quando toma a medicação?

B – Sim

F – 12.1 - Se SIM, quais são?

B – Muita saliva, marcha lenta com os pés a arrastar e engordar.

F – 13 - No caso de sentir algum efeito secundário o que faz?

- Recusa / pára de tomar a medicação; SIM NÃO
- Informa/pede ajuda ? SIM NÃO
- Não faz nada e aceita os efeitos secundários? SIM NÃO

F – 14 - Considera necessário continuar a tomar a medicação, mesmo quando se sente melhor ?

B – Sim.

F – 14.1 - Se SIM, porque considera necessário?

B – Para não ouvir as vozes todas.

F – 15 - É importante para si cumprir a medicação prescrita pelo seu médico?

B – Sim.

F – 15.1 - Se SIM, porque considera importante?

B – Para a estabilidade mental da pessoa.

F – 16 - Alguma vez deixou de tomar a medicação por vontade própria?

B – Sim.

F – 16.1 - Se SIM, como se sentiu?

B – Pensava que estava melhor e durante 6 meses estive bem, após fui para o fundo do poço, fiquei doente, já não tratava do meu filho, não conseguia fazer nada. Tive outra recaída. Agora também só tomava a medicação às vezes falhava muito a medicação do almoço, pois saía de casa para passear e não tomava a medicação.

F – 17 - Consegue perceber o guia de tratamento prescrito pelo seu médico?

B – Sim.

F – 17.1 - Se NÃO, onde sente dificuldades?

B –

F – 18 - Confia nas orientações dos seus técnicos de saúde (enfermeiro e psiquiatra) em relação à sua medicação?

B – Sim.

F – 18.1 - Se NÃO, o que gostaria que fosse diferente?

B –

F – 19 - Usa substâncias – drogas, álcool ou tabaco, para reduzir os sintomas da sua doença ou problema mental?

B – Não.

F – 19.1 - Se Sim, quais usa e porquê?

B –

F – 20 - Considera que os profissionais de saúde o compreendem em relação à sua doença/problema mental e ao seu tratamento?

B – Sim.

F – 20.1 - Se NÃO, o que gostaria que fosse diferente?

B –

F – 21 - Considera-se que a realização de um contrato terapêutico, seria benéfico para o seu tratamento?

B – Sim.

F – 21.1 - Caso tenha respondido que SIM, no que o ajudaria?

B – Poderia ajudar a ficar melhor e a ter uma vida activa. Ajudar a ter menos internamentos ou não ter mesmo mais nenhum internamento. Ter uma vida como uma pessoa normal.

CONHECIMENTO SOBRE “OS ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS”

F – 1.1 - O que são para si estilos de vida saudáveis?

B – É ter uma vida saudável, quer ao nível alimentar, físico, psicológico e mental.

F – 1.2 - Diga dois tipos de estilos de vida saudável?

B – Alimentação equilibrada, exercício físico adequado.

F- 2.1 - O que é para si ter uma alimentação saudável ?

B – Comer alimentos saudáveis, como leite, fruta, peixe e carne.

F – 2.2 - Quantas refeições faz habitualmente por dia?

B – Faço 4 refeições.

F – 2.3 - Diga quais?

B – Pequeno – Almoço, almoço, lanche e jantar.

F – 2.4 - Diga o nome de 3 alimentos que deve incluir nas suas refeições?

B – Legumes, feijão e fruta.

F – 2.5 - Diga o nome de dois alimentos que considera que devem ser consumidos em quantidades moderadas?

B – Fritos e doces.

F – 2.6 - Qual quantidade de água que deve beber diariamente?

B – 1,5 litros por dia.

F – 3.1 - Para si o exercício físico é importante?

B – Sim.

F- 3.2 – Tem por hábito praticar exercício físico diariamente?

B – Sim

F – 3.3 - Que tipo de exercício físico?

B – Faço caminhadas ao ar livre, adoro andar a pé, ando kilometros.

F – 3.4 - Diga dois benefícios que poderá ter em praticar exercício físico diário?

B – Ajuda a emagrecer e ater uma vida mais saudável.

F - 4.1 - Considera o sono importante para ter uma vida saudável?

B – Sim, muito importante.

F – 4.2 - Quantas horas dorme por dia?

B – Durmo aproximadamente 8 horas.

F – 4.3 - Costuma ter dificuldade em dormir?

B – Sim, por vezes tenho dificuldade em adormecer.

F – 4.4 - Adormece geralmente onde?

B – Na cama ou no sofá.

F - 4.5 - Tem televisão no quarto?

B – Sim.

F - 4.6 - Se sim, adormece a ver televisão?

B – Às vezes.

F – 4.7 - Quando não consegue dormir recorre a algo ou a alguém para o ajudar?

B – Recorro aos medicamentos para dormir.

F - O que costuma fazer quando não consegue dormir?

B – Duplico os medicamentos.

ENTREVISTA 3

CONHECIMENTOS SOBRE “ A SUA SITUAÇÃO DE SAÚDE ATUAL”

F – 1 - O que entende por doença ou problema mental?

C – É uma coisa muito complicada, pois não consigo dormir.

F – 2 - Acha que tem uma doença ou problema mental?

C – Sim

F – 2.1 - Se SIM qual é?

C – Não sei dizer qual é.

F – 3 -Possui conhecimentos sobre os sintomas da sua doença ou problema mental?

C – Sim

F – 3.1 - Se SIM, quais são?

C – Dificuldade em dormir e tonturas.

F - 4 - É habitual ter sintomas que o incomodam?

C– Sim.

F – 4.1 - Se SIM, quais são?

C – Tenho Insónia.

F – 5 - Já alguma vez teve uma recaída, que motivasse um internamento ?

C – Sim.

F – 5.1 - Se SIM, o que motivou o internamento?

C – Dificuldade em dormir, insónia total, tonturas.

F – 6 - Conseguir identificar alguns dos sinais e sintomas que teve antes dessa recaída?

C – Só insónia.

F – 7 - Quando sente que não está bem a quem recorre para o/a ajudar?

C – Vou ao Psiquiatra, Dr. B.

F – 8 - Considera a medicação importante para a sua doença ou problema mental?

C – Sim.

F - 8.1 - Se SIM, porque considera a medicação importante?

C – É importante para ajudar a dormir e diminuir os nervos.

F – 9 - Sente que a medicação o ajuda a controlar os sintomas provocados pela sua doença ou problema Mental ?

C – Sim.

F – 9.1 - Se SIM, quais são os sintomas que ajuda a controlar?

C – A dificuldade em dormir.

F – 10 - Alguma vez deixou de tomar a medicação por se sentir pior?

C – Não.

F – 10.1 - Se SIM, porque deixou de tomar?

C –

F – 11 - Tem sintomas da sua doença mesmo quando toma a medicação?

C – Sim.

F – 11.1 - Se SIM, quais são?

C – Falta de dormir, insónia.

F – 12 - Sente efeitos secundários quando toma a medicação?

C – Sim

F – 12.1 - Se SIM, quais são?

C – Tremores e por vezes sinto a cabeça muito pesada.

F – 13 - No caso de sentir algum efeito secundário o que faz?

- Recusa / pára de tomar a medicação; SIM NÃO
- Informa/pede ajuda ? SIM NÃO
- Não faz nada e aceita os efeitos secundários? SIM NÃO

F – 14 - Considera necessário continuar a tomar a medicação, mesmo quando se sente melhor ?

C – Sim.

F – 14.1 - Se SIM, porque considera necessário?

C – Para ajudar a dormir e a sentir-me melhor.

F – 15 - É importante para si cumprir a medicação prescrita pelo seu médico?

C – Sim.

F – 15.1 - Se SIM, porque considera importante?

C – Para dormir melhor.

F – 16 - Alguma vez deixou de tomar a medicação por vontade própria?

C – Não.

F – 16.1 - Se SIM, como se sentiu?

C –

F – 17 - Conseguir perceber o guia de tratamento prescrito pelo seu médico?

C – Sim.

F – 17.1 - Se NÃO, onde sente dificuldades?

C –

F – 18 - Confia nas orientações dos seus técnicos de saúde (enfermeiro e psiquiatra) em relação à sua medicação?

C – Sim.

F – 18.1 - Se NÃO, o que gostaria que fosse diferente?

C –

F – 19 - Usa substâncias – drogas, álcool ou tabaco, para reduzir os sintomas da sua doença ou problema mental?

C – Não.

F – 19.1 - Se Sim, quais usa e porquê?

C – Já fumei, um maço de cigarros dia, mas deixei de fumar há 4/5 meses.

F – 20 - Considera que os profissionais de saúde o compreendem em relação à sua doença/problema mental e ao seu tratamento?

C– Sim.

F – 20.1 - Se NÃO, o que gostaria que fosse diferente?

C – Agora já compreendem melhor e conseguem ajudar.

F – 21 - Considera-se que a realização de um contrato terapêutico, seria benéfico para o seu tratamento?

C – Não

F – 21.1 - Caso tenha respondido que SIM, no que o ajudaria?

C –

– CONHECIMENTO SOBRE “OS ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS”

F – 1.1 - O que são para si estilos de vida saudáveis?

C– É não estar doente e sentir-se bem para ajudar as pessoas.

F – 1.2 - Diga dois tipos de estilos de vida saudável?

C – Saúde, exercício físico.

F- 2.1 - O que é para si ter uma alimentação saudável ?

C –Ter boa comida, comer arroz, cachupa e Mc Donalds.

F – 2.2 - Quantas refeições faz habitualmente por dia?

C – Faço 2 refeições.

F – 2.3 - Diga quais?

C – Almoço e jantar.

F – 2.4 - Diga o nome de 3 alimentos que deve incluir nas suas refeições?

C – Arroz, feijão e verduras.

F – 2.5 - Diga o nome de dois alimentos que considera que devem ser consumidos em quantidades moderadas?

C– Carne frita e peixe.

F – 2.6 - Qual quantidade de água que deve beber diariamente?

C– Não sei dizer.

F – 3.1 - Para si o exercício físico é importante?

C –Sim.

F- 3.2 – Tem por hábito praticar exercício físico diariamente?

C – Não

F – 3.3 - Que tipo de exercício físico?

C – Mas pratico 2x por semana, jogo futebol no Clube de Corroios.

F – 3.4 - Diga dois benefícios que poderá ter em praticar exercício físico diário?

C –Desprender os músculos, sentir-se mais descontraído.

F - 4.1 - Considera o sono importante para ter uma vida saudável?

C – Sim, muito importante.

F – 4.2 - Quantas horas dorme por dia?

C – Durmo aproximadamente 8 horas.

F – 4.3 - Costuma ter dificuldade em dormir?

C – Sim, por vezes tenho insónia total.

F – 4.4 - Adormece geralmente onde?

C – Na cama ou no sofá.

F - 4.5 - Tem televisão no quarto?

C – Sim.

F - 4.6 - Se sim, adormece a ver televisão?

C – Sim.

F – 4.7 - Quando não consegue dormir recorre a algo ou a alguém para o ajudar?

C – Não.

F - O que costuma fazer quando não consegue dormir?

C – Nada.