



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NA DOENÇA MENTAL:
PERSPECTIVA DE DOENTES DE UM SERVIÇO DE PSIQUIATRIA**

MÁRIO RUI PEREIRA TEIXEIRA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Orientadora

Profª Coordenadora Dulce Magalhães

Évora

2010

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NA DOENÇA MENTAL:
PERSPECTIVA DE DOENTES DE UM SERVIÇO DE PSIQUIATRIA**

MÁRIO RUI PEREIRA TEIXEIRA

**Relatório Apresentado para a Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiatria**

**Orientadora
Profª Coordenadora Dulce Magalhães**

Évora

2010

Resumo

Introdução: Na nossa prática profissional em serviço de saúde mental e psiquiatria descobrimos uma grande percentagem de doentes com dificuldade em gerir o regime terapêutico. Esta realidade preocupa-nos porque tem consequências ao nível da sua qualidade de vida e ao nível socioeconómico. Face aos dados da literatura científica e às observações da nossa prática, decidimos fazer um diagnóstico de situação para obter uma primeira aproximação do problema.

Objectivos: Com esta intervenção pretendemos compreender a perspectiva de doentes sobre a gestão do seu regime terapêutico, nomeadamente: (a) Compreender como adequam a gestão do regime terapêutico no seu quotidiano; (b) Identificar os factores interferentes na gestão do regime terapêutico.

Métodos: No âmbito da nossa prática realizámos entrevistas estruturadas a oito doentes hospitalizados no serviço de psiquiatria: sete com diagnóstico de doença bipolar e um de psicose esquizoafectiva, que tiveram tratamento psiquiátrico anterior ao internamento. Utilizámos alguns indicadores para avaliar as suas possibilidades clínicas, tendo sido seleccionados para a intervenção quando apresentavam ausência de discurso incompreensível, de alucinações, de delírios e de desorientação. Os dados obtidos foram analisados através da técnica de análise de conteúdo.

Resultados: Da análise personalizada de cada doente, emergiram factores facilitadores e impeditivos do processo de gestão do regime terapêutico. Identificámos cinco categorias de factores interferentes na gestão do regime terapêutico: (a) relacionados com a pessoa, definidos conceptualmente pelo insight, pelo lidar com o estigma e por estratégias de autogestão, que compreendem o abandono ou interrupção do tratamento, a toma selectiva de fármacos e o esquecimento; (b) relacionados com o tratamento, abrangendo os efeitos secundários da medicação; (c) relacionados com a doença, envolvendo o consumo de substâncias; (d) sociais, implicando o suporte sócio-familiar; (e) relativos ao sistema de saúde, abarcando a natureza da comunicação e a natureza da relação profissional de saúde-doente.

Conclusões: A gestão do regime terapêutico na doença bipolar e na psicose esquizoafectiva é um processo dinâmico, complexo e multidimensional, determinado pela intersecção de vários factores inter-relacionados que, juntos, contribuem para a melhorar ou piorar. Os doentes decidem a gestão do regime terapêutico de acordo com uma “análise custo-benefício” e reajustam-na constantemente, na tentativa de lidar com a doença e de ter maior auto-controlo da sua vida. Para desenvolver intervenções profissionais que visem otimizar a gestão do regime terapêutico nestes doentes é fundamental compreender a sua perspectiva, e os enfermeiros têm, nesta área, um lugar privilegiado.

Palavras-chave: Regime terapêutico; Doença mental; Perspectiva de doentes

Teixeira, M. Management of therapeutic regime in mental illness: patients' view from a psychiatric unit. Évora: University of Évora, 2010. Master's Degree Report in Psychiatry and Mental Health Nursing

Abstract

Background: In our everyday practice in psychiatric and mental health unit we found out a large proportion of patients with impaired ability to manage therapeutic regime. This situation worries us since it has consequences on their quality of life and socioeconomic level. Given the scientific literature data and the observations of our practice, we decided to make a diagnosis of the situation to get a first assessment of the problem.

Aims: With this intervention we want to know the patients' view on the management of their treatment regime, namely: (a) to understand how they adjust management of therapeutic regime to their daily lives; (b) identify the factors interfering in the management of therapeutic regime.

Methods: Within our practice we conducted interviews based on a structured interview guide. In total, eight psychiatric patients were interviewed: seven with a diagnosis of bipolar disorder and one with schizoaffective psychosis, who had psychiatric treatment before admission. We used some indicators to assess their clinical possibilities and they were selected when there was no incomprehensible speech, hallucinations, delusions and disorientation. Data analysis was based on the technique of content analysis.

Findings: From the individualized analysis of each patient, we found factors hindering and facilitating the management of therapeutic regime. We identified five categories of factors interfering in management of therapeutic regime: (a) personal factors, defined conceptually by insight, by dealing with stigma and self-management strategies, which include abandonment or interruption of treatment, selective medication-taking and forgetting, (b) related to treatment, regarding side effects of medication, (c) related to the disease, concerning the use of substances, (d) social factors, conceptually defined by social and family support, (e) health system-related factors, including the nature of communication and the nature of relationship between healthcare professionals and patients.

Conclusions: Management of therapeutic regime in bipolar disorder and schizoaffective psychosis is a complex, dynamic and multidimensional process, determined by the intersection of several interrelated factors that together can improve or worse it. Patients decide to manage therapeutic regime through a "cost-benefit analysis" and readjust it constantly, trying to cope with the disease and to have a greater self-control of their lives. To develop professional interventions aimed at optimizing management of therapeutic regime in these patients is essential to understand their viewpoint and nurses have in this area a privileged place.

Key-words: Therapeutic regime; Mental illness; Patients' view

Agradecimentos

À Professora Coordenadora Dulce Magalhães, não apenas por ter me orientado com tanta competência na realização deste trabalho, mas, também, pela compreensão, paciência e disponibilidade que demonstrou em todos os momentos em que precisei;

Aos participantes – professores e colegas – dos seminários de orientação conjunta, coordenados pelo Professor Doutor Manuel Lopes, cujas apresentações e reflexões constituíram mais-valias para o desenvolvimento deste trabalho;

Aos doentes que participaram na intervenção e proporcionaram uma grande riqueza de informação;

À minha família, pelo incentivo e compreensão durante este percurso.

ÍNDICE GERAL

1.Introdução	10
2.Análise do contexto	12
2.1.Caracterização do ambiente de cuidados.....	12
2.2.Caracterização dos recursos humanos.....	14
2.3.Caracterização das doenças com maior expressão no contexto de cuidados. 16	
3.A expressão da literatura científica	23
4.Análise reflexiva sobre os objectivos	34
4.1.Objectivos da intervenção profissional	35
5.Percurso Metodológico.....	36
5.1.Instrumentos	36
5.2.Recrutamento e caracterização da população-alvo	38
5.3.Procedimentos relativos às entrevistas.....	48
6.Resultados e Análise dos dados.....	51
6.1.Factores relacionados com a pessoa	51
6.1.1.Insight	51
6.1.2.Lidar com o estigma	52
6.1.3.Estratégias de autogestão	53
6.2.Factores relacionados com o tratamento	54
6.2.1.Efeitos secundários.....	54
6.3.Factores relacionados com a doença	55
6.3.1.Consumo de substâncias	55
6.4.Factores sociais	56
6.4.1.Suporte sócio-familiar	57
6.5.Factores relacionados com o sistema de saúde	57
6.5.1.Natureza da comunicação profissional de saúde-doente.....	58
6.5.2.Natureza da relação profissional de saúde-doente.....	59
7.Conclusão	62
8.Referências bibliográficas.....	65
9.Anexos	71
Anexo 1 - Dados clínicos	72

Anexo 2 - Guião de entrevista.....	73
Anexo 3 - Termo de consentimento informado	74
Anexo 4 - Análise das entrevistas	75
Anexo 5 - Verbatim das entrevistas.....	82

Índice de Figuras

Figura 1- Factores interferentes na gestão do regime terapêutico (síntese)	61
--	----

Índice de Tabelas

Tabela 1-Experiência clínica dos enfermeiros	14
Tabela 2 - Caracterização da população intervencionada	40
Tabela 3- Factores facilitadores e impeditivos da gestão do regime terapêutico	47

1.Introdução

No âmbito da nossa prática profissional em serviço hospitalar de psiquiatria, temos vindo a observar que uma grande percentagem de doentes tem dificuldade em gerir o regime terapêutico, principalmente no que se refere ao regime medicamentoso. A literatura vem-nos informando sobre a relevância deste problema, assim como alguns factores que o influenciam. Percebendo a importância deste processo, quer ao nível da qualidade de vida das pessoas com doença mental, designadamente aquelas com perturbações psicóticas e do humor, quer ao nível socioeconómico, surgiu o nosso interesse em compreender melhor esta temática em geral e, especificamente, na população que utiliza os serviços de saúde mental e psiquiátrica do hospital de São Bernardo.

Muitos dos estudos existentes utilizam a designação “adesão ao regime terapêutico”, definida como o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa, no que se refere à toma de medicação, ao seguimento de uma dieta ou à alteração de hábitos e estilos de vida, entre outros, corresponde ao que lhe é recomendado pelos profissionais de saúde (1) (2).

Embora seja pouco frequente na literatura o termo “gestão do regime terapêutico”, o Conselho Internacional de Enfermeiros (3), na versão beta 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), considera-a um foco da prática de enfermagem e define-a como: “um comportamento de adesão com as características específicas: executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrar actividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária” (p. 58).

Ainda de acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (4), na versão 1.0 da CIPE, adesão é um tipo de gestão que significa: “volição com as características específicas: acção auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções e de comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento” (p. 81).

Quando a pessoa não tem um comportamento de adesão, isto é, quando apresenta dificuldade na integração na vida diária de um programa de tratamento da doença e das suas complicações, é apropriado estabelecer o diagnóstico de gestão ineficaz do regime terapêutico.

De acordo com a literatura consultada, a gestão ineficaz do regime terapêutico nas doenças mentais pode ter consequências bastante devastadoras, tais como o agravamento dos sintomas, os conflitos nas relações sociofamiliares e os reinternamentos (5) (6) (7).

Face a estes dados e às inquietações surgidas na nossa prática de cuidados, decidimos fazer um diagnóstico de situação com o objectivo de obter uma primeira aproximação deste problema. Nesse sentido, pareceu-nos pertinente perceber a perspectiva de doentes, com quem interagimos no quotidiano profissional, sobre a gestão do seu regime terapêutico, em especial sobre os factores interferentes neste processo.

Assim, os objectivos desta intervenção profissional são:

- Compreender como os doentes adequam a gestão do regime terapêutico no seu quotidiano;
- Identificar os factores interferentes na gestão do regime terapêutico.

O presente relatório assume-se como um percurso metodológico de uma intervenção profissional e procura perceber quais os factores com impacto positivo e negativo na gestão do regime terapêutico, na população intervencionada.

Este relatório está dividido em três partes. Na primeira parte, apresentamos a análise do contexto profissional, caracterizando o ambiente de cuidados, os recursos humanos e as doenças com maior expressão no contexto de cuidados. Na segunda parte mostramos alguns estudos da literatura científica consultada acerca do tema. Na terceira parte, descrevemos a intervenção realizada, designadamente o percurso metodológico e os resultados obtidos. Finalizamos o relatório sugerindo possíveis intervenções de enfermagem no âmbito da gestão de regimes terapêuticos e anotamos algumas competências que pensamos ter adquirido.

2.Análise do contexto

2.1.Caracterização do ambiente de cuidados

O Centro Hospitalar de Setúbal é constituído pelo hospital de São Bernardo e pelo hospital ortopédico Santiago do Outão (unidade especializada em patologias ortopédicas e traumatológicas). Tem como missão, segundo o seu regulamento interno (8), “a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa” (p.2).

Em termos de política de enfermagem (9), o Centro Hospitalar tem os seguintes objectivos:

- “Prestar cuidados de enfermagem individuais, globais e de qualidade, eficazes e eficientes, dando resposta às necessidades de saúde da pessoa/família;
- Promover um ambiente humanizado, onde a filosofia do cuidar se encontra imbuída na dignificação dos valores e direitos humanos, condutores de um exercício profissional de excelência;
- Estabelecer da praxis o fortalecimento das redes de suporte entre Serviços e Instituições prestadoras de cuidados, num processo de mudança reconhecido como potenciador da continuidade de cuidados;
- Reconhecer os processos cuidativos integradores da acção na relação com os outros profissionais, conjugando as necessidades e interesses morais da pessoa em molduras ético-legais, com elevada implicação no ensino e investigação” (p.1).

O Centro Hospitalar de Setúbal está organizado em seis departamentos: Medicina, Cirurgia, Aparelho Locomotor, Anestesiologia, Mulher e da Criança e Psiquiatria e Saúde Mental.

A missão do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental é prestar cuidados de psiquiatria às pessoas portadoras de doença mental em todas as fases da doença. No âmbito da Psiquiatria e Saúde Mental a sua área de influência abrange os concelhos

de Sines, Santiago do Cacém, Grândola, Alcácer do Sal, Palmela, Setúbal, Sesimbra (área de influência do Hospital Garcia de Orta) e Odemira (área de influência do Hospital de Beja). É constituído pelas seguintes unidades funcionais: Unidade de Doentes de Evolução Prolongada (localizada a cerca de 3 km do hospital de São Bernardo); Unidade de Psiquiatria Forense; Unidade de Psicologia Clínica; Unidade de Consulta Externa e a Unidade de Internamento de Doentes Agudos ou serviço de Psiquiatria Agudos.

O serviço de Psiquiatria Agudos localiza-se no piso 0 do hospital de São Bernardo, em frente à entrada principal. As instalações foram sujeitas a obras de remodelação para acolher doentes com patologia psiquiátrica, tendo sido inauguradas em Novembro de 2001 e abertas à população utente em Janeiro de 2002. Tem como objectivo prestar cuidados diferenciados a doentes do foro psiquiátrico em fase aguda da doença. A lotação inicial era de 21 camas, mas como se concedeu uma parte ao Hospital de Dia de Neurologia, a lotação actualmente praticada é de 18 camas, repartidas do seguinte modo: cinco quartos com três camas e três quartos com uma cama, todos com casa de banho. O serviço dispõe de uma sala de trabalho, um gabinete de enfermagem, dois gabinetes de consulta, um gabinete do director de serviço, um gabinete do enfermeiro chefe, um gabinete administrativo, uma copa, um refeitório, sete pequenas arrecadações (farmácia, material geral, material de penso, rouparia, limpos, sujos, arrumos), uma sala de convívio e os vestiários do pessoal. O refeitório e a sala de convívio são espaços onde os doentes recebem as visitas, sendo que nesta é permitido fumar.

Os doentes são admitidos no serviço através da Urgência Geral (doentes necessitando de cuidados imediatos, doentes transferidos de outros hospitais ou, ainda, doentes com internamento compulsivo), Unidade de Consulta Externa ou por transferência de outros serviços do Hospital. O seu internamento pode ser voluntário ou em regime compulsivo (previsto na Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, conhecida por Lei de Saúde Mental).

No serviço de psiquiatria, os principais espaços onde ocorrem as interacções enfermeiro-doente são o quarto deste, o gabinete de enfermagem, a sala de trabalho, um dos gabinetes de consulta, o refeitório, a sala de convívio, o corredor e a copa. Nestes últimos três espaços, a interacção enfermeiro-doente é sobretudo de natureza social, com “conversas de todos os dias”, que são também importantes pelo carácter informativo que detêm e para manter e melhorar a relação com o doente (10), por

isso são também de natureza clínica, dada a sua intencionalidade. As interações enfermeiro-doente mais estruturadas, concretamente o “processo de avaliação diagnóstica” e o “processo de intervenção terapêutica de enfermagem” (11), acontecem num dos gabinetes de consulta, no quarto do doente ou no gabinete de enfermagem.

No que respeita a este trabalho, as intervenções realizadas, isto é, as entrevistas aos doentes, foram feitas num local que oferecia condições de privacidade, ou seja, um gabinete de consulta, uma vez que nem os quartos nem o gabinete de enfermagem ofereciam as condições indispensáveis para a realização das mesmas.

2.2. Caracterização dos recursos humanos

Começamos por fazer referência aos recursos humanos de enfermagem. A equipa é constituída por 15 enfermeiros: um enfermeiro chefe, especialista em enfermagem de reabilitação, quatro enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria e dez enfermeiros generalistas. Em termos de habilitações académicas, treze enfermeiros possuem a licenciatura em enfermagem e dois têm o bacharelato. Quanto à sua experiência clínica, é bastante variável, conforme se pode ver na tabela seguinte.

Tabela 1 -Experiência clínica dos enfermeiros

Número de enfermeiros	Anos de experiência clínica
1	30
1	28
1	18
5	15
2	14
1	12
1	9
1	4
1	2
1	1

Em termos de distribuição de trabalho, os enfermeiros organizam-se em cinco equipas, cada uma constituída por dois enfermeiros; quatro enfermeiras, não

integradas em nenhuma equipa, sendo que uma pratica horário fixo (das 9 às 15 horas, por beneficiar do regime de amamentação), outro cumpre o turno da 8 às 16 horas ou das 16 às 23 horas e os outros dois praticam todos os turnos. Em geral, no turno das 8 às 16 horas há três enfermeiros, excepto aos fins-de-semana. Nos outros dois turnos há dois enfermeiros. Estes números são calculados pelo enfermeiro chefe com base nas orientações de documentação específica (cálculo de necessidades de pessoal de enfermagem) emanada pelo Ministério da Saúde.

Cada doente fica sob a responsabilidade de um enfermeiro de referência, que faz a entrevista de admissão, regista os dados colhidos no processo, estabelece um plano de cuidados, actualiza e, se necessário, redefine os objectivos e as intervenções e, finalmente, efectua a nota de alta/transferência.

O serviço de psiquiatria dispõe de dois médicos psiquiatras, a tempo inteiro, que são responsáveis pelos doentes internados. Quando já não estão no serviço, a actividade médica é assegurada pelo psiquiatra de urgência, que está disponível até às 22 horas. Contam com a colaboração, quando necessário, de outros médicos do hospital. A intervenção dos médicos ocorre quase exclusivamente nos gabinetes de consulta.

Existem também onze assistentes operacionais que, pela natureza da sua função e pelas características do serviço, têm interacções constantes com os doentes. Como o serviço é “fechado” são os assistentes operacionais que, por exemplo, abrem a porta do serviço para a entrada das visitas ou dos profissionais, ou a porta da copa para os doentes acenderem os cigarros. A sua distribuição por turnos é a seguinte: três assistentes no turno das 8 às 16 horas, dois no turno das 16 às 23 horas e um no turno das 23 às 8 horas.

Desde Janeiro de 2010, o serviço conta também com a colaboração de uma terapeuta ocupacional que pratica o horário das 9 às 17 horas de segunda-feira a sexta-feira. Organiza actividades ocupacionais com os doentes como, por exemplo, expressão plástica e culinária, com a participação da equipa de enfermagem.

O serviço dispõe de uma assistente social, afecta ao ambulatório, que é contactada quando necessário, pelos enfermeiros ou pelos médicos.

Quanto à secretária da unidade, é responsável pela organização do processo administrativo dos doentes, pela marcação de exames complementares de diagnóstico e de deslocações a outros hospitais, entre outros. Pratica o horário da 9

às 17 horas. Quando está ausente é substituída pela secretária da Unidade de Doentes de Evolução Prolongada, mas apenas durante algumas horas por dia.

A equipa multidisciplinar organiza duas reuniões clínicas semanais: uma à segunda-feira, com médicos, enfermeiros, terapeuta ocupacional e assistente social, para discutir a evolução clínica e o plano terapêutico dos doentes; outra à quarta-feira, juntamente com uma enfermeira da consulta externa, tendo em vista a preparação da alta dos doentes e a articulação de cuidados com o ambulatório.

De uma forma geral, as relações entre os diferentes grupos profissionais são boas e não há registo de conflitos intra ou intergrupos.

2.3.Caracterização das doenças com maior expressão no contexto de cuidados

Neste trabalho pensámos realizar a intervenção junto de doentes com perturbações bipolares (em 2009, 42% dos internados tinham esta patologia) e esquizofrénicas, por serem as mais frequentes no serviço de Psiquiatria Agudos. Estas doenças são de natureza crónica, estão associadas a graves défices funcionais e exigem uma assistência continuada dos profissionais de saúde (12).

A doença bipolar é caracterizada pela existência de episódios agudos e recorrentes de alteração patológica do humor, com pelo menos um episódio de mania, hipomania ou misto (13). As oscilações do humor afectam os doentes a nível pessoal, familiar, profissional e social. Muitos têm um estilo de vida irregular e abusam de substâncias (e.g. tabaco, álcool). Normalmente, os primeiros sintomas da doença surgem antes dos vinte anos (14), o primeiro tratamento não acontece antes dos vinte e dois anos e o primeiro internamento ocorre, em média, aos vinte e seis anos (15). Esta doença é responsável por 5% a 15% das novas admissões psiquiátricas hospitalares mais prolongadas, consumindo recursos consideráveis dos sistemas de saúde (15).

Os doentes não tratados apresentam elevado risco de suicídio. Durante um episódio misto, cerca de 50% tem pensamentos suicidas ou faz uma tentativa de suicídio, e, dos que o tentaram, 10 a 15% acaba por morrer, não havendo diferenças de género relativamente a este aspecto (14).

Estes doentes apresentam alta taxa de comorbilidade psiquiátrica, sendo as patologias mais frequentes as perturbações de ansiedade, o abuso de substâncias (15) (16) e as perturbações borderline da personalidade (17).

Ao nível de comorbilidade médica, têm grande prevalência a doença pulmonar crónica obstrutiva, a hepatite C, o vírus da imunodeficiência humana (VIH), enxaquecas, acidentes de viação, excesso de peso (cerca de 50%) e obesidade (cerca de 27%) (16). Uma pessoa de 25 anos com doença bipolar poderá perder 14 anos de actividade funcional efectiva e 9 anos de vida (16).

No Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ª edição revista (DSM-IV-TR), os episódios de perturbação de humor são classificados em maníacos, hipomaníacos e mistos. Os doentes com episódios maníacos têm o diagnóstico de bipolar tipo I e os que apresentam episódios de depressão e hipomania têm o diagnóstico de bipolar tipo II (16).

Nos episódios depressivos, os doentes apresentam humor deprimido, irritável ou apático, anedonia, diminuição de energia, diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração, diminuição da auto-estima, ideias de desvalorização ou culpa excessiva, visão pessimista do futuro, ideação suicida recorrente, alterações do sono e alterações do apetite (18) (19).

Nos episódios de mania os doentes manifestam fuga de ideias, sentimentos de euforia, irritabilidade extrema, necessidade diminuída de sono, ausência de crítica, comportamentos bizarros e impulsivos, aumento da libido, delírios, alucinações e agitação motora (18) (19). Os episódios maníacos estão frequentemente associados a comportamentos impulsivos que podem causar acções destrutivas na estabilidade financeira e familiar. Nesta fase, os sintomas podem contribuir ou predispor o doente a iniciar comportamentos anti-sociais, aumentando o risco de ofensas criminais (20).

Nos episódios de hipomania os doentes apresentam elevação de humor, aumento de energia e actividade, sensação de bem-estar, aumento da eficácia física e mental, diminuição da necessidade de dormir (18) (19), mas não existem características psicóticas (18).

Nos episódios mistos os doentes apresentam sintomatologia típica de mania, associada a sintomatologia típica da depressão e manifestações que podem ser características de ambas (e.g. insónia e irritabilidade) (18) (19).

Quanto à esquizofrenia, caracteriza-se classicamente por alterações do pensamento, alucinações (sobretudo auditivas), delírios e alterações no contacto com a realidade. Apresenta uma sintomatologia heterogénea, mas em todas as suas formas clínicas existe uma dupla desestruturação: a da realidade externa e a da própria identidade psicológica (21). Os doentes com esquizofrenia podem ter percepções da realidade completamente diferentes da realidade vista pelas outras pessoas, podem ser incapazes de conectar pensamentos em sequências lógicas, tornando-se desorganizados e fragmentados, e apresentam muitas vezes problemas de expressão emocional e motivação.

Segundo o DSM-IV-TR, existem os seguintes tipos de esquizofrenia: paranóide, desorganizado, catatónico, indiferenciado e residual (18).

No tipo paranóide predominam os sintomas positivos, o delírio é bem organizado e o contacto com a realidade está mantido. Normalmente os doentes são desconfiados, reservados e, por vezes, agressivos. No tipo desorganizado predominam os sintomas afectivos, o discurso e o comportamento são desorganizados e há um contacto pobre com a realidade. No tipo catatónico há predomínio de sintomas motores, estereotípias, ecolalia ou ecopraxia. No tipo indiferenciado os afectos estão geralmente embotados, existindo apatia ou indiferença, e uma diminuição do desempenho laboral e intelectual. Finalmente, no tipo residual, estão presentes ou dois sintomas negativos, ou pelo menos ideias delirantes, alucinações, discurso desorganizado ou comportamento desorganizado ou catatónico.

A prevalência da esquizofrenia ao longo da vida é de cerca de 1%, atingindo pessoas de todas as raças, independentemente do sexo ou situação socioeconómica (22). Na maioria dos doentes, o início da doença surge na idade jovem, mas um subgrupo de doentes pode ter esquizofrenia por volta dos 40 ou mais anos, com maior probabilidade de apresentar alucinações visuais, tácteis e olfactivas e menor probabilidade de ter embotamento afectivo (22).

Em média, estes doentes vivem menos 9-12 anos do que a população geral (23). Estima-se que a taxa de mortalidade seja duas vezes superior à da população geral e cerca de 10% é devida ao suicídio (22). Os défices pré-mórbidos e cognitivos e os sintomas negativos contribuem para a incapacidade, limitando uma vida independente ou um emprego estável e obrigando a repetidas hospitalizações (21) (22).

A esquizofrenia está muitas vezes associada a patologias médicas, como a tuberculose, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, VIH, hepatite C, osteoporose, síndrome de intestino irritável, e, ainda, obesidade ou excesso de peso, embora os antipsicóticos também contribuam para estes últimos problemas (23). Em termos de comorbilidade psiquiátrica, há uma grande prevalência de perturbações de ansiedade (perturbação de pânico, de stress pós-traumático e obsessivo-compulsiva), de depressão e de abuso de substâncias (24). Este último é mais a regra do que a excepção, o que contribui para as consequências negativas, entre as quais a dificuldade na gestão do tratamento (24). Estima-se, por exemplo, que cerca de 70 a 90% dos doentes sejam fumadores (25).

A doença apresenta uma grande heterogeneidade clínica e, no mesmo doente, os sintomas podem mudar ao longo do tempo. Tradicionalmente, os sintomas da doença são categorizados em duas categorias: positivos e negativos (22).

Os sintomas positivos incluem ideias delirantes, alucinações, linguagem desorganizada e comportamentos bizarros e muito desorganizados. Os sintomas negativos incluem discurso e pensamento empobrecidos, humor plano, falta de prazer, isolamento social e apatia. Os sintomas negativos e positivos seriam os extremos opostos de um espectro sindromático e um padrão de sintomas mistos estaria presente em cerca de 30% do tempo (22).

Após a caracterização geral das doenças com maior expressão no contexto de cuidados, apontamos algumas necessidades básicas alteradas nos doentes afectados por estas enfermidades.

Relativamente à doença bipolar, as principais necessidades alteradas são (26):

- A nutrição e hidratação, devido às alterações de humor, do pensamento ou da percepção, que impedem os doentes de se alimentarem convenientemente. Por outro lado, os efeitos colaterais de alguns fármacos provocam excesso de peso ou obesidade, o que pode levar ao desenvolvimento da síndrome metabólica (27).
- A eliminação intestinal ou a vesical, por causa de alguns fármacos ou pela lentificação motora nas fases depressivas da doença.
- A mobilização, sendo que nas fases depressivas os doentes não têm motivação para executar qualquer actividade e, nas fases maníacas, a actividade é contínua e pode chegar à extenuação (28).

- O repouso e o sono, com insónia tardia ou hipersónia na fase depressiva e dificuldades para conciliar o sono durante os episódios de elevação do humor.
- A higiene e protecção da pele, em virtude da diminuição da auto-estima, apresentando os doentes um aspecto físico descuidado.
- A segurança, pela existência de alterações do pensamento ou da percepção. Nos episódios depressivos surgem ideias de suicídio, sentimentos de culpa e auto-agressividade e nas fases maníacas ou hipomaníacas, os doentes não têm capacidade de avaliação da realidade pessoal e circundante e podem fazer gastos excessivos ou injustificados.
- A comunicação, sendo o discurso habitualmente lentificado e de temática pessimista nas fases depressivas e, nas fases maníacas, acelerado, com fuga de ideias, ideias megalómanas, etc.
- A ocupação e realização pessoal, havendo fadiga física nos episódios depressivos e actividade laboral contínua, mas frequentemente improdutiva e não completada, nos episódios maníacos.
- O lazer, existindo, na fase depressiva, desinteresse pelas actividades lúdicas que habitualmente davam prazer e, nas crises maníacas, um interesse imediato por tudo, mas por pouco tempo.
- A aquisição de conhecimentos, com desmotivação para adquirir novos conhecimentos na fase depressiva, e um grande interesse pela aprendizagem, mas com capacidade de fixação diminuída, na fase de exaltação de humor.

Relativamente à esquizofrenia, e tal como na doença bipolar, os doentes carecem de seguimento contínuo ao longo da sua vida e apresentam várias necessidades básicas alteradas (21):

- A nutrição e hidratação, devido às alterações da percepção e do pensamento (e.g. ideias de envenenamento) e à falta de interesse pelos alimentos.
- A eliminação, devido aos fármacos, à inactividade ou ao comportamento desorganizado.
- A mobilização, existindo descoordenação, inibição ou agitação, também atribuíveis a alguns neurolépticos.

- O repouso e o sono, devido a convicções delirantes, falsas percepções ou a alguns fármacos.
- A manutenção da temperatura corporal, pois o desinteresse pelo ambiente circundante leva os doentes a não ter em conta as mudanças climáticas.
- A higiene e protecção da pele, uma vez que o desinteresse pelo ambiente e a apatia levam os doentes a negligenciarem a higiene pessoal e / ou a usar roupas inadequadas ao clima ou estação do ano.
- A segurança, porque os doentes têm uma percepção ameaçadora do seu ambiente e a sensação de que os outros exercem um controlo sobre si, o que pode levá-los a comportamentos de agressividade.
- A comunicação, pois os delírios e as alucinações influenciam as relações com os outros.
- As crenças e valores, sobretudo quando aparece delírio místico, podendo os doentes sentirem-se como representantes divinos ou a própria divindade, ou incumbidos de alguma missão extraordinária.
- A ocupação e realização pessoal, pois as perturbações do pensamento, a diminuição da vontade, bem como a dificuldade de concentração, podem impedir os doentes de realizar actividades de um modo duradouro.
- O lazer, pois os sintomas negativos da doença privam os doentes de desfrutar de actividades que usualmente se consideram gratificantes.
- A aquisição de conhecimentos, visto que as alterações cognitivas dificultam a sua aquisição.

Um estudo qualitativo realizado por Wagner e King (29) identificou, em doentes com perturbações psicóticas, as seguintes necessidades existenciais:

- De desenvolvimento pessoal: a lentificação psicomotora, as alucinações e outros sintomas levam os doentes a sentirem-se inúteis, porque demoram mais tempo a iniciar ou a concluir as tarefas e têm maiores dificuldades em enfrentar os problemas diários.
- De integridade do “self”: a desorganização cerebral provocada pela doença provoca um receio de perda do autocontrolo, dificuldades em compreender o significado dos seus pensamentos e dos pontos de vista das outras pessoas.

- De ser respeitado e evitar a vergonha: os doentes sentem-se discriminados, acabando por perder o emprego ou encontrar obstáculos em obtê-lo. Alguns sentem-se confusos, mas outros tentam lutar contra a intolerância social.
- De autonomia: a doença produz sentimentos de dependência e de fraqueza. Por vezes sentem-se constantemente vigiados pela família, não havendo respeito pelas suas decisões.
- De amor: a doença e o tratamento reduzem a capacidade de relacionamento com os amigos ou os parceiros sexuais. Não aceitam limites ao seu próprio comportamento e têm sentimentos de culpa e tristeza quando as coisas correm mal.
- De espiritualidade: alguns doentes referem ter fé num mundo melhor e acreditam que Deus ajudará os médicos a encontrar a cura da doença.
- De aceitação e compreensão da doença: muitos doentes não aceitam o diagnóstico e descrevem a doença como um problema de nervos; outros, apesar de estarem informados sobre a doença e aceitarem o tratamento, continuam a sentir-se rejeitados socialmente.

Quanto à necessidade de aceitação da doença, os doentes manifestam vários graus de consciência e de resposta afectiva ao facto de terem uma doença mental. Mesmo os que sabem o seu diagnóstico demonstram muitas vezes não o aceitar, ou então algum nível de falta de conhecimento da doença, das suas consequências sociais ou, ainda, da necessidade de tratamento (30). Este “insight pobre” pode estar etiologicamente relacionado com mecanismos neurofisiológicos da anosagnosia (ausência de reconhecimento da doença), o que tem implicações na fenomenologia, patofisiologia e tratamento das perturbações psicóticas (30).

Sobressai destas asserções que os doentes com estes distúrbios psiquiátricos podem ter dificuldade em integrar na sua vida diária um programa para o tratamento da doença e, por isso, no contexto deste trabalho, pretendemos obter alguma compreensão sobre a sua perspectiva da gestão do regime terapêutico. Este processo assume importância fundamental uma vez que, se bem conseguido, se traduz em melhores resultados de saúde para os doentes e em benefícios económicos para o sistema de saúde (31).

3.A expressão da literatura científica

A literatura científica refere diversas investigações realizadas sobre os factores interferentes na gestão do regime terapêutico. No entanto, segundo Gray et al. (32), tais estudos têm limitações, tais como: dividir os doentes em aderentes e não aderentes (quando o comportamento de adesão não é um fenómeno de “tudo ou nada”); avaliar a gestão do regime terapêutico pode influenciar as respostas dos doentes investigados; assegurar a participação de todos os doentes, porque os não cumpridores podem não querer participar na investigação.

Na literatura consultada os factores que afectam a gestão do regime terapêutico são agrupados em diversas categorias. Lluch Canut e Biel Tres (33) referem que esses factores podem classificar-se do seguinte modo:

- Relacionados com o doente: negação da doença; desconfiança em relação aos profissionais e ao tratamento; resposta subjectiva negativa à medicação; sentimento desfavorável sobre a doença; crenças e estigmas culturais; analfabetismo; défices sensoriais; melhoria dos sintomas; necessidade de medicação diária; isolamento social; baixo nível socioeconómico.
- Relacionados com a doença: evolução da doença; comorbilidade; aspectos neuropsicológicos e psicopatológicos; gravidade e subtipo da perturbação.
- Relacionados com o tratamento: efeitos secundários não tratados ou não identificados; tipo de tratamento; dosagens; via de administração e posologia.
- Relacionados com o ambiente do doente: atitude dos familiares face à doença e ao tratamento; relação entre o doente e o profissional de saúde.

No caso da doença bipolar, Berk et al. (34) referem que a gestão do regime medicamentoso é afectada pelos seguintes factores:

- Demográficos: ser jovem, não-caucasiano, solteiro e sem domicílio fixo.
- Comorbilidade: sobretudo quando há consumo de substâncias.
- Relacionados com a doença: nomeadamente a presença de sintomas maníacos e o agravamento dos mesmos.
- Relacionados com o conhecimento, as atitudes e as crenças: a gestão terapêutica é afectada quando existe dificuldade em aceitar a doença,

estigma social e fraco apoio dos familiares ou de pessoas significativas. Se os doentes forem bem informados sobre a doença e o tratamento terão maior capacidade de gerir o regime medicamentoso.

- Relacionados com o tratamento: o medo de ficar dependente da medicação, a deficiente informação sobre o regime medicamentoso e o receio dos efeitos secundários a longo prazo são, segundo um estudo realizado em 30 países europeus, as principais causas da gestão ineficaz do regime terapêutico.

No que diz respeito aos factores que afectam a gestão do regime terapêutico na esquizofrenia, Fenton et al. (35) descrevem os seguintes:

- Relacionados com o doente: gravidade dos sintomas ou grandiosidade; ausência de insight; comorbilidade com abuso de substâncias.
- Relacionados com o tratamento: efeitos secundários da medicação; dosagens excessivas ou sub-terapêuticas.
- Ambientais: suporte sócio-familiar inadequado; ausência de rendimentos ou ausência de transportes para os centros de tratamento.
- Relacionados com os profissionais de saúde: fraca aliança terapêutica.

Na pesquisa qualitativa de Pyne et al. (36), entrevistaram-se 26 doentes com o diagnóstico de esquizofrenia ou de perturbação esquizoafectiva, com o objectivo de identificar a sua perspectiva sobre os factores impeditivos, facilitadores e motivadores da gestão da medicação antipsicótica. O estudo visava ainda conhecer os modelos explicativos da doença por parte de doentes e de profissionais.

Relativamente a este último aspecto, os doentes declararam que o stress e o estigma contribuía para a doença e o seu agravamento e que a redução do stress e as actividades espirituais ajudavam-nos a manter a saúde (36).

Como factores impeditivos da gestão do regime terapêutico, os doentes apontaram os seguintes:

- Falta de apoio familiar quanto ao diagnóstico médico e à necessidade de tratamento;
- Custo dos medicamentos;
- Efeitos secundários da medicação;
- Não reconhecimento dos benefícios da medicação;
- Ineficácia dos medicamentos;

- Percepção do medicamento como punitivo;
- Receio dos efeitos nocivos da medicação, de overdose ou de farmacodependência;
- Auto-estigma ou vergonha;
- Problemas de memória, de distração e de desorganização cognitiva;
- Não confiança na medicação;
- Não desejar melhoras;
- Revolta em relação ao profissional de saúde ou ao familiar;
- Abuso de substâncias;
- Esquecimento das tomas.

Quanto aos factores facilitadores da gestão do regime terapêutico, os doentes citaram os seguintes:

- Dispositivos de armazenamento da medicação;
- Preparação da medicação com antecedência;
- Reconhecimento da necessidade de medicação;
- Aceitação do diagnóstico;
- Confiança nos profissionais de saúde e no cuidador;
- Preferência por medicação oral ou injectável;
- Uma única toma diária de medicação;
- Baixo número de medicamentos a tomar.

Relativamente aos factores motivadores da gestão do regime terapêutico, os doentes referiram os seguintes:

- Observar os outros a melhorar com a toma da medicação;
- Acautelar a perda de liberdade;
- Evitar o agravamento dos sintomas;
- Evitar as más consequências nas relações interpessoais;
- Acautelar a possibilidade de auto ou heteroagressividade;
- Melhorar a relação com os profissionais ou os familiares por estar a cumprir a medicação.

De realçar que neste estudo se verificaram diferenças entre a perspectiva dos profissionais de saúde e a dos doentes acerca do modelo explicativo da doença e dos factores interferentes na gestão do regime terapêutico (36).

Segundo Klein e Gonçalves (2), há três factores que parecem interferir de forma decisiva na gestão do regime terapêutico, que são:

- As características do regime de tratamento e da doença, sendo os mais importantes a duração, a complexidade e os efeitos secundários da medicação e a gravidade da doença;
- As características do doente, sendo considerados como bons preditores as crenças pessoais acerca da doença e da eficácia do tratamento;
- A natureza da relação médico-doente, sendo os mais relevantes as competências de comunicação e atitudes dos profissionais de saúde.

Numa revisão da literatura para o estudo da adesão terapêutica em Portugal (37), realizado em 2008, os seus autores descreveram os seguintes factores interferentes no cumprimento do regime terapêutico:

- Demográficos e socioeconómicos: idade; actuação dos cuidadores; baixo nível de escolaridade; baixos proventos; desemprego ou instabilidade laboral; isolamento social; distância geográfica da farmácia e dos serviços de saúde; preço dos medicamentos; insegurança habitacional; instabilidade conjugal ou familiar e défice de apoio social.
- Relativos à doença e ao tratamento prescrito: severidade dos sintomas; gravidade e cronicidade da doença; doenças concomitantes; duração e complexidade do tratamento; efeitos secundários da medicação; nível de instrução e de conhecimento sobre a doença; atitudes e crenças sobre a doença e a eficácia do tratamento; esquecimento; falta de motivação; ausência de melhorias imediatas; várias tomas diárias ou dosagens elevadas; ansiedade inerente à toma dos fármacos e receio de farmacodependência.
- Relativos à relação do doente com os profissionais e serviços de saúde: confiança do doente no tratamento; atitudes dos profissionais de saúde; qualidade do vínculo e da comunicação entre os profissionais e o doente.

Os resultados deste estudo (37), que incluiu 1400 indivíduos residentes em Portugal Continental, com 16 ou mais anos de idade e de ambos os sexos, são apresentados em três conjuntos: “em primeiro lugar, os motivos práticos extrínsecos que podem conduzir à falta de adesão; em segundo, as características intrínsecas dos

medicamentos e da própria terapêutica que explicariam o fenómeno; e em terceiro, o papel das relações entre médicos e doentes na adesão à terapêutica” (p.11).

Relativamente aos motivos extrínsecos, perto de metade dos inquiridos referiu o esquecimento como o principal, seguindo-se a falta de recursos económicos. Outros motivos referidos para a gestão ineficaz do regime terapêutico foram a “preguiça”, a falta de instrução, não querer ou não gostar de tomar medicamentos e adormecer antes da hora de tomar a medicação. Nos motivos de segunda ordem, foram apontados a falta de recursos económicos, o esquecimento e a falta de instrução. Nos motivos de terceira ordem, foram mencionados a aversão em tomar medicamentos e as dificuldades económicas.

Quanto aos factores relacionados com as características intrínsecas dos tratamentos que podem limitar a gestão da terapêutica, cerca de metade dos inquiridos referiu o sentir-se melhor ou os efeitos secundários dos medicamentos. Outros motivos aludidos foram: não misturar medicamentos com álcool ou outras substâncias; sentir-se pior com a toma dos medicamentos; não sentir melhoras; suspeitar da eficácia do tratamento; duração excessiva do tratamento; ter de tomar imensos medicamentos e dificuldade em tomá-los conforme a prescrição. Nos motivos de segunda ordem, foram citados o sentir-se melhor e a duração do tratamento. O terceiro motivo mais importante era o número elevado de medicamentos a tomar.

Por último, no que respeita ao papel da relação de confiança entre o médico e o doente, a maioria dos inquiridos apontou como principais razões para o incumprimento das recomendações terapêuticas, o receio de fazer perguntas e de pedir esclarecimentos aos médicos e o não prestar atenção quando estes explicam o tratamento. Outras razões referidas a seguir foram a falta de percepção das vantagens do tratamento e a falta de confiança no médico.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (38), a gestão do regime terapêutico é determinada pelo cruzamento e interacção de cinco grupos de factores, que são os seguintes:

- Socioeconómicos e culturais: condições socioeconómicas e pobreza; iliteracia ou baixo nível educacional; desemprego; ausência de suporte social; distância dos centros de tratamento; preço dos transportes e dos medicamentos; mudanças nas condições ambientais; cultura e crenças

sobre a doença e tratamentos e, ainda, disfunções familiares têm efeitos variáveis na gestão do regime terapêutico.

- Relacionados com o sistema e os profissionais de saúde: serviços de saúde pouco desenvolvidos, com horários desadequados às necessidades e com pouca oferta de consultas e outros serviços; inadequada participação e fracos sistemas de distribuição de medicamentos; e, ainda, profissionais de saúde sobrecarregados de trabalho, sem capacidade de assegurar o seguimento dos doentes, sem incentivos e sem “feedback” do seu desempenho, sem formação na gestão de doenças crónicas e de regimes terapêuticos, que não concedam o devido cuidado à relação com os doentes, têm um impacto negativo na gestão do regime terapêutico.
- Relacionados com a doença: gravidade dos sintomas e a incapacidade que provoca ao nível físico, psicológico, social e profissional; taxa de progressão e gravidade da doença; disponibilidade de tratamentos; doenças concomitantes ou, ainda, o consumo de substâncias também podem afectar a gestão do regime terapêutico.
- Relacionados com o tratamento, nomeadamente a complexidade, a duração e a realização de alterações frequentes ao mesmo, bem como a ausência imediata de melhoria dos sintomas e os efeitos secundários da medicação, diminuem a capacidade de gerir o regime terapêutico.
- Relacionados com o doente, como os seus recursos psicológicos, conhecimentos, atitudes, crenças, percepções e expectativas, interagem de modo ainda não razoavelmente compreendido, para todas as variáveis, influenciando o comportamento de gestão da terapêutica. Alguns dos factores relacionados com o doente são: esquecimento; ansiedade quanto aos possíveis efeitos adversos; baixa motivação; inadequado conhecimento e habilidade para gerir os sintomas da doença e o tratamento; ausência de necessidade percebida para o tratamento; crenças negativas sobre a eficácia terapêutica; incompreensão ou não aceitação da doença; compreensão incompleta das instruções dos profissionais; deficientes consultas de seguimento; frustração em relação aos profissionais de saúde; receio de dependência farmacológica; ansiedade

quanto à complexidade do regime terapêutico; sentir-se estigmatizado pela doença, etc.

Num estudo sobre os factores que intervêm na gestão do regime terapêutico, na perspectiva dos doentes, Jin et al. (39) identificaram os seguintes:

- Relacionados com o doente: demográficos (idade, raça, género, educação e estado civil); psicossociais (crenças, motivações, atitudes); relação com o profissional de saúde; literacia em saúde; conhecimentos; tabagismo ou alcoolismo; esquecimento.
- Relacionados com o tratamento: via de administração; complexidade do tratamento; duração do tratamento; efeitos secundários da medicação; grau de mudança comportamental exigido.
- Socioeconómicos: impossibilidade de sair do emprego; custos do tratamento; rendimento disponível; suporte social.
- Relacionados com o sistema de saúde: falta de acessibilidade; tempo de espera longo; dificuldade em obter receituário; consultas insatisfatórias.
- Relacionados com a doença: sintomas e gravidade da doença.

Vejamos mais em pormenor a influência destes factores na gestão do regime terapêutico, a partir desta última categorização.

Factores relacionados com o doente

- Idade: A população mais jovem tem, em geral, uma menor capacidade de gestão do regime terapêutico (39) (40) (41), embora alguns autores também refiram que com o envelhecimento essa capacidade diminui (37).
- Género: Os estudos são inconclusivos e por vezes contraditórios, não evidenciando uma relação consistente com a capacidade de gerir a terapêutica (37) (39) (41).
- Nível educacional: Alguns estudos apontaram uma melhor capacidade de gestão terapêutica nos doentes com maior nível educacional, mas outros não descobriram nenhuma associação (39).

- Estado civil: Os indivíduos solteiros têm maior dificuldade na gestão do regime medicamentoso do que os casados (39), e, de igual modo, o mesmo sucede nos divorciados, separados, viúvos, nos que vivem sozinhos, nos que têm conflitos conjugais e nos que têm maior número de casamentos (42).
- Crenças, motivações e atitudes: Os doentes com “insight pobre” apresentam episódios mais longos de dificuldade em gerir o regime terapêutico e hospitalizações mais frequentes (30) (43). Diversas investigações evidenciaram que a gestão do regime terapêutico melhora quando os doentes crêem que a doença, ou as suas complicações, podem ter graves consequências na sua saúde e quando acreditam que terão benefícios com o regime de tratamento (35) (38). As crenças dos doentes acerca dos resultados da medicação influenciam a gestão terapêutica (41) (44), sendo a sua percepção sobre os benefícios da mesma um forte preditor da continuação do regime terapêutico (45) (46) e as suas atitudes sobre a medicação predictoras dos reinternamentos hospitalares (5).
- Relação com o profissional de saúde: Uma boa comunicação com os profissionais de saúde e uma relação de parceria, baseada no respeito mútuo, na cordialidade e na valorização do doente influenciam positivamente a gestão do regime terapêutico (35) (39) (44) (47) (48) (49).
- Literacia em saúde: A dificuldade em ler, apreender, relembrar as instruções dos profissionais de saúde e procurar informação afecta a gestão do regime terapêutico (38) (39) (50).
- Conhecimento sobre a doença e o tratamento: Um dos obstáculos à gestão do regime terapêutico é o desconhecimento dos doentes sobre a doença e o tratamento (51). O facto de terem conhecimentos sobre a doença ajuda-os a centrá-la na sua realidade concreta, relativamente à gravidade, controlo e repercussão nas outras áreas da sua vida (52). Deste modo, é indispensável instruir os doentes, devendo-se sempre privilegiar programas que incluam informação escrita sobre a doença e o regime de tratamento (39) (48). Por outro

lado, a negociação do regime terapêutico com os profissionais também contribui para melhorar o comportamento de adesão (34) (35).

- Consumo de substâncias: Os doentes que usam substâncias (álcool, tabaco, etc.) têm mais dificuldade em gerir a terapêutica (35) (36) (39) (40) (53) (54).
- Esquecimento: Este factor é bastante referido pelos doentes e isto independentemente do diagnóstico (2) (36) (37) (39) (41).

Factores relacionados com o tratamento

- Via de administração: A via oral estaria associada a uma melhor gestão do regime terapêutico (39). A via intramuscular - para administração de neurolépticos depot -, não parece ser eficaz para eliminar o incumprimento terapêutico, porque muitos doentes não voltam com regularidade às injeções (35) (55), tendo apenas como vantagem a possibilidade de rapidamente se detectar o incumprimento terapêutico (35).
- Complexidade do tratamento: À medida que o número de doses diárias aumenta, a capacidade de gerir o regime terapêutico diminui (36) (37) (38) (39). Na esquizofrenia parece existir uma associação significativa entre a complexidade do regime medicamentoso e o incumprimento (35). Num estudo de Cramer et al. (1989), citado por Jin et al. (39), verificou-se que o não cumprimento da medicação aumentava nas seguintes proporções: 20% se uma toma diária, 30% se duas tomas diárias, 60% se três tomas diárias e 70% se quatro tomas diárias.
- Duração do tratamento: Alguns estudos explicam que uma longa duração do tratamento poderá comprometer a gestão do regime terapêutico, mas outros, sobre doenças crónicas, asseguram que melhoraria, em virtude de diminuir a atitude de negação da doença e do doente aceitar a sua condição de saúde (39).
- Efeitos secundários da medicação: Influenciam a gestão do regime terapêutico (36) (37) (39) (56) (57). Um estudo em doentes com doença bipolar evidenciou

que o não cumprimento terapêutico estava associado aos efeitos secundários da medicação, sendo os mais frequentes o aumento de peso, a excessiva sedação e os tremores (40). A disfunção sexual provocada pelos fármacos também está relacionada com uma ineficaz gestão do regime terapêutico (58) (59).

- Grau de mudança comportamental exigido: Quando é necessário alterar os hábitos de saúde e os estilos de vida, a gestão do regime terapêutico é mais difícil de conseguir (37) (39), sobretudo se as mudanças se tiverem que manter para toda a vida (42).

Factores socioeconómicos

- Custos do tratamento: Os tratamentos de longa duração, como no caso das doenças crónicas, acabam por ser dispendiosos e podem condicionar a gestão do regime terapêutico (36) (39).
- Rendimento disponível: Os doentes sem seguro de saúde ou com módicos rendimentos terão maior probabilidade de não conseguir gerir o regime terapêutico (37) (39) (60).
- Suporte social: Sentir-se acolhido, compreendido e respeitado pela família, funciona como factor importante para a continuidade do tratamento (36) (44). Quando os doentes recebem a ajuda dos amigos ou dos profissionais de saúde, têm melhores possibilidades de gestão do tratamento (2) (35) (50). Por outro lado, o contexto social do doente pode limitar a sua capacidade de adoptar um determinado regime terapêutico (61) .

Factores relacionados com o sistema de saúde

- Falta de acessibilidade: A gestão do regime terapêutico pode estar dificultada pela distância em relação aos serviços de saúde (60) e ser bastante determinante no caso de doentes sem domicílio fixo (35).

- Tempo de espera longo: A longa espera por atendimento médico e a pouca possibilidade de ter uma consulta antes do tempo previsto prejudicam a gestão do regime terapêutico (44).
- Consultas insatisfatórias: A dificuldade em marcar consultas e a rotatividade dos técnicos de saúde, impedindo o doente de ser atendido pelo mesmo profissional, interferem na gestão do regime terapêutico (38) (44).

Factores relacionados com a doença

- Sintomas e gravidade da doença: Uma gestão eficaz do regime medicamentoso está associada a uma melhoria dos sintomas da doença (32) (35) (39) (56) (62).
- Doenças concomitantes: A comorbilidade afecta negativamente a gestão do regime terapêutico, sobretudo se houver outras doenças psiquiátricas como a depressão e a ansiedade (38).

Em conclusão, para compreender a gestão do regime terapêutico nas perturbações psiquiátricas é necessário ter em conta os múltiplos factores interferentes no processo, bem como as estratégias que os doentes utilizam no quotidiano.

4.Análise reflexiva sobre os objectivos

Vimos anteriormente que a população com perturbações psicóticas tem, ao longo do percurso de doença, uma grande heterogeneidade de sintomas que afectam as suas vidas, a diferentes níveis. A nível pessoal, as diversas necessidades básicas alteradas podem levar os doentes a desenvolver sentimentos de inutilidade e de perda de autonomia. A nível familiar, o aumento de energia e a irritabilidade ou as alterações do pensamento e da percepção, contribuem para que os doentes desenvolvam comportamentos impulsivos que assustam e afectam todos os outros membros da família. A nível profissional, os doentes têm frequentemente dificuldades em realizar as tarefas laborais de um modo persistente, seja por fadiga ou excesso de energia, perturbações do pensamento, dificuldades de concentração, etc., o que pode traduzir-se em perda de emprego e reforma por invalidez ou em um obstáculo na procura de emprego. A nível social, as limitações provocadas por estas doenças impedem por vezes os doentes de manterem padrões socialmente aceitáveis de relacionamento interpessoal.

Por outro lado, além da comorbilidade psiquiátrica e médica frequentemente encontradas nos doentes com perturbações psicóticas, devemos ter em conta a possibilidade elevada de cometerem suicídio, se não forem devidamente tratados (14) (22). De salientar também que alguns doentes podem apresentar, ao longo do trajecto de doença, algum nível de não-aceitação da mesma e não reconhecimento sobre a necessidade de tratamento (30) (41) (43) (45).

A literatura informa que quando os doentes com este tipo de perturbações cumprem o regime terapêutico de uma forma apropriada, os resultados são positivos em termos de ganhos em saúde (63). Na literatura também é referida a existência de variados factores interferentes no processo de gestão do regime terapêutico, como já descrevemos anteriormente. Deste modo, a gestão do regime terapêutico é um problema significativo nestes doentes.

Das nossas observações da prática de cuidados e das referências da literatura consultada, apercebemo-nos que uma grande parte dos doentes não consegue gerir adequadamente o regime terapêutico, experienciando processos de interrupção e de abandono. Confrontados com esta realidade e conscientes de que os enfermeiros podem desenvolver intervenções que visem influenciar a adopção de comportamentos de adesão ao regime terapêutico, propomo-nos, com este trabalho, realizar um diagnóstico

de situação, no contexto da nossa prática profissional, tendo como população-alvo doentes que vivenciem processos de perturbação psicótica.

4.1.Objectivos da intervenção profissional

Com a elaboração deste trabalho pretendemos obter alguma compreensão da perspectiva dos doentes com perturbações psicóticas sobre a gestão do seu regime terapêutico. Assim, os objectivos da intervenção profissional são os seguintes:

- Compreender como os doentes adequam a gestão do regime terapêutico no seu quotidiano;
- Identificar os factores interferentes na gestão do regime terapêutico.

5.Percurso Metodológico

5.1.Instrumentos

Com o objectivo de registar os dados necessários à caracterização dos participantes elaborámos um registo de dados clínicos (anexo 1), onde se incluíam: idade, sexo, estado civil, nível de estudos, profissão, rendimentos, motivo de internamento, diagnóstico médico, tempo de medicação psiquiátrica, reinternamentos e caracterização do estado de saúde actual (segundo o entendimento do doente).

Passamos a justificar a pertinência destes dados. Quanto à idade, a população mais jovem teria uma menor capacidade de gestão do regime terapêutico (39) (40) (41). Sobre o estado civil, os solteiros, divorciados/separados e os viúvos teriam maior dificuldade em gerir o regime medicamentoso (39) (42). No que diz respeito à escolaridade, os doentes com maiores habilitações teriam uma melhor capacidade de gestão terapêutica, mas tal relação não parece ser conclusiva (39). Sobre os recursos económicos, os doentes com fracos rendimentos teriam maior probabilidade de não conseguir gerir o regime terapêutico (37) (38) (39) (60). Os estudos compreendidos na revisão feita para o presente trabalho não apontaram o sexo nem a profissão como factores interferentes na gestão do regime terapêutico, mas pensamos poderem ser úteis para uma caracterização mais completa da população. O diagnóstico médico é fundamental porquanto grande parte dos doentes com perturbações psicóticas e do humor altera o seu regime terapêutico. De acordo com Miklowitz (64), só cerca de 40% dos doentes bipolares adere completamente ao regime medicamentoso. O tempo de medicação psiquiátrica é importante porque o tratamento destas doenças é fundamentalmente farmacológico (65). O modo como cada doente qualifica o seu estado de saúde actual permite-nos conhecer a sua percepção sobre a doença e a hospitalização. O motivo de internamento pode ser relacionado com a maneira como o indivíduo tem gerido o seu regime terapêutico. Finalmente, interessa-nos conhecer o número de reinternamentos, uma vez que grande parte deles se deve a uma gestão ineficaz do regime terapêutico (5) (7) (32) (39).

Para realizar as entrevistas elaborámos um guião (anexo 2), a partir da consulta da literatura específica sobre o tema - gestão do regime terapêutico, o qual incluía um conjunto de dezoito questões, que passamos a fundamentar.

A nº 1 justifica-se porque o “insight pobre” tem implicações no tratamento das perturbações psicóticas (30). A nº 2 explica-se porquanto as crenças dos doentes em relação aos resultados da medicação são um factor que influencia a gestão da terapêutica (41) (44). A nº 3 justifica-se uma vez que a percepção dos doentes sobre os benefícios da medicação é um forte preditor da persistência medicamentosa (45) (46). A nº 4 assenta no facto de que um dos obstáculos na gestão do regime terapêutico é a ignorância dos doentes sobre a natureza da doença (51). A nº 5 alicerça-se no facto de que o estigma social em relação à doença mental pode limitar a gestão do regime terapêutico (36) (38). A nº 6 justifica-se na medida em que, quanto mais complexo o tratamento, maior é a dificuldade do doente em gerir o regime terapêutico (35) (36) (37) (38) (39), e, por outro lado, o mesmo torna-se mais difícil quando implica mudanças nos hábitos de saúde e no estilo de vida (37) (39). A nº 7 baseia-se na circunstância do esquecimento ser bastante referido pelos doentes como factor de não cumprimento da medicação (36) (37) (39) (56) (57). A nº 8 justifica-se porque os efeitos secundários dos fármacos influenciam a gestão do regime terapêutico, levando os doentes a interromper ou a abandonar a medicação (36) (37) (39) (40) (56) (58) (59). A nº 9 assenta no facto de que alguns doentes, assim que sentem melhoras, abandonam a terapêutica sem informar o profissional de saúde (37). A nº 10 justifica-se porquanto alguns doentes sentem-se pior com a toma dos medicamentos e deixam de os tomar (34) (37). A nº 11 fundamenta-se no facto de existir uma melhoria dos sintomas da doença quando há uma gestão eficaz do regime terapêutico (32) (35) (39) (56) (62). A nº 12 é relevante porque os doentes com consumo de substâncias têm mais dificuldades em gerir o regime terapêutico (35) (36) (39) (40) (53) (54). A nº 13 é importante pois a comorbilidade afecta a gestão do regime terapêutico, sobretudo se houver outras doenças como a depressão e a ansiedade (33) (38). A nº 14 fundamenta-se no facto dos tratamentos de longa duração, como geralmente é o caso das perturbações psicóticas, serem dispendiosos e poderem limitar a gestão do regime terapêutico (36) (39). A nº 15 é necessária uma vez que o apoio da família ou de amigos pode funcionar como factor importante para a continuidade do tratamento (35) (36) (44). A nº 16 justifica-se pois a falta de acessibilidade, nomeadamente devido à distância em relação aos serviços de saúde, pode condicionar a gestão do tratamento (60). A nº 17 é relevante porquanto o receio de perguntar e de pedir esclarecimentos aos profissionais de saúde afecta a gestão do regime terapêutico (37). A nº 18 é importante dado que, quando há uma boa

comunicação com os profissionais de saúde e estes dão apoio emocional, respeitam e valorizam o doente, a gestão do regime terapêutico melhora (39) (47).

5.2. Recrutamento e caracterização da população-alvo

Considerámos como população-alvo as pessoas que tiveram tratamento psiquiátrico anterior ao internamento, com capacidade de se expressar verbalmente e de consentir a sua participação. Deste modo, realizámos contacto pessoal com os doentes para explicar os objectivos do nosso trabalho e verificar se desejavam participar na intervenção.

Sabendo que o sucesso da intervenção pode estar condicionado pelo estado clínico em que se encontram, decidimos utilizar alguns indicadores que nos permitissem ter uma avaliação mais rigorosa em termos das suas possibilidades clínicas. Esses indicadores foram os seguintes:

- Desorganização conceptual: grau de incompreensibilidade do discurso. Inclui todo o tipo de perturbação formal do pensamento (e.g., associações desconexas, incoerência, fuga de ideias, neologismos);
- Alterações da percepção: percepções (de qualquer modalidade sensorial) na ausência de estímulo externo identificável;
- Alterações do pensamento: gravidade de ideias delirantes de qualquer tipo;
- Desorientação: falta de orientação correcta quanto à pessoa, tempo ou espaço.

Nas situações em que os doentes apresentavam ausência de discurso incompreensível, de alucinações, de delírios e de desorientação eram seleccionados para a intervenção. Nenhum dos doentes se recusou a participar na entrevista e só foram entrevistados após a leitura, concordância e assinatura do termo de consentimento informado (anexo 3).

Assim, para a intervenção realizada nos meses de Verão de 2010, foram seleccionados oito doentes hospitalizados no serviço de Psiquiatria: sete com diagnóstico médico de doença bipolar e um com diagnóstico médico de psicose esquizoafectiva, de ambos os sexos, com idades variando entre 37 e 60 anos.

Nesta etapa do trabalho, a principal dificuldade foi conseguir, no espaço de tempo mencionado, um número suficiente de doentes sem alterações da percepção e sem alterações do pensamento, uma vez que muitos apresentavam delírios ou alucinações em

determinado momento da sua hospitalização. Por isso, antes de realizar a intervenção, foi preciso esperar um tempo adequado à realidade clínica de cada doente.

Na tabela 2 apresentamos a caracterização da população intervencionada.

Tabela 2- Caracterização da população intervencionada

Entrevista	Idade	Sexo	Estado Civil	Nível de estudos	Profissão	Proventos	Motivo de internamento	Diagnóstico médico	Tempo de medicação (em anos)	Internamentos anteriores	Estado de saúde actual
1	43	M	Solteiro	4º ano	Servente de pedreiro	Reforma 107 Euro/mês	Abandono terapêutico	Doença Bipolar	25	5	Razoável
2	60	M	Casado	11º ano	Chefia intermédia	Reforma 850 Euro/mês	Incumprimento terapêutico	Doença Bipolar	20	3	Razoável
3	37	F	Separada	12º ano	Sem emprego	0 Euro	Abandono terapêutico	Doença Bipolar	16	20	Razoável
4	56	M	Divorciado	11º ano	Operário	1320 Euro/mês	Abandono terapêutico	Doença Bipolar	3	1	Razoável
5	44	F	Separada	4º ano	Doméstica	Reforma 300 Euro/mês	Abandono terapêutico	Psicose esquizo-afectiva	10	8	Razoável
6	37	F	Casada	4º ano	Doméstica	Reforma 250 Euro/mês	Abandono terapêutico	Doença Bipolar II	17	6	Razoável
7	48	F	Divorciada	9º ano	Operária	Reforma 307 Euro/mês	Incumprimento terapêutico	Doença Bipolar	24	12	Mau
8	52	F	Casada	9º ano	Doméstica	0 Euro	Terapia Electroconvulsiva	Doença Bipolar	22	6	Razoável

Dos oito doentes, sete foram hospitalizados por motivo de abandono ou incumprimento terapêutico e isto independentemente da idade. Por isso, parece-nos que para o grupo seleccionado não podemos fazer qualquer inferência relativamente à relação com a idade, porque todos tiveram dificuldade em gerir o regime terapêutico.

Quanto ao sexo, cinco são do sexo feminino. Este indicador, só por si, não tem uma relação consistente com a capacidade de gerir a terapêutica (37) (39) (41).

Verificámos que cinco doentes são divorciados ou solteiros, o que pode contribuir para uma maior dificuldade em gerir o regime medicamentoso (39) (42).

Constatámos que independentemente da escolaridade, todos os doentes tiveram dificuldade em gerir o regime terapêutico. Assim, no grupo seleccionado, não podemos inferir qualquer relação entre o nível educacional e a gestão do regime terapêutico, o que é consistente com a literatura compulsada (39).

Apurámos que nenhum doente exerce actualmente qualquer actividade profissional, estando a maioria (cinco) reformada por invalidez. Devido ao curso destas doenças, bem como aos internamentos, é habitual o doente permanecer afastado do trabalho por longos períodos ou não conseguir manter-se produtivo no mesmo, tornando-se necessária a reforma por invalidez. Em geral, a reforma significa menor poder monetário e, visto passarem a ter o rótulo social de inválidos, implica também limitações ao nível da autonomia, da auto-estima e das relações sociais (58).

Quanto aos rendimentos, quatro doentes recebem menos que o salário mínimo nacional (actualmente no valor de 475 euros), dois não têm nenhum provento e os outros dois ganham acima do salário mínimo. Como todos tiveram dificuldade em gerir o regime terapêutico parece-nos não ser possível, neste grupo, fazer qualquer inferência quanto à relação com os rendimentos.

Quando questionados sobre o seu estado de saúde, a maioria (sete) classifica-o como razoável. Apenas uma doente o considerou como mau. A percepção do estado de saúde do indivíduo é um indicador de natureza subjectiva e é influenciada por diversos factores, como por exemplo as doenças crónicas. De acordo com Oliveira (66), tanto os homens como as mulheres com alguma doença crónica apresentam riscos mais elevados de reportarem maus estados de saúde, quando comparados com um indivíduo do mesmo sexo mas sem doenças crónicas.

Relativamente ao motivo de internamento, em sete doentes foi devido ao incumprimento ou abandono terapêutico. Estes dados são consistentes com os da literatura (5) (7) (32) (39).

Dos oito doentes, sete têm o diagnóstico médico de doença bipolar. Será que a bipolaridade intervém de forma precipitante no processo de abandono terapêutico? Sendo uma doença com sintomatologia heterogénea, os doentes têm dificuldade em gerir o regime terapêutico, e aproximadamente 50% interrompe o tratamento pelo menos uma vez, enquanto 30% o faz pelo menos duas vezes (67).

Finalmente, observamos diferentes números de reinternamentos face a diferentes tempos de medicação. A relação entre estas duas variáveis, só por si, não permite fazer quaisquer ilações e a literatura sobre elas também é inconclusiva.

Perguntamo-nos como é que, a nível individual de cada doente, ocorreu a gestão do regime terapêutico na sua vida diária? Interessa-nos compreender que motivos levaram, em cada um deles, à alteração do regime terapêutico, pelo que nos parece pertinente fazer uma análise personalizada dos dados clínicos.

O entrevistado 1 é solteiro, tem uma reforma de 107 euros mensais, toma medicação para doença bipolar há 25 anos e teve cinco internamentos. O estado civil de solteiro (39) e o baixo rendimento económico (37) (39) (60) poderiam desencadear um maior número de abandonos terapêuticos. Inferimos que preparar a medicação com antecedência (36) e ter o suporte familiar (35) (50) terão funcionado como factores facilitadores da gestão do regime terapêutico.

Tenho aquilo tudo marcado num papelinho, (...) para não me enganar, tiro aquelas peliculazinhas e meto ao lado da televisão, e eu tenho uma gaveta por baixo onde tenho os medicamentos. (...) antes de ir-me deitar, vejo (...) se está tudo tomado... (E1)

A minha mãe apoia-me sempre (...) está-me sempre a dizer para eu vir às consultas, se eu tomo os medicamentos (...). E a minha tia também. (E1)

Inferimos que, em algum momento do percurso da doença, a “preguiça” (37), o esquecimento (2) (36) (37) (39) e os efeitos secundários da medicação (36) (37) (39) (56) (57) foram factores impeditivos da gestão do regime terapêutico.

... tornei-me um bocado preguiçoso... (E1)

Esqueço-me quando estou nas alturas piores. (E1)

... mais sonolência ... menos sem acção, quando os medicamentos são fortes. (E1)

O entrevistado 2 é casado, tem uma reforma de 850 euros mensais, toma medicação para doença bipolar há 20 anos e teve três internamentos. Podemos deduzir que o estado civil de casado (39) tem contribuído positivamente para a gestão do regime terapêutico. Como obstáculos à gestão do regime terapêutico identificámos o esquecimento (2) (36) (37) (39), os efeitos secundários da medicação (36) (37) (39) (56) (57) e a deficiente comunicação com os profissionais de saúde.

Com frequência. [esquecimento] (E2)

... alguns dão é a boca seca e o Seroquel dava-me reacções ao nível das articulações e do apetite... (E2)

... já me tem acontecido haver médicos que não entendem a minha doença ... (E2)

A entrevistada 3 é separada, afirma não ter rendimentos, toma medicação para doença bipolar há 16 anos e teve vinte internamentos. Que factores poderão ter contribuído para esta gestão ineficaz do regime terapêutico? Quanto aos rendimentos, não pudemos obter informações adicionais (e.g. registos do serviço social), por não existirem. Inferimos que o estado civil (42), a falta de apoio familiar quanto ao diagnóstico médico (36) e os efeitos secundários da medicação (36) (37) (39) (56) (57) operaram como factores impeditivos da gestão do regime terapêutico, precipitando os reinternamentos.

As minhas irmãs não falam comigo porque não compreendem a minha patologia, a minha doença, acham que eu estou assim porque quero. (E3)

Tenho fugido um bocadinho à medicação ... porque me engorda muito... porque me dá muita sonolência... (E3)

O entrevistado 4 é divorciado, tem um subsídio de baixa de 1320 euros mensais, toma medicação para doença bipolar há 3 anos e teve um internamento anterior. Foi casado até ao surgimento da doença e, pelas informações que possuímos, a sua capacidade de gestão do regime terapêutico começou a diminuir após o divórcio, na sequência de episódio hipomaniaco da doença bipolar, o que é consistente com a literatura consultada (42). Inferimos que os efeitos secundários de alguma medicação contribuíram para alterar o regime terapêutico (36) (37) (39) (56) (57).

Boca seca... falar tipo ba-ba... leve sonolência ...[quando tomava] Zyprexa e Morfex ... tive vários sinais e hematomas na cabeça. (E4)

A entrevistada 5 é separada, recebe uma reforma de 300 euros mensais, toma medicação para psicose esquizoafectiva há 10 anos e já teve oito internamentos. Neste caso, que factores têm interferido na gestão do regime terapêutico? Qual o motivo de tantas hospitalizações? Podemos entender que o estado civil pode ter condicionado a gestão do regime de tratamento (42). Apesar do baixo rendimento, a doente não tem dificuldade em pagar a medicação, uma vez que é praticamente gratuita, pelo que este indicador não justifica a alteração do regime terapêutico. Inferimos que a gestão ineficaz e consequentes hospitalizações (em regime de internamento compulsivo) se devem, sobretudo, à não-aceitação da doença e ausência de necessidade percebida para o tratamento (5) (30) (38) (43), bem como ao deficiente suporte sócio-familiar (35) (36) (44) (50).

(...) não preciso de ser tratada com medicação. Dizem que é esquizofrenia mas eu não sinto que seja. (E5)

Não têm ajudado nada (...) Sinto-me só. (E5)

A entrevistada 6 é casada, tem uma pensão de 250 euros mensais, toma medicação há 17 anos para doença bipolar II e teve seis internamentos. Tem também uma debilidade intelectual (oligofrenia). A hospitalização actual deve-se a fugas de casa e do hospital de dia e abandono terapêutico. Inferimos que o estado civil e o suporte familiar (apoio do marido e da mãe, embora esta tenha recusado colaborar no plano terapêutico

no actual internamento) têm funcionado como factores facilitadores da gestão do regime terapêutico. Estas ilações são consentâneas com a literatura (35) (36) (39) (44) (50). Como obstáculos a tal gestão identificámos o esquecimento (36) (37) (39) (56) (57) e os efeitos secundários dos fármacos (36) (37) (39) (56) (57).

Com frequência. [esquecimento] (E6)

Sinto muito sono... mal-estar. (E6)

A entrevistada 7 é divorciada, tem 307 euros mensais de reforma, toma medicação para doença bipolar há 24 anos e teve doze internamentos. O que terá alterado a sua capacidade de gestão terapêutica? De acordo com a literatura, os divorciados têm maior dificuldade em gerir o regime medicamentoso (42), o que pode ser o caso desta doente. Contudo, por si só, não explica o incumprimento terapêutico, pelo que inferimos poder estar relacionado com a incompreensão da doença (34) (38), com a dificuldade em lidar com o estigma (36), bem como com os efeitos secundários da medicação (36) (37) (39) (56) (57).

Cá para mim acho que a minha doença é mas é dos nervos (...) que eu apanho de me entrarem à porta às tantas da noite e uma pessoa querer dormir e não poder... (E7)

Então já me chamam C. maluca, toda a gente se mete comigo, os miúdos pequeninos metem-se comigo, os ciganos (...). Uma pessoa às vezes tem medo de sair à rua, que me façam mal. (E7)

É mais aqui na barriga... os intestinos funcionarem mal (...) muito parada. (E7)

A entrevistada 8 é casada, diz não ter rendimentos, toma medicação para doença bipolar há 22 anos e teve seis internamentos. Actualmente está em programa de electroconvulsivoterapia, por a doença ser refractária ao tratamento farmacológico. Deprendemos que o estado civil e o suporte familiar têm contribuído positivamente para a gestão do tratamento (35) (36) (39) (44) (50).

Sim [apoio do marido] (E8)

Apurámos que as dificuldades na gestão do regime terapêutico estão associadas aos efeitos secundários da medicação (36) (37) (39) (56) (57) ou aos episódios depressivos, durante os quais surgiam ideias de desvalorização ou mesmo de ideação suicidária.

(...) engordei, tenho uma grande barriga (...) tive assim crises onde tive diarreias com os medicamentos... (E8)

Perdia o gosto à vida, já nada me interessava. Eu queria me interessar pelas coisas mas não dava. (E8)

Quando observamos as características da população podemos sumariar a presença de factores facilitadores e outros impeditivos do processo de gestão do regime terapêutico (tabela 3).

Tabela 3- Factores facilitadores e impeditivos da gestão do regime terapêutico

Doente	Facilitadores	Impeditivos
1	Suporte familiar Preparação prévia da medicação	Preguiça Esquecimento Efeitos secundários da medicação
2	Estado civil	Esquecimento Efeitos secundários da medicação Natureza da comunicação profissional-doente
3	-	Estado civil Suporte familiar Efeitos secundários da medicação
4	Estado civil	Estado civil Efeitos secundários da medicação
5	-	Estado civil Suporte familiar Insight pobre
6	Estado civil Suporte familiar	Esquecimento Efeitos secundários da medicação
7	-	Estado civil Efeitos secundários da medicação Insight pobre Lidar com o estigma
8	Estado civil Suporte familiar	Efeitos secundários da medicação Fase depressiva da doença bipolar

Apurámos que o suporte familiar e o estado civil são os únicos factores que surgiram simultaneamente nas duas categorias e que em três doentes não foram identificados factores facilitadores da gestão do regime terapêutico.

5.3.Procedimentos relativos às entrevistas

Apesar de este trabalho ser realizado no âmbito das nossas práticas de cuidados, solicitámos autorização para a realização de entrevistas à Administração do hospital, que, por sua vez, encaminhou o pedido para a Comissão de Ética. Submetemos, também, a esta Comissão todos os documentos exigidos. Na presente intervenção informámos todos os participantes sobre o objectivo da mesma e também esclarecemos sobre a sua liberdade de participar ou não, bem como sobre as questões do sigilo e do anonimato.

Foram tidos em conta os requisitos fundamentais para a realização de uma boa entrevista, como sejam: a definição dos objectivos do trabalho; o conhecimento, com alguma profundidade, do contexto em que se pretende realizar o trabalho; a interiorização, pelo entrevistador, do guião da entrevista; segurança e auto-confiança por parte do entrevistador; e algum nível de informalidade, sem perder de vista os objectivos do relatório (68). Foram ainda consideradas as recomendações sobre o planeamento e condução de entrevistas (69) e sobre os seus momentos-chave, especialmente as relativas aos preliminares e ao início, corpo e fim da entrevista (70).

No início de cada entrevista, procurámos estabelecer um clima de cordialidade, no intuito de que os participantes ficassem à vontade para expor a sua perspectiva sobre a gestão do regime de tratamento. Antes de se iniciarem as perguntas recordámos sempre aos entrevistados o tema central da intervenção e salientámos que as suas ideias eram o aspecto mais valioso para o nosso trabalho. As entrevistas foram realizadas num gabinete de consulta do serviço de Psiquiatria Agudos. Tiveram, em média, 20 minutos de duração, foram gravadas em suporte áudio e posteriormente transcritas.

Durante as entrevistas procurámos criar um ambiente franco, para que os participantes desenvolvessem as suas ideias sobre o tema proposto, e evitámos também induzir qualquer tipo de valorização de determinados pontos de vista.

No final de cada entrevista, perguntávamos se desejavam acrescentar mais alguma informação relevante sobre a gestão do regime terapêutico e agradecíamos aos doentes a sua participação, manifestando disponibilidade para esclarecer eventuais dúvidas em relação ao trabalho.

Para tratar os dados obtidos nas entrevistas escolhemos a análise de conteúdo, por se enquadrar de uma forma adequada nos objectivos que pretendemos alcançar. A

análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, a fim de obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (71). O princípio da análise de conteúdo consiste em desmontar a estrutura e os elementos desse conteúdo para esclarecer as suas diferentes características e extrair o seu significado.

Em termos de organização do trabalho, Bardin (71) referencia três etapas do processo de análise de conteúdo: a pré-análise, a fase de exploração do material e, por fim, a fase do tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Deste modo, a análise dos dados neste trabalho obedeceu às seguintes etapas:

Etapa I:

Procedemos à leitura flutuante das entrevistas (contacto exaustivo com o material), com o objectivo de sensibilização e de constituição das primeiras ideias. O material foi lido várias vezes e, pouco a pouco, a leitura foi-se tornando mais precisa, em função das categorias definidas *a priori* derivadas da revisão da literatura.

Esta fase de leituras repetidas do texto permitiu-nos uma familiarização com o material, apreender as regularidades e as singularidades do discurso, os aspectos mais significativos, as questões ou temas a evidenciar. Anotámos nas margens do material comentários analíticos, isto é, ideias, temas emergentes e relações entre vários excertos de cada entrevista.

A partir do trabalho realizado nesta etapa emergiu uma grelha de análise que serviu de base para codificar de uma maneira mais sistemática o conjunto dos dados e foi analisada também pela orientadora deste trabalho. Tivémos em conta as suas recomendações na execução da etapa seguinte.

Etapa II:

Esta etapa consiste na exploração do material, ou seja, no tratamento do *corpus* por operações de codificação. De acordo com Bardin (71), este processo “corresponde a uma transformação - efectuada segundo regras precisas - dos dados brutos do texto (...) que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto, que podem servir de índices” (p.103).

O trabalho intensivo com o material sugeriu nova necessidade de reagrupamento dos dados. Assim, considerámos ser possível a formação de cinco indicadores ou categorias globais para a compreensão do processo de gestão do regime terapêutico (Anexo 4). Submetemos esta análise a nova avaliação pela orientadora deste trabalho, que avaliou como pertinente o agrupamento proposto.

Etapa III:

Nesta etapa, e continuando a seguir a proposta de Bardin (71), os resultados brutos foram “tratados de maneira a serem significativos («falantes») e válidos (...) [de modo que se possa] propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objectivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas” (p.101). Assim, uma vez organizado o material em categorias temáticas, procedemos ao cruzamento desse material com as referências teóricas que orientaram o nosso olhar. Este procedimento ajudou-nos a identificar e a compreender a natureza dos factores interferentes no processo de gestão do regime terapêutico.

6.Resultados e Análise dos dados

6.1.Factores relacionados com a pessoa

Os factores de natureza pessoal são definidos conceptualmente pelo insight, que inclui a consciência da doença, o reconhecimento da necessidade de tratamento e o conhecimento sobre a doença; pelo lidar com o estigma; e, finalmente, por estratégias de autogestão do regime terapêutico, que envolvem o abandono ou interrupção do tratamento, uma toma selectiva dos fármacos prescritos e o esquecimento.

6.1.1.Insight

Cinco entrevistados consideraram ter algum problema mental, dois pensam não ter e um afirma que o seu problema se deveu ao consumo de substâncias. Estes dados mostram certo reconhecimento de um problema de saúde mental, mas trata-se de uma compreensão muito incompleta, que podemos interpretar como insight pobre.

... o meu problema é a intoxicação do haxixe e das drogas que tomei ... (E1)

Eu penso que sim... (E3)

Eu acho que não tenho. (E5)

Convencionou-se que o insight é, actualmente, ao contrário do que se considerava outrora, um fenómeno dinâmico que pode ser dividido em três componentes: a consciência da doença, o reconhecimento de que os sintomas fazem parte da doença e o reconhecimento da necessidade de tratamento (72).

Nenhum dos entrevistados falou claramente sobre o seu diagnóstico médico, revelando quer um desconhecimento sobre a doença, quer sobre os sintomas, o que é coerente com um fraco insight. Atribuíram à doença outros sentidos relacionados com uma concepção do “stress”, dos “nervos”, ou até alguma dificuldade de aceitação da doença.

Acho que sim...um stress pós-traumático profissional.... (E2)

Eu acho que não tenho... não preciso de ser tratada com medicação. Dizem que é esquizofrenia mas eu não sinto que seja. (E5)

...doença mental acho que não tenho... não tenho saída, tem que ser com comprimido. Acho que a minha doença é mas é dos nervos. (E7)

A explicação do stress como factor causal ou de agravamento das psicoses esquizofrénicas e esquizoafectivas foi largamente referida pelos doentes numa investigação realizada por Pyne et al. (36).

Relativamente à representação da esquizofrenia, ou das psicoses em geral, como um problema de nervos, ela é habitual entre os doentes (29), provavelmente por a denominação "nervoso" ser uma entidade muito conhecida e socialmente mais aceite do que a esquizofrenia ou doença mental. Por outro lado, ao caracterizar-se a doença mental como um problema de nervos, formam-se também, a partir dessa percepção, maiores expectativas de recuperação e de cura (73).

Os dados aqui apresentados são coerentes com os da literatura que apontam para uma associação entre o “insight pobre” e a gestão do regime terapêutico (30) (43) (72) (74). Assim, podemos afirmar que um fraco insight e uma insuficiente compreensão sobre a natureza crónica das perturbações psicóticas contribuem grandemente para uma gestão ineficaz do regime terapêutico (75).

6.1.2.Lidar com o estigma

Todos os entrevistados mencionaram sentir algumas consequências na sua vida pessoal pelo facto de outras pessoas saberem da sua doença ou do tratamento psiquiátrico. Alguns informaram já terem sido rotulados como “tontinho” ou “maluco”, outros adoptaram estratégias de confinamento às suas casas, evitando falar com as pessoas, e outros, ainda, relataram sentir-se ignorados pelo seu meio social.

... já senti isso ... em que me chamavam de forma indirecta “o tontinho”. (E2)

... falo com poucas pessoas, quase que estou o dia inteiro em casa... (E5)

... já me chamam C. maluca... uma pessoa às vezes tem medo de sair à rua... (E7)

... as pessoas ... algumas que não têm nenhuma confiança em mim ... é como não existisse para elas... (E8)

Verificámos que continuam a subsistir na sociedade ideias preconceituosas e atitudes negativas em relação à doença mental e ao seu tratamento (74). Em todos os entrevistados existe uma percepção de estigma sobre a doença mental, que emerge como causadora de sofrimento.

6.1.3. Estratégias de autogestão

Quando questionados sobre a observância do tratamento indicado, os doentes descreveram um conjunto de elementos perturbadores do bom desenvolvimento terapêutico, tais como a preguiça, o trabalho por turnos, o receio dos efeitos secundários da medicação ou de farmacodependência, a percepção negativa do medicamento e a vontade de viver diminuída.

... Tornei-me um bocado preguiçoso... (E1)

Quando trabalhava em turnos era-me difícil cumprir a medicação ... (E2)

Tenho fugido... à medicação ... porque me engorda muito... me dá muita sonolência... (E3)

Às vezes fico fazendo e depois desisto... sinto que não preciso de fazer tratamento. (E5)

Às vezes não tomava ... perdia o gosto à vida, já nada me interessava. (E8)

Face a esta situação, os doentes adoptam estratégias de autogestão do regime terapêutico que podem ser de três modos: (a) abandono ou interrupção da medicação durante algum tempo, nas fases em que sentem melhoras ou se sentem piores, ou quando pensam que as dosagens são excessivas; (b) selecção, entre os fármacos prescritos, dos que consideram dever tomar; (c) esquecimento.

Sim, já aliviei a carga de medicamentos por me sentir melhor... (E2)

O Zyprexa e o Morfex sim. [abandono por se sentir pior] (E4)

...largo a medicação... quando me sinto ... muito encharcada em medicamentos ... (E7)

Tomar os medicamentos ou não tomar é o mesmo... só estes medicamentos para os nervos é que noto alguma diferença (E5)

Esqueço-me quando estou nas alturas piores. (E1)

Alguns destes resultados encontrados neste trabalho são consistentes com os referidos na revisão da literatura realizada para este relatório. Entre as diferentes razões mencionadas para a interrupção ou o abandono do tratamento são citadas a melhoria dos sintomas (33) (37), o sentir-se pior com a toma dos medicamentos (37), a percepção negativa ou a deficiente informação sobre os medicamentos (2) (34) (36) e, ainda, o esquecimento (2) (36) (37) (38) (39).

Poderemos considerar tais estratégias como irracionais, ou seja, devemos classificar estes doentes como maus cumpridores e desobedientes? Ou, ao invés, estes dados não deverão estimular-nos a procurar compreender os motivos que restringem a capacidade de gestão do regime terapêutico?

6.2.Factores relacionados com o tratamento

Nesta categoria identificámos os efeitos secundários dos medicamentos como um dos obstáculos à capacidade de gestão terapêutica.

6.2.1.Efeitos secundários

Os efeitos secundários da medicação foram relatados por todos os doentes e interferem na gestão do regime terapêutico. Esta relação está profusamente referenciada na literatura (37) (38) (39) (56) (57) (75).

... mais sonolência ... quando os medicamentos são fortes. (E1)

... o Seroquel dava-me reacções ao nível das articulações e do apetite... (E2)

Boca seca... leve sonolência ... (E4)

Sinto muito sono... mal-estar. (E6)

...os intestinos funcionarem mal... muito parada. (E7)

Entre os efeitos adversos mais frequentes, que afectam os doentes no seu dia-a-dia, podemos apontar o aumento de peso, a sedação, os tremores (40) (76), e, ainda, a disfunção sexual (58) (59).

Observámos também que em nenhum momento os entrevistados mencionaram medidas para atenuar os efeitos secundários dos fármacos. Esta constatação leva-nos a questionar as intervenções dos profissionais de saúde, pois é da sua responsabilidade explicar aos doentes os efeitos secundários da medicação e o modo de os gerir, o que fará com que estes assumam um maior comprometimento na gestão do regime medicamentoso (46).

6.3.Factores relacionados com a doença

Nesta categoria identificámos o consumo de substâncias como factor interferente na gestão terapêutica.

6.3.1.Consumo de substâncias

Apurámos que todos os entrevistados consomem ou já consumiram álcool ou tabaco. Um dos doentes tem história de consumo de haxixe, sete fumam tabaco e três consomem álcool.

... o tabaco, não consigo passar sem ele... (E1)

... fui sempre de beber álcool ... a partir de uma determinada altura ... parei de beber. (E2)

Álcool e tabaco. (E3)

Bebo... um copinho de vinho tinto... depois do almoço, outro depois do jantar. Um maço de cigarros dá-me para três dias. (E4)

Às vezes fumo. Gosto de beber álcool ... não tenho medo de nada ... (E5)

A associação entre uma gestão ineficaz da medicação e o consumo de substâncias está bastante documentada na literatura (39) (36) (35) (40) (53) (54). O facto de os doentes consumirem substâncias psicoactivas é um dos mais fortes preditores do não cumprimento medicamentoso (34). Trata-se de um problema complexo, que carece de abordagens terapêuticas específicas da área das dependências. De todo o modo, e no que ao tabagismo diz respeito, parece-nos legítimo perguntar se os serviços de psiquiatria não deveriam criar políticas antitabágicas e programas de formação para os profissionais de saúde, no sentido de estes desenvolverem competências para ajudar os doentes a reduzir o consumo de tabaco.

6.4.Factores sociais

Esta categoria diz respeito aos factores relacionados com o ambiente do doente, também designados de factores socioeconómicos e culturais (38). A literatura pertinente considera o papel do suporte familiar e social, a presença de dificuldades económicas e logísticas como factores que podem interferir no processo de gestão terapêutica.

Neste trabalho, os dados mais relevantes encontrados são relativos às atitudes dos familiares face à doença psiquiátrica e ao tratamento.

6.4.1. Suporte sócio-familiar

A metade dos entrevistados afirmou não ter nenhum tipo de apoio familiar e descreveram até sentirem-se abandonados. Da outra metade, três doentes disseram ter algum tipo de ajuda familiar e um doente declarou não ter necessitado de apoio até hoje.

As minhas irmãs ... acham que eu estou assim porque quero. (E3)

Não tenho. Sinto-me só. (E5)

Não querem saber de mim. (E6)

A minha mãe apoia-me sempre... (E1)

Quem me apoia mais é o meu P. [filho] (E7)

Em geral, o suporte familiar e social está associado a ganhos em saúde. As evidências da literatura mostram que, quando as famílias se envolvem no processo terapêutico, há menor possibilidade de interromper ou abandonar o tratamento (36) (44) (50). Embora não as tenhamos questionado, por não ser esse o objectivo deste trabalho, pensamos, dado conhecermos bem o contexto de cuidados, que não recebem suficiente informação sobre a doença e a terapêutica por parte dos profissionais de saúde. Verificamos que, habitualmente, o cuidador principal é um membro familiar e, por isso, seria desejável que a equipa de saúde desenvolvesse intervenções de suporte no sentido de conhecer e compreender as dificuldades que as famílias enfrentam, bem como de reflectir sobre o potencial terapêutico presente nas relações familiares.

6.5. Factores relacionados com o sistema de saúde

As competências dos profissionais de saúde ao nível da comunicação e da relação que estabelecem com os doentes podem influenciar os comportamentos de adesão terapêutica (2) (38) (39) (47) (51).

6.5.1. Natureza da comunicação profissional de saúde-doente

Os resultados deste trabalho mostram que, em geral, os doentes não recebem dos profissionais de saúde explicações sobre o regime terapêutico, pormenorizadas e apropriadas ao seu nível cultural.

Não, não, não. "Sente-se ali, fique ali, vá para ali..." (E4)

... os médicos já não sabem mas é o que hão-de fazer comigo. (E7)

Alguns explicavam-me e eu também não compreendia muito bem... (E8)

Uma doente disse compreender a linguagem psiquiátrica por ter acesso a publicações da área desde a adolescência, outro verbalizou ser suficiente o guia terapêutico e, finalmente, o terceiro contou que uma enfermeira lhe explicara o substrato neurobiológico da sua doença.

Não tenho grandes dificuldades em compreender as várias patologias que existem dentro da psiquiatria. (E3)

Percebo. Tenho o folheto ali... (E5)

... a enfermeira que me deu a injeção, foi a que me falou dos neurónios ... (E1)

Os resultados encontrados permitem levantar algumas questões. Utilizamos continuamente uma linguagem apropriada ao nível cultural dos doentes? Recorremos sempre a um suporte escrito e legível, que permita aos doentes consultar a informação a cada momento? Articulamos a gestão da informação com a gestão dos sentimentos?

De acordo com Lopes (77), “considerando a vivência dos doentes como uma crise ou como uma transição, a informação assume um importante papel na reorganização que permita ultrapassá-las. Assim e para que a informação cumpra o papel de organizador, precisa ser contextualizada, repetida e garantida, as vezes consideradas necessárias pelo doente” (p.224). Por conseguinte, também nas intervenções que visam envolver os doentes na gestão do regime terapêutico, os profissionais clínicos devem reflectir sobre os seus estilos comunicacionais e assegurar-se que usam uma linguagem adequada (78). Devem, ainda, fornecer informação escrita sobre o regime terapêutico

(39) (48) e negociá-lo com os doentes (34) (35). Ora, este último aspecto, isto é, a negociação do regime terapêutico, parece-nos de importância primordial e, assim, concordamos com Russell et al. (61), quando propõem um modelo comunicacional que considere o ponto de vista dos doentes, ou, por outras palavras, que os aceite como peritos nas suas próprias vidas e decisões em matéria de saúde. Estaremos preparados para aceitar este desafio?

6.5.2.Natureza da relação profissional de saúde-doente

Alguns doentes afirmaram que os profissionais de saúde entendiam os seus sentimentos e convicções sobre a doença e o tratamento, referindo-se a qualidades dos técnicos como “paciência”, “bondade” ou, também, ao facto de serem seguidos em consulta médica privada. Outra doente, com um historial clínico de vinte internamentos, referiu só ter sido compreendida neste hospital.

Têm tido paciência comigo... (E1)

... Compreendem... os médicos são bons, as enfermeiras são boas... (E8)

Percebe, porque eu andei um ano e tal na Hospor [consulta privada de psiquiatria] (E4)

Este foi o único hospital em que os profissionais de saúde... mostram muito mais preocupação connosco. (E3)

Três doentes declararam não serem compreendidos nem valorizados pelos profissionais e um criticou os médicos por não falarem com ele.

... algumas vezes ... deparei-me com profissionais de saúde que não compreendem minimamente a minha doença... (E2)

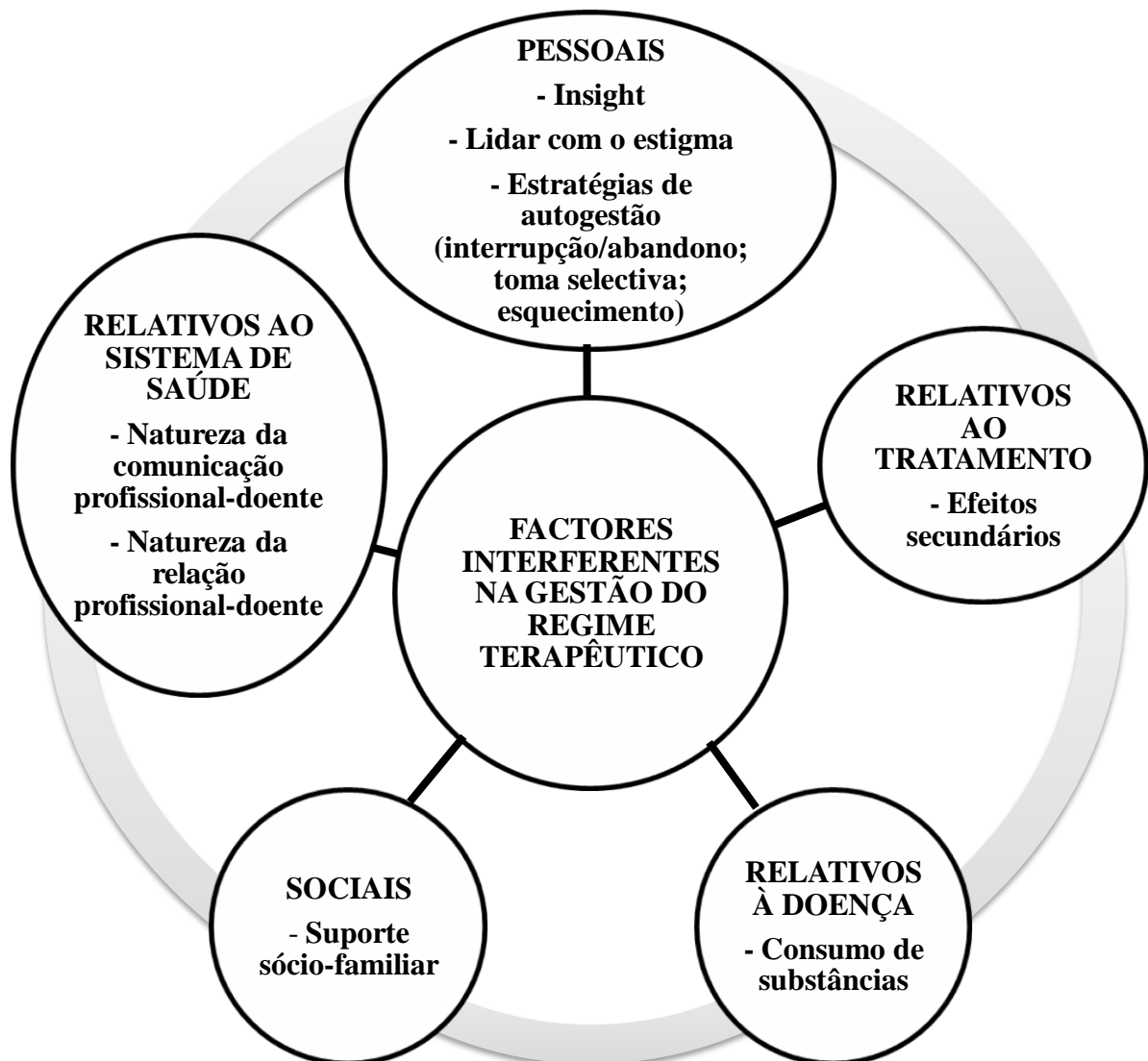
... não compreendem ... estão-me a dar tratamento sem necessidade nenhuma... (E5)

...uma pessoa vai, eles escrevem, não falam. (E7)

Estes três doentes têm insight pobre, mas percebe-se das suas palavras que não se sentem respeitados pelos profissionais de saúde. Por outro lado, apurámos que a relação existente é assimétrica, porquanto não são considerados como parceiros nem ouvidos nas suas preocupações. Salienta-se, assim, que a gestão do regime terapêutico é influenciada pela qualidade da relação doente-profissional de saúde. Se nesta relação o profissional for franco e der apoio emocional ao doente, bem como se souber valorizar as preferências do doente e do seu contexto, é muito plausível que a gestão do regime terapêutico melhore (35) (39) (44) (47) (49).

Em síntese, nesta intervenção profissional identificámos nos discursos de todos os participantes cinco categorias de factores interferentes na gestão do regime terapêutico, que a figura seguinte procura ilustrar.

Figura 1- Factores interferentes na gestão do regime terapêutico (síntese)



7. Conclusão

Embora anteriormente tenham sido apresentados e discutidos os resultados encontrados nesta intervenção profissional, consideramos importante sistematizar algumas ideias.

Quando nos debruçámos sobre o modo como os doentes intervencionados integravam a gestão do regime terapêutico na sua vida diária, analisámos, para cada um deles, os elementos considerados facilitadores e obstáculos desse processo. Verificámos que emergiram com mais frequência factores impeditivos do que factores facilitadores e, por outro lado, constatámos que o estado civil e o suporte familiar eram os únicos factores que surgiram simultaneamente nas duas categorias.

Relativamente aos factores interferentes na gestão do regime terapêutico identificámos os seguintes: de natureza pessoal, relacionados com o tratamento, relacionados com a doença, sociais e, ainda, os relativos ao sistema de saúde.

Nos factores de natureza pessoal apurámos que todos os doentes apresentaram uma fraca percepção do seu estado psicopatológico e desconhecimento do seu diagnóstico médico. Este insight pobre é comum nas perturbações psicóticas e do humor e parece ser devido a alterações de áreas neuroanatómicas específicas (30) (79). Está claramente relacionado com o comportamento de gestão do regime terapêutico (30) (34) (43) (72) (74) (79). O facto de não saberem nomear e compreender o diagnóstico médico pode estar relacionado com o modo como a informação lhes foi dada pelos profissionais de saúde, com dificuldades cognitivas provocadas pela doença ou pelos efeitos adversos da medicação que impedem a retenção da informação (80). Verificámos ainda que alguns doentes têm o seu próprio modelo explicativo para a doença (e.g. “stress”, “nervos”), que não coincide com o modelo médico da doença mental (79). Apurámos que ter que lidar diariamente com o estigma sobre a doença mental emergiu como condicionante do regime terapêutico (38) (76). A cessação provisória ou definitiva da medicação (33) (37), a toma selectiva de medicamentos e o esquecimento (2) (36) (37) (38) (39) surgem como diferentes estratégias de autogestão do regime terapêutico, que os doentes realizam no quotidiano.

Nos factores relativos ao tratamento apurámos que os efeitos secundários da medicação contribuem negativamente para gestão do regime terapêutico (37) (38) (39) (56) (57) (75).

Nos factores relacionados com a doença identificámos o consumo de substâncias como condicionante da gestão terapêutica (35) (36) (39) (40) (53) (54).

Em relação aos factores sociais, verificámos que o suporte sócio-familiar condiciona positiva ou negativamente o regime de tratamento (36) (44) (50).

Finalmente, nos factores relativos ao sistema de saúde identificámos, por um lado, a natureza da informação e da comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes e, por outro, a natureza da relação profissionais de saúde-doentes. Como, em geral, os doentes não encontraram na equipa de saúde a informação que desejavam, é indispensável dotar os profissionais de competências na área da gestão terapêutica, para que saibam usar as melhores estratégias informacionais neste âmbito. Por outro lado, essa intervenção carece de ser concretizada simultaneamente com uma componente relacional. Por outras palavras, trata-se de utilizar os instrumentos apresentados por Lopes (11), a “gestão da informação” e a “gestão de sentimentos”, pois “tanto se pode explicar para gerir sentimentos, como se pode gerir sentimentos para que a pessoa perceba” (p.207).

Aprendemos, pelos resultados encontrados, que nos doentes com doença bipolar e psicose esquizoafectiva a gestão do regime terapêutico é um processo complexo, dinâmico e multidimensional, determinado pelo cruzamento de variados factores que inter-relacionados entre si podem levar a uma melhor ou pior gestão desse regime.

Embora esta intervenção profissional tenha sido circunscrita a oito doentes hospitalizados, pensamos que os resultados podem ter implicações para a assistência a pessoas com estas perturbações psiquiátricas, no contexto do serviço referido, permitindo desenvolver intervenções de acordo com as suas necessidades.

Assim, podemos sugerir as seguintes intervenções:

- Implementar, durante os períodos de internamento, a auto-administração supervisionada de medicamentos, aproveitando essas ocasiões para ensinar o doente sobre a medicação e promover a sua responsabilidade em relação à mesma, para que, após a alta hospitalar, continue a gerir a terapêutica de modo autónomo;
- Implementar, durante os períodos de internamento, um programa psicoeducativo dirigido aos doentes sobre a sua doença e o seu tratamento, que inclua, nomeadamente, informação sobre os efeitos adversos da medicação e medidas de alívio dos mesmos; técnicas para lembrar as horas das tomas (e.g. usar toque de telemóvel); adaptação do regime terapêutico a determinados hábitos

quotidianos; preparação prévia da medicação e seu armazenamento em dispositivos específicos, etc.

- Promover intervenções com familiares para lhes oferecer psicoeducação sobre a doença e o tratamento, bem como um espaço onde possam exprimir os seus sentimentos, dúvidas e expectativas;
- Desenvolver junto da equipa de saúde programas que visem o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades sobre a gestão de doenças crónicas e do regime terapêutico, com vista a melhorar a prática assistencial nesta área.

Com a realização desta intervenção profissional pensamos ter adquirido algumas competências no âmbito da gestão de regimes terapêuticos.

Em primeiro lugar, podemos concluir que, face ao regime terapêutico prescrito, os doentes decidem geri-lo de acordo com uma “análise custo-benefício” que consiste em avaliar os benefícios esperados com o tratamento face aos riscos percebidos (efeitos secundários, dependência, etc.), tendo por base as suas crenças e teorias leigas (2) (37) (48). Por outras palavras, ajustam e modificam o regime terapêutico numa tentativa de lidar com a doença e de ter um maior autocontrolo da sua vida (2) (81). Assim, compreender a perspectiva dos doentes sobre o processo de gestão terapêutica é fundamental para o desenvolvimento de intervenções profissionais eficazes (48) (82).

Em segundo lugar, compreendemos que cada um dos profissionais envolvidos nesta matéria deve dar o seu contributo particular, de acordo com o seu mandato social. Em colaboração com outros prestadores de cuidados de saúde, os enfermeiros têm um lugar privilegiado na implementação de intervenções que visem otimizar a gestão do regime terapêutico destes doentes. Por isso, pensamos que as intervenções acima sugeridas poderiam constituir-se como um primeiro ponto de reflexão sobre as práticas de cuidados relativamente a este fenómeno.

8.Referências bibliográficas

1. **Bugalho, A. e Carneiro, A.** *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa : Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2004.
2. **Klein, J. e Gonçalves, A.** A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF*. 2005, Vol. 10, pp. 113-120.
3. **Conselho Internacional de Enfermeiros.** *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP), versão Beta 2*. Genebra : s.n., 2002. Edição Portuguesa da Associação Portuguesa de Enfermeiros.
4. —. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0*. Genebra : s.n., 2005. Versão oficial em português (2006) da responsabilidade da Ordem dos Enfermeiros.
5. **Kottsieper, P.** *Predicting initial aftercare appointment adherence and rehospitalization for individuals with serious mental illness discharged from an acute inpatient stay*. Philadelphia : Drexel University, 2006. Tese de Doutoramento.
6. **Mahone, I.** Shared Decision Making and Serious Mental Illness. *Arch Psychiatr Nurs*. 22, 2008, Vol. 6, pp. 334-343.
7. **Morken, G. et al.** Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. 2008. *BMC Psychiatry*. 2008, 8:32 doi:10.1186/1471-244X-8-32.
8. **Centro Hospitalar de Setúbal.** Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Setúbal. Acesso em 23-07-10 em <http://www.hsb-setubal.min-saude.pt/media/REGULAMENTO%20INTERNO%20%20DO%20CHS.pdf>.
9. **Ferreira, O.** Política de Enfermagem. *Centro Hospitalar de Setúbal*. [Online] 23 de Junho de 2005. Acesso em 23-07-10 em <http://www.hsb-setubal.min-saude.pt>.
10. **Burnard, P.** Ordinary chat and therapeutic conversation: phatic communication and mental health nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2003, Vol. 10(6), pp. 678-682.
11. **Lopes, M.** *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra : Formasau, 2006.
12. **McAlpine, D. e Mechanic, D.** Utilization of Specialty Mental Health Care Among Persons with Severe Mental Illness: The Roles of Demographics, Need, Insurance, and Risk. *HSR: Health Services Research*. 35, 2000, Vol. 1 Part II, pp. 277-292.
13. **Justo, L. e Calil, H.** Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. *Rev. Psiq. Clín.* 31, 2004, Vol. (2), pp. 91-99.

14. **Lewis, F.** Demystifying the disease state: understanding diagnosis and treatment across the bipolar spectrum. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 10, 2004, Vol. 3, pp. S6-S15.
15. **Moreno, R. et al.** Editorial. Transtorno Afetivo Bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Edição especial, 1999, Vol. 26.
16. **Bauer, M.** Mood disorders: bipolar (manic-depressive) disorders. [ed.] Tasman, A. et al. *Psychiatry*. 3ª ed. Chichester : Wiley-Blackwell, 2008, Vol.1, Cap. 67, pp. 1335-1378.
17. **Ferreira, B. et al.** Doença bipolar e perturbação borderline da personalidade - comorbilidade ou continuum . *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*. 2004, Vol. 1, pp. 53-61.
18. **Fauman, M.** *Guia de estudo para o DSM-IV-TR*. Lisboa : Climepsi, 2002.
19. **Parsons, S.** The person with a mood disorder. [ed.] I Norman e I Ryrie. *The art and science of mental health nursing*. Maidenhead, Reino Unido : Open University Press, 2004, pp. 389-415.
20. **Moreira, L.** *Alterações de comportamento na perturbação bipolar e na perturbação de hiperactividade e défice de atenção: contributo para o diagnóstico diferencial*. Porto : Universidade do Porto, 2009. Tese de Mestrado.
21. **Rigol, A.** Trastornos esquizofrénicos. [ed.] A. Rigol e M. Ugalde. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*. Barcelona : Masson, 2004, pp. 289-307.
22. **Patel, J. et al.** Schizophrenia and other psychoses. [ed.] Tasman, A. et al. *Psychiatry*. 3ª ed. Chichester : Wiley-Blackwell, 2008, Vol. 1, Cap. 65, pp. 1201-1282.
23. **Lambert, T. et al.** Medical comorbidity in schizophrenia . *MJA*. 178 Suplemento, 2003, pp. 67-70.
24. **Buckley, P. et al.** Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* . 2009, Vol. 35, pp. 383-402.
25. **Sobradie, N. et al.** Consumo de tabaco y patología psiquiátrica. *Trastornos Adictivos*. 2007, Vol. 9, pp. 31-38.
26. **Ugalde, M.** Trastornos del estado de ánimo. [ed.] A. Rigol e M. Ugalde. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*. Barcelona : Masson, 2004, pp. 345-359.
27. **Agyapong, V. et al.** Sources of patients' knowledge of the adverse effects of psychotropic medication and the perceived influence of adverse effects on compliance among service users attending community mental health services. *J Clin Psychopharmacol*. 2009, Vol. 29, pp. 565-570.

28. **Horsfall, J.** Mood disorders. [ed.] Elder, R. et al. *Psychiatric and mental health nursing*. Marrickville : Elsevier, 2005, 15, pp. 234-247.
29. **Wagner, L. e King, M.** Existential needs of people with psychotic disorders. *British Journal of Psychiatry* . 2005, Vol. 186, pp. 141-145.
30. **Alia-Klein, N. et al.** Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample. *Aggressive Behavior*. 2007, Vol. 33, pp. 86-96.
31. **Conselho Internacional de Enfermeiros.** *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, 2009. Cadernos da OE, série II, nº1.
32. **Gray, R. et al.** From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication . *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2002, Vol. 9, pp. 277–284.
33. **Lluch Canut, M. e Biel Tres, A.** La adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos desde una perspectiva de Enfermería. *Rev Presencia*. 2, 2006. Acesso em 23-12-2009 em <http://www.index-f.com/presencia/n3/48articulo.php>.
34. **Berk, L. et al.** Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder. *Hum. Psychopharmacol Clin Exp*. 2010, Vol. 25, pp. 1-16.
35. **Fenton, W. et al.** Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*. 1997, Vol. 23, pp. 637-651.
36. **Pyne, J. et al.** Agreement between patients with schizophrenia and providers on factors of antipsychotic medication adherence. *Psychiatric Services*. 2006, Vol. 57, pp. 1170-1178.
37. **Cabral, M. e Silva, P.** *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. 19 de Março de 2010. Estudo patrocinado pela Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica. Acesso em 28-4-10 em www.apifarma.pt/default.aspx?id=2980.
38. **World Health Organization.** *Adherence to long-term therapies:evidence for action*. Geneva : s.n., 2003.
39. **Jin, J. et al.** Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient’s perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management* . 4, 2008, Vol. 1, pp. 269-286.
40. **Baldessarini, R. et al.** Factors associated with treatment nonadherence among US bipolar disorder patients . *Hum. Psychopharmacol Clin Exp*. 23, 2008, pp. 95-105.
41. **Hui, C. et al.** Anti-psychotics adherence among out-patients with schizophrenia in Hong Kong . *Keio J Med* . 2006, Vol. 55, pp. 9-14.

42. **Muñoz Marrón, E.** *Factores determinantes en el abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales: el papel de la indefensión aprendida.* Madrid : Universidade Complutense de Madrid, 2004. Tese de Doutoramento.
43. **Olfson, M. et al.** Awareness of illness and nonadherence to antipsychotic medications among persons with schizophrenia . *Psychiatric Services.* 2006, Vol. 57, pp. 205-211.
44. **Cunha, M. e Gandini, R.** Adesão e não-adesão ao tratamento farmacológico para depressão . *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2009, Vol. 25, pp. 409-418.
45. **Liu-Seifert, H. et al.** Patient perception of medication benefit and early treatment discontinuation in a 1-year study of patients with schizophrenia. *Patient Preferences and Adherence.* 2007, Vol. 1, pp. 9-17.
46. **Lan, C. et al.** Knowledge, beliefs, attitudes, and drug compliance in schizophrenic patients. *Tzu Chi Med J.* 2003, Vol. 15, pp. 369-375.
47. **Cruz, M. e Pincus, H.** Research on the influence that communication in psychiatric encounters has on treatment . *Psychiatric Services.* 2002, Vol. 53, pp. 1253-1265.
48. **Hardeman, S. e Narasimhan, M.** Adherence according to Mary Poppins: strategies to make the medicine go down. *Perspectives in Psychiatric Care.* 2010, Vols. 46, nº1, pp. 3-12.
49. **Day, J. et al.** Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals . *Arch Gen Psychiatry.* 2005, Vol. 62, pp. 717-724.
50. **Martin, L. et al.** The challenge of patient adherence . *Therapeutics and Clinical Risk Management.* 2005, Vol. 3, pp. 189–199.
51. **Vermeire, E. et al.** Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review . *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics.* 2001, Vol. 26, pp. 331-342.
52. **Castañeda Sanz, I.** *Estudio sobre el abandono terapéutico en las consultas de salud mental.* Alicante : Universidade de Alicante, 1997. Tese de Doutoramento.
53. **Sajatovic, M. et al.** Predictors of non-adherence among individuals with bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic. *Compr Psychiatry.* 50, 2009, Vol. 2, pp. 100-107.
54. **Akerblad, A.** Identification of primary care patients at risk of nonadherence to antidepressant treatment. *Patient Preference and Adherence.* 2008, Vol. 2, pp. 379–386.
55. **Cardoso, L. e Galera, S.** Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Rev Esc Enferm USP.* 2009, Vol. 43, pp. 161-167.

56. **Rosa, M. et al.** Evaluation of the factors interfering with drug treatment compliance among Brazilian patients with schizophrenia . *Rev Bras Psiquiatr.* 27, 2005, Vol. 3, pp. 178-184.
57. **Moritz, S. et al.** Cure or curse? Ambivalent attitudes towards neuroleptic medication in schizophrenia and non-schizophrenia patients. *Mental Illness.* 2009, Vol. 1 e 2, pp. 4-9.
58. **Miasso, A. et al.** Transtorno afetivo bipolar e terapêutica medicamentosa: identificando barreiras. *Rev Latino-am Enfermagem.* julho-agosto, 2008, Vol. 16(4).
59. **Mitchell, T. e Selmes, T.** Why don't patients take their medicine? Reasons and solutions in psychiatry . *Advances in Psychiatric Treatment.* 2007, Vol. 13, pp. 336–346.
60. **Roy, R. et al.** Reasons for drug non-compliance of psychiatric patients: a centre based study. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology.* 2005, Vol. 31, pp. 24-28.
61. **Russell, S. et al.** Nurses and 'difficult' patients: negotiating non-compliance. *Journal of Advanced Nursing.* 2003, Vol. 43 (3), pp. 281–287.
62. **Mohamed, S. et al.** Cross-sectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin.* 2009, Vol. 35, pp. 336-346.
63. **Wigney, T.** *Bipolar Disorder: an exploratory analysis of the lived experience.* Sydney : The University of New South Wales, 2010. Tese de Doutorado.
64. **Miklowitz, D.** Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *Am J Psychiatry.* 2008, Vol. 165, pp. 1408-1419.
65. **Menezes, S.** Grupo de psicoeducação e suas implicações no cotidiano de portador de transtorno afetivo bipolar. São Paulo : Universidade de São Paulo, 2009. Dissertação de Mestrado.
66. **Oliveira, D.** *Determinantes do Estado de Saúde dos Portugueses .* Lisboa : Universidade Nova de Lisboa, 2009. Dissertação de Mestrado.
67. **Santini, A. et al.** Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Rev. Psiq. Clin.* 2005, Vol. 32, pp. 105-109. supl 1.
68. **Duarte, R.** Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar.* 2004, Vol. 24, pp. 213-225.
69. **Bell, J.** *Como realizar um projecto de investigação.* Lisboa : Gradiva, 1997.
70. **Albarello, L. et al.** *Práticas e Métodos de investigação em ciências sociais.* Lisboa : Gradiva, 1997.

71. **Bardin, L.** *Análise de conteúdo*. Lisboa : Edições 70, 1995.
72. **Byrne, M.** *Medication alliance: development and implementation of a mental health staff training program for the enhancement of patient medication adherence*. Wollongong, Austrália : University of Wollongong, 2008. Tese de Doutorado.
73. **Destro, D.** *Terapêutica medicamentosa e suas implicações para os portadores de transtornos mentais: uma via de mão dupla*. Belo Horizonte : Universidade Federal de Minas Gerais , 2009. Dissertação de Mestrado.
74. **Pinikahana, J. et al.** Exploring the complexity of compliance in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*. 2002, Vol. 23, pp. 513-528.
75. **Sharif, S. e Maleté, N.** Reasons for non-compliance to treatment among patients with psychiatric illness: a qualitative study. *SA Fam Pract*. 45, 2003, Vol. 4, pp. 10-13.
76. **Novak, L. e Svab, V.** Antipsychotics side effects' influence on stigma of mental illness: focus group study results. *Psychiatria Danubina*. 2009, Vol. 21, pp. 99-102.
77. **Lopes, M.** Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. *Rev Esc Enferm USP*. 39, 2005, Vol. 2, pp. 220-228.
78. **Bosworth, H.** Challenges and strategies to improve patient health literacy and competencies. *Patient Intelligence*. 2010, Vol. 2, pp. 19-25.
79. **Surguladze, S. e David, A.** Insight and major mental illness: an update for clinicians. *Advances in Psychiatric Treatment*. 1999, Vol. 5, pp. 163-170.
80. **Kotzé, C. et al.** What do patients with psychotic and mood disorders know about their illness and medication? *SAJP*. 2008, Vol. 14, pp. 84-90.
81. **Leite, S. e Vasconcellos, M.** Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003, Vol. 8(3).
82. **Swanlund, S. et al.** Keys to successful self-management of medications. *Nurs Sci Q*. 2008, Vol. 21, pp. 238-246.

9.Anexos

Anexo 1 - Dados clínicos

Idade					
Sexo					
Estado civil					
Nível de estudos					
Profissão					
Rendimentos (pensão/salário)					
Motivo do actual internamento					
Diagnóstico médico					
Há quanto tempo toma medicamentos prescritos pelo psiquiatra?					
Reinternamentos? Se sim, quantos?					
Como caracteriza o seu estado de saúde actual?	Muito bom	Bom	Razoável	Mau	Muito mau

Anexo 2 - Guião de entrevista

Questões
1. Neste momento, acha que tem problemas mentais?
2. Neste momento, acha que precisa ser tratado com medicação para os seus problemas mentais?
3. Depois de ter alta, acha que precisa tomar medicação para os seus problemas mentais?
4. Sabe qual é o seu diagnóstico ou problema de saúde mental?
5. Que consequências sente se outros souberem da sua doença ou do tratamento?
6. Tem conseguido seguir o regime de tratamento indicado (dieta, exercício, medicação) pelo seu profissional de saúde? Se não tem conseguido, o que acha que limita a sua capacidade de seguir o regime estabelecido?
7. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença? (Sempre /Quase sempre /Com frequência/ Por vezes /Raramente /Nunca)
8. Que efeitos secundários sente com a toma dos medicamentos?
9. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?
10. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?
11. Tem sintomas da sua doença mesmo quando segue o tratamento?
12. Usa alguma substância (álcool, drogas ou tabaco) para tratar ou reduzir os sintomas da sua doença?
13. Tem outros problemas de saúde que possam diminuir a sua capacidade de cumprir o regime de tratamento?
14. Tem alguma dificuldade para pagar os tratamentos?
15. Há algum familiar/amigo que o apoie no seu tratamento?
16. Há alguma dificuldade (transporte, emprego, distância, etc.) que o impeça de ir às consultas ou buscar os medicamentos?
17. O seu profissional de saúde (médico/enfermeiro) tem explicado o seu regime de tratamento de uma maneira que perceba?
18. Acha que os profissionais de saúde compreendem os seus sentimentos ou convicções sobre a sua doença e o seu tratamento?

Anexo 3 - Termo de consentimento informado

Eu, abaixo-assinado/a, fui informado/a sobre o seguinte:

- ✓ A intervenção “Gestão do regime terapêutico na doença mental: perspectiva de doentes de um serviço de psiquiatria” pretende conhecer a maneira como as pessoas gerem o seu regime de tratamento;
- ✓ A minha participação consiste na realização de uma entrevista a ser feita no Serviço de Psiquiatria Agudos do Centro Hospitalar de Setúbal;
- ✓ A entrevista será gravada e transcrita, sendo os registos áudio destruídos após a análise dos dados colectados;
- ✓ A minha participação não tem nenhum risco para mim;
- ✓ Todos os dados relativos à minha identificação são confidenciais e será mantido o anonimato;
- ✓ Posso recusar-me a participar, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade nesta intervenção, concordo que a entrevista seja feita, gravada e transcrita, e autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome e assinatura do entrevistado:

Local e Data: _____, _____ de 2010.

Anexo 4- Análise das entrevistas

Pergunta	Unidade de análise	Categoria descritiva	Categoria conceptual	Categoria global
Neste momento, acha que tem problemas mentais?	<p>... o meu problema é a intoxicação do haxixe e das drogas que tomei ... (E1)</p> <p>Tenho. Acho que sim. (E2)</p> <p>Eu penso que sim... (E3)</p> <p>Tenho problemas mentais. (E4)</p> <p>Eu acho que não tenho. (E5)</p> <p>Acho que sim. (E6)</p> <p>...doença mental, acho que não tenho... (E7)</p> <p>Eu acho que sim. (E8)</p>	Consciência da doença	Insight	Factores relativos à pessoa
Neste momento, acha que precisa ser tratado com medicação para os seus problemas mentais?	<p>Acho e vejo que é mesmo verdade, porque não posso passar sem tomar. (E1)</p> <p>Sim. (E2)</p> <p>Acho que sim. (E3)</p> <p>Acho que preciso de ser tratado com medicação. (E4)</p> <p>Eu acho que não preciso de ser tratada com medicação. (E5)</p> <p>Sem os medicamentos fico doente. (E6)</p> <p>... não tenho saída, tem que ser com comprimidos. (E7)</p> <p>Eu acho que sim. (E8)</p>	Admitir a necessidade de tratamento	Insight	Factores relativos à pessoa
Depois de ter alta, acha que precisa tomar medicação para os seus problemas mentais?	<p>Acho que sim, tenho de estar de acordo com os médicos e estou. (E1)</p> <p>Sim, sem dúvida. (E2)</p> <p>Claro que sim. Nem penso estar sem medicação. (E3)</p> <p>Sim, porque isto é uma doença que vai comigo até ao fim da</p>	Crença sobre a eficácia da medicação	Insight	Factores relativos à pessoa

	<p>minha vida. (E4)</p> <p>Acho que não preciso de tomar medicação, mas tenho que a fazer. [Está em tratamento compulsivo] (E5)</p> <p>Preciso [de tomar a medicação]. (E6)</p> <p>Pois, tenho que a tomar [silêncio]. (E7)</p> <p>Eu acho que sim. (E8)</p>			
Sabe qual é o seu diagnóstico/problema mental?	<p>... é a intoxicação do haxixe e das drogas que tomei... (E1)</p> <p>... um stress pós-traumático profissional.... (E2)</p> <p>Já me fizeram vários diagnósticos, desde a bipolaridade às depressões ... (E3)</p> <p>Ciúme! (E4)</p> <p>Dizem que é esquizofrenia, mas eu não sinto que seja. (E5)</p> <p>Não. (E6)</p> <p>...acho que a minha doença é mas é dos nervos... (E7)</p> <p>Uma vez disseram-me que ... era psico-mania depressiva... nunca ninguém me explicou bem... (E8)</p>	Noção sobre a doença	Insight	Factores relativos à pessoa
Que efeitos sente se outros souberem da sua doença ou do tratamento?	<p>É uma coisa que eu acho normal, porque há muita gente que tem... (E1)</p> <p>... já senti isso ... em que me chamavam de forma indirecta “o tontinho”. (E2)</p> <p>Tento não falar muito acerca dos meus problemas. (E3)</p> <p>Nenhumas. Ignoro-as. (E4)</p>	Estigma	Lidar com o estigma	Factores relativos à pessoa

	<p>... falo com poucas pessoas, quase que estou o dia inteiro em casa... (E5)</p> <p>... pensam que eu sou maluca... sinto-me mal. (E6)</p> <p>... já me chamam C. maluca... uma pessoa às vezes tem medo de sair à rua... (E7)</p> <p>... as pessoas ... algumas que não têm nenhuma confiança em mim ... é como não existisse para elas... (E8)</p>			
<p>Tem conseguido seguir o regime de tratamento indicado (dieta, exercício, medicação) pelo seu profissional de saúde?</p> <p>Se não tem conseguido, o que acha que limita a sua capacidade de seguir o regime estabelecido?</p>	<p>Os primeiros anos, consegui ... depois, comecei a ter problemas de falta de dinheiro... tornei-me um bocado preguiçoso... (E1)</p> <p>Quando trabalhava em turnos era-me difícil cumprir a medicação ... (E2)</p> <p>Tenho fugido um bocadinho à medicação ... ou porque me engorda muito... ou porque me dá muita sonolência... (E3)</p> <p>Faço medicação três dias e interrompo. (E4)</p> <p>Às vezes, fico fazendo e depois desisto... sinto que não preciso de fazer tratamento. (E5)</p> <p>Tenho. (E6)</p> <p>...largo a medicação... quando me sinto ... muito encharcada em medicamentos ... e depois estou um bocadinho... sem os tomar. (E7)</p> <p>Às vezes não tomava, às vezes deixava... perdia o gosto à vida, já nada me interessava. (E8)</p>	Capacidade de gerir o regime terapêutico	Estratégia de autogestão do regime terapêutico	Factores relativos à pessoa
<p>Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?</p>	<p>Esqueço-me quando estou nas alturas piores. (E1)</p> <p>Com frequência. (E2)</p> <p>Esquecer, não me esqueço...</p>	Esquecimento	Estratégia de autogestão do regime terapêutico	Factores relativos à pessoa

<p>(Sempre /Quase sempre /Com frequência/ Por vezes /Raramente /Nunca)</p>	<p>evito é tomar muitas vezes os medicamentos. (E3)</p> <p>Esquecer, não me esqueci. Posso é não os tomar, por vontade própria. (E4)</p> <p>Nunca me esqueci de tomar. Às vezes, não quero, é tomá-los. (E5)</p> <p>Com frequência. (E6)</p> <p>Já, já me esqueci... às vezes... (E7)</p> <p>Às vezes esquecia-me. (E8)</p>			
<p>Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?</p>	<p>Já, já, já. Mas isso é um erro ... achava que tinha cura... (E1)</p> <p>Sim, já aliviei a carga de medicamentos por me sentir melhor, mas isso dura pouco ... (E2)</p> <p>Já. Já. (E3)</p> <p>Não. (E4)</p> <p>Não. (E5)</p> <p>Sim. (E6)</p> <p>... quando eu deixei de tomar os medicamentos só fazia era rir...(E7)</p> <p>Algumas vezes. (E8)</p>	<p>Abandono por se sentir melhor</p>	<p>Estratégia de autogestão do regime terapêutico</p>	<p>Factores relativos à pessoa</p>
<p>Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?</p>	<p>Não, isso nunca fiz. (E1)</p> <p>Não, não tenho ideias. (E2)</p> <p>Também. Sabe, eu sou um bocado renitente em relação a psiquiatria. (E3)</p> <p>O Zyprexa e o Morfex sim. (E4)</p> <p>Tomar os medicamentos ou não tomar é o mesmo... (E5)</p> <p>Já. (E6)</p> <p>...isso sim. (E7)</p>	<p>Abandono por se sentir pior</p>	<p>Estratégia de autogestão do regime terapêutico</p>	<p>Factores relativos à pessoa</p>

	Assim de repente nunca deixei nenhum. (E8)			
Que efeitos secundários sente com a toma dos medicamentos?	<p>... mais sonolência, ... menos sem acção, quando os medicamentos são fortes. (E1)</p> <p>... alguns dão é a boca seca e o Seroquel dava-me reacções ao nível das articulações e do apetite... (E2)</p> <p>... foi com a Fluoxetina que tive um ataque de pânico, uma crise de ansiedade muito grande. (E3)</p> <p>Boca seca... falar tipo ba ba... leve sonolência ...[quando tomava] Zyprexa e Morfex ... tive vários sinais e hematomas na cabeça. (E4)</p> <p>... quando dão a injeção [depot]... fico com os olhos virados para cima ... parece que estão a querer-me devorar. (E5)</p> <p>Sinto muito sono... mal-estar. (E6)</p> <p>...os intestinos funcionarem mal... muito parada. (E7)</p> <p>... tive diarreias com os medicamentos... (E8)</p>	Efeitos secundários	Efeitos secundários	Factores relativos ao tratamento
Usa alguma substância (álcool, drogas ou tabaco) para tratar ou reduzir os sintomas da sua doença?	<p>... o tabaco, não consigo passar sem ele, e a Coca-Cola para aqueles dias que estou mais assim mole. (E1)</p> <p>... fui sempre de beber álcool. Só que a partir de uma determinada altura ... parei de beber. (E2)</p> <p>Álcool e tabaco. (E3)</p> <p>Bebo... um copinho de vinho tinto... depois do almoço, outro depois do jantar. Um maço de cigarros dá-me para três dias. (E4)</p>	Consumo de substâncias	Consumo de substâncias	Factores relativos à doença

	<p>Às vezes fumo ... gosto de beber ... álcool...quando bebo... não tenho medo de nada ... (E5)</p> <p>Só fumo...um maço por dia. (E6)</p> <p>O tabaco... dois maços por dia... (E7)</p> <p>Só uma vez fumei um cigarro com uma pedra castanha... (E8)</p>			
Há alguma familiar/amigo que o apoie no seu tratamento?	<p>A minha mãe apoia-me sempre... (E1)</p> <p>Não necessitei até agora. (E2)</p> <p>As minhas irmãs ... acham que eu estou assim porque quero. (E3)</p> <p>.... o meu irmão mais novo... o meu sobrinho e a M. [ex-esposa] também já esteve cá antes de ontem. (E4)</p> <p>Não tenho. Sinto-me só. (E5)</p> <p>Não querem saber de mim. (E6)</p> <p>Quem me apoia mais é o meu P. [filho] (E7)</p> <p>Sim. [apoio do marido] (E8)</p>	Apoio da família no tratamento	Suporte sócio-familiar	Factores sociais
Os profissionais de saúde (médico/enfermeiro) têm explicado o seu regime de tratamento de uma maneira que perceba?	<p>... a enfermeira que me deu a injeção, foi a que me falou dos neurónios, que eu não sabia disso... (E1)</p> <p>... já me tem acontecido haver médicos que não entendem a minha doença ... (E2)</p> <p>Não tenho grandes dificuldades em compreender as várias patologias que existem dentro da psiquiatria. (E3)</p> <p>Não, não, não. "Sente-se ali, fique ali, vá par ali... (E4)</p> <p>Percebo. Tenho o folheto ali... (E5)</p>	Explicações sobre o regime terapêutico	Qualidade da comunicação	Factores relativos ao sistema de saúde

	<p>Não. (E6)</p> <p>... os médicos já não sabem mas é o que hão-de fazer comigo. (E7)</p> <p>Alguns explicavam-me e eu também não compreendia muito bem... (E8)</p>			
<p>Acha que os profissionais de saúde compreendem os seus sentimentos ou convicções sobre a sua doença e o seu tratamento?</p>	<p>Têm tido paciência comigo... (E1)</p> <p>... Algumas vezes ... deparei-me com profissionais de saúde que não compreendem minimamente a minha doença... (E2)</p> <p>Este foi o único hospital em que os profissionais de saúde... respondem às nossas perguntas, mostram muito mais preocupação connosco. (E3)</p> <p>Percebe, porque eu andei um ano e tal na H. [consulta privada de psiquiatria]. (E4)</p> <p>Acho que não compreendem ... estão-me a dar tratamento sem necessidade nenhuma... (E5)</p> <p>Acho. (E6)</p> <p>...uma pessoa vai, eles escrevem, não falam. (E7)</p> <p>... Vocês lidam com tanta coisa... que compreendem... os médicos são bons, as enfermeiras são boas... (E8)</p>	<p>Compreensão dos sentimentos do doente</p>	<p>Qualidade da relação</p>	<p>Factores relativos ao sistema de saúde</p>

Anexo 5- Verbatim das entrevistas

Entrevista 1

M- Sabe qual é o seu diagnóstico médico, o seu problema?

E1- Não.

M- Neste momento acha que tem problemas mentais?

E1- Quer dizer, o meu problema é a intoxicação do haxixe e das drogas que tomei e estou debaixo de medicação e tenho que tomar como os médicos mandam, como eles querem, até se acabar a vida porque não tenho outra hipótese, já não tenho cura porque já me disseram isso, que as células já não têm recuperação, muitas delas.

M- Neste momento acha que precisa de ser tratado com medicação para os seus problemas mentais?

E1- Acho e vejo que é mesmo verdade, porque não posso passar sem tomar.

M- Depois de ter alta, acha que precisa de tomar a medicação?

E1- Acho que sim, tenho de estar de acordo com os médicos e estou. Se calhar acontece-me a mesma coisa como aconteceu esta da última vez que cá vim parar.

M- Que consequências sente se outros souberem da sua doença ou do tratamento?

E1- Não sinto problema nenhum. É uma coisa que eu acho normal, porque há muita gente que tem, quer dizer normal não é mas há muita gente que tem, na sociedade toda, acho que eles aceitam bem isso. Caí numa asneira como muitos caíram e não é nenhum problema que perca a dignidade que é mesmo assim, isso é que era pior.

M- Tem conseguido seguir o regime de tratamento indicado (a dieta, a medicação) indicado pelo médico?

E1- Quer dizer, quando vim para aqui, de princípio consegui. Os primeiros anos consegui tal e qual os médicos mandavam.

M- E depois?

E1- Depois comecei a ter problemas de falta de dinheiro porque a reforma dantes, o nível do custo de vida, era muito maior, dava-me para muito mais, dava-me para vir aqui, se fosse preciso mais que uma vez por mês e não tinha problemas. Agora como o sistema financeiro também está melhor também me ajuda melhor.

M- Pelo que percebi, algumas vezes não conseguia seguir o tratamento tal e qual era indicado.

E1- Para vir aqui custa-me também, custa-me sair para longe. Tenho uma perna curta, às vezes também me custa andar sentado. Agora que estou sentado tenho que estar um bocado de lado porque está-me a doer esta parte aqui [mostra a região lombar], não vê? Este músculo sai, e com a costela de cima trilha e faz-me doer.

M- E o que é que isso tem a ver com seguir o regime de tratamento?

E1- Não tem nada, mas custa-me às vezes, torno-me preguiçoso e isto também vale um bocado de vir de lá para aqui e depois tenho que estar muitas horas de pé e tenho que estar deitado. Também tenho preguiça. Em casa também tenho que estar deitado por causa do problema da coluna e tornei-me um bocado preguiçoso, não sei se é dos medicamentos, se é de estar doente. Para mim calculo que seja as três coisas: da coluna, do problema que tenho e do problema em tomar os medicamentos e as vezes torno-me preguiçoso para vir até aqui.

M- Então o que é que limita a sua capacidade de seguir o tratamento?

E1- É a falta que ele me faz.

M- Isso limita-lhe a sua capacidade...o que é que impede de seguir...

E1- Não me impede nada. Às vezes é a preguiça de vir aqui.

M- Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a doença?

E1- Não, porque sabe como é que faço para não me esquecer? Tenho aquilo tudo marcado num papelinho, e depois para não me enganar tiro aquelas peliculazinhas e meto ao lado da televisão, e eu tenho uma gaveta por baixo onde tenho os medicamentos. Quando chega a hora da noite, antes de ir-me deitar, vejo como é que tenho aquilo, se está tudo tomado, posso-me esquecer, às vezes quando estou muito ensonado esquece-me, começo a ficar atrofiado, nas alturas piores, quando saio daqui ou quando ando mais em baixo.

M- Então, algumas vezes esquece-se.

E1- Esqueço-me, quando estou nas alturas piores. Quando andava a tomar poucos medicamentos, andava a tomar o Zyprexa 5 mg e o Akineton estava, ao pé do que estou agora não tem nada a ver. Aí não me esquecia de nada e agora para não me esquecer meto as peliculazinhas como eu lhe chamo ao lado da televisão, nunca falha. E depois, no outro dia de manha tiro, meto para o saquinho e sigo o mesmo regime. Tenho tudo certinho, para não me esquecer.

M- Que efeitos é que sente com a toma dos medicamentos?

E1- Sinto-me assim, quer dizer, normal não me sinto, desde que adoeci. Mas sem os medicamentos sinto-me atrofiado, sinto-me esquecido, sinto-me esgazeado. Mas com os medicamentos sinto-me melhor. E quando é para a redução dos medicamentos começo-me a sentir melhor lentamente. E na altura que eu me senti melhor na vida depois de tomar os medicamentos foi quando tomava o Akineton retard e o Zyprexa 5 mg. A partir daí tive uma recaída, porque já não me lembro como foi, parece que deixei de tomar Zyprexa, porque me faltou, e depois até tinha a mania que as pessoas eram todas da Judiária, depois a Judiaria andava tudo a vender droga, eu estava desgraçado por causa da coluna e de me ter metido na droga, era a GNR que também era da droga e com a droga tinha essa paranóia.

M- Mas efeitos assim mais adversos, que interferissem com a sua vida, os efeitos dos medicamentos não tem sentido, é isso?

E1- Não tenho. Isso só me dá assim mais sonolência, para ficar assim mais, como é que hei-de dizer, menos sem acção, quando os medicamentos são fortes.

M- Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por se sentir melhor?

E1- Já, já, já. Mas isso é um erro que eu já não faço, porque compreendi. Nessa altura achava que tinha cura e não acreditava nos médicos, mas agora reconheço que os médicos têm razão, eles é que estudam e como na minha profissão eles percebem da deles. Sei que com a ajuda deles e dos medicamentos e da medicina avançada, sei que nunca vou chegar a 100%, mas sei que me vou sentir melhor do que aquilo que me sinto hoje, porque hoje estou aqui internado, de hoje para amanhã vai reduzindo e chega a um ponto que me sinto tão bem como já senti. Até quando tomava Akineton retard andava melhor ainda, porque levando as injeções que me dizem também me sinto bem.

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

E1- Não, isso nunca fiz.

M- Tem alguns sintomas da sua doença mesmo quando cumpre o tratamento? Se sente alguma coisa mais grave...

E1- Só a única coisa que eu sinto é às vezes os intestinos, fico um bocado preso, mas isso acho que é da preguiça de às vezes ir à casa de banho e depois custa-me. Mas isso acho que também é por causa da operação aqui às costas, acho que me tiraram os intestinos do lugar e meteram e, às vezes, não sai tudo de uma só vez, tenho que ir várias vezes à casa de banho, mas isso acho que foi por causa da operação. Quanto ao resto, acho que está tudo bem.

M- Neste momento usa alguma substância (álcool, tabaco, drogas) para reduzir os sintomas da doença?

E1- A única droga que eu tomo é a cafeína, mas não tomo isso em café porque eu não gosto de café. Bebo é uma Coca-Cola e o tabaco. As únicas drogas que eu tomo é o tabaco, não consigo passar sem ele, e a Coca-Cola para aqueles dias que estou mais assim mole. De manhã desperta-me um bocadinho, mas não bebo muita, já cheguei a beber aos litros. Já não bebo muita porque faz mal ao estômago e aos intestinos.

M- Tem outros problemas de saúde?

E1- É este da coluna, mais nenhum.

M- Tem alguma dificuldade para pagar os seus tratamentos?

E1- Quer dizer, os tratamentos é de borla, é o Estado que paga tudo. Tenho dificuldade em vir para aqui porque torno-me preguiçoso e por estar habituado em estar sempre em casa, porque eu não saio muito à rua. Se sair um bocado de manhã passa-me o stress e depois volto para casa e só saio se quiser.

M- Tem alguma dificuldade (transporte, distância, etc.) que o impede de ir às consultas ou buscar os medicamentos?

E1- Não, não tenho, porque é barato, é 4 euros e 90 cêntimos. Ainda há bocado falei porque também é preguiça de vir aqui.

M- Há algum familiar ou amigo que o apoie no seu tratamento?

E1- A minha mãe apoia-me sempre, a minha mãe tem-me ajudado sempre. O meu pai também. A minha mãe vem sempre aqui ver-me e as vezes quando eu falto às consultas está-me sempre a dizer para eu vir às consultas, se eu tomo os medicamentos, está sempre a dar em cima de mim. E a minha tia também.

M- Os profissionais de saúde (médico/enfermeiro) têm-lhe explicado de modo que você compreende o seu regime de tratamento?

E1- Têm. A última pessoa que me esclareceu melhor isso foi a enfermeira que me deu a injeção, foi a que me falou dos neurónios, que eu não sabia disso, mas eu já sabia que não tinha cura porque eu às vezes vejo programas científicos, vi uma médica americana estar a dizer acerca da saúde mental, porque ela disse os cientistas andavam a querer descobrir medicamentos para isto, para as pessoa que têm problemas de saúde mental, ou por causas da droga, ou por causas de álcool ou de outros problemas quaisquer, para a pessoa tomar e sentir-se bom, ma que ainda não conseguiram, mas o que conseguem agora à vista de 10 anos atrás não tem nada a ver. Foi isso que me fez alertar para o meu problema que não tem cura.

M- Uma última pergunta. Acha que os profissionais de saúde compreendem os seus sentimentos ou convicções sobre a sua doença e o seu tratamento?

E1- Acho que sim. Eles estudam para isso e entendem. Mas também acho uma coisa, a gente está sempre a aprender e eles também estão sempre a aprender porque isto está sempre a evoluir e quem faz uma revolução é os cientistas, como essa senhora americana e vocês de um modo terapêutico estão sempre em colaboração uns com os outros, cada um no seu lugar e ajudam-nos da melhor maneira que podem. Têm tido paciência comigo, têm-me explicado as coisas, têm-me feito entender, porque há coisas que não entendia e a televisão também tem-me ajudado um bocado. E uma vez um senhor meu amigo também me disse que eu tinha que aprender a viver com a coisa porque senão custava mais. E é o que eu tenho feito com este problema de saúde por causa da droga. Não tenho cura a 100%, mas sei que com os medicamentos fico melhor.

Entrevista 2

M- O Sr. H. acha que tem problemas mentais?

E2- Tenho. Acho que sim.

M- E acha que precisa de ser tratado com medicação para esses problemas?

E2- Sim.

M- E depois de ter alta, acha que precisa de tomar medicação?

E2- Sim, sem dúvida.

M- Sabe qual é o seu problema, o seu diagnóstico?

E2- Portanto, um stress pós-traumático profissional, que remonta ao 25 de Abril e depois às posições que cada um tomou, em que tive um choque tremendo, na medida em que fui saneado de uma empresa após três anos de trabalho contínuo e isso deu-me muitos problemas, a nível individual e a nível social. Depois começou a se manifestar uma depressão muito grande, tinha eu então uns 40 anos, e eu comecei a auxiliar-me da psiquiatria e dos medicamentos da psiquiatria e das conversas que tinha com os médicos para curar-me. Não foi fácil, porque os médicos nem sempre entendiam aquilo que eu queria dizer e também não tinham conhecimento do que é trabalhar numa fábrica em turnos contínuos. Mas depois, a pouco e pouco, fui conseguindo que eles me entendessem e comessem a dar-me medicamentos que foram muito mais eficazes. Posteriormente a isso vim a saber que na nossa tabela nacional de incapacidade consta o stress pós-traumático como doença profissional e eu perante isso dirigi-me ao centro nacional de protecção contra os riscos profissionais em Lisboa e lá comecei a tratar-me, lá continuei o tratamento e a ser avaliado. Fiz 4 blocos de testes psicotécnicos e a única coisa que detecta é a realidade do stress pós-traumático, e no fim atribuíram-me uma incapacidade no departamento de psiquiatria desse centro nacional, deu-me uma incapacidade permanente e parcial para o trabalho de 35%. Isto corresponde a uma determinada pensão líquida e há-de durar enquanto eu for vivo.

M- Olhe, outra questão. Que consequências sente se outros souberem da sua doença ou do tratamento?

E2- Não tenho sentido. Aliás, já senti isso com os vizinhos que tinha e até com outras pessoas, em que me chamavam de forma indirecta “o tontinho”. Portanto já senti discriminação. Mesmo a minha mulher sentiu também essa discriminação.

M- Em relação ao regime de tratamento que os médicos ou outros profissionais de saúde lhe têm indicado ao longo destes anos, tem conseguido seguir esse regime?

E2- Quando trabalhava em turnos era-me difícil cumprir a medicação nas horas que eles me impunham, era muito difícil, mas consegui mais hora menos hora, fui conseguindo sempre tomar a medicação.

M- Além desse aspecto relativo ao trabalho por turnos, havia outros aspectos que limitavam a sua capacidade de seguir o tratamento?

E2- Houve. Houve outro aspecto que me foi pernicioso, o álcool. O álcool está muito aliado ao trabalho por turnos e, no meu caso, eu gostei sempre de um bom copo e de uma boa refeição, com peixe ou carne, fui sempre de beber álcool. Só que a partir de uma determinada altura eu disse mesmo “basta!”, porque eu sentia que me fazia mal e então parei de beber. Hoje não bebo absolutamente nada de álcool.

M- Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

E2- Com frequência.

M- Que efeitos/reacções sente com a toma dos medicamentos? Efeitos secundários?

E2- De uma maneira geral não sinto, porque eu devo ser uma pessoa que resisto muito bem aos efeitos dos medicamentos, porque de uma maneira geral não sinto. Agora, assim de repente, o que eu sinto que alguns dão é a boca seca e este último medicamento, o Seroquel, agora já não me dá reacções secundárias, mas dava-me

reações ao nível das articulações e do apetite e isto é geral, para os antidepressivos em geral.

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

E2- Sim, já aliviei em algumas situações, já aliviei a carga de medicamentos por me sentir melhor, mas isso dura pouco, na medida em que o organismo depois pede novamente a carga dos medicamentos que estava a tomar e eu prefiro, com a idade que tenho, ter um bocadinho de qualidade de vida a durar mais um ano ou dois. Aliás, eu nem sequer quero dizer que os medicamentos sejam perniciosos à saúde de cada um.

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

E2- Não, não tenho ideias.

M- Quando segue o tratamento conforme indicado, tem alguns sintomas da doença?

E2- Depende. Já apanhei médicos que não me receitavam convenientemente. Já me tem acontecido haver médicos que não entendem a minha doença nem sequer a compreendem.

M- Há bocadinho disse-me que consumiu álcool. Tirando isso, utiliza ou tem usado alguma substância (drogas ou tabaco) para tratar ou reduzir os sintomas da sua doença?

E2- Não. Nunca fui agarrado a nenhuma droga, nem sequer ao tabaco.

M- Outros problemas de saúde que o Sr. tenha, tem a dificuldade de visão.

E2- Agora tenho. Tenho dificuldade ao ver ao pé mas isso deve-se à idade.

M- Mas isso não limita o modo do Sr. conseguir gerir o seu regime?

E2- Não, não limita porque eu sem isto (aponta os ósculos) não fico cegueta.

M- Tem alguma dificuldade para pagar os tratamentos?

E2- Tenho, porque há alguns que são bem caros. Agora tenho, exceptuando os medicamentos psiquiátricos que a partir do momento em que eu comecei a receber a pensão pelo stress pós-traumático profissional, para além da pequena pensão que eu recebo, tenho direito a medicamentos grátis, desde que estejam relacionados com a doença. Isso aliviou-me bastante. Portanto, o centro nacional de protecção contra os riscos profissionais paga-me a pensão e paga-me também os medicamentos correspondentes à doença.

M- Tem alguma dificuldade (transporte, distância, etc.) que o impeça de ir às consultas ou buscar os medicamentos?

E2- Não.

M- Tem algum familiar ou amigo que o apoie no seu tratamento?

E2- Não necessito. Não necessitei até agora.

M- Acha que os profissionais de saúde compreendem os seus sentimentos ou as suas convicções sobre a sua doença e tratamento?

E2- Acho que eles não compreendem, ou seja, algumas vezes durante estes 20 anos deparei-me com profissionais de saúde que, de facto, não compreendem minimamente a minha doença e então quando surgiu a questão do stress pós-traumático ainda menos, porque a maioria deles tenho a impressão que nunca leu a tabela nacional de incapacidade. Às vezes até tinha que ser eu a levar-lhes um exemplar que tenho, para eles verem que o stress pós-traumático está lá como doença, e antiga. Começou a ser descrita nos exércitos de Napoleão.

Entrevista 3

M- Neste momento acha que tem problemas mentais?

E3- Eu penso que sim, senão não faria sentido nenhum eu estar aqui.

M- Acha que precisa de ser tratada com medicação?

E3- Acho que sim.

M- Depois de ter alta, acha que precisa tomar medicação para os seus problemas?

E3- Claro que sim. Nem penso estar sem medicação. Acho que ia voltar à estaca zero.

M- Sabe qual é o seu diagnóstico/problema?

E3- Neste momento, não sei o que me diagnosticaram. Já me fizeram vários diagnósticos, desde a bipolaridade às depressões, não sei se psicose, porque eu entrei aqui com visões.

M- O médico ainda não falou consigo?

E3- Ainda não falei com o médico, por acaso estou à espera de falar com a médica para saber.

M- Se outras pessoas souberem da sua doença ou do tratamento, que consequências sente ou tem sentido?

E3- É assim: nem toda a gente vê a psiquiatria como uma coisa muito normal. Ainda há muitos tabus acerca da psiquiatria, “ah, é maluquinho”, e problemas mentais. Poucas pessoas compreendem que a psiquiatria não é nenhum bicho-de-sete-cabeças, é mais uma área da medicina.

M- E no seu dia-a-dia tem sentido na pele, digamos assim, pelo facto de estar a fazer medicação?

E3- Tento não falar muito acerca dos meus problemas. Falo com as pessoas que acho essencial falar e de resto não abordo nada.

M- No dia-a-dia tem conseguido seguir o regime de tratamento indicado (dieta, exercício, medicação) pelo profissional de saúde?

E3- Eu tenho fugido um bocadinho à medicação e acho que foi isso que piorou o meu estado de saúde.

M- Então, do seu ponto de vista, porque é que tem fugido um bocadinho à medicação?

E3- Se calhar vai achar um bocado ridículo, mas é ou porque me engorda muito, ou porque me abre o apetite, ou porque me dá muita sonolência, e eu querer estar mais activa, é mais por aí.

M- Compreendo. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

E3- Esquecer, não me esqueço. Eu evito é tomar muitas vezes os medicamentos, mas já vi que não vou lá sem os medicamentos, não tenho alternativas.

M- Habitualmente não se esquece?

E3- Não.

M- Tem sentido alguns efeitos secundários com a toma dos medicamentos?

E3- Já senti várias vezes alguns efeitos secundários. Eu penso que foi com a Fluoxetina que tive um ataque de pânico, uma crise de ansiedade muito grande.

M- Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se sentir melhor?

E3- Já. Já.

M- E por se ter sentido pior, alguma vez já deixou de os tomar?

E3- Também. Sabe, eu sou um bocado renitente em relação a psiquiatria. Eu sou filha de um psiquiatra que se suicidou e isso para mim, e depois tenho a imagem do meu pai, o suicídio dele, não vejo a psiquiatria assim com muitos bons olhos, se bem que é necessário em certas ocasiões como a esquizofrenia, uma depressão mais profunda.

M- Mesmo quando segue o seu tratamento normal, tem alguns sintomas desse seu problema de saúde?

E3- Às vezes tenho.

M- É capaz de descrever?

E3- Começo a continuar a sentir-me deprimida, a sentir-me triste.

M- Usa alguma substância (álcool, drogas ou tabaco) para tratar ou reduzir os sintomas da sua doença?

E3- Álcool e tabaco. Falando do álcool, porque era uma ajuda, eu ultimamente acordo sempre muito deprimida e quando bebia parecia que ficava mais extrovertida, mais alegre, é aquela falsa alegria que o álcool nos dá.

M- Antes de ser internada actualmente, ainda consumia?

E3- Sim.

M- Tem outros problemas de saúde (e.g. dificuldade de visão)?

E3- Que eu saiba não.

M- Tem algumas dificuldades para pagar os seus tratamentos?

E3- Tenho. Não tenho dinheiro absolutamente nenhum para pagar os tratamentos, porque não recebo de parte alguma e muitas vezes é muito complicado pagar os tratamentos e estou muito zangada com as assistentes sociais porque sabem que eu tenho que tomar a medicação mas também não me dão qualquer tipo de apoio. Obrigam-me a tomar a medicação e não me dão um tostão para comprar a medicação. Eu não tenho apoio nenhum para comprar a medicação.

M- Não tem ninguém que a apoie neste momento?

E3- Na medicação não. Já cheguei mesmo a ter que pedir para comprar a medicação, a pessoas conhecidas ou mesmo na rua, cheguei a pedir, a dizer que era para o autocarro e não era, era para comprar a medicação.

M- Não tem ninguém na família que a apoie?

E3- As minhas irmãs não falam comigo porque não compreendem a minha patologia, a minha doença, acham que eu estou assim porque quero.

M- Tem dificuldades com transportes para consultas ou para buscar os medicamentos?

E3- Não. Há bastantes farmácias aqui em Setúbal.

M- Os profissionais de saúde (médico/enfermeiro) explicaram-lhe, ao longo dos diversos internamentos, de modo acessível o seu regime de tratamento?

E3- Já. Eu também estou habituada a lidar com a psiquiatria desde muito nova. Não tenho grandes dificuldades em compreender as várias patologias que existem dentro da psiquiatria.

M- Uma última questão. Acha que os profissionais de saúde têm compreendido os seus sentimentos ou convicções sobre a sua doença e o seu tratamento?

E3- Eu digo-lhe uma coisa. Este foi o único hospital em que eu vejo que os profissionais de saúde colaboram mais com os utentes. Nem no hospital Miguel Bombarda nem no Júlio de Matos vi o que vejo aqui neste hospital. Acho que tem muito mais capacidade aqui neste hospital. Não é por estar aqui, não é por estar a falar consigo, não tem nada a ver, mas é a primeira vez que eu vejo um bocadinho de compreensão. Colaboram muito mais, respondem às nossas perguntas, mostram muito mais preocupação connosco.

M- Noutros contextos onde tem passado não tem sentido que os profissionais a compreendem?

E3- Não, não, não. Não sei se é por serem mais movimentados e não terem tanto tempo.

Entrevista 4

M- Neste momento acha que tem problemas mentais?

E4- Tenho problemas mentais.

M- Acha que precisa de ser tratado com medicação para os seus problemas mentais?

E4- Acho que preciso de ser tratado com medicação.

M- Depois de ter alta acha que precisa de tomar medicação para esses problemas?

E4- Sim, porque isto é uma doença que vai comigo até ao fim da minha vida.

M- Nesse caso, sabe qual é o seu diagnóstico ou esse problema mental?

E4- Sei. Sei que em qualquer altura poderei incorrer no mesmo erro.

M- E para si, qual é o seu problema?

E4- Ciúme!

M- Quer explicar um pouco melhor?

E4- A minha ex-esposa, assim que eu a vejo, moramos relativamente perto, eu quero ser amigo dela, mas ainda sinto um “Baco” no coração [labilidade emocional] porque é a mãe dos meus filhos. Tenho um que faz 31, nasceu a 19 do 9 de 79 e tenho outro mais novo que tem 25, faz 26, nasceu a 18 de Novembro, cinco anos depois, em 84.

[silêncio...]

M- Quer dizer mais alguma coisa sobre isso?

E4- Neste momento não. Até porque eu vou sair daquela zona da U., vou algures, não digo parte incerta, mas tipo Aires, tipo Palmela, tipo Montalvão. Agora, ali dentro

daquele perímetro da praceta F. P., onde a senhora minha ex-esposa tem residência, porque eu prescindi da venda da casa e ir para o não litigioso, só que recebi tornas.

M- E que é que isso tem a ver com o ciúme e com o seu problema de saúde mental?

E4- Ah! Parvoíce da minha parte, parvoíce da minha parte. Ela diz que não tem ninguém, mas é perfeitamente normal olhar para alguém, por que não? Nós também não olhamos para senhoras acompanhadas por senhores e isso não leva nada de mal ao mundo.

M- Então está a querer dizer-me que o seu problema de saúde tem a ver com o ciúme?

E4- Sim, em parte.

M- E a outra parte?

E4- Não vejo.

M- Outra questão. Se outras pessoas souberem do seu tratamento ou da sua doença que consequências é que o senhor sente?

E4- Nenhumas. Ignoro-as.

M- Tem conseguido seguir ou cumprir o regime de tratamento indicado pelos profissionais de saúde?

E4- Não. Faço medicação três dias e interrompo, faço medicação três dias e interrompo.

M- Ok. Então na sua opinião o que é que limita a sua capacidade de cumprir esse regime?

E4- Olhe, boca seca, beber muita água, falar tipo ba ba ba ba ba...

M- Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos?

E4- Esquecer não me esqueci, posso é não os tomar por vontade própria.

M- Então, para além destes efeitos secundários que acabou de referir, que outros efeitos sente ou tem sentido com a toma dos medicamentos?

E4- Com estes, ao levantar, dá-me uma leve sonolência, mas depois debaixo de um duchezinho de água morna, que eu não me dou bem com muito calor nem com muito frio, acordo.

M- Está a falar dos medicamentos que está a tomar aqui. E lá em casa, que efeitos secundários sentia?

E4- Não. Não, porque nesta actual casa onde resido como arrendamento, não tomava ainda estes actuais medicamentos. Eu, quando saí daqui há cinco anos, eu era atendido pela Dra. A.R., e então essa senhora é que me receitou o Zyprexa, mais não sei quê e o Morfex. Isso aí é que eu dava três passos, parti uma porta, parti outra porta e tive vários sinais e hematomas na cabeça (aponta para a testa) e então esses medicamentos recusei-me a tomar.

M- Olhe, alguma vez deixou de tomar os medicamentos por se ter sentido melhor?

E4- Não. Eu só deixava de tomar porque entendia que aqueles do Zyprexa, e não sei quê e o Morfex, não me estavam a fazer nada. Disseram-me: "ah, isso é falta de habituação". Pode ser que sim, pode ser que não.

M- E então, alguma vez deixou de tomar os medicamentos por se sentir pior?

E4 - Os primeiros sim. O Zyprexa e o Morfex sim.

M- Outra pergunta. Mesmo quando cumpre o seu tratamento continua a ter sintomas?

E4- Actualmente?

M- Sim.

E4- Levanto-me e ainda tenho um leve desequilíbrio mas nada comparado com o Zyprexa e o Morfex. É uma coisa mais ligeira.

M- Usa ou usou alguma substância (álcool, drogas tabaco) para tratar ou diminuir os sintomas da doença?

E4- Não. Bebo à refeição um copinho de vinho tinto, um depois do almoço, outro depois do jantar. Só vinho tinto, eu não bebo brancos, nem bagaço nem bagaceiras, cerveja muito menos.

M- Drogas?

E4- A minha droga é o maço de cigarros.

M- Fuma quantos?

E4- Um maço de cigarros dá-me para três dias.

M- Tem outros problemas de saúde que possam diminuir a capacidade de cumprir o regime de tratamento?

E4- Tenho. Eu tenho um problema pulmonar. Estou a ser acompanhado pela Dra., Exma. senhora Dra. I.F., pneumologista. Eu na fábrica, há um determinado produto, sendo eu a encher, que eu já sou antigo na fábrica, nas tintas em pele, mesmo com máscara e tudo possível e imaginário, aquilo deita uma coisa e a inalação daquilo faz-me mal e eu já por duas vezes vi a porta aberta e à terceira vez, felizmente, felizmente, essa senhora Dra. I.F. atendeu-me, tive uma hora mais ou menos a inspirar oxigénio com máscara e mandou-me ir a pneumologia fazer exame. Esse exame foi feito, um quando se desde o Dufa, que é uma cama, e a gente está na cama e passa uma coisa; não foi detectado nada de especial. E mandou-me fazer outro exame em Entrecampos, Lisboa, um médico qualquer, num 4º andar (tudo a expensas minhas), em que eu estava dentro de uma cabine, "inspire" [faz o movimento inspiratório], "expire" [faz o movimento expiratório]. A pleura tem uma infecção.

M- Ok. E esse problema da sua pleura afecta a sua capacidade de você conseguir cumprir o tratamento psiquiátrico?

E4- Não. Afecta a capacidade de falta de oxigénio no sangue.

M- Tem alguma dificuldade para pagar os seus tratamentos?

E4- Nenhuma. Tenho dinheiro suficiente na conta, que eu jogo com o dinheiro das tornas e tenho mil trezentos e qualquer coisa todos os meses e neste momento posso dizer que tenho dezanove mil, quase vinte mil euros.

M- Há algum familiar ou amigo que o apoie no seu tratamento?

E4- Não. Só teve cá ontem o meu irmão mais novo, mais o meu sobrinho.

M- Essas pessoa apoiam-no?

E4- Apoiam e a M. (ex-esposa) também já esteve cá antes de ontem.

M- Tem alguma dificuldade, de transporte ou de distância que o impeça de ir às consultas ou de ir buscar os medicamentos?

E4- Não. Eu tenho um Seat Ibiza, que está aqui junto ao serviço de dar sangue.

M- Portanto não tem dificuldade nenhuma?

E4- Não tenho dificuldade nenhuma. Não vou depressa, vou devagar, mas...

M- Portanto nada o impede de ir à consulta ou de ir à farmácia...

E4- Nada, nada, nada.

M- Os profissionais de saúde, médicos ou enfermeiros, têm-lhe explicado o seu regime de tratamento de uma maneira que o senhor perceba?

E4- Eu tenho um bocadinho de razão de queixa do Dr. R.G. e do enfermeiro que na altura espetou uma agulha tipo estar a espetar num boi ou numa vaca, mas não vou fazer participação. Palavra de homem, eu não vou fazer participação nem do Dr. R.G. nem desse enfermeiro.

M- Mas acha que eles têm-lhe explicado de modo...

E4- Não, não, não. "Sente-se ali, fique ali, vá par ali, tra-la-rá..."

M- Finalmente, uma última pergunta. Acha que os profissionais de saúde com quem tem contactado compreendem os seus sentimentos ou as suas convicções sobre a sua doença e o seu tratamento?

E4- Eu não falo com eles. Não falo. Com o Dr. R.G. falei em tempos que ele esteve a fazer a substituição da Dra. M...

M- Então, por exemplo, essa médica, acha que ela percebe os seus...

E4- Percebe. Percebe porque eu andei um ano e tal na Hospor.

M- E os outros médicos?

E4- Não andei em mais médico nenhum. Só tive esta médica. E eu na segunda-feira era para ter consulta com ela e ela mandou-me tirar análises, só que mandou para o Dr. R.G., para a psiquiatria. O que é que a psiquiatria tem a ver com a análise? E então como estava um jovem que está aí, com o internamento compulsivo, o Dr. R.G., G. ou R., disse a um guarda que eu não podia sair dali do átrio de psiquiatria, porque se saísse dali a policia ia-me buscar e eu não saí dali. Estive até às quatro e tal da tarde.

M- Portanto, tirando a Dra. M., mais ninguém compreende os seus sentimentos sobre a sua doença, é isso que me quer dizer?

E4- O Dr. R.G. também tem, ele diz que não me conhece, mas, a não ser que ele tenha um irmão gémeo.

Entrevista 5

M- Neste momento, acha que tem problemas mentais?

E5- Eu acho que não tenho.

M- Acha que precisa de ser tratada com medicação?

E5- Eu acho que não preciso de ser tratada com medicação.

M- E depois de ter alta, quando for para casa, acha que precisa de tomar medicação?

E5- Acho que não preciso de tomar medicação, mas tenho que a fazer.

M- Sabe qual é o seu problema, o diagnóstico?

E5- Dizem que é esquizofrenia, mas eu não sinto que seja.

M- Se outras pessoas, familiares, amigos ou vizinhos, souberem do seu problema ou dos tratamentos que está a fazer, que consequências é que a senhora sente?

E5- Não entendi bem o que quer perguntar-me...

M- O que é que a dona G. sente se outras pessoas souberem que anda a fazer tratamento psiquiátrico?

E5- Eles acham que eu preciso tratamento. Eu acho que não preciso.

M- E o que é que sente se as outras pessoas souberem que tem um problema?

E5- Normalmente pensam que o problema que eu tenho, portanto eu falo com poucas pessoas, quase que estou o dia inteiro em casa, não falo com ninguém e as pessoas quando vêm ao pé de mim, às vezes perguntam: "como é que ela está, está melhor?" e eu não gosto de ver essa pergunta.

M- Sente o quê, então?

E5- Sinto que estou bem e as pessoas estão a pensar que eu não estou.

M- Ao longo destes anos que anda a fazer tratamento, tem conseguido seguir o regime que foi indicado?

E5- Nunca, nunca. Pronto deixo sempre de fazer o tratamento.

M- Então, o que é que...

E5- E às vezes sinto-me, pronto, quando é diferente, para os nervos, é que eu entendo que devia ser mais diferente para os nervos. Esquizofrenia e essas coisas assim, porque eu sou uma pessoa que sou muito calma, mas em coisas pequenas preocupo-me muito, levo a coisa, uma coisa que pode ser pequenina, assim deste tamanho (faz gesto com a mão), eu faço logo do tamanho de um braço, exagero um bocadinho na dimensão das coisas.

M- Então, deixe-me perguntar de outra maneira. Disse-me que nunca faz o tratamento sempre, não é?

E5- Às vezes, fico fazendo e depois desisto.

M- Então o que é que acha que limita essa capacidade de seguir o tratamento?

E5- Porque eu sinto que não preciso de fazer tratamento. Eu sei que estão-me a fazer sofrer e depois entendo que não preciso de tratamento e as pessoas concordam que eu tenho que fazer tratamento, "está melhor?" e eu não gosto de ver essa pergunta, porque eu sei que estão-me a fazer sofrer e acho que não preciso de tratamento. Mas às vezes, para dormir, necessito de alguma coisa para dormir, porque às vezes não consigo dormir, quero dormir e não consigo dormir, fico com insónias e com uma coisa pequenina, como eu digo, faço do tamanho de uma braço, uma coisa pequenina e eu exagero logo. Há coisas que não são, às vezes coisas que eu digo são como eu digo, e há coisas que eu digo que não são como eu digo.

M- Ao longo deste tempo, alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a doença?

E5 - Nunca me esqueci de tomar. Às vezes não quero é tomá-los.

M- Que efeitos secundários sente quando toma os medicamentos?

E5- Não gosto dos químicos. Eu vou pelos produtos naturais. Ia sempre à ervanária, aos produtos naturais que não prejudicam a saúde, e querem que eu tome os químicos. Eu já fui mais que uma vez e dei-me bem com a ervanária. São medicamentos para dormir, para a colite, para os nervos e eu dei-me bem com o tratamento. Comecei a dormir, comecei a comer, aumentei de peso, estabeleci, com os produtos naturais. Eu zelo pela minha saúde, porque a gente sabe que há pessoas que não se importam de tomar químicos, faça mal que não faça mal não se importam, eles não ligam à saúde. É como a comida também, às vezes comem tudo o que lhe apetece, coisas embaladas, enlatadas, não sei quê, e tudo coisas que prejudicam a nossa saúde. E eu vou sempre pelas coisas naturais.

M- Mas houve algum momento em que tomou os químicos receitados....

E5- Tomei. Tenho tomado.

M- E quando tomou, o que é que sentiu?

E5- Sinto-me sempre... só para dormir é que eu sinto algum efeito,

M- Mas quando eu digo efeitos secundários, percebe o que quero dizer?

E5- Quando estou aqui, tenho estado mais calma e tenho estado a dormir.

M- Mas lá em casa, quando os tomava, sentia algumas coisas menos boas por causa deles?

E5- Não sinto nada. Só quando dão a injeção (refere-se ao depot) é que eu fico com os

olhos virados para cima, fico num aperto tão grande, tão grande, parece que estão a querer-me devorar. Sinto-me muito mal com a injeção. Tomo os químicos tomo, mas a injeção é que não vou por causa disso.

M- Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por se ter sentido melhor?

E5- Não.

M-E alguma vez deixou de tomar os medicamentos, após se ter sentido pior?

E5 - Tomar os medicamentos ou não tomar é o mesmo sistema. Só com estes medicamentos para os nervos, é que noto alguma diferença. Sinto-me mais calma.

M- Mesmo quando tomava os medicamentos, sentia alguns sintomas, algumas coisas diferentes?

E5- Com a injeção fico a tremer, e volta-me os olhos e fico numa ansiedade tão grande que só a pessoa que sente é que sabe o que é que sente. Sinto-me num desespero, que não sei, sinto uma coisa que me quer devorar.

M- Olhe, em termos de substâncias, tabaco...

E5- Às vezes fumo, mas se não fumar não faz falta nenhuma. Não tenho vícios de tabaco, café...

M- Álcool...?

E5- Álcool, gosto de beber um bocado o álcool. Sinto-me, quando bebo, sinto-me... não tenho medo de nada, sinto um bem-estar, que eu não bebo para me embriagar, mas fica sempre assim na cabeça...

M- Mas costuma beber ou já bebeu para controlar um bocadinho esse nervosismo que diz que sente?

E5- Sim, gosto de beber. Tabaco nem por isso...

M- Era mais o álcool....

E5- É mais o álcool.

M- Olhe, outros problemas de saúde que tenha que possam, de certa forma...

E5- Pois, eu tenho uma colite, por isso às vezes eu estou... Falei com o médico no outro dia, enervei-me com o médico, porque eu tenho uma colite ulcerosa e eu falei com o tribunal para poder ser internada, porque tenho que estar a fazer o sumo, porque eu tenho um grande desgaste já há muitos anos e às vezes fazem-me aparecer a doença com certos medicamentos, e eu não posso ser internada e agora estou aqui tomando os comprimidos para a colite e eu falei que não posso com os medicamentos, porque certos medicamentos fazem mal à colite. Tem que ser medicamentos que não façam mal e então ia mais pela ervanária, e agora estou a fazer um sumo que eu tirei de um livro de produtos naturais e o sumo ajuda a manter a flora do intestino, a ter aquele equilíbrio, sempre. Tenho que tomar àquilo todos os dias como se fosse um medicamento, e então muitos medicamentos não posso tomar por causa da colite.

M- Tem alguma dificuldade para pagar os tratamentos?

E5- Não. Os tratamentos aqui não pago nada e quando vou levantar as receitas pago, às vezes, cinco euros, às vezes, não pago nada.

M- Há algum familiar ou amigo que a tenha ajudado nos seus tratamentos?

E5- Não têm ajudado nada.

M- Não tem ninguém que a apoie?

E5- Não tenho. Sinto-me só. É por isso, por me sentir só, que de vez em quando pegam em mim e vêm trazer-me para cá. Porque se eu tivesse pessoas de família, pessoas que soubessem falar, diziam assim: "por que é que se estão a meter com ela, estão a fazê-la

sofrer, e depois querem-na internar”.

M- Portanto, o que me está a querer dizer é que não tem apoio de ninguém.

E5- Apoio de ninguém.

M- Outra coisa. Tem alguma dificuldade, seja por causa de transporte ou pela distância que a impeça de ir às consultas ou de ir buscar os medicamentos?

E5- Não. As consultas era para ir duas vezes por mês, conforme, era sempre vista pelo médico para me avaliar como é que eu estou.

M- Não tem dificuldade para ir à consulta?

E5- Não tenho dificuldade de ir à consulta. Eu é que desisto, não quero ir.

M- A mesma coisa em relação à farmácia, também não tem dificuldades?

E5- Também não tenho. É como eu disse, sou um pouco alérgica aos medicamentos químicos.

M- Os médicos ou os enfermeiros têm explicado o regime de tratamento de uma maneira que percebe?

E5- Percebo. Tenho o folheto ali, tomo ao almoço, pequeno-almoço, o jantar...

M- Acha que lhe explicam de uma maneira acessível?

E5- Sim.

M- E acha que eles compreendem os seus sentimentos...

E5- Acho que não compreendem. Às vezes quero falar com o médico aquilo que eu sinto... como é que é, para a esquizofrenia; esquizofrenia é a gente diz coisas que não

são ou pensa coisas que não são, e eu quero mais, portanto, para os nervos, para descansar, para dormir, coisas que não façam mal ao intestino. Se me derem esses medicamentos para eu cá andar mais calma, para não pensar tanto nas coisas, que às vezes que me têm feito sofrer muito, penso muito nas coisas. E como fui lá ao Dr. B, eu disse mesmo a ele: “eu tenho mais é à base de nervos, não é à base de esquizofrenia”. Porque por vezes estou lá em casa, falo sozinha, e a minha mãe diz assim: "tu não estás bem, estás pior, vêm-te buscar". Porque estão-me a fazer sofrer de tal maneira que, às vezes, falo sozinha para desabafar, e, depois, quando eu falo, pensam que eu não estou bem.

M- Acha que os profissionais de saúde, em relação às suas convicções sobre o seu problema e os tratamentos que faz, acha que eles percebem?

E5- Acho que não percebem. Às vezes quero explicar, estão-me a dar tratamento sem necessidade nenhuma... agora com os comprimidos para dormir andava mais calma.

Entrevista 6

M- Neste momento acha que tem problemas mentais?

E6- Acho que sim.

M- E acha que precisa de ser tratada com medicamentos?

E6- Acho que sim. Sem os medicamentos fico doente.

M- Depois de ter alta, acha que precisa de tomar a medicação para esses problemas?

E6- Preciso.

M- Sabe qual é o seu problema mental?

E6- Não.

M- Se outras pessoas souberem do seu problema, da sua doença, ou do tratamento que está a fazer, o que é que sente?

E6- Elas às vezes pensam que eu sou maluca.

M- E o que é que sente em relação a isso?

E6- Sinto-me mal.

M- Mal como?

E6- Não sei explicar.

M- Tem conseguido cumprir ou seguir o tratamento?

E6- Tenho.

M- Não há nada que tenha diminuído a sua capacidade de cumprir o tratamento?

E6- Não.

M- Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

E- Esqueci-me. Tentei-me matar.

M- A pergunta é: se alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos: sempre, quase sempre, com frequência, por vezes, raramente? Qual destas é que diria?

E6- Com frequência.

M- Quando toma os medicamentos que efeitos menos bons, secundários, sente com os medicamentos? Se sente alguns?

E6- Sinto muito sono.

M- Sente mais alguma coisa, sem ser o sono?

E6- Sinto mal-estar.

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

E6- Sim. Houve uma vez que estive na casa de uma amiga da minha mãe, deixei de tomar os medicamentos e melhorei. E tive lá dois anos; ela tratava de mim.

M- A pergunta é: alguma vez deixou de tomar os medicamentos por se ter sentido melhor? Sentiu-se melhor e então deixou de tomar os medicamentos. Alguma vez aconteceu isso?

E6- Sim.

M- E alguma vez deixou de tomar os medicamentos por se ter sentido pior? Sentia-se pior e então deixou de tomar os medicamentos. Já lhe aconteceu?

E6- Já.

M- Mesmo quando cumpre o seu tratamento tem alguns sintomas da doença?

E6- Não sei.

M- Não sabe se, quando cumpre o tratamento, se sente alguma coisa de anormal?

E6- Quando tomo os medicamentos?

M- Sim.

E6- Sinto-me bem. Tenho é muitas dores de cabeça.

M- E acha que isso é dos medicamentos que toma?

E6- Não sei.

M- Usa ou usou alguma substancia (ou álcool, ou drogas ou tabaco)...?

E6- Não. Só fumo.

M- Quanto é que fuma, mais ou menos?

E6- Dantes estava a fumar dois maços. Agora estou a fumar um maço por dia.

M- Tem outros problemas de saúde que possam diminuir a sua capacidade de cumprir o tratamento?

E6- Não, não tenho.

M- Tem falta de vista?

E6- Parece que tenho.

M- A falta de vista afecta-lhe...

E6- Esta parte aqui (aponta a região frontal) apanha-me aqui os olhos.

M- Mas consegue ver o tratamento que faz, consegue ver nas caixas dos medicamentos?

E6- Só em letras grandes. Os das letras pequeninas não consigo.

M- E como é que faz nesse caso?

E6- Não vejo.

M- Quem é que prepara então os medicamentos?

E6- É o meu marido.

M- E sem ser isso, o resto é a A.L. que prepara?

E6- É.

M- Tem alguma dificuldade para pagar os seus tratamentos? Estou a falar em termos de dinheiro. Tem dificuldades para pagar os tratamentos ou não tem?

E6- Não sei. Isso é coisas com a minha mãe e com o meu marido.

M- Eles é que compram?

E6- Sim.

M- Há alguma pessoa que a apoia, a si, no seu tratamento?

E6- Ninguém.

M- Nem ninguém da família?

E6- Ninguém. Abandonaram-me. Ninguém vem ao hospital. Não querem saber de mim.

M- Olhe, e tem algumas dificuldades, de transporte ou de distância, que a impedem de ir à consulta ou de ir à farmácia?

E6- Não.

M- Consegue ir facilmente?

E6- Da minha casa é muito longe.

M- E como é que faz? Vai como?

E6- Tenho que ir a pé.

M- E a consulta é onde?

E6- Não, a farmácia a minha casa é muito longe. A consulta é aqui em Setúbal.

M- E tanto uma coisa como outra é difícil para si, é isso?

E6- É.

M- Como é que costuma vir?

E6- De camioneta, quando vou para o Centro [refere-se ao hospital de dia, a funcionar na Unidade de Doentes de Evolução Prolongada]. Apanhava a de Palmela e depois apanhava para a Volta da Pedra.

M- Olhe, os médicos ou os enfermeiros têm-lhe explicado os seus tratamentos de uma

maneira que você consegue perceber?

E6- Não.

M- Não explicam? O que acha que falta?

E6- Não sei.

M- E acha que eles compreendem os seus sentimentos e aquilo que pensa, as suas crenças, em relação à sua doença?

E6- Acho.

M- E acha que eles compreendem os seus sentimentos em relação ao tratamento?

E6- Ontem senti-me mal e eles deram-me um comprimido para a falta de ar.

M- Aqui no hospital?

E6- Sim.

M- E quando vem às consultas, acha que eles a compreendem?

E6- Sim. Gostava era de arranjar cá uma casinha.

M- Aqui em Setúbal, não era? Ficava mais perto da...

E6- Eu não gosto onde moro.

M- É no campo, não é?

E6- É. Aquilo é muito sossegado.

Entrevista 7

M- Neste momento acha que tem problemas de saúde mental?

E7- Não. Quer dizer, se me fizerem muito barulho, não sei, doença mental, acho que não tenho, acho que não tenho.

M- Neste momento acha que precisa de ser tratada com medicação para o seu problema?

E7- É o melhor, porque senão vai parar tudo na mesma. Eu moro ao pé de ciganos, se não são os ciganos são os vizinhos da frente que vêm para o meu lado, do outro lado é os carros a passarem. Não tenho saída, tem que ser com comprimidos. Só se eu me meter num avião e voasse por aí fora.

M- E depois de ter alta, acha que precisa de tomar a medicação?

E7- Pois, tenho que a tomar [silêncio] e às vezes largo a medicação, às vezes largo-a. Quer dizer, quando me sinto assim muito encharcada em medicamentos, muito encharcada em medicamentos, agora vou parar um bocadinho para ver o que é isto faz e depois estou um bocadinho parada, sem os tomar.

M- Sabe qual é o seu diagnóstico médico?

E7- O Dr. R. parece que me disse que era, ai, daquela doença bipolar, mas eu cá para mim acho que a minha doença é mas é dos nervos, dos nervos que eu tenho, dos nervos que eu apanho de me entrarem à porta às tantas da noite e uma pessoa querer dormir e não poder, que é isto? E falarem em voz alta, e os meus filhos falarem em voz alta, mas o que é isto? A entrarem-me lá à uma e tal da manhã, é a V. com o namorado, mas eles não fazem muito barulho, é mais baixinho, mais baixinho...

M- Olhe, se outras pessoas souberem do seu problema ou do seu tratamento psiquiátrico, o que é que sente?

E7- Então já me chamam C. maluca, toda a gente se mete comigo, os miúdos pequeninos metem-se comigo, os ciganos...

M- E a si o que é que isso lhe provoca?

E7- Eu por mim passo e já não digo nada, passo e já não digo nada, eu quero lá saber já. Mas uma pessoa às vezes tem medo de sair à rua, que me façam mal.

M- Há pouco falou-me que às vezes parava os medicamentos, portanto nem sempre consegue seguir o regime que o médico lhe diz. Nem sempre consegue fazer isso, não é verdade?

E7- Pois.

M- O que acha que impede de seguir o regime de tratamento, o que é que a limita, que razões é que a levam a não cumprir o tratamento?

E7- [silêncio]. Parece que ando mais calma, parece que ouço menos barulho, menos barulho, dá-me impressão, costuma-se dizer quando a esmola é pobre, o pobre desconfia, quando a esmola é grande o pobre desconfia e eu acho que a vizinhança sabe que eu tenho um problema dentro de casa e ainda fazem pior, elas sabem que eu agora estou com um problema em casa, ainda fazem pior.

M- Então o que acha que a leva a não conseguir cumprir o regime de tratamento?

E7- [silêncio]. Deixar de tomar a medicação, fazer a vida como os outros fazem.

M- Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos?

E7- Já. Já me esqueci.

M- Com frequência, por vezes....

E7- Quando eu andava a tomar a injeção de 15 em 15 dias, não tomava os

medicamentos, não comia, saía para a rua, ia-me embora, "ah, eu tenho que ir à injeção, eu vou já de qualquer maneira, vou vestir, tenho que ir apanhar a camioneta, vou a um café, bebo um café e pronto, chegava lá era um desastre, a chorar, a chorar."Então mas o que é que tu tens? Não tomaste o pequeno-almoço?"- " Não, eu não tomei o pequeno-almoço, vim só apanhar a injeção".

M- Quer dizer, esquecia-se muitas vezes de tomar os medicamentos ou não? Com frequência?

E7- Não, não era com muita frequência, mas às vezes, não era sempre, era mais quando tinha que levar a injeção, quando eu andava a levar a injeção eu andava mais, como é que hei-de dizer, não gosto de levar injeções, gostava de ter uma vida mais calma.

M- Olhe, que efeitos secundários, indesejáveis, sentia com a toma dos medicamentos?

E7- É mais aqui na barriga... os intestinos funcionarem mal.

M- E mais, outras queixas que tivesse? Era mais a prisão de ventre?

E7- Sim. Andava calminha... ah, e outras coisas, muito parada.

M- Olhe, alguma vez deixou de tomar os medicamentos por se ter sentido melhor?

E7- Aconteceu-me quando eu deixei de tomar os medicamentos só fazia era rir, não parava de rir. Cheguei a ir na rua sozinha e dar-me vontade de rir.

M- E sentia-se melhor nessa altura?

E7- Eu sei lá... eu dizia: “qualquer dia estou mas é passada da minha cabeça”.

M- Olhe, alguma vez deixou de tomar os medicamentos, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

E7- Ah, isso sim. Isso foi verdade. Quando uma vez tomei Risperidona com o Seroquel

não tinha força nas pernas, no outro dia de manhã, para tomar banho, eu dizia que morria, e para me limpar... muito tempo, muito tempo. Tanto que eu disse: “não vou tomar a Risperidona e o Seroquel”.

M- Mesmo quando cumpria o tratamento sentia algum desses problemas, algumas queixas? Houve fases em que cumpria bem o tratamento, não falhava ou sempre falhou?

E7- Não. Eu sempre fui uma pessoa alegre, sempre fui uma pessoa alegre, só que agora não consigo rir... mais uma pessoa para o positivo, e agora estou muito negativa, sinto-me negativa.

M-- Usa ou usou alguma substância (álcool, drogas ou tabaco) para ajudar a tratar o seu problema?

E7- O tabaco. Ultimamente já comprava dois maços por dia, um para o dia e outro para ter durante a noite. Para não me deixar dormir fumava, fumava e bebia cafés.

M- Tem alguns problemas de saúde que possam diminuir a sua capacidade de cumprir o regime de tratamento? Por exemplo, falta de vista.

E7. Não, assim o coração [aperta as mãos contra o peito], às vezes o ar parece que não me chega ao coração...

M- E isso impede-a de...

E7- Mas eu acho que é de tanto fumar.

M- Acha que isso impede-a de tomar a medicação?

E7- E depois quando eu me sentia assim, o meu P. era assim: " mãe, o ar não chega ao coração, o ar chega aos pulmões, isso é a ansiedade, então vai tomar um Diazepam". Passado um bocadinho já estava um bocadinho melhor.

M- Como é que faz para tomar a medicação?

E7- Já sei tudo de cor.

M- E vê bem? Não tem problemas de vista?

E7- Não.

M- Tem alguma dificuldade económica para pagar os tratamentos?

E7- Não, porque são grátis.

M- Há algum familiar ou amigo que a ajude no seu tratamento, que a apoie?

E7- Quem me apoia mais é o meu P., "Mãe toma os tratamentos..."; a minha filha: "mãe não deixes de tomar os tratamentos, agora andas bem" e o meu outro filho, o S.: " tu andas bem, mãe, tu saíste agora do hospital, não deixes de tomar os tratamentos", mas eu sinto-me toda inchada, não sei como é que eu já estou. Será de eu não me mexer, será do quê?

M- Tem alguma dificuldade em termos de transporte, distância, que a impeça de ir à consulta ou de ir à farmácia comprar os medicamentos?

E7- Não. Vou de camioneta e a farmácia é ao pé de mim.

M- Os profissionais de saúde, médicos enfermeiros, assistentes sociais têm-lhe explicado o regime de tratamento de uma maneira que você percebe?

E7- Eu não estou bem a perceber a pergunta.

M- Se os profissionais de saúde lhe explicam como é que há-de fazer em relação à medicação de uma maneira que você percebe bem.

E7-Eu às vezes com a consulta do VS, o ano passado, por exemplo, eu estive muito mal, eu não dormia, eu passava aqui o dia todo nas urgências. Ou era o Dr. R. ou era o Dr. G., pedia para me internarem e houve uma senhora que me disse assim:"porque é que

não vais ao teu médico e pedes para te dar um sedativo para tu dormires?". Então lá fui falar com o Dr. VS e ele passou-me um sedativo qualquer.

M- E ele explicou-lhe bem...

E7-Tomava isso junto com o comprimidozinho amarelo, o ADT, era metade do Seroquel. E eu era seis da noite, o ano passado em pleno Verão já estava deitada, a ver se dormia, pois eu não conseguia dormir.

M- Então, resumindo, acha que eles explicam de uma maneira que percebe ou não? Ou às vezes acha que não explicam como deve ser?

E7-Às vezes, eu digo assim: "meu Deus, acho que os médicos já não sabem mas é o que hão-de fazer comigo".

M- Um última pergunta. Acha que os profissionais de saúde compreendem os seus sentimentos ou as suas convicções sobre a sua doença e o seu tratamento?

E7- Não sei, não sei. Parece que uma pessoa vai, eles escrevem, não falam. O Dr. VS é mais de falar, fala com a gente. Já o Dr. P., esse era mais calado, não dizia nada. Como é que ele conseguia saber da minha doença sem falar comigo, só a escrever?

Entrevista 8

M- Neste momento acha que tem problemas de saúde mental?

E8- Eu acho que sim.

M- E acha que precisa de ser tratada com medicação para esses problemas?

E8- Eu acho que sim

M- E depois de ter alta, acha que precisa de tomar medicação?

E8- Eu acho que sim.

M- Qual é o seu problema de saúde mental?

E8-Uma vez disseram-me que eu tinha, que era psico-mania depressiva.

M- E o que é que a dona F. acha? O que sabe sobre isso?

E8- Não sei muita coisa, não sei assim, sei lá. Ainda nunca ninguém me explicou bem como devia ser. Acho que a pessoa quando pendendo para ali, que é aquilo, é aquilo e é aquilo. Aquilo e o que se relaciona com aquilo e [silêncio], mas sinto assim medos, sinto assim medos. Eu, às vezes, até mesmo lá em casa sento-me: "mas o que é que eu vou fazer agora, a casa é tão grande, isto é assim, isto é assado". Depois às vezes vou à da minha filha, também gosto um bocadinho de a ajudar. Às vezes não sei bem por onde é que hei-de começar bem as coisas. Depois, às vezes, tem dias que me apetecia estar o dia inteiro com o meu netinho. Mesmo quando eu estive lá em casa muito mal, muito mal, tinham que me ajudar a dar banho. Ele às vezes abria-me a porta e chamava "avó" e então aí é que era a gota de água [labilidade emocional], porque eu não conseguia responder [silêncio]. E a minha filha, a minha filha, "espera aí um bocadinho filha". E o meu marido também era, eram todos, só que eles não percebiam nada. Ia a um médico, ia a outro, tomava comprimidos [silêncio], já não sabia [silêncio], às vezes parece que

não queria conviver com ninguém, com ninguém, e agora desta vez é porque engordei, tenho uma grande barriga, depois os meus dentes estragaram-se todos. Deixei praticamente de falar com as pessoas, quando falo, ponho a mão assim [tapa a boca com a mão] e depois fui ao dentista [suspiro]. Quando abalei daqui, eu acho que ia melhor do que o que estou agora, quando abalei daqui foi logo das primeiras coisas, porque eles estavam a dizer que era aquele tratamento [refere-se à terapia electroconvulsiva] que eu ia lá fazer que me dava cabo dos dentes, mas eu disse: "como é que aquilo me pode dar cabo dos dentes?". E eu quando me vi ao espelho, quando me via ao espelho, vi os dentes, eles não estavam muito bons, mas vi os dentes assim, parece que num dia...

M- Já tinha cáries antes?

E8- Já. Tinha muitos dentes chumbados que chumbei em França, mas parece que foi em pouco tempo que eles se estragaram, mas certamente que não foi. Eu já estava, eu até acho que se calhar quando entrei aqui eles já estavam como estão agora.

M- Se outras pessoas souberem da sua doença ou dos tratamentos que está a fazer, o que é que sente? Que sentimentos é que tem?

E8- Às vezes penso que as pessoas [silêncio], que há algumas que não têm nenhuma confiança em mim e [silêncio], que fosse, e que sou uma pessoa, é como não existisse para elas, até mesmo a nível de vizinhos e isso, mas agora desta vez quando eu abalei, sei lá; uns queriam dar voltas comigo, outros queriam passear comigo, outros...

M- E esses outros são quem?

E7-Esses vizinhos. Alguns que me conheceram desde pequena. Tem vezes que penso assim: "olha se ela está a falar comigo e a fazer perguntas assim sobre a minha vida, sobre os meus filhos, se calhar não é por curiosidade, porque ela conhece-os e sabe o que eles fazem mais ou menos; se calhar é porque ainda gostam de falar comigo".

M- E como é que se sente em relação a isso?

E8- E outras vezes penso assim: "ah, conhecem-me desde pequena, se calhar nem gostam de falar comigo, mas se calhar sentem, como é que hei-de dizer, sentem pena, aquela pena, não é desprezo, é a pessoa tem pena como, por exemplo, eu agora sinto do meu filho, que começou o tratamento com metadona e começou a ir à escola outra vez. Porque ele estava ligado às artes e às vezes os professores, ainda cheguei a ir lá com o meu marido, é uma pena porque as outras coisas, ele não liga muito, mas nestas... Quisemo-lo por em Lisboa mas não tinha lugar. Era para ele fazer uma publicidade, um logótipo e essas coisas assim, que ele era bom. O que ele diz que não gosta de desenhar é rostos, diz que é muito difícil desenhar um rosto de uma pessoa. Mas gosta de pintura abstracta e da outra, do Monet, que eu gosto dele. Gosto muito do pintor.

M- Olhe, tem conseguido cumprir o tratamento indicado?

E8- Às vezes, às vezes não tomava, às vezes deixava.

M- E o que acha que limitava ou impedia...?

E8- Perdia o gosto à vida, já nada me interessava. Eu queria me interessar pelas coisas mas não dava. Queria me interessar, gostava de ser como fulana ou fulano, gostava de ser como esta pessoa e, por exemplo, eu não era assim do género... [silêncio], a ter assim, como é que hei-de dizer, não sei explicar, pessoas ou muito doentes ou deficientes eu não era assim do género a ligar muito e a ter muita pena e agora não. Agora às vezes não suporto. Aqui há pouco tempo, eu estava melhor do que estou agora, fui visitar um senhor que tinha 80 anos, mas que nem aparentava, e quando vi, ele estava tão feliz, tão feliz, tão feliz; falava dos netos e tão convencido que se ia curar... E eu apetece-me assim, do género dar muitos beijos, às vezes apetece-me abraçar as pessoas, beijar as pessoas e nesse dia eu disse à minha mãe: "já não quero ir vê-lo porque ele agora está muito pior e acho que, está a esposa e tudo, acho que é mau as pessoas andarem lá de volta de uma pessoa que está mesmo no fundo". Gostava de ir ver pessoas, como uma amiga minha, pronto ela não está curada, mas foi canceroso, fez muita quimioterapia e ela aceitou aquilo bem, tem levado aquilo bem, vai a todo o lado e põe turbantes no cabelo e é muito alegre. Ela às vezes: "ah, não me vens ver", porque éramos muito amigas e eu às vezes, sabe porque não me apetece ir vê-la, porque ela está tão bem, tão feliz, que para eu ir contar desgraças e que estou triste, acho que é

preferível não ir, do que lhe estar a contar mentiras.

M- Em relação aos medicamentos que tem tomado alguma vez se esqueceu de os tomar?

E8- Às vezes esquecia-me.

M- Sentia alguns efeitos secundários com a toma dos medicamentos?

E8- [Silêncio]. Não, eu tive assim crises onde tive diarreias com os medicamentos, tive outras, parece que tinha um fogo aqui [aponta para o tórax] e agora não.

M- Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por se ter sentido melhor?

E8- Sim. Algumas vezes.

M- E alguma vez deixou de os tomar por se ter sentido pior?

E8- Não. Eu tinha muito a mania de ler os folhetos. Um dia o Dr. A. que é de Beja, ia particular, ele receitou-me um que podia causar morte [ri-se]. Eu não sabia se o havia de tomar, se não havia de o tomar. Eu estava já tão em baixo, tão em baixo que pensei assim: "se o tomar olha, é mesmo desta vez que eu vou". Eu até parece que não cheguei a tomá-lo.

M- Mas aconteceu-lhe...

E8- Mas mesmo quando eu tomava os comprimidos, que ainda levei várias lavagens, eu, eu, eu tenho medo da morte, e não ia tomar, eu não sei explicar porque é que... parece que era uma força, outra pessoa que estava dentro de mim.

M- Nunca lhe aconteceu deixar de os tomar por se sentir pior?

E8- Assim de repente nunca deixei nenhum. Às vezes tomava-os fora de horas, que eu

agora até levava uma chávena de leite para a cama, levava os comprimidos que tinha tomado de manhã para mais ou menos fazer os horários, mesmo que ficasse na cama até mais tarde.

M- Mesmo quando cumpria o tratamento tinha alguns sintomas da sua doença?

E8- Às vezes, mesmo tomando a medicação que me receitavam, sentia, não sei, ficava eufórica, às vezes falava muito, acho que cansava as pessoas. Acho que esta doença me tem feito sempre falar muito e depois gostava, queria interessar-me por tudo, conhecer, não os actores de cinema, que eu fui ver tantos filmes, vi em França, no inverno fazia frio, íamos para o cinema e de verão passeávamos, mas também fazia sol. Estive numa cidade, de Orleans onde está lá uma estátua da Joana d'Arc, foi queimada pelos ingleses na fogueira, ela ouvia vozes e pensava que eram vozes de Deus, aprendemos lá na escola. E vi muitos filmes da guerra do Hitler, não compreendia que... pois que o homem tinha laboratórios onde fabricava aqueles cães para matar as pessoas...

M- Olhe, alguma vez usou substâncias como álcool, droga, tabaco para tratar os sintomas da doença?

E8- Não. Olhe, no outro dia o meu marido zangou-se. Eu disse: "não faz mal nenhum". Temos sempre bebidas em casa, vinho também, bebi um bocadinho de seven-up com um bocadinho de vinho tinto, mas muito pouquinho.

M- E tabaco?

E8- Não. Eu nem sequer sei fumar.

M- E outras drogas, nunca tomou?

E8- Drogas assim como o meu filho, heroína, essas coisas assim não. Só uma vez fumei um cigarro com uma pedra castanha lá, já era casada, e comecei a rir, a rir e a minha amiga, mas aquilo não nos fez nada. Era psicológico. Foi o marido dela que deu. O meu filho às vezes também me dizia: "ó mãe deixa-te desses comprimidos, deixa-te desses psiquiatras, fuma um charro; os medicamentos são feitos à base dessas coisas, eu fumo

drogas ilegais e tu consumes drogas legais, é só a diferença".

M- Tem alguns problemas de saúde que possam interferir com a sua capacidade de cumprir o tratamento?

E8- Não. Tenho é muitas, muitos problemas para ir à casa de banho. Você pode não acreditar, mas eu vou lhe dizer isto [silêncio]. Eu estive internada numa clínica particular que era de freiras, pagava-se pouco, não me lembro o nome, já não é dirigida por freiras e estive lá internada em 2008, elas fizeram-me clisteres, fizeram-me tudo e nunca consegui. E quando abalei daqui deste hospital, estive aqui bastante tempo, não me lembro quantas vezes ia ou não ia à casa de banho, mas eu sei que quando cheguei a casa, eles foram logo à farmácia comprar daqueles pequeninos como dão aos bebés e sei que evacuei muito, muito, e depois comprei um desses e nada. Olhe, isto é pela minha saúde, desde 2004 eu não tenho feito quase nada, nada, nada, nada, 2008, isto não é mentira e no outro dia disse ao ZM [marido]: "eu vou morrer disto". Se calhar as pessoas vão pensar como é que uma pessoa poderia aguentar, é que isto não é meses, ouço as pessoas às vezes a dizerem basta terem um mês que já pode levar à morte e é horrível. Eu não faço, eu não tenho evacuado.

M- Não tem dores? Faz laxantes habitualmente?

E8- E é raro quando eu sinto dor para ir à casa de banho.

M- E tirando esse problema, não tem mais nenhum?

E8- Para mim, acho que se não tivesse este e melhorasse da minha cabeça, não tinha mais nenhum problema. Porque isto assusta-me. Às vezes eu conto ao meu marido ou à minha filha porque acho que eles não acreditariam, acho que eles não acreditariam.

M- Em relação aos tratamentos tem algumas dificuldades económicas para os pagar?

E8- O meu marido é que os paga. A última vez que fomos foi para aí 70 euros. Eles são quase sempre caros, mas há dois que não pago, o Priadel e outro.

M- Há alguma pessoa da família ou amigos que a apoiam no seu tratamento?

E8- Como assim?

M- Se se sente apoiada pelo seu marido, pelos seus filhos, por alguém muito próximo, pelos vizinhos...

E8- Não, agora este tratamento que vim fazer disse assim ao meu marido. "ZM, eu não sei se adianta já eu fazer aquilo" e ele diz-me assim: " que é que queres que eu te diga? Até pode ser".

M - Portanto sente-se apoiada por ele?

E8- Sim. Eu depois quando abalei fui-lhe dar um beijinho, ele de manhã quando acorda dá-me beijinhos nas mãos. Eu também quando estou melhor faço o que posso, tento logo ter a roupa, que ele muda todos os dias, tudo de alto a baixo, pois no restaurante, na cozinha, na parte do grelhador...

M- Olhe, em relação a dificuldades relacionadas com transporte, distância, há alguma dificuldade que a impede de ir às consultas ou de ir à farmácia?

E8. Não. O meu marido vai sempre no carro e se pedir ao meu pai também vai. O meu pai está a fazer hemodiálise, também já está velhote, dia sim, dia não, vai a Beja. Faz 90 km para lá, 90 km para cá.

M- Os profissionais de saúde têm-lhe explicado os tratamentos de uma maneira que compreenda?

[Silêncio]

M- Eles explicam para que servem, que cuidado deve ter? Acha que tem recebido essa informação da parte dos profissionais de saúde ou não?

E8- Alguns explicavam-me e eu também não compreendia muito bem o que aquilo

queria dizer, mas quem me disse que era psico-mania depressiva foi esse Dr. A de Beja. Porque eu fui do Júlio de Matos, deram-me um medicamento que não me deixava estar quieta, não estar quieta no consultório, não estar quieta dentro do carro, quis abrir as portas, quis fechar, não parava um segundo. E ele disse assim: "espere aí que durante 15 dias você vai ficar boa; é este comprimido azul que lhe está a fazer mal". E foi mesmo verdade. Eu com ele falava tudo. Foi daqueles psiquiatras, que eu ia a particular, falava-lhe tudo, da minha vida amorosa, [silêncio], que eu não gosto de dizer isto, acho que isto é feio; também conheci outra pessoa além do meu marido.

M- Acha que os profissionais de saúde, acha que eles compreendem...

E8- E um dia deixou-me, foi oito dias de férias com uma pessoa que se chamava R. [silêncio] e depois fomos passear e disse que tinha sido espectacular os 8 dias que estive com ela e depois chegou de lá, acho que ele já queria ter, não sei se era por pena de mim, de ter relações comigo e eu disse: "ZM, não vale a pena, não vale a pena estares a fingir, eu também não vale a pena estar a fingir, porque eu fiz coisas que não devia, fiz coisas que não devia, contei-te, custaram-me muito..." E eu pensei que se ele tivesse alguém, isso não me ia fazer nada. E ele uma vez disse-me: "podes ter a certeza, mesmo que eu arranjasse alguém, nunca te abandonava" [silêncio]. Ele é uma pessoa que tem trabalhado muito, as pessoas da parte dele são muito ligadas ao dinheiro. O meu pai já não é assim, o meu pai não ganhava muito, mas o melhor bife que havia no talho era para mim e para o meu irmão. Deus sabe os sacrifícios que ele fazia. E depois a minha mãe teve um desastre em Espanha, ficou em coma...

M- Uma última pergunta. Acha que os profissionais de saúde compreendem os seus sentimentos ou as suas convicções sobre a sua doença e o seu tratamento?

E8- Eu às vezes parece-me que o mundo da droga e o mundo da psiquiatria está cada vez mais a aumentar, não por culpa dos profissionais, acho que por culpa, quer dizer, eu fui criada assim pela minha avó que me dava muito carinho, não me faltava nada e depois, quando fui para França, até nem tinha do meu pai, que a minha mãe esteve lá muito tempo no hospital (...)

M- Então acha que os profissionais de saúde compreendem os seus sentimentos em relação à doença e ao seu tratamento?

E8-Acho que vocês lidam com tanta coisa, tanta coisa que compreendem.

M- E no seu caso, em, relação a si?

E8- As pessoas compreendem, os médicos são bons, as enfermeiras são boas mas se calhar, tenho outros problemas. Olhe por causa disto de não ir à casa de banho, tenho o meu filho que também se envolveu [toxicodependente] e às vezes parece que já não me apetece tratar, não me apetece comer, não me apetece vestir. Eu gostava muito de vestir, tinha que andar bonita no salão, maquilhada, achavam que eu tinha um ar asiático.