



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS

Relatório de Estágio

**A VISITA DOMICILIÁRIA NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE
SAÚDE PRIMÁRIOS: UMA FORMA DE INTERVENÇÃO DE
ENFERMAGEM À PESSOA COM ESQUIZOFRENIA**

Liliana Isabel Raminhos Cambim Quintas

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Orientador

Professor João Durão

2013

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS

**A VISITA DOMICILIÁRIA NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE
SAÚDE PRIMÁRIOS: UMA FORMA DE INTERVENÇÃO DE
ENFERMAGEM À PESSOA COM ESQUIZOFRENIA**

Liliana Isabel Raminhos Cambim Quintas

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

Orientador

Professor João Durão

2013

*“Cuidar é por essência permitir a alguém com
dificuldade física e/ou psicoafectiva enfrentar a vida
quotidiana”*

Collière, 2003

*“O contexto dos cuidados de saúde primários apresenta
desafios específicos aos profissionais de saúde, porque
incluem populações diversas de doentes e comorbilidade
de problemas de saúde mental e física”.*

Portugal, 2009

RESUMO

Palavras-chave: Enfermagem de saúde mental e psiquiatria; Visita domiciliária; Esquizofrenia; Cuidados de saúde primários.

O presente trabalho consiste numa análise reflexiva das intervenções de enfermagem realizadas a um grupo de utentes do CS de Redondo com o diagnóstico médico de esquizofrenia, utilizando como principal recurso a visita domiciliária. O nosso foco de atenção incidiu nos problemas de enfermagem observados no contexto domiciliário e direcionou-se para o doente, família, grupos e comunidade, tomando como instrumento terapêutico a relação de ajuda. Os problemas encontrados basearam-se essencialmente em alterações do pensamento, do humor e défices psicossociais. Desenvolveram-se ações no sentido da recuperação emocional e psicossocial, atenuando a sintomatologia positiva e negativa, obtendo-se resultados bastante satisfatórios. A abordagem visou os conhecimentos avançados e as competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria bem como a importância deste nas equipas de saúde para que se implementem projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e se obtenham ganhos importantes em saúde.

“HOME VISITS IN THE CONTEXT OF PRIMARY HEALTH CARE: A FORM OF INTERVENTION TO THE PERSON WITH SCHIZOPHRENIA”

ABSTRACT

Key-Words: Psychiatric mental health nursing, home visits, Schizophrenia, Primary Health Care.

The current study is a reflective analysis of nursing interventions with a group of patients from the Health Centre in Redondo, diagnosed with schizophrenia, using home visits as the main resource.

Our attention was focused on the nursing problems observed in the home context and was directed at the family, the patient, groups and the community, using the aid relationship as therapeutic tool. The problems found were essentially based on thought alterations, mood swings and psychosocial deficits. Actions were developed in order to recuperate emotionally and psychosocially, reducing the positive and negative symptoms, in order to obtain quite satisfactory results. This approach allowed the advanced knowledge and skills of the nurse specialized in mental health and psychiatry, as well as their importance in health teams, so as to implement projects to achieve continuous improvement in the quality of care and, therefore, obtain important health gains.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar presente em todos os momentos da minha vida e me iluminar neste em especial...

Aos meus pais e ao meu irmão pela paciência e apoio, ajudando-me a superar as minhas limitações e ir em busca dos meus sonhos...

Ao meu esposo pela compressão e demonstrações de amor e afeto que me deram mais ânimo e força...

Aos amigos e colegas pelos desabafos e cumplicidades...

Aos professores do curso, por terem sido fonte de conhecimentos, e em particular ao professor João Durão pela sua orientação...

À Fátima por ter partilhado comigo diariamente as aventuras e desventuras ao longo do estágio e por todo o apoio emocional...

À M^a do Céu pela partilha de conhecimento especializado e pelo incentivo contínuo...

À enfermeira Isabel pela orientação e supervisão clínica no ensino clínico...

Aos utentes e familiares, elementos fundamentais no processo do cuidar...

A todos aqueles que, aqui ficando anónimos, contribuíram, todavia, direta ou indiretamente, para a realização deste trabalho!

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNSM – Coordenação Nacional para a Saúde Mental

CNRSSM – Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental

CS – Centro de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

ESESJD-UE – Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus- Universidade de Évora

HESE, EPE – Hospital do Espírito Santo Évora, EPE

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

UCSPR – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Redondo

VD – Visita Domiciliária

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1- Resultados da escala PANSS- A.F.....	57
Quadro 2- Resultados da escala PANSS- J.C.	64
Quadro 3- Resultados da escala PANSS- A.G.	71
Quadro 4- Resultados da escala PANSS- J.J.....	77
Quadro 5- Programa de Visitação Domiciliária.....	85

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	15
3. ANÁLISE DO CONTEXTO	33
3.1. Caracterização do ambiente de realização do estágio final	33
3.2. Caracterização dos recursos humanos e materiais	35
4. ANÁLISE DA POPULAÇÃO	38
4.1. Caracterização geral da população/utentes	38
4.2. Cuidados e necessidades específicas da população-alvo	42
4.3. Recrutamento da população-alvo.....	43
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	47
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS E INTERVENÇÕES	52
6.1. Caso clínico I - A.F.....	54
6.2. Caso clínico II - J.C.	61
6.3. Caso clínico III - A.G.	68
6.4. Caso clínico IV - J.J.....	74
7. ESTRATÉGIAS A IMPLEMENTAR FUTURAMENTE	80
7.1. Programa de visitação domiciliária.....	83
8. PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	86
9. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	87
CONCLUSÃO.....	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
ANEXOS	101

ÍNDICE DE ANEXOS

- I-** Exame psiquiátrico do estado mental
- II-** *Cultural Awareness toll* (Questionário de percepção cultural/avaliação e diagnóstico)
- III-** *Mini Mental State Examination – MMSE* (Escala de avaliação breve do estado mental)
- IV-** Índice de *Lawton*
- V-** *Positive and negative syndrome scale – PANSS* (Escala de sintomas positivos e negativos da Esquizofrenia)
- VI-** Entrevista clínica semiestruturada para avaliação dos sintomas positivos e negativos da esquizofrenia – *SCI-PANSS*
- VII-** Escala *Calgary* de Depressão para a Esquizofrenia – ECDE
- VIII-** Escala da Satisfação com o Suporte Social – ESSS
- IX-** Escala NOC_0004- Sono
- X-** Folha de avaliação da visita domiciliária
- XI-** Folha de continuidade de cuidados
- XII-** Folha de avaliação da visita domiciliária – A.F.
- XIII-** Plano de Cuidados – A.F.
- XIV-** Plano para lidar com os problemas de humor- CIR
- XV-** Plano para lidar com os sintomas negativos- CIR
- XVI-** Folha de avaliação da visita domiciliária – J.C.
- XVII-** Plano de Cuidados – J.C.
- XVIII-** Folha de avaliação da visita domiciliária – A.G.
- XIX-** Plano de Cuidados – A.G.
- XX-** Folha de avaliação da visita domiciliária – J.J.
- XXI-** Plano de Cuidados – J.J.
- XXII-** Fases de intervenção do estágio
- XXIII-** Folheto informativo – “*Esquizofrenia*”

1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos tempos e em diversos locais houve diferentes atitudes por parte da população, dos governantes e dos técnicos de saúde perante a doença mental, atitudes essas influenciadas pela percepção da origem da doença mental, assim como os seus efeitos e a sua função na sociedade. As pessoas com doença mental confrontam-se com medos e preconceitos que aumentam o seu sofrimento pessoal e agravam a exclusão social. Apesar de ter ocorrido uma mudança de paradigma em que se passou do modelo asilar para o modelo biopsicossocial, a estigmatização dos doentes mentais continua a ser uma realidade.

As doenças mentais colocam um grande peso sobre a família e a comunidade, representam uma parte significativa da carga global de doenças e estão frequentemente associadas a estigmas, violação dos direitos humanos, desemprego, exclusão social e pobreza (Ferraz, 2006). Atualmente, a pessoa com doença mental vai-se conseguindo libertar, embora de forma ténue, das correntes com que a sociedade a aprisiona, surgindo desta forma conceitos como a desinstitucionalização, a reabilitação e integração social. Nas últimas décadas, tem-se verificado uma preocupação crescente com as questões da saúde mental por muitos organismos supra nacionais, incluindo a OMS, a Comissão Europeia e muitos governos europeus que assumiram o compromisso de disponibilizar um nível de recursos mais justo e adequado para a saúde mental (OPSS, 2010).

Nos últimos vinte anos temos vindo a conhecer cada vez melhor a verdadeira magnitude das doenças mentais, bem como o seu impacto na vida das pessoas, das famílias e das sociedades. A nível individual, as doenças mentais provocam consequências graves em termos de incapacidade e diminuição da qualidade de vida das pessoas afetadas. Por sua vez, a nível familiar existe atualmente um corpo de conhecimentos importante sobre as relações entre doença mental e funcionamento familiar, sendo bem conhecida a sobrecarga familiar associada às doenças mentais graves. A nível social, sabemos que as doenças mentais são responsáveis por uma parte significativa da carga de todas as doenças, traduzida pelo tempo de vida perdido, por mortalidade prematura ou por incapacidade.

Em 2005, a Comissão das Comunicações Europeias alertava que, a nível económico, a doença mental custava à União Europeia cerca de 3% a 4% do seu produto interno bruto devido às perdas de produtividade que provocava e aos encargos

suplementares que acarretava para os sistemas de saúde, bem como para os sistemas sociais, educativos e judiciais (Bruxelas, 2005).

A saúde, ou a sua ausência, têm cada vez mais um impacto significativo na economia dos países de todo o mundo, quer pelos custos diretos com a doença e com os cuidados de saúde, quer pelos custos indiretos, que resultam das faltas ao trabalho e conseqüentemente não produção dos indivíduos ativos. Tendo em conta a atual conjuntura portuguesa, europeia e mesmo mundial, urge a necessidade de adoção de medidas corretoras de défices económicos, ao nível da saúde no geral, mas em particular da saúde mental, uma vez que com o agravamento da crise económica e social haverá cada vez mais a tendência para aumentarem os problemas do foro psiquiátrico e mental.

Assim, as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental constituem atualmente não só a principal causa de incapacidade, mas também uma das mais importantes causas de morbilidade nas sociedades contemporâneas, conforme tinha sido previsto no Plano de Saúde Mental 2007-2016. Em Portugal, prevê-se num futuro próximo um impacto crescente de problemas, direta ou indiretamente relacionados com a saúde mental. Adicionalmente, a prevalência das perturbações psiquiátricas, aliadas ao envelhecimento das populações e uma maior esperança de vida, alteraram as necessidades, o tipo e a procura dos cuidados prestados (Portugal, 2007).

A saúde é, portanto, um bem que ultrapassou a esfera individual para assumir importância social e económica. Esta realidade exige uma gestão adequada entre todos os interessados em ‘jogo’, rentabilizando os recursos e evitando os desperdícios ou gastos desnecessários (Pereira & Vilar, 2008). Por isso, os gastos relacionados com a reabilitação psicossocial serão sempre uma mais-valia no combate ao aumento da incapacidade do doente mental.

A especificidade da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria consiste na

(...) incorporação de intervenções psicoterapêuticas durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, visando a promoção e proteção da saúde mental, a prevenção da perturbação mental e o tratamento, a reabilitação psicossocial e a reinserção social (Nabais, 2008, p.40).

Tendo por base este pressuposto, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (2009-2011), foi-nos proposto na Unidade

Curricular Ensino Clínico que decorreu no 3º semestre, desenvolver um relatório de estágio com o intuito de descrever as atividades realizadas e a respetiva reflexão crítica. Este curso visava precisamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada à pessoa com problemas de saúde mental e era especialmente dirigido para a promoção da saúde e adaptação aos processos de saúde e doença em qualquer fase do ciclo de vida.

O objetivo geral do Ensino Clínico a que nos propusemos realizar foi alcançar as competências de enfermagem especializadas em saúde mental e psiquiatria, mas também de melhorar a prestação de cuidados aos indivíduos, famílias e comunidade. As competências que pretendíamos adquirir eram baseadas nas necessidades de desenvolvimento pessoal e profissional que nos permitissem otimizar esses mesmos cuidados de enfermagem. Por conseguinte e após se refletir, verificou-se a necessidade e a pertinência de nos debruçarmos sobre a questão da reabilitação e das respostas comunitárias para o Doente Mental Grave (DMG), nomeadamente o indivíduo portador de esquizofrenia. O nosso foco de atenção incide nos problemas de enfermagem observados no contexto domiciliário e direciona-se para o doente, família e comunidade. O objetivo dos cuidados domiciliários é fornecer ao utente e à família não apenas o tratamento, mas também a compreensão, o apoio, a informação e todos os cuidados que necessitam de modo a gerir com êxito as necessidades de saúde no domicílio (Rice, 2004).

Partindo deste conceito orientámos a nossa conduta a fim de realizar o ensino clínico na comunidade, mais especificamente nos cuidados de saúde primários. Para tal, a escolha do local de estágio foi adequada ao que nos propúnhamos desenvolver, ou seja, prestar cuidados de enfermagem psiquiátricos mais próximos da população. Segundo Abreu (2001) «*o contacto com a comunidade é pois uma prerrogativa das funções do pessoal de enfermagem de um Centro de Saúde, sendo o desenvolvimento de competências nesta área fundamental para a realização de diagnósticos de saúde, programação da intervenção e sua avaliação posterior*» (p. 211).

De acordo com os critérios definidos pela ESESJD-UE, selecionou-se a instituição que reunia as condições essenciais ao desenvolvimento das competências especializadas do mestrando: a UCSPR (ACES - Alentejo Central I). O estágio decorreu no período de 21 de Fevereiro de 2011 a 8 de Julho de 2011. Neste Ensino Clínico planeou-se acompanhar utentes com diagnóstico clínico de esquizofrenia, e respetivas famílias, inscritos na UCSPR e referenciados na consulta externa de psiquiatria do

DPSM do HESE, EPE. A escolha pela UCSPR teve em conta não só a possibilidade de promoção destas melhorias na nossa área de residência e profissional, mas também o facto de nesta instituição existir uma enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria. Além disso, é um dos locais onde as pessoas com perturbações mentais têm o primeiro contacto.

Segundo a *American Nursing Association* (2011) os Cuidados Primários de Saúde Mental, do ponto de vista da enfermagem, são uma forma de distribuição dos serviços que é iniciada no primeiro ponto de contacto com o sistema de cuidados de saúde mental. Inclui os serviços de saúde mental contínuos e globais necessários à promoção de um ótimo estado de saúde mental, assim como a prevenção da doença mental, a intervenção, a manutenção da saúde e a reabilitação.

Com base na Lei da Saúde Mental, a prestação de cuidados de saúde mental deve ser promovida prioritariamente a nível da comunidade, a fim de evitar o afastamento dos utentes do seu meio habitual e facilitar a sua inserção social. Neste sentido, a atuação em enfermagem psiquiátrica deve orientar-se para a criação de interfaces e modalidades de intervenção centradas na promoção da saúde mental, prevenção da doença mental, no tratamento das alterações do aparelho psíquico, na reabilitação e na reintegração do indivíduo/família na comunidade, de forma facilitar a sua autonomia e promover uma melhor qualidade de vida (Ricardo, Machado, & Araújo, 2008).

Enquanto enfermeiros inserimo-nos num contexto de atuação multiprofissional, onde realizamos, entre outras, intervenções independentes/autónomas. É nosso dever investir nestas intervenções, sobretudo na comunidade, para que a população e as entidades locais valorizem a sua necessidade e benefícios, e conseqüentemente comecem a ter um papel mais ativo em todo o processo que envolve a doença mental. A relação terapêutica que é estabelecida com o doente e família é um exemplo desse tipo de intervenções e constitui um elemento chave, que facilita a nossa própria intervenção enquanto enfermeiros na área da saúde mental. Daí que tenha surgido como base de orientação o modelo teórico de *Hildegard Peplau*, pois esta foi considerada a ‘mãe’ da enfermagem psiquiátrica e o seu modelo assenta precisamente nas relações interpessoais, que são consideradas o grande pilar da saúde mental (Peplau, 1992).

Em suma, pretendemos averiguar a qualidade dos cuidados prestados ao nível da enfermagem de saúde mental na comunidade numa tentativa de os aperfeiçoar, como também de desenvolver uma prática mais fundamentada na evidência científica. Este trabalho engloba, não só, a descrição e reflexão acerca das ações desenvolvidas e

objetivos atingidos ao longo do ensino clínico, como todo o processo de busca de um aprendizado útil, com informação relevante e consubstanciada na prática realizada.

Portanto, este trabalho pretende dar resposta aos seguintes objectivos:

- ✓ Identificar as necessidades de cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiatria em contexto comunitário;
- ✓ Compreender, analisar e refletir sobre a prática clínica desenvolvida;
- ✓ Criar projecto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Programa de VD à pessoa com esquizofrenia).

O presente relatório encontra-se estruturado de forma a ser apresentado, primeiramente, um enquadramento teórico do tema. De seguida é dado a conhecer o ambiente de realização do estágio e os recursos materiais e humanos. Posteriormente é feita a análise da população-alvo, onde se inclui o processo de seleção do grupo alvo. Também descrevemos os procedimentos metodológicos que usámos. Desenvolvemos a parte crucial do trabalho com a análise reflexiva sobre os objetivos propostos e respectivas intervenções, onde apresentamos os casos clínicos. Segue-se um capítulo com sugestões e estratégias que consideramos necessárias implementar ou melhorar, onde se encontra a proposta de um programa de visitação domiciliária. É feita ainda uma análise geral das competências mobilizadas e adquiridas, bem como do processo de avaliação e controlo. No final apresentamos as conclusões de todo o trabalho, as referências bibliográficas e os anexos, onde se encontram registos de enfermagem, planos de cuidados e instrumentos de avaliação.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Esquizofrenia: uma doença mental grave

A esquizofrenia é uma doença mental grave e crónica que atinge cerca de 1% da população mundial (OMS, 2002). Embora não seja a perturbação mental mais comum no mundo, é responsável por uma proporção significativa de morbilidade psiquiátrica e conseqüentemente do trabalho desenvolvido nos serviços de psiquiatria. Os dados mostram-nos que estes doentes ocupam 25% das camas, representam 50% dos internamentos em psiquiatria e fazem parte das 10 principais causas de incapacidade no mundo (Harrison, Geddes, & Sharpe, 2006).

O termo esquizofrenia é uma palavra composta de dois termos de origem grega: “*skhizein*”, que significa rasgar, dividir, separar, e “*phrên*”, que quer dizer pensamento. Este vocábulo com o significado de mente dividida foi introduzido em 1906 por Bleuler, que também via na dissociação a característica principal desta doença. Ele privilegiava não a forma, mas o conteúdo da afeção (Sterian, 2001).

Em consonância Vieira, Moreira, Loureiro e Morgadinho (2008) afirmam que nesta patologia ocorre uma rutura no desenvolvimento do individuo, havendo a perda de contacto com a realidade e a ausência do juízo crítico. O doente esquizofrénico pode sofrer perturbações da perceção, do pensamento, dos afetos, da vontade, do comportamento motor e da vivência do eu (Cunha, Dinis, & Nobre, 2001; Abreu, 2008). Apresenta frequentemente deterioração da capacidade para pensar, comunicar, gerir as emoções e tomar decisões bem como ao nível do relacionamento com os outros, levando a disfuncionalidades em diferentes áreas da sua vida, nomeadamente familiar, social e laboral. Por vezes esta doença surge associada a outras perturbações mentais, como é exemplo o consumo de substâncias de abuso. Cerca de 30 a 50% dos pacientes esquizofrénicos podem reunir critérios diagnósticos para abuso de álcool ou dependência de álcool, sendo que as outras duas substâncias mais usadas são cannabis e cocaína (Kaplan & Sandock, 1997).

Esta patologia tem, habitualmente, início de forma lenta e progressiva, muitas vezes ao longo de meses ou mesmo anos, período em que o doente pode apresentar “*pistas*” da sua patologia ainda não totalmente declarada. Menos frequentemente surge de forma brusca, em dias ou semanas. Caso o aparecimento dos sintomas seja mais insidioso, eles passam mais despercebidos tornando a deteção da doença mais difícil.

A esquizofrenia tem sido por isso a doença mental mais estudada, e também porque é uma grande ameaça à vida e à felicidade, sendo as suas causas consideradas um enigma não resolvido (Towsend, 2011). Uma das teses que é mais aceite pelos clínicos é de que a esquizofrenia não é provavelmente uma doença homogénea com uma causa única mas resulta de uma combinação variável de predisposição genética, disfunção bioquímica, fatores psicológicos e *stresse* psicossocial. Outra é o facto de não haver neste momento um medicamento que cure a perturbação.

O quadro clínico na esquizofrenia é muito diversificado e nem sempre facilmente perceptível. Não existe apenas um sinal ou sintoma que, por si só, seja suficiente para levar ao diagnóstico. Além disso os sintomas variam ao longo da evolução da doença. Na generalidade, os sintomas dizem respeito a aspetos ligados ao pensamento (forma e

conteúdo), à percepção, ao rendimento cognitivo, à afetividade e ao comportamento, conduzindo a défices nas relações interpessoais e a uma perda de contacto com a realidade. Contudo, o aspeto clínico mais relevante desta doença está relacionado com a “*dissociação*” que se traduz numa perda de unidade do pensamento e conseqüentemente a alteração de personalidade (Afonso, 2010; Abreu, 2008).

Na realidade, aquilo a que se denomina de esquizofrenia corresponde a uma síndrome, ou seja, um conjunto de sinais e sintomas observáveis que são agrupados com o intuito de definir entidades nosológicas (Neto, 2006). Segundo Mary Townsend (2011) os sintomas da esquizofrenia são comumente subdivididos em dois grupos, os sintomas positivos e os sintomas negativos. Os sintomas positivos estão mais visíveis na fase aguda da doença. São sintomas produtivos, que são mais facilmente identificáveis, mais passíveis de tratamento e que podem persistir apenas por períodos. Incluem os delírios, que são crenças individuais falsas, inabaláveis à argumentação lógica e que não são compreensíveis numa perspetiva cultural, social ou religiosa. São ideias que não correspondem à realidade, devido a uma perda de juízo dessa mesma realidade. Os delírios podem ser subdivididos consoante o seu conteúdo, existindo o delírio persecutório, o de grandeza, o de referência, o de controlo ou influência, o somático e o nihilista.

As alucinações são outro dos sintomas positivos e consistem em percepções falsas que o indivíduo não associa a estímulos externos reais e podem envolver qualquer um dos cinco sentidos. Podem ser alucinações auditivas, visuais, tácteis, gustativas e olfativas (Townsend, 2011). As mais frequentes são as auditivo-verbais que normalmente são críticas e ameaçadoras para o doente ou têm um carácter pejorativo. Por vezes é importante avaliar a existência de “*vozes de comando*”, ou seja, alucinações auditivo-verbais mais imperativas, devido ao risco de hetero-agressividade e de suicídio. Contudo, embora menos frequente, há registos de doentes que referem experiências alucinatórias agradáveis, pois têm um conteúdo mais prazenteiro (Afonso, 2010).

Pode ainda ocorrer perturbação do pensamento que se traduz num discurso e comportamento desorganizado, inexplicável, e/ou imprevisível. O pensamento pode estar alterado e pode acontecer que o doente faça associações sobre assuntos sem qualquer relação, ou possa ter dificuldade em manter um diálogo, fazendo pausas (*bloqueios do pensamento*) e não conseguindo voltar à ideia inicial. O discurso pode ser igualmente ilógico, incompreensível e, por vezes, consiste numa série de palavras isoladas sem qualquernexo (*salada de palavras*). Há uma pobreza no discurso, em que

a comunicação é pouco espontânea e limitada a algumas palavras. O conteúdo do pensamento é pobre, restringindo-se a um número diminuído de temas e assuntos. Os comentários espontâneos ou são pouco frequentes ou quando surgem são curtos e monossilábicos (Towsend, 2011).

Já os sintomas negativos são deficitários e aparecem de forma lenta, usualmente associados a alterações de comportamento em fases pré-mórbidas, a deterioração crónica e resistência ao tratamento, sendo um sinal de mau prognóstico. O *isolamento social* é um sintoma que se observa frequentemente, acompanhado por um desinteresse social e desinvestimento no estabelecimento de relações íntimas. Há uma certa incompreensão e revolta por parte da família, que consideram inclusive que se trata de uma atitude de lassidão e preguiça. Os doentes apresentam um quadro amotivacional, que se torna visível pela falta de motivação para desenvolver atividades escolares, laborais, lúdicas, ou outras. Pode ocorrer *abulia*, ou seja, uma falta de vontade e iniciativa, em que pode haver também uma dificuldade para iniciar ou terminar determinada tarefa ou projeto. Há também uma incapacidade por parte destes doentes em sentir satisfação nas atividades de vida que anteriormente lhes proporcionavam prazer (*anedonia*). Esta pode ser ainda acompanhada por uma falta de energia e até mesmo apatia (Afonso, 2010).

É essencial distinguir se são sintomas negativos ou se é um quadro depressivo pós-psicótico. Os sintomas depressivos acompanham com frequência a evolução da doença, estimando-se que estejam presentes em cerca de 25% dos doentes (Siris, 1991). Porém, estes não se podem atribuir a um quadro depressivo idêntico ao da depressão neurótica ou da depressão de carácter endógeno. Os sintomas depressivos podem ocorrer nas várias fases da doença, nomeadamente na fase pré-psicótica, durante o surto psicótico e mesmo na fase de recuperação (Cardoso *et al.*, 2007). Daí que existam dificuldades na avaliação e no diagnóstico diferencial deste tipo de sintomatologia.

Outro dos problemas tipicamente presentes são a negação da doença, em que o doente nega o facto de estar doente e não tem consciência da sua situação clínica, por perda do juízo crítico. Também pode ocorrer alteração do sentido de si mesmo (Abreu, 2008), em que há um sentimento de mudança no seu corpo e são postos em causa os limites entre si e o mundo à sua volta ou pode surgir uma alteração nas emoções e ocorrência de afetos inapropriados, como determinadas expressões faciais, sem motivo aparente. Segundo Afonso (2010) os afetos podem estar alterados e existir uma rigidez afetiva, com pouca modulação dos afetos em que persiste um determinado afeto de

forma imutável. Este aspeto é observado frequentemente numa fase mais avançada da doença e irá dificultar o relacionamento interpessoal. O doente vai perdendo a capacidade de se colocar no lugar do outro, tornando-se incapaz de sentir aquilo que o outro sente, mostrando um afeto embotado. Noutras situações existe uma discordância afetiva, quando não há concordância entre o afeto e o discurso, como por exemplo o doente que sorri enquanto narra uma adversidade ou problema grave da sua vida. Esta *ambivalência afetiva* pode também ocorrer no período psicótico, em que se verifica uma sobreposição de afetos contraditórios, como por exemplo, de amor e ódio.

Outro sintoma que faz parte da esquizofrenia são as alterações de comportamento, que se podem manifestar através de agressividade, isolamento, ou comportamentos bizarros. Pode ainda surgir uma preocupação excessiva com aspetos relacionados com a saúde, questões políticas ou religiosas, provocando mudanças de conduta e por exemplo levando o doente a frequentar seitas ou grupos religiosos, ou por outro lado a perder regras de comportamento sociais e de higiene. Podem também ocorrer alterações do comportamento alimentar, seja através de uma ingestão excessiva ou descontrolada de alimentos seja por recusa alimentar, com consequências graves (Afonso, 2010).

A família também observa os doentes com comportamentos inusuais e por vezes referem que o doente “*fala sozinho*” num monólogo absurdo. Estes *solilóquios* podem ser uma reação do doente a alucinações auditivo-verbais ou a delírios. Nalgumas situações podem responder em tom agressivo, com ameaças e usando uma linguagem obscena - *coprolália*-, ou apresentar movimentos estereotipados, posturas estáticas, comportamentos autoagressivos e noutras o discurso pode ser agradável e podem surgir risos imotivados.

A classificação do curso longitudinal é feita para avaliação da esquizofrenia em subtipos e pode ser aplicada somente após pelo menos um ano desde o primeiro início dos sintomas da fase ativa. Atualmente, segundo o DSM-IV, existem cinco tipos: o *Paranóide*, o *Desorganizado*, o *Catatónico*, o *Indiferenciado*, o *Hebefrénico* e o *Residual*. Estes subtipos não são estanques, podendo um doente em determinada altura da evolução da sua doença apresentar aspetos clínicos que se identificam com um tipo de esquizofrenia, e ao fim de algum tempo poder reunir critérios de outro subtipo. Não é correto, portanto, interpretar os sistemas de classificação de forma rígida e hermética, uma vez que a esquizofrenia pode ter várias formas de apresentação clínica e de evolução. Assim como também alguns dos sintomas mais comuns na doença como as

ideias delirantes e as alucinações devem ser compreendidos consoante a cultura e vivências do doente.

Na esquizofrenia o diagnóstico é mais complexo que noutras doenças orgânicas e tem de ser feito numa perspetiva longitudinal. Deve ser realizado, sobretudo, através das manifestações clínicas da doença, uma vez que não é possível efetuar-lo através de exames imagiológicos ou laboratoriais. Contudo, podem-se realizar exames a fim de excluir outros diagnósticos em vez de esquizofrenia ou para identificar outra patologia além dessa. Para tal, deve ser feito um cuidadoso exame do estado mental por um técnico de saúde especializado. O diagnóstico clínico é feito pelo médico, preferencialmente psiquiatra.

Atualmente, para se fazer o diagnóstico clínico da esquizofrenia utilizam-se os critérios de diagnóstico da classificação europeia, o ICD-10 – *International Classification of Diseases* – (WHO, 1992) e da classificação americana, o DSM-IV –TR (*American Psychiatric Association*, 2002).

Existem várias abordagens terapêuticas na intervenção ao doente esquizofrénico, que na maioria dos casos tem indicação de um tratamento multidisciplinar. O acompanhamento médico e tratamento medicamentoso com antipsicóticos, sobretudo; a psicoterapia (individual e familiar); a terapia ocupacional; a reabilitação psicossocial e a psicoeducação são os procedimentos indicados para estes doentes. Apesar de não se conhecer a sua cura, o tratamento e as intervenções com estes doentes podem ajudar a atenuar os sintomas e a permitir que os doentes possam viver as suas vidas de forma mais satisfatória e produtiva.

A experiência clínica indica que o melhor período para o tratamento da esquizofrenia é aquando do aparecimento dos primeiros sintomas. Se a sintomatologia psicótica permanecer sem tratamento por longos períodos o prognóstico do tratamento será menos favorável. Assim, é vital o reconhecimento precoce dos sinais da esquizofrenia para que se possa fazer uma intervenção atempada.

Do conjunto de doenças mentais responsáveis pelo sofrimento na sociedade, a esquizofrenia é a principal responsável pelas hospitalizações mais prolongadas, maior caos na vida familiar, mais medos e custos mais exorbitantes para os indivíduos e para os governos que qualquer outra. A desativação dos hospitais psiquiátricos implica a criação de uma retaguarda de respostas alternativas, sem as quais se correria o risco de uma parte dos doentes mentais se tornarem sem-abrigo, como sucedeu noutros países. Sabe-se que mesmo com os novos medicamentos antipsicóticos, a eficácia da

intervenção só se mantém se os doentes, mentais graves, sobretudo esquizofrénicos, forem integrados em programas de reabilitação psicossocial.

Reabilitação psicossocial do doente mental

De acordo com o decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro a reabilitação psicossocial é «(...) o processo de desenvolvimento das capacidades psíquicas remanescentes e de aquisição de novas competências para o autocuidado, atividades de vida diária, relacionamento interpessoal, integração social e profissional e participação na comunidade» (Ministério da Saúde, 2010, p.258). É um processo que oferece à pessoa debilitada, ou incapacitada devido a perturbação mental, a possibilidade de atingir o seu nível de funcionamento independente na comunidade (Campos, 2006).

Quando se prestam cuidados comunitários a reabilitação é um processo facilitado pelo facto de não se retirar a pessoa do seu meio e, além disso, o enfermeiro inserido na comunidade domina melhor o conhecimento sobre os recursos comunitários disponíveis. A reabilitação psicossocial fundamenta-se em estruturas, serviços e ferramentas que têm como finalidade o restabelecimento, desenvolvimento e/ou manutenção de capacidades que permitam o normal funcionamento em comunidade.

A reabilitação em saúde mental é um processo complexo que implica várias técnicas com a finalidade de recuperação do potencial do doente, de melhoria do seu autoconceito, da sua função social e promoção da sua qualidade de vida, através de uma integração comunitária (Guterres & Frásquilho, 2004).

Segundo a Associação Internacional de Reabilitação Psicossocial Psiquiátrica (como citado em Martins, Marques, Bandola, & Ferreira, 2008), a reabilitação é um processo que facilita a recuperação individual a nível da autonomia na comunidade, sendo uma estratégia global que implica uma mudança total em toda a política dos serviços de saúde mental, por isso ela deve englobar os trabalhadores de saúde mental, utentes, família e comunidade em geral. Estudos realizados nos Estados Unidos da América por Weltman *et al.*, citados por Pascaris (1991) revelam que a reabilitação tem impacto positivo na pessoa com doença mental, dado que através do apoio social a satisfação pessoal desta é melhorada substancialmente, uma vez que o doente sente que desempenha um papel na sociedade.

Porém, a reabilitação psicossocial de doentes mentais, e sobretudo de doentes mentais crónicos, como é o caso da pessoa com esquizofrenia, não é apenas difícil.

Também é, de facto dispendiosa, em termos de recursos económicos e humanos. Pois estão em questão não apenas vertentes como a formação e o emprego, mas também a pedagogia da família, a habitação, e a ocupação lúdica ou o lazer.

De acordo com o despacho n.º 10464 de 9 de Abril de 2008, a saúde mental foi considerada uma «(...) *prioridade política do XVII Governo Constitucional, sendo uma área transversal aos cuidados de saúde primários, hospitalares e cuidados continuados integrados*» (Ministério da Saúde, 2008, p.15883). Já em 2004, o Plano Nacional de Saúde (Portugal, 2004) relatava que havia uma insuficiência de cuidados de reabilitação nos serviços locais de saúde mental, nomeadamente de unidades de reabilitação para aquisição de competências, programas psicoeducacionais para doentes e familiares, unidades de vida para doentes crónicos mais dependentes e serviços de apoio domiciliário. Neste sentido, a DGS, nesse mesmo plano recomendava o desenvolvimento de uma abordagem abrangente em saúde mental, promovendo a descentralização, a articulação entre os diversos serviços de saúde, a responsabilização social e a formação aos profissionais de saúde, outros sectores e população em geral, para a promoção da saúde mental e deteção precoce da doença (Portugal, 2004).

A ausência de eficazes políticas de saúde, programas e legislação nacional bem como a fraca monitorização da saúde mental nas populações proporcionam terreno fértil para a proliferação das perturbações mentais.

Intervenção comunitária ao doente mental

Tendo por base a CIPE versão 1 (Conselho Internacional das Enfermeiras, 2006, p.171), *comunidade* define-se como um

(...) grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou todo coletivo, composta por membros ligados pela partilha geográfica, condições ou interesses comuns. A unidade social constituída pela comunidade como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação de proximidade geográfica, partilha de condições ou interesses comuns, que constituem as partes do grupo.

A comunidade seja no seu sentido mais restrito de família/grupo, seja no sentido mais lato, comporta-se como um organismo vivo que nasce, desenvolve-se e morre, num processo dinâmico com ritmos próprios.

Tal como prevê o código deontológico do enfermeiro, o profissional de enfermagem é responsável pela promoção da saúde da comunidade em que está inserido, zelando pelo bem-estar de todos os elementos que a compõe. É ainda responsável por dar resposta às necessidades de cuidados de enfermagem diagnosticados nessa mesma comunidade.

O enfermeiro como ator dessa comunidade pode assumir vários papéis e frequentemente vê-se confrontado com novos desafios, devendo ser capaz de acompanhar e interpretar todos esses processos. Ele pode ser simultaneamente um recurso e um elemento da comunidade, encontrando-se numa situação privilegiada de proximidade, que lhe permite garantir a continuidade dos cuidados. Trabalha transversalmente com todos os grupos etários, ao longo do ciclo de vida, e o foco de abordagem pode ser o indivíduo, a família, grupos ou a própria comunidade no sentido mais lato. Para Gomes (2011) a comunidade é um espaço privilegiado para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, colocando desafios constantes à perícia dos enfermeiros, proporcionando ao mesmo tempo partilha e crescimento pessoal e profissional.

Continuamos a viver num país com dois sistemas no campo da saúde mental, isto é, um sistema hospitalar e um sistema de apoio comunitário, mas continua a ser de extrema importância começarmos a apresentar um conjunto de pressupostos teóricos, experiências realizadas e conhecimentos adquiridos para nos prepararmos para a era pós-hospitalar, ou seja, para aprofundarmos a perspectiva de intervenção comunitária ao nível da saúde mental. A partir da experiência destes últimos anos concluímos que não é suficiente criarmos apenas as estruturas comunitárias, é fundamental também que estas sejam acompanhadas e inspiradas num novo paradigma, ou seja, um modelo comunitário de intervenção que evite a reprodução dos mesmos mecanismos de funcionamento hospitalar transitados linearmente para as estruturas nos contextos comunitários (Ornelas, Monteiro, Moniz, & Duarte, 2005).

Com base nos dados da CNRSSM sabemos que em Portugal o desenvolvimento de serviços na comunidade é insuficiente, assim como o número de equipas de saúde mental comunitária. A participação dos utentes e familiares é reduzida e os programas de promoção/prevenção da saúde são quase inexistentes. Por sua vez, e ainda segundo a mesma comissão, existem evidências científicas que demonstram que as intervenções na comunidade são as mais efetivas e colhem a preferência dos utentes e das famílias (Portugal, 2007).

Em resultado do trabalho desenvolvido por esta comissão, foi aprovado o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 que prevê necessidades de intervenção de âmbito nacional e regional ao nível da melhoria da rede de serviços locais de saúde mental, da reabilitação e da desinstitucionalização dos doentes mentais graves, dos serviços regionais de saúde mental e dos hospitais psiquiátricos. Segundo este plano uma das respostas e estratégias desejáveis para contribuir para a reestruturação dos serviços de saúde mental em Portugal era a criação de «(...) *Serviços de apoio domiciliário associados a respostas habitacionais independentes e individualizadas* (...)» (Portugal, 2007, p.89).

Os doentes que são internados em serviços de psiquiatria, poucos obtêm resultados positivos duradouros, na medida em que esses doentes voltam a ser internados sucessivamente, acabando por ficarem mais tempo em internamento do que no seu meio familiar e social. De acordo com as recomendações da OMS (2002, p. 187), «(...) *os cuidados baseados na comunidade têm um melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crónicas do que o tratamento institucionalizado*». No entanto, existe uma grave lacuna em relação ao serviço psiquiátrico que existe atualmente, no geral em todo o país e, em específico, na região Alentejo. Esse défice é a ausência de equipas especializadas de cuidados psiquiátricos (e de saúde mental) comunitários, assim como a fraca integração do doente mental nos cuidados de saúde primários.

Xavier, Caldas de Almeida, Martins, Barahona e Kovess, (2002) realizaram um estudo multicêntrico para avaliação da necessidade de cuidados de indivíduos com esquizofrenia em sete países diferentes, em que verificaram que existia globalmente uma associação inversa entre a disponibilidade de recursos diversificados na comunidade e o estado de necessidade de cuidados dos doentes, ou seja, quanto menor o grau de diferenciação de estruturas e de programas terapêuticos, maior a proporção de necessidades não alcançadas. Estes resultados testemunham a importância da avaliação de necessidades de cuidados não só no levantamento padronizado dos problemas que podem afetar os indivíduos com esquizofrenia, como também na aquisição de informação suscetível de ser utilizada no planeamento estrutural e organizativo dos serviços de psiquiatria e saúde mental.

A conjuntura política nacional e internacional tem pressionado cada vez mais no sentido da utilização mais eficaz e mais eficiente dos recursos disponíveis. E isso só se consegue fazer com estruturas de proximidade que coloquem em marcha o novo

paradigma da saúde. Neste sentido, o plano nacional de saúde 2011/2016 poderá fazer a rutura entre paradigmas, assim os enfermeiros a saibam aproveitar. As políticas de saúde devem centrar-se nos utentes e na comunidade, integrando-os nos processos de tomada de decisão. Mas é também urgente a adoção de modelos de proximidade, de cuidados dinâmicos, adaptando-os às necessidades regionais. Assim, as políticas de saúde na comunidade devem promover a equidade no acesso, a proximidade, a integralidade que implica que sejam integradas e integradoras, e ainda a eficiência/sustentabilidade do sistema (Oliveira, 2011).

Cuidados de saúde primários e doença mental

Os cuidados de saúde primários são «(...) *cuidados essenciais e universalmente acessíveis a indivíduos e famílias da comunidade*» (Stanhope & Lancaster, 1999, p.40). Uma questão de bastante interesse prende-se com as barreiras aos cuidados de saúde mental em populações mais desfavorecidas e rurais como é o caso do concelho de Redondo. Segundo Stanhope e Lancaster (1999) é frequente haver uma maior prevalência de situações relacionadas com stresse e doença mental em populações com dificuldades económicas graves, como pode acontecer em algumas populações rurais. Atualmente, ainda se verifica um reduzido número de visitas anuais aos serviços de saúde mental por parte deste tipo de população. Pois sabe-se que, mesmo que os serviços de saúde mental estejam disponíveis e acessíveis, os habitantes rurais também os procuram mais tardiamente quando têm um problema psíquico, aguardando o aparecimento de uma situação de emergência ou crise. Por vezes recorrem a outros meios alternativos como curandeiros, oculistas e medicina não convencional, que poderão implicar mais gastos e não resolver o problema.

Tal como Stefanelli, Fukuda e Arantes (2008) defendem, o enfermeiro deve ter em conta sempre a dimensão biopsicossocial, cultural, espiritual e intelectual do doente de forma integrada. Portanto, os enfermeiros comunitários devem elaborar estratégias e implementar intervenções que sejam adequadas ao sistema de crenças dos clientes de modo a elaborar programas comunitários acessíveis, disponíveis, comportáveis e adequados à população rural (Stanhope & Lancaster, 1999). Isto implica que a família e a comunidade estejam envolvidas de forma ativa no planeamento e prestação de cuidados a um membro que deles necessite.

As famílias que tem um portador de doença mental entre os seus membros apresentam os mesmos problemas da vida quotidiana que os demais. Contudo, a

presença da doença mental muitas vezes agrava estas situações. O enfermeiro visitador pode ajudar a família a pensar sobre formas de enfrentar os problemas utilizando os recursos da comunidade (Labate, Galera, & Avanci, 2004).

Um dos princípios que tem desempenhado um papel relevante na organização dos cuidados de saúde mental é a integração dos cuidados de saúde primários com a declaração de Alma-Ata. Segundo esta declaração

os cuidados de saúde primários são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possa manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. (Alma-Ata, 1978, p.2).

A preparação do pessoal dos cuidados de saúde primários no sentido de detetar e tratar perturbações mentais e comportamentais comuns é uma medida de saúde pública de extrema importância. Assim como também é salutar que haja uma interligação entre os cuidadores dos serviços de saúde mental e os dos cuidados primários, na medida em que pode ajudar a reduzir a institucionalização e conseqüentemente a melhorar a saúde mental dos indivíduos (Campos, 2007). Consideramos, portanto, fundamental a articulação entre os cuidados hospitalares e os cuidados primários de saúde, assim como o apoio entre clínicos gerais e psiquiatras, porque é aí a porta de entrada da maioria dos doentes, nomeadamente das psicoses com evolução para a cronicidade.

A evidência internacional sugere que os sistemas de saúde que têm por base uma forte orientação para os cuidados de saúde primários têm melhores e mais equitativos resultados de saúde, assim como também conseguem obter uma melhor satisfação por parte dos utilizadores do que aqueles cujos sistemas de saúde têm uma fraca orientação para esse tipo de cuidados (PAHO/WHO, 2007).

A visita domiciliária ao doente mental grave

O incremento da incidência das doenças crónicas e as altas precoces introduziram um novo paradigma na organização dos cuidados de saúde ao retirarem do hospital a

exclusividade dos cuidados de saúde diferenciados. De facto, hoje a pessoa no domicílio pode ser alvo ou parceiro de múltiplos e complexos cuidados de saúde.

Segundo Stanhope e Lancaster (1999, p.882)

os cuidados de saúde domiciliários são a componente de um continuado cuidado de saúde global em que os serviços de saúde são prestados aos indivíduos e famílias nos seus locais de residência com a finalidade de promover, manter ou recuperar a saúde, ou de maximizar o nível de independência enquanto se minimiza os efeitos da deficiência e doença (...).

Os cuidados domiciliários a doentes, idosos e portadores de deficiências, têm sido descritos ao longo da história da humanidade. Muitos registos sobre as visitas domiciliárias praticadas pelos médicos gregos datam de 400 A.C. e incidem essencialmente em questões de saúde pública, controlo do ambiente e condições de higiene. Mas é apenas na segunda metade do século XIX e início do século XX, com os crescentes movimentos orientados para a prevenção e promoção na área da saúde pública, que ressurge a assistência ao domicílio como modelo complementar e alternativo de cuidados de saúde. Tradicionalmente, a VD reveste-se de um carácter de assistência mas, essencialmente, de educação às populações.

Em Portugal, recentemente foi reconhecida a importância da VD com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que segundo o Decreto-Lei N° 101/2006 de 6 de Junho (Ministério da Saúde, 2006, p.3857) constituem

(...) o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

As visitas domiciliárias são um dos melhores recursos para prestação de cuidados em ambulatório. Elas são desenvolvidas essencialmente ao nível dos cuidados de saúde primários e têm estreita ligação com a história da enfermagem de saúde pública. Os seus benefícios têm sido amplamente verificados em várias áreas dos cuidados de saúde pré e

pós-hospitalares, nas mais diversas especialidades. No âmbito da saúde mental e psiquiatria, a VD é uma das áreas de grande investimento na enfermagem desde a sua origem, tendo sido alvo de evoluções importantes ao longo dos tempos, consoante os contextos socioeconómicos e políticas de cuidados de cada país. Encontram-se vários registos e estudos na literatura nacional e internacional que apontam os benefícios da VD, embora não sejam assim tão expressivos os trabalhos relativos à especialidade de saúde mental e psiquiatria.

Egry e Fonseca (2000) dão-nos uma perspetiva interessante, pois falam de VD como sendo o instrumento e a família o objeto do processo de trabalho e abordam as várias possibilidades interventivas deste “*instrumento*” face a este “*objeto*”. Afirmam que a VD «(...) *constitui uma das actividades próprias da enfermagem, numa abordagem ampla que tem a finalidade de estender as ações de saúde à população, dentro de um contexto social*» (Egry & Fonseca, 2000, p.236). O objetivo das visitas domiciliárias é apoiar em ambiente familiar, facilitar o acesso aos cuidados de saúde, encorajar a gestão do autocuidado, aumentar a independência e aumentar a qualidade de vida do utente e família, capacitando-os, ou seja promover o “*empowerment*” das famílias (Rice, 2004).

Nem toda a ida do técnico de saúde ao domicílio é considerada VD, pois a sua realização deverá ser precedida de uma preparação que envolva um conjunto de teorias e de procedimentos, seguindo princípios e técnicas concordantes com esse suporte teórico de assistência de enfermagem ao domicílio e não apenas a mera execução de um procedimento isolado (Egry & Fonseca, 2000). As referidas autoras indicam várias vantagens para a VD, tornando-a insubstituível por procedimentos executados no interior de unidades de saúde, contexto em que as desigualdades sociais que constituem o grande determinante das condições de saúde-doença, muitas vezes são de pouca visibilidade.

Na literatura são escassas as definições do conceito de VD, no contexto da saúde mental e psiquiatria. O termo *visita domiciliária* não existe enquanto foco nos sistemas de classificação de enfermagem, mas na CIPE versão 1.0 encontramos “*visita domiciliária*” no eixo do tempo e esta expressão consiste em “*consulta*” e “*evento ou episódio*”. Na CIPE versão 2.0 não existe o termo nem sinónimo ou palavra semelhante.

Neves, F. Pacheco, Luz, J. Pacheco e Furtado (1991) não nos dão uma definição de *visita domiciliária* mas falam-nos de *ação comunitária* referindo que é o abandono da equipa dos muros da instituição para apoiarem os doentes recuperados e entretanto

internados no seu meio comunitário, familiar e profissional. Estes autores referem que o termo visita não deve ser visto na simples conceção do ato social, mas sim como uma avaliação atenta, eficaz e pronta a ser interveniente na resolução ou encaminhamento dos problemas potenciais ou reais.

A intervenção comunitária é de primordial importância para o adequado apoio ao doente, à família e à comunidade no geral. A sua concretização cumpre determinados objetivos, como: reabilitar sociofamiliarmente o doente; conhecer o meio sociocultural e familiar em que ele está inserido; facilitar a integração do doente na comunidade; sensibilizar para a doença mental a família, toda a comunidade, entidades patronais, líderes de opinião, os média e outros; atuar a nível psicoterapêutico e farmacológico; controlar a sintomatologia e ajustar a terapêutica; prevenir o internamento do doente; fazer a ligação entre as várias estruturas da comunidade; promover a qualidade de vida do doente e família (Gomes, Henriques, Roque, Lourenço, & Silva, 1998). Segundo o resultado da pesquisa destes autores, a equipa que realiza as visitas domiciliárias está centrada na sua grande generalidade no serviço de consultas externas dos hospitais, ou departamentos. Na maioria dos casos é o enfermeiro da consulta externa que participa na visita, e mais raramente o processo é rotativo, incluindo enfermeiros do internamento e muito menos os enfermeiros dos cuidados de saúde primários.

A título de exemplo, no HFF (Hospital Fernando da Fonseca) existem unidades funcionais comunitárias que desenvolvem várias intervenções na área da Saúde Mental e Psiquiatria. De entre as quais, estão as visitas domiciliárias que são realizadas pelos enfermeiros e assistentes sociais dessas equipas e que permitem a avaliação mais rigorosa das condições sociais, económicas e familiares dos utentes. Este tipo de intervenção proporciona um melhor seguimento de doentes com má adesão terapêutica e consecutivamente traduz-se num menor número de reinternamentos e de internamentos compulsivos. As visitas são fundamentais para o acompanhamento de doentes graves, nas vertentes de avaliação, promoção da adesão terapêutica, vinculação do doente e da família ao projeto terapêutico e conhecimento das reais condições em que vivem (Cardoso & Maia, 2009).

Outro exemplo nacional é o caso do Hospital de Santo António (HSA), no Porto, onde é prestado apoio domiciliário a muitos doentes psicóticos que necessitam de fazer regularmente a terapêutica injetável e, em articulação com os profissionais dos centros de saúde, muitos deles a fazem nessas unidades com a monitorização dos técnicos do serviço de Psiquiatria e Saúde Mental. Neste serviço consideram de extrema

importância a desinstitucionalização dos doentes mentais através do apoio de equipas comunitárias, mas sempre tendo em conta os casos sociais, sem qualquer apoio sociofamiliar, assim como a psicoeducação do doente e dos seus familiares. No serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do HSA existe uma equipa (enfermeiro, assistente social e médico) que se desloca ao domicílio dos doentes para administrar o neuroléptico de ação prolongada e verificar o seu estado de saúde mental, bem como a sua inserção/integração sociofamiliar. A adesão à terapêutica e o apoio domiciliário são duas vertentes importantes no tratamento das doenças psiquiátricas, assim como a criação de unidades de cuidados continuados de psiquiatria.

Estudos internacionais têm demonstrado que as intervenções na assistência domiciliária equivalem a um terço do custo das intervenções realizadas em ambiente hospitalar (Duarte & Diogo, como citado em Sequeira, 2010). Uma pesquisa realizada no NADI (Núcleo de Atendimento Domiciliar Interdisciplinar) por Santos e Andrade (como citado em Albuquerque, 2003) concluiu que a assistência no domicílio trouxe uma redução de 70% nos custos com diárias hospitalares.

Conforme as estatísticas dos recursos e produção dos Centros de Saúde e Unidades Hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (DGS, 2009), ocorreram 2315964 domicílios de pessoal de enfermagem dos centros de saúde, não existindo dados dos domicílios específicos da área da psiquiatria. Num total de 7631 enfermeiros, 46 eram Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria, o que confirma a escassez de recursos humanos desta área ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, comparativamente aos que se encontram em unidades de internamento hospitalar que constituem 83,9% (n=442). Ainda segundo estas estatísticas, foram registadas 7048 consultas de psiquiatria nos Centros de Saúde do Continente, sendo que 2974 foram primeiras consultas, e as restantes 4074 consultas subsequentes (DGS, 2009).

Em 2009, a taxa de ocupação nas unidades de internamento era de 58,9 dias, não existindo neste estudo da DGS dados da ocupação relativamente à Psiquiatria. Contudo, existem alguns estudos empíricos que investigaram este fenómeno.

Um estudo português (Neto & Silva, 2008) fez uma análise com o intuito de caracterizar as readmissões num hospital psiquiátrico, comparativamente com as admissões únicas, e obteve resultados bastante relevantes. Este estudo baseava-se no pressuposto de que a taxa de reinternamento tem sido considerada uma variável promissora para avaliar a eficácia do sistema de saúde mental, assim como a articulação entre o tratamento no internamento e as intervenções na comunidade. Este estudo

concluiu que a taxa de readmissões era semelhante à de estudos com outros países da Europa, sendo que das 3225 admissões, 1276 foram readmissões. Em média, um paciente chegava a ser readmitido 2,6 vezes durante o tempo do estudo (21 meses). Estes autores apuraram ainda que há uma maior prevalência de psicoses esquizofrênicas e distúrbios de personalidade. A esquizofrenia sucessivamente descompensada poderá levar ao aumento do *déficit* funcional, e por isso é útil criar intervenções específicas para esta patologia.

As intervenções comunitárias, tais como visitas domiciliárias, intervenções psicoterapêuticas e serviços de ambulatórios disponíveis, podem representar meios de prevenir as recaídas. Neste contexto os cuidados hospitalares podem assumir funções preventivas adicionais ou paliativas, como por exemplo aliviar a carga das famílias (Neto & Silva, 2008).

Além desta muitas pesquisas têm explicado o aumento do número de readmissões como consequência das políticas de desinstitucionalização e do desenvolvimento dos tratamentos psicofarmacológicos. Korkeila, Lehtinen, Tuori e Helenius (1998) observaram que os doentes com o diagnóstico de psicose ou distúrbio de personalidade foram admitidos duas vezes mais do que doentes com uma patologia orgânica.

Estes resultados permitem compreender que tipo de doentes estão mais predispostos a serem readmitidos, de modo a prever os fatores clínicos e sociais que os colocam em risco e para identificar potenciais limitações nos sistemas de cuidados de saúde existentes ou défices específicos nos recursos ao nível dos tratamentos disponíveis. Assim, estes aspetos podem ser de extrema importância para as políticas de saúde mental e para o desenvolvimento de intervenções com o intuito de reduzir as readmissões, e o fenómeno “*porta giratória*”, o que consecutivamente pode ser relevante no sentido da redução de custos supérfluos associados a internamentos múltiplos.

No Relatório Mundial de Saúde (OMS, 2002), a esquizofrenia é listada como a oitava causa mundial por sobrecarga em DALY's (*disability-adjusted life-year*), ou seja, a esperança de vida corrigida pela incapacidade (EVCI) no grupo com idade entre os 15 e os 44 anos. Hu (como citado em Daltio, Mari, & Ferraz, 2007) publicou uma revisão de estudos internacionais sobre os custos em saúde mental, considerando as doenças psiquiátricas mais graves, nas quais se engloba a esquizofrenia. A recaída em esquizofrenia pode estar diretamente ligada à não-adesão ao tratamento e os custos para os pacientes que recaem podem chegar a ser quatro vezes maiores quando comparados

aos custos daqueles que não apresentam recaídas (Almond, Brugha, Toumi, Francois, & Knapp, 2004).

Um estudo alemão, mais recente (Shmidt-Kraepelin, Janssen, & Gaebel, 2009) testou a seguinte hipótese: os pacientes que recebem um conjunto de intervenções num sistema de cuidados de tratamento irão mostrar uma redução mais significativa de reinternamentos do que os pacientes sem esse atendimento. O objetivo era verificar se esta intervenção levava a uma redução dos custos de tratamento. Outra meta deste estudo era prevenir a re-hospitalização e otimizar a satisfação com o tratamento e qualidade de vida em doentes que sofreram de esquizofrenia ou distúrbio esquizoafectivo que têm tendência para alternar entre os cuidados de ambulatório e o internamento. Estes objetivos foram atingidos, sendo que a taxa de reinternamento e o tempo médio de internamento foram reduzidos no grupo de intervenção, comparativamente ao grupo de controlo. A taxa de readmissões aumentou no grupo de controlo, levando a uma diferença de 23% entre os grupos. O fator que mais favoreceu a taxa de reinternamento foi a participação no treino de habilidades de *coping* devido à facilidade em serem implementadas em ambulatório.

Também se observou um aumento da satisfação com o tratamento durante os meses de internamento, que se manteve constante durante mais doze meses de *follow-up*. Esta melhoria refletiram-se sobretudo ao nível da redução de custos, pois a eficácia-custo foi maior no grupo de intervenção do que no de controlo (Shmidt-Kraepelin, Janssen, & Gaebel, 2009). Este projeto é um importante passo no sentido de obter evidência acerca da eficácia dos modelos de cuidados integrados em pacientes com esquizofrenia. O estudo ressalta a necessidade que há em implementar futuramente este tipo de medidas psicoterapêuticas, sobretudo para esta população.

Apesar destes estudos não serem passíveis de generalizações e também de haver uma dificuldade de comparação, verificam-se algumas tendências que se repetem como: os cuidados com os pacientes internados representam maior consumo nos custos diretos, pelo que a prevenção à recaída seja a solução para reduzir estes custos; também o custo das prescrições medicamentosas não ultrapassa 3% dos custos diretos; e ainda, a perda de produtividade, tanto do paciente como do familiar cuidador, é enorme devido ao início precoce da doença e ao comprometimento funcional e social (Genduso & Haley, 1997; Daltio, Mari, & Ferraz, 2007; Neto & Silva, 2008).

3. ANÁLISE DO CONTEXTO

3.1. Caracterização do ambiente de realização do estágio final

O concelho de Redondo situa-se no Alentejo Central, a sul de Estremoz e estende-se por uma área de 371,44 Km². A rede viária local possui estrutura radial, com centro na sede do concelho. A acessibilidade, quanto aos meios de transporte, é realizada pela Rodoviária do Alentejo, sendo que as deslocações intraconcelho fazem-se apenas das periferias para a sede do concelho e vice-versa, com partidas e chegadas de manhã e à tarde, associadas aos horários escolares e asseguradas apenas no período escolar, não havendo autocarros nos fins-de-semana e feriados. Esta diminuída acessibilidade à sede de concelho, devido aos horários dos transportes públicos, é colmatada parcialmente pela deslocação em viaturas das Juntas de Freguesia/Câmara Municipal. Para fora do concelho existem autocarros regulares e rede de expresso Elvas - Lisboa.

O concelho de Redondo tinha uma população de 7.031 habitantes em 2011 (INE, 2011), distribuídos por duas freguesias: Redondo e Montoito. Estas são constituídas por 13 locais: Aldeia da Serra; Foros do Freixo; Monte da Fazenda; Monte Branco; Monte da Palheta; Redondo; Vinhas; Foros da Fonte Seca; Gafarinhas; Santa Suzana; Montoito; Aldeias de Montoito e Falcoeiras. O povoamento, em termos populacionais, é dominado pela sede de Concelho com 5 733 habitantes, seguindo-se a sede da freguesia de Montoito com 1 298 habitantes.

Segundo o Plano de Ação da UCSPR (ARS-Alentejo, 2010) existe fraca dinâmica demográfica, quer natural quer migratória. Verifica-se o fenómeno do duplo envelhecimento demográfico, com maior incidência no topo da população idosa, com tendência para o agravamento. Verifica-se ainda uma grande dispersão geográfica, com muitos idosos a habitar em montes isolados.

O apoio domiciliário, os centros de dia e os lares são alguns dos recursos existentes no concelho para pessoas idosas. Nesta área existe a Santa Casa da Misericórdia de Redondo, com Lar, Centro de dia e Apoio Domiciliário, na sede do Concelho e Centro de Dia e Apoio Domiciliário no lugar de Santa Suzana. Existe também, na freguesia de Montoito, a Obra de São José Operário com as valências de Lar, Centro de Dia e Apoio Domiciliário. Em termos de recursos ao nível de saúde existe o Centro de Saúde com Serviço de Atendimento Permanente (SAP) até às 20h. O hospital mais próximo a que os utentes se dirigem é o HESE-EPE que se localiza em Évora. Como outros recursos de saúde, ao nível 'privado', existem dois centros clínicos

com as valências de colheitas para análises clínicas, medicina dentária, laboratório de próteses dentárias, fisioterapia e consultórios médicos. Contudo, os recursos supracitados não são em número suficiente para poder dar resposta às necessidades da população do concelho. Portanto, estamos perante uma população essencialmente idosa, com reduzida acessibilidade a nível de transportes e limitações ao nível dos recursos de apoio na área social e na saúde.

Recentemente, sobretudo a partir de 2000 e depois de asseguradas algumas infraestruturas básicas, o concelho assiste a um processo de qualificação relacionado com a melhoria da qualidade de vida dos seus habitantes e com o turismo, através da construção de vários equipamentos municipais, como o Museu do Vinho, a Enoteca, o Museu do Barro, o Centro Cultural de Redondo, as Piscinas Municipais, o Ecomuseu e, mais recentemente, o Coliseu de Redondo. Outra infraestrutura que se encontrava em construção (no período de estágio) era o novo edifício do Centro de Saúde, aguardando-se a sua conclusão para breve. O CS de Redondo localiza-se na sede do concelho e funciona num edifício antigo da Santa Casa da Misericórdia, na zona intramuralhas do castelo, com uma acessibilidade também dificultada pelo terreno ligeiramente mais acidentado.

A UCSPR está integrada no Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central-I e localiza-se na vila do Redondo, pertencente ao concelho do Redondo, distrito de Évora e região Alentejo. Esta unidade funciona na sede e ainda em seis extensões de saúde, que se localizam nas seguintes localidades: Aldeia da Serra, Freixo, Aldeias de Montoito, Santa Suzana, Montoito e Falcoeiras.

Este CS rege-se pelos princípios da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), que surgiu aquando da reforma dos cuidados de saúde primários (Portugal, 2005). A MCSP elaborou uma carta- a Carta de Missão, onde se reafirmam os princípios que nortearão a ação dos diretores executivos e que concretiza o modelo de contratualização e responsabilização em que assenta a reforma dos cuidados de saúde primários. De acordo com o documento, a missão dos ACES é

(...) garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma área geográfica determinada, procurando manter os princípios de equidade e solidariedade, de modo a que todos os grupos populacionais partilhem igualmente dos avanços

científicos e tecnológicos, postos ao serviço da saúde e do bem-estar (Portugal, 2005, s.p.).

3.2. Caracterização dos recursos humanos e materiais

Os recursos humanos são um dos fatores mais importantes do sistema de cuidados de saúde. Pois não é só a quantidade que interessa mas também é necessário que haja profissionais dos cuidados de saúde primários (CSP) informados, motivados e qualificados na medida em que são essenciais para a concretização dos CSP em saúde mental (Portugal, 2009).

Numa fase inicial foi necessário proceder a determinadas ações por forma a compreender as principais problemáticas na área de enfermagem de saúde mental no contexto da intervenção comunitária. Para tal empenhámo-nos em obter informações através de uma pesquisa exaustiva sobre as principais problemáticas na área da enfermagem psicocomunitária. Além disso, foi necessário conhecer a área de influência e principais características da população abrangida assim como a estrutura física da instituição selecionada, as valências/programas existentes, as normas e algumas atividades e rotinas da mesma.

Foi realizada uma reunião com a responsável de enfermagem da UCSPR por forma a compreender também a articulação e respetivos protocolos com outros serviços e instituições locais. Informaram-nos que esta Unidade tem parcerias com o Lar da Santa Casa da Misericórdia de Redondo (LSCMR) onde residem a tempo parcial ou total, alguns dos doentes mentais acompanhados pela psiquiatria; o Gabinete de Ação Social (G.A.S) da Câmara Municipal de Redondo que dá apoio à criança, à família da criança e ao idoso; o Gabinete de Intervenção Precoce (G.I.P.) que funciona na zona posterior do CS num piso inferior; o Gabinete de Apoio à Família (G.A.F.) que se localiza na zona centro da vila e que depende da Santa Casa da Misericórdia e presta apoio à família de doentes através da Psicóloga e Técnica de Serviço Social. É este gabinete que por vezes referencia para o CS casos de utentes psiquiátricos e famílias que necessitam de intervenção. Posteriormente foram visitados alguns desses serviços e instituições, como o G.A.F., o G.I.P. e o LSCMR.

Quinzenalmente era habitual realizar-se uma articulação da UCSPR com a equipa comunitária do DPSM do HESE, EPE (Consulta Externa) que estava responsável por esta área geodemográfica, pelo que também assistimos e participámos nas reuniões com esta equipa.

O CS dispõe dos seguintes recursos humanos: cinco clínicos de Medicina Geral e Familiar; sete Enfermeiros, dos quais um Enfermeiro Chefe com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e um Enfermeiro com especialização em Enfermagem de Reabilitação e os restantes são enfermeiros generalistas; quatro Assistentes Operacionais; seis Assistentes Técnicos e um Técnico de Saúde Ambiental. Na enfermagem, o método de trabalho adotado é o método por enfermeiro responsável, em que cada enfermeiro é responsabilizado por determinado programa de saúde, formando equipa com um dos médicos.

O CS funciona no seio do centro histórico num antigo edifício de construção desatualizada e com visíveis zonas de degradação. O espaço divide-se em gabinetes médicos, gabinetes de enfermagem, salas de reuniões, salas de espera, salas de tratamentos e sala de observação incluída no SAP, além de gabinetes administrativos, receção, sala de refeições, copa e outras salas com diversas funções (e.g.: lavandaria, arrumos na cave). Este edifício possui algumas barreiras arquitectónicas, ao nível de infraestruturas e equipamentos de apoio a pessoas com deficiência e idosos, apesar de algumas delas terem sido colmatadas com a colocação improvisada de, por exemplo, uma pequena rampa de metal no degrau da entrada principal, uma rampa com corrimão no corredor principal e uma casa de banho adaptada. Perante a desadequação das instalações do CS concelhio e dando resposta à crescente exigência dos seus utentes e profissionais de saúde, a ARS Alentejo verificou a necessidade de construir um novo edifício que irá ser erguido num terreno cedido pela autarquia.

Relativamente às atividades, nomeadamente as V.D.'s pode-se dizer que eram realizadas periodicamente. Semanal ou quinzenalmente elementos da equipa de enfermagem ausentavam-se do CS para realizar visitas a alguns doentes mentais, sobretudo utentes com psicose que tinham prescrita medicação injectável (antipsicóticos depôt). Realizavam também V.D. nos casos de falta à consulta médica de psiquiatria ou de atraso na próxima toma do injectável agendada para ser feita no CS.

A equipa de enfermagem realizava ainda VD após solicitação médica, quando a história clínica de um doente não estava clara, quando se suspeitava de algum problema no lar, ou quando surgiam problemas sociais. Por vezes a enfermeira chefe realizava algumas das funções da técnica de serviço social e estava responsável inclusive por um programa de apoio ao nível dos cuidados continuados a doentes com deficiência motora e/ou outros problemas físicos graves, com elevado nível de incapacidade funcional. No

decorrer das visitas inseridas neste programa era realizada, além de outras, uma avaliação do estado mental dos utentes.

Um dos principais indicadores do CS era o número de domicílios realizados por mês, mas não era feita distinção nesta contagem dos domicílios para cuidados curativos dos domicílios psiquiátricos, pois os enfermeiros registavam informaticamente tanto uns como outros na mesma categoria. Em 2009 o número de domicílios de enfermagem foi de 1912 (ARS-Alentejo, 2010).

As intervenções de enfermagem encontravam-se informatizadas pelo SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), contudo não existia uma zona específica para o registo do plano de cuidados nem tão-pouco o relatório da VD em Psiquiatria e Saúde Mental. O processo clínico do doente (em formato papel) constituiu um importante recurso material, embora não contivesse dados relativos aos cuidados de enfermagem, apenas os registos médicos. Existia um ficheiro físico onde eram colocadas as guias de tratamento dos injetáveis depôt dos utentes do foro psiquiátrico. Este ficheiro foi um complemento como recurso material, pois permitia controlar e avaliar a adesão à terapêutica depôt por parte destes doentes.

É sabido que, regra geral, os meios disponíveis são sempre insuficientes ou pelo menos, quase nunca chegam a ser os desejáveis. Porém, quem trabalha em reabilitação de pessoas com doença mental, contribuindo de certa forma para a sua desinstitucionalização e reintegração comunitária, também deverá saber que a dificuldade em atingir o ideal chega a ser condição de maior luta, e por vezes, de um maior empenho.

Nesta instituição observou-se que com poucos recursos, a equipa de enfermagem conseguia realizar algumas atividades de apoio ao doente mental, apesar de não ser o ideal tendo em conta as necessidades deste tipo de população, e por isso a eficácia era menor. Além disso, o esforço que deveria ser feito ao nível dos Cuidados de Saúde e Primários numa primeira linha de intervenção em situações de doença mental também não era o mais adequado, logo era menos eficiente, não constituindo uma metodologia de redução de custos. A VD pode tornar-se um trunfo importante na redução das despesas com a saúde mental, e além disso, ao melhorar o acesso aos cuidados promove uma maior satisfação dos utentes.

Conseguimos apurar que o CS estava a preparar-se para desenvolver um projeto terapêutico bastante relevante relacionado com o Doente Mental Grave (DMG) onde se incluía o doente portador de esquizofrenia. Esse projeto estava relacionado com

aplicação de um programa de formação em Saúde Mental Comunitária promovido pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental, que se designava de *Proform-CIR*. Era um programa de formação em Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com DMG. Este programa estava em concordância com os objetivos de formação traçados no Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) e consistia «(...) *numa série de sessões semanais nas quais os profissionais de saúde mental [se assumem como técnicos de referência e] ajudam as pessoas que tiveram a experiência de sintomas psiquiátricos, a desenvolver estratégias personalizadas para lidar com a sua doença mental e prosseguir com as suas vidas.*» (Portugal, 2008, p.3).

O objetivo principal consistia em promover cuidados integrados e diferenciados ao DMG no sentido da sua recuperação. As pessoas «*podem-se capacitar para gerir a sua doença, encontrar os seus objetivos de recuperação e assumir a responsabilidade de direcionar o seu tratamento*» (Portugal, 2008, p.4), pois através da aquisição de informação sobre a doença mental e o seu tratamento, ocorre um desenvolvimento de competências no sentido de redução das recaídas, de como lidar com o stresse e com outros sintomas.

Em suma, os recursos humanos disponíveis e utilizados no estágio final foram: a equipa multidisciplinar do CS e equipa comunitária do DPSM, o supervisor clínico, os doentes e família e os técnicos do Lar de idosos. Os recursos físicos foram alguns dos gabinetes de enfermagem e salas de reuniões do CS, o domicílio dos utentes, o LSCMR e de certa forma também o comércio local (minimercado de um familiar e cafés). Os recursos materiais constituem algumas fichas clínicas dos utentes, o computador, o sistema informático e alguns manuais.

4. ANÁLISE DA POPULAÇÃO

4.1. Caracterização geral da população/utentes

O Plano Nacional de Saúde 2004/2010 salienta que no Censo Psiquiátrico de 2001, as esquizofrenias foram, no conjunto dos internamentos, das consultas e das urgências, as patologias mais frequentes (21,2%), constituindo a principal causa de internamento (36,2%) e a terceira nas consultas (12,4%). A demora média dos internamentos com diagnóstico de esquizofrenia, segundo os GDH (Grupo de

Diagnóstico Homogéneo) referentes a departamentos e serviços de psiquiatria foi de 35,4 dias, no ano de 2002 (Portugal, 2004).

Este plano estabelecia como orientações estratégicas e intervenções necessárias: melhorar as respostas disponíveis para a Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas; estas doenças de evolução crónica com episódios agudos exigem respostas diversificadas, nomeadamente de diagnóstico e intervenção precoces, de reabilitação psiquiátrica e de unidades especializadas (Portugal, 2004).

No CS de Redondo, segundo o SINUS (Sistema Informático de Unidades de Saúde), em Julho de 2010, existiam cerca de 7153 utentes inscritos, sendo que maioritariamente (34%) eram jovens dos 19 aos 44 anos. De entre estes utentes inscritos foi necessário encontrar aqueles que fossem portadores de esquizofrenia e que estivessem referenciados no DPSM (HESE, EPE), e para isso solicitou-se ao serviço administrativo do referido departamento um mapa com os utentes seguidos em consulta de psiquiatria no último ano (2010). Obtivemos uma listagem com onze utentes. Posteriormente realizaram-se entrevistas diagnósticas a esses onze elementos da lista (quatro mulheres e sete homens) para triagem do grupo alvo. Destas entrevistas diagnósticas retirámos as seguintes conclusões que jamais podem ser alvo de generalização:

- Os utentes entrevistados têm idades entre os 29 e os 75 anos, com uma média de 54 anos; seis são solteiros, dois são viúvos e três são casados. Destes apenas quatro têm filhos. Nenhum dos utentes solteiros tem filhos.

- Relativamente às habilitações literárias, a maioria tem o 4º ano, havendo um utente que não chegou a concluir o 1º ano do 1º ciclo por deficiência cognitiva. No outro extremo há um caso que terminou o 2º ciclo (9ºano) e dois casos que concluíram o secundário (12º ano). Não há relatos de utentes com frequência no ensino superior.

- Todos os utentes estão aposentados por invalidez, e a maioria é por reforma psiquiátrica. Há pelo menos dois que referiram que fazem trabalhos ocasionais e alguns biscates pela vila, recebendo recompensas monetárias e outras. Um dos utentes refere que auxilia a mãe num minimercado.

- A maioria tem outras patologias físicas, que constituem comorbilidade da doença psiquiátrica. Também três dos entrevistados do sexo masculino relatam antecedentes de abuso de álcool, dois indicam ter consumido em excesso outras substâncias/drogas e cinco são fumadores.

- Salvo dois casos, nenhum dos utentes entrevistados parece ter um conhecimento adequado da doença mental de que padece, e alguns não têm mesmo juízo crítico, negando a doença e afirmando que estão saudáveis.

- Quanto ao local onde vivem a grande maioria vive no domicílio, exceto dois que estão a viver no lar de idosos da Santa Casa da Misericórdia de Redondo, e outros dois que estão em Centro de Dia e vão alternando entre a sua habitação e o lar de idosos. Um destes utentes possui uma habitação social da Santa Casa da Misericórdia. Todos os utentes residem no concelho do Redondo, exceto dois que habitam em Montoito.

- Ao nível do suporte social, a maioria tem o apoio da família, nomeadamente, da mãe, de filhos, de irmãs, dos cônjuges, de sobrinhas, dos genros. O cuidador informal habitualmente é a mãe (para dois), a filha (para dois), a irmã (para três) e o cônjuge (para três). Um dos utentes não recebe ajuda por parte da família, por esta estar distante, contando com todo o apoio do lar de idosos, do CS e do DPSM (HESE, EPE). Todos os outros também têm o apoio destas duas últimas instituições.

- No que diz respeito à adesão ao tratamento, na maior parte dos casos é a família que gere a medicação, nomeadamente o cuidador informal de cada doente para os que habitam no domicílio, e no caso dos que habitam no lar de idosos é a responsável pelos cuidados de saúde (Técnica de Serviço Social) que gere e as funcionárias que administram a medicação *per'os*. Nestes últimos a adesão era conseguida, mas nos outros casos verificou-se, apesar de uma boa gestão por parte do cuidador, uma má adesão por parte do doente. Quatro dos utentes realizavam terapêutica psiquiátrica injetável intramuscular *depôt* de forma periódica. Esta medicação de acção prolongada era realizada sempre por um enfermeiro do CS ou do DPSM, no CS ou no domicílio.

- Relativamente à caracterização psicopatológica, os doentes apresentavam alterações de pensamento (82%), alguns com atividade alucinatória e muitos com atividade delirante; alterações de comportamento (90%); alterações de humor e das emoções (64%). Existiam pelo menos dois que apresentavam humor bastante deprimido e ideação suicida. Todos os utentes apresentavam ansiedade (de leve a intensa), comprometimento no funcionamento social, com tendência para o retraimento socioafetivo.

Todos os casos que não foram seleccionados para o grupo alvo continuaram a ser acompanhados pela equipa do CS e pela equipa comunitária do DPSM. Fornecemos-lhes as informações do estado clínico actual desses utentes, sobretudo de um que apresentava nesse momento mais sintomatologia depressiva do que produtiva (sintomas

positivos), manifestando ideação suicidada marcada, humor francamente deprimido e ansiedade intensa.

A continuidade dos cuidados é um elemento fundamental dos cuidados de saúde primários, e onde houver uma relação continuada entre um profissional de saúde e um doente poderá haver uma melhor qualidade da avaliação e do diagnóstico (Portugal, 2009). É importante que toda a equipa esteja desperta para esta problemática da saúde mental nos cuidados de saúde primários, e que trabalhe em consonância, por isso é fundamental a troca de informação acerca de todos os utentes acompanhados. Assim, a informação era transmitida não só à equipa multidisciplinar (médicos e enfermeiros) do CS mas também à equipa comunitária do DPSM (médico, enfermeiros e técnica de serviço social). Segundo Cordo (2003) «(...)são imprescindíveis as equipas multidisciplinares que envolvam profissionais de saúde mental e de reabilitação, capazes de compreenderem e compatibilizarem, através de canais de relação e de comunicação adequados, filosofia, objetivos e métodos de intervenção» (p.39).

Há que referir ainda um outro caso, que apesar de ter sintomatologia produtiva atual, não foi possível incluir no grupo alvo. Este utente nem tão pouco estava identificado pela equipa do DPSM, mas evidenciava sintomatologia psicótica extremamente acentuada, colocando em risco a sua vida e a dos que o rodeavam, a sua família. O caso foi de imediato encaminhado por nós para a equipa comunitária do DPSM e o utente foi rapidamente levado ao serviço de urgência para internamento compulsivo no serviço de psiquiatria do HESE, EPE. Posteriormente a família deste utente também foi auxiliada no domicílio por um enfermeiro dado que apresentava elevada sobrecarga, sobretudo a esposa que era o cuidador informal.

Outra situação semelhante a esta foi de um outro utente que também apresentava sintomatologia psicótica atual (atividade delirante) e alterações de comportamento mas que não foi possível o internamento logo no início. O cuidador informal deste era a mãe, que foi acompanhada também por apresentar elevado nível de sobrecarga, com humor bastante deprimido, ansiedade intensa e labilidade emocional. A emotividade expressa das famílias poderá ser um fator de stresse, que parece contribuir para a recaída nos doentes com esquizofrenia (Afonso, 2010).

4.2. Cuidados e necessidades específicas da população-alvo

De modo a identificar as principais necessidades da população foi feita recolha prévia de informação junto da equipa multidisciplinar, enquanto se realizava uma observação participante. Assim, tivemos a oportunidade de assistir e participar em reuniões de serviço, reuniões de consultadoria com o DPSM e em consultas de enfermagem no CS e em contexto domiciliário.

A deteção e intervenção precoce nas situações de risco para a saúde da pessoa e das populações são um objetivo da psiquiatria comunitária. O enfermeiro é uma peça essencial na identificação das possíveis situações de problemas mentais e necessidades de intervenção numa determinada população.

A avaliação das perturbações mentais nos cuidados de saúde primários depende não só da atitude do profissional de saúde para com os doentes como também dos seus conhecimentos de diagnóstico. A chave para esse diagnóstico ser feito com sucesso é a conjugação de conhecimentos técnicos de sinais e de sintomas, combinados com uma atitude na qual o mundo do doente é compreendido e respeitado. Sem qualquer destes requisitos não podem ser feitas avaliações úteis (Portugal, 2009). E assim se seguiu este princípio não só nesta, mas em todas as outras fases do estágio.

Quando se desenvolve um projeto no contexto de cuidados de saúde deve-se realizar uma análise integrada das necessidades da população, na perspetiva de desenvolver estratégias e ações, concentrando os esforços e aproveitando os recursos disponíveis de modo a promover o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde, com o intuito de capacitar, motivar e dar autonomia à população (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Assim, para se conseguir intervir na população selecionada foi essencial fazer-se um diagnóstico da situação atual. O diagnóstico e intervenção de enfermagem no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença mental na comunidade é uma das competências especializadas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental que o pode auxiliar em todo o restante processo. Neste contexto foi-nos bastante útil toda esta fase de avaliação inicial para um adequado planeamento das intervenções e ações a desenvolver de seguida. Para tal, planearam-se e realizaram-se VD's e consultas de enfermagem no CS, aplicando intervenções de domínio técnico e relacional.

Constatámos que os doentes mentais apresentam carências não só a nível social mas sobretudo de cuidados de enfermagem especializados que fossem de encontro a necessidades como o apoio emocional, a orientação para a realidade, a psicoeducação, o

treino de competências sociais ou a promoção da gestão/adesão terapêutica, de modo a mantê-los no seu domicílio o maior tempo possível e com qualidade de vida.

Verificou-se a necessidade de criar um programa de visitação domiciliária devidamente estruturado, com o planeamento diário das intervenções e respectivos objectivos para cada utente, assim como um esquema funcional de visitação no domicílio que dê resposta às necessidades tanto de utentes como da própria família ou dos cuidadores informais. Seria oportuno que esse programa fosse desenvolvido com indicadores relevantes como forma de avaliação das ações realizadas e através de instrumentos previamente testados e adaptados à população portuguesa. Também seria útil que o programa facilitasse o processo de registo informatizado, ou em alternativa em formato papel, das visitas domiciliárias para cuidados não apenas curativos, mas também de saúde mental e psiquiatria.

Estas necessidades ao nível dos cuidados de enfermagem foram comunicadas à equipa de enfermagem do CS, assim como a própria apresentação do projeto na primeira semana de estágio.

4.3. Recrutamento da população-alvo

A seleção do grupo de utentes foi realizada numa fase inicial com o auxílio de toda a equipa de enfermagem do CS. Tal como planeado no projeto, foram escolhidos de entre os utentes inscritos nesta instituição aqueles que fossem portadores de doença mental, mais especificamente que reunissem um conjunto de sintomas compatíveis com o diagnóstico de esquizofrenia em fase de estabilização ou em fase estável. No total foram realizadas entrevistas diagnósticas a onze utentes (e a alguns familiares) e de entre esses foram selecionados quatro doentes, que iriam constituir a população-alvo. Como critérios de inclusão optou-se por indivíduos portugueses com idade superior a 18 anos, de ambos os géneros, que fossem portadores de Esquizofrenia (diagnóstico médico definitivo) de qualquer subtipo. Como critérios de exclusão considerámos os utentes que não tinham diagnóstico médico de Esquizofrenia, mesmo tendo sintomas psicóticos, e ainda aqueles que apresentassem comprometimento cognitivo grave, uma vez que isso iria limitar a eficácia das intervenções.

No projeto de estágio estipulou-se um número de três utentes/famílias para fazer acompanhamento de casos, porém foram selecionados quatro, sendo que dois deles em períodos diferentes, o que faz um total de três casos em simultâneo. Apesar do processo

de seleção não ser estritamente relacionado com a família do doente esta foi envolvida no cuidado, sempre que possível, tendo sido uma mais-valia na fase de avaliação diagnóstica por ter fornecido dados bastante relevantes.

É importante que os profissionais da saúde tenham em atenção as crenças e os valores únicos de cada doente, bem como os seus ambientes culturais. Em muitas sociedades, as perturbações mentais não são apenas problemas da pessoa afetada mas frequentemente problemas interpessoais e familiares. Tendo em conta que os pais e os mais velhos são considerados importantes para o reconhecimento e para a gestão do sofrimento, poderá ser vantajoso estabelecer uma relação aberta e de apoio com eles, respeitando sempre o direito do próprio doente à privacidade e à confidencialidade. (Portugal, 2009).

À medida que se iam fazendo as avaliações diagnósticas os utentes eram excluídos ou incluídos, conforme os critérios acima descritos. Os primeiros dois doentes do grupo alvo foram logo selecionados nas duas primeiras semanas de estágio, enquanto o terceiro e o quarto foram selecionados posteriormente. Este processo de seleção demorou cerca de um mês. O último caso ocorreu mesmo após este primeiro mês de estágio, pois foi-nos apenas referenciado nesse momento.

Estas entrevistas de avaliação diagnóstica para recrutamento da população-alvo ocorreram tanto em VD, como em consulta de enfermagem no CS, sendo que nos deslocámos aos locais no carro de serviço dos cuidados continuados com a enfermeira responsável, o que já não aconteceu posteriormente nas restantes visitas domiciliárias, em que foi necessário as viaturas particulares das estagiárias.

❖ **Caracterização do grupo alvo**

Considerámos o grupo alvo como sendo o conjunto de indivíduos que foram selecionados para alcançar determinados objetivos, realizando determinadas intervenções. Portanto, é o grupo de pessoas alvo do projeto.

Este grupo alvo é constituído por quatro utentes do CS de Redondo, sendo três do género masculino e um do género feminino. Neste caso, assim como em toda a população-alvo a que se fizeram entrevistas diagnósticas, verifica-se uma predominância do sexo masculino. Tal como verificado na literatura a esquizofrenia é de maior prevalência no sexo masculino e nos homens tende a ocorrer mais cedo e ser mais grave que nas mulheres (Campos, 2001). De acordo com Chaves, Mari e Maluf

(1992) os homens esquizofrênicos têm um predomínio de sintomas negativos e uma tendência para o isolamento social, enquanto as mulheres tendem a manifestar uma sintomatologia mais afetiva. Estudos de Mueser, Bellack, Morrison e Wade (1990) verificaram que as mulheres têm um maior nível de competência social do que os homens. Estes estudos são congruentes com os resultados da maioria dos estudos sobre a esquizofrenia, que mostram várias diferenças entre os géneros, entre elas: o início mais tardio da doença, uma evolução menos severa e um melhor prognóstico no caso das mulheres, assim como uma menor taxa e períodos mais curtos de hospitalizações (Bandeira, como citado em Barroso n.d.).

O prognóstico da doença é influenciado por vários fatores, como é o caso dos sociodemográficos, em que ser do sexo feminino, ser casado, ter bom nível de instrução e bom apoio familiar é sinal de melhor prognóstico (Afonso, 2010).

Relativamente à idade dos doentes do grupo alvo podemos afirmar que têm uma média de aproximadamente 58 anos, pois as suas idades são: 45, 55, 56 e 75 anos. O início da doença variou sensivelmente entre os 18 e os 50 anos de vida. Tal como se verifica na literatura, o início é geralmente entre a segunda e terceira década de vida, embora possam existir casos de começo mais precoce ou mais tardio. O início lento e progressivo em indivíduos jovens é sinal de pior prognóstico. A idade de ‘alto risco’ é entre os 20 e os 39 anos (Afonso, 2010).

Na maior parte das vezes antes de ocorrer um episódio psicótico, surge um período prodrómico, em que há sintomas mais subtis e progressivos, que se manifestam sobretudo ao nível dos comportamentos. Este período pode durar semanas, meses ou mesmo anos até que surjam sintomas psicóticos suficientes para ser feito o diagnóstico. Esta progressão para a psicose obvia surge usualmente de uma forma quase impercetível. Frequentemente a psicose manifesta-se através de um fator precipitante como por exemplo, mudar de casa, entrar na universidade, perdas de familiares ou amigos (Cordeiro, 2002). Todos estes doentes apresentaram um fator que se pode considerar precipitante, pois três deles referiram a perda de familiares próximos, e um outro referiu que os sintomas se iniciaram após o acidente de viação grave de um filho e sua saída de casa.

No que diz respeito ao estado civil, dois são solteiros, um é casado e outro é viúvo. Os solteiros e o viúvo são homens e o casado é mulher. Segundo Chaves (2000), os homens tendem a apresentar não só idade de início da doença mais precoce como maior frequência de distúrbios da personalidade pré-mórbida e maior probabilidade de

permanecerem solteiros. Quanto ao número de filhos, dois têm um filho enquanto os outros dois não têm filhos. Tal como é observado na literatura, a esquizofrenia é uma doença que assiste precocemente os indivíduos, provocando alterações no percurso normal da vida de cada um. Os sintomas psicóticos estão relacionados com o pensamento, com a percepção, com o rendimento cognitivo, com a afetividade e comportamento social, provocando défices nas relações interpessoais e um comprometimento na constituição de uma família (Afonso, 2010).

A maioria, ou seja, três dos doentes deste grupo tem a 4ª classe concluída e há um que tem o 12º ano de escolaridade e ainda concluiu um curso técnico profissional na área da engenharia civil. Em relação à situação laboral atual todos estão reformados devido a doença (psiquiátrica) e recebem Pensão social de invalidez. Estes dados também não fogem à regra, pois no doente portador de esquizofrenia existe uma disfunção cognitiva básica, com alteração do desempenho cognitivo num conjunto de domínios, mais propriamente ao nível da atenção/vigilância, percepção, memória, fluência verbal e funcionamento executivo, com reflexo na funcionalidade do indivíduo (Vaz-Serra *et al.*, 2010). Estas características podem constituir limitações para completar os estudos ou manter o emprego em que se encontravam e consecutivamente influenciam a sua autonomia. Segundo Harrison, Geddes e Sharpe (2006) este tipo de doentes representam 50% dos internamentos em psiquiatria e fazem parte das 10 principais causas de incapacidade no mundo.

Relativamente às questões de habitabilidade dois dos doentes têm casa própria e residem nela, um com a mãe e o irmão e um outro apenas com o cônjuge, um dos utentes reside sozinho numa casa arrendada e frequenta o Centro de dia, e um outro reside mesmo no Lar de idosos. As condições de habitabilidade são boas nos dois utentes do domicílio, assim como também são muito boas as condições do lar de 3ª idade dos outros dois. Não foi possível avaliar as condições da casa alugada do utente que estava em Centro de dia pois este não permitiu visita lá, apenas no Lar.

Quanto ao familiar cuidador este difere muito, sendo que num é a mãe, noutra a filha, noutra a irmã e noutra o cônjuge. Esta variabilidade também está relacionada com a idade de cada doente e possivelmente com as características da família. O cuidado informal consiste, segundo Tennstedt, Crawford e Mckinlay (como citado em Lage, 2007), em atividades não específicas que requerem do cuidador compromisso, flexibilidade no tipo e tempo de resposta e familiaridade com a pessoa alvo de cuidados, visando facilitar a satisfação das necessidades de ajuda. Sabe-se também que as filhas se

envolvem mais e com mais frequência do que os filhos nos cuidados aos seus familiares. A investigação indica ainda que os cônjuges estão mais adaptados ao papel de cuidador e que eles são um grupo distinto de cuidadores que presta os cuidados mais extensivos e compreensivos ao seu familiar doente (Lage, 2007).

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foi bastante útil todo o processo prévio de preparação do estágio, uma vez que permitiu reunir um conjunto de instrumentos de avaliação com indicadores de saúde bem definidos. A metodologia incluiu guiões semiestruturados de entrevista, escalas, índices e inventários de avaliação psicopatológica.

Na fase do recrutamento da população-alvo optámos por entrevistas de enfermagem para colheita de dados do utente/família e da própria condição habitacional. Para a avaliação neuropsiquiátrica do doente realizou-se o Exame psiquiátrico do estado mental (ANEXO I) e aplicou-se um questionário de diagnóstico de saúde sugerido no relatório «*Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspetiva global*» (Portugal, 2009) - o *Cultural Awareness Tool* (Questionário de Perceção Cultural/Avaliação e Diagnóstico – ANEXO II). Este questionário pode ser usado como parte da avaliação do doente e pode ser aplicado por qualquer um dos membros da equipa de cuidados de saúde primários. Engloba uma série de perguntas que podem ajudar os profissionais de saúde a ver as perturbações na perspetiva do doente.

Para o grupo alvo de utentes procedeu-se a um processo de avaliação diagnóstica para recolha de dados através de uma entrevista em que se avaliava a função cognitiva do doente através da Escala de Avaliação Breve do Estado Mental (MMSE) (ANEXO III) e se obtinham dados da observação do doente com base na sua comunicação verbal e não-verbal (Phaneuf, 2005).

O MMSE é um teste composto por 30 itens que permite, a avaliação da função cognitiva ao nível da orientação no tempo e espaço, da memória e atenção, do cálculo, da evocação e da linguagem. A pontuação máxima possível é de trinta pontos e resulta do somatório linear das pontuações parcelares obtidas nas várias dimensões, sendo que é dado um ponto por cada resposta certa. Portanto, valores mais elevados indicam menor deficiência. Para a população portuguesa com idade \geq a 40 anos, são recomendados os seguintes pontos de corte: analfabetos com defeito cognitivo -

pontuação ≤ 15 ; com 1 a 11 anos de escolaridade com defeito - pontuação ≤ 22 ; com escolaridade superior a 11 anos com defeito - pontuação ≤ 27 . O MMSE apresenta uma grande vantagem que consiste no facto de ter uma aplicação breve e simplificada. A versão portuguesa deste questionário foi validada e traduzida por Guerreiro *et al.* em 1994.

Para avaliação do autocuidado relativo às Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD's) usámos o Índice de *Lawton* (ANEXO IV). A maior ou menor autonomia e o recurso a terceiros para satisfação destas atividades podem condicionar o bem-estar e a saúde mental, pelo que se optou por questionar todos os doentes relativamente às mesmas e não se aplicou o índice de *Barthel* para avaliação das AVD's (Atividades de Vida Diárias) por este ser mais direcionado para a dependência física do que mental. O índice de *Lawton* é um questionário breve que avalia a funcionalidade instrumental de cada indivíduo. Trata-se de uma medida genérica do nível de independência da pessoa que pretende avaliar tarefas adaptativas ou necessárias para a vida autónoma na comunidade. É composto por oito itens relativos a AIVD's, que incluem: *cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir às compras, uso do telefone, uso de transportes, gestão do dinheiro e gestão da medicação*. A escala permite classificar os sujeitos em dependentes e independentes através da atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas atividades (Araújo, Pais-Ribeiro, Martins, Oliveira, & Pinto, 2008). Este índice varia entre 8 e 30 pontos, e classifica-se de acordo com os seguintes pontos de corte: Independente (8 pontos); Moderadamente dependente/necessita de alguma ajuda (9 a 20 pontos); Severamente dependente/necessita de muita ajuda (superior a 20 pontos).

Posteriormente, para avaliar os perfis sintomatológicos da esquizofrenia recorreremos à aplicação da Escala de Sintomas Positivos e Negativos da Esquizofrenia (PANSS) (ANEXO V). Esta é uma escala clínica utilizada para avaliar o tipo e a gravidade dos sintomas em indivíduos com esquizofrenia, sendo amplamente usada no estudo da psicose. Segundo o "*Cognitive Centre Foundation*" a escala deve ser aplicada por profissionais da área da saúde mental, que estejam treinados para técnicas de entrevista clínica a doentes esquizofrénicos. Deve ser realizada preferencialmente a indivíduos com idade superior a 18 anos. A escala tem sete itens de sintomas positivos, sete itens de sintomas negativos e de 16 itens de sintomas gerais de psicopatologia. Cada item é pontuado na mesma escala de gravidade de sete pontos, que vai desde a ausência de sintomatologia (1-ausente) à presença de sintomas que interferem nas

relações ou comportamentos, colocando a vida do paciente ou outros em risco (7-extremo).

A escala PANSS baseia-se na premissa de que a esquizofrenia compreende pelo menos duas síndromes distintas: a síndrome positiva que inclui sintomas produtivos, tais como alucinações e delírios; e a síndrome negativa que consiste em funcionalidades, como a afetividade embotada e o retraimento social passivo. Esta escala utiliza um procedimento de entrevista padronizado na forma de uma entrevista clínica semiestruturada (SCI-PANSS- ANEXO VI) para melhorar a sua objetividade, pois serve de guia e ajuda a fornecer informações seguras e confiáveis. Após a conclusão da entrevista, o avaliador pode registrar os dados relativos à observação feita durante a sessão, bem como as respostas verbais e não-verbais do paciente às perguntas da entrevista ou de assuntos relevantes, a fim de avaliar cada item da PANSS. A entrevista leva aproximadamente 30 a 40 minutos a realizar. As perguntas são na generalidade dicotômicas de resposta sim/não, mas também inclui questões abertas para respostas mais descritivas. O procedimento de entrevista passa por tentar criar um fluxo produtivo de conversa enquanto sistematicamente se obtêm informações sobre os vários domínios da psicopatologia (MHS, 2004).

Segundo o *PANSS Institute* (PANSS-ORG, 2006), uma revisão de cinco estudos envolvendo a PANSS apresentou provas da sua validade e consistência interna em relação aos anteriores e concorrentes instrumentos, sobretudo no que diz respeito à sua validade preditiva, a sua sensibilidade às drogas, e sua utilidade para a avaliação tipológica e dimensional. Portanto, esta escala foi utilizada de forma segura com base nestes dados e constituiu o principal instrumento para a avaliação da gravidade da esquizofrenia em cada paciente, tendo-se feito uma avaliação com a mesma no início e uma no final do estágio.

Ainda foi utilizada Escala *Calgary* de Depressão para Esquizofrenia_ECDE (ANEXO VII), por se ter verificado a sua pertinência num dos doentes, para despiste de sintomas depressivos. A escala está estruturada de modo a revelar a presença de depressão, independentemente das outras dimensões psicopatológicas da esquizofrenia, tanto na fase aguda como na fase residual. A ECDE é uma escala semiestruturada composta por 9 itens (humor deprimido, desesperança, auto-depreciação, ideias de referência de culpa, culpa patológica, depressão matutina, despertar precoce, suicídio e depressão observada), todos definidos de acordo com um critério operacional que vai de zero a três. O último item, número 9, é baseado nas observações ao longo de toda a

entrevista. A escala remete-se para o período das últimas duas semanas e deve ser aplicada numa entrevista clínica por técnicos que tenham experiência com pacientes com esquizofrenia.

Em três dos utentes foi aplicada a Escala da Satisfação com o Suporte Social_ESSS (ANEXO VIII), que tal como o próprio nome indica permite analisar o grau de satisfação que um indivíduo tem com o apoio social que recebe. Dunst e Trivette (como citado em Pais-Ribeiro, 1999) defendem que o suporte social diz respeito aos recursos que os indivíduos e unidades sociais (como a família) dispõem em resposta aos pedidos de ajuda e assistência. Sabe-se que as medidas de perceção de suporte social explicam melhor a saúde do que as de suporte social tangível e por isso, para avaliar a perceção que os indivíduos apresentam relativamente à satisfação com o suporte social, foi criado este instrumento. A versão final da ESSS é constituída por 15 frases que são apresentadas para autopreenchimento, como um conjunto de afirmações, pelo que o indivíduo deve assinalar ou indicar (caso não consiga fazer sozinho) o grau em que concorda com cada afirmação, numa escala de *likert* com cinco posições («*concordo totalmente*», «*concordo na maior parte*», «*não concordo nem discordo*», «*discordo na maior parte*», e «*discordo totalmente*»). O estudo de validação da escala está publicado no artigo da revista análise psicológica – «*Escala de satisfação com o suporte social (ESSS)*» de Pais-Ribeiro (1999). Neste estudo recorreram a um conjunto de medidas que expressam saúde, qualidade de vida, bem-estar ou mal-estar ou que estão estreitamente ligadas a essas variáveis. A ESSS permite retirar quatro dimensões ou fatores como: satisfação com amigos/amizades (SA), que mede a satisfação com as amizades/amigos que tem; Intimidade (IN), que mede a perceção da existência de suporte social íntimo; satisfação com a família (SF), que pretende medir a satisfação com o suporte social familiar existente; e atividades sociais (AS), que mede a satisfação com as atividades sociais que realiza. Esta escala permite ainda obter um score global, correspondendo as notas mais altas à perceção de uma maior satisfação com suporte social. Esta escala foi outrora utilizada com outra população de doentes evidenciando propriedades métricas idênticas às da escala original (Pais-Ribeiro, 1999).

Num dos utentes foi ainda avaliada a atividade de vida Sono, uma vez que apresentava alterações no padrão de sono, e para tal utilizou-se como instrumento a escala NOC_0004 (Jonhson, Maas, & Moorhead, 2004). Esta consiste numa escala tipo *likert*, com pontuação de 1 a 5, sendo que 1 é extremamente comprometido e 5 não comprometido (ANEXO IX). Foram selecionados alguns itens desta escala para a

avaliação como as *horas de sono*, o *padrão de sono*, a *qualidade do sono*, a *sensação de rejuvenescimento após o sono*, a *sesta adequada à idade* e o *acordar em horários adequados*.

Além da aplicação destes instrumentos, outro dos procedimentos que achámos necessário foi sistematizar o registo de informação, uma vez que durante as entrevistas nem sempre era possível fazer os registos completos, mas também para facilitar o processo de registo de intervenções e atividades realizadas pela estagiária e ainda para promover a continuidade dos cuidados. Para tal criou-se uma grelha em que constava o tipo de contacto (VD, telefonema, consulta ou grupo terapêutico), os objetivos, e as atividades para cada um desses objetivos. Após cada contacto fazia-se o registo para cada doente nesta grelha, que assim ia sendo atualizada. A este documento demos o nome de *Folha de Atividades*.

Achámos útil também a organização da informação num processo para cada doente, que incluía: Capa (com o nome do doente e os agendamentos); Registo da avaliação diagnóstica; Folha de planeamento e avaliação da VD; Folha de atividades; Registos de evolução; PIC (Plano Individual de Cuidados) e plano de cuidados CIPE© 1.0; Instrumentos de avaliação (escalas e índices preenchidos: MMSE, LAWTON, ESSS, PANSS, WHOQUOL-BREF, ECDE, por exemplos); e Material do CIR (tabelas com estratégias específicas para tarefa para casa-TPC, por exemplo).

Depois de avaliar as necessidades de respostas domiciliárias em saúde mental e psiquiatria da população, assim como os recursos (humanos, materiais e físicos) existentes e disponíveis no período do estágio, fez-se a apresentação formal do projeto à equipa e aos utentes. Construiu-se uma primeira versão da folha de Avaliação da VD, que foi validada, tendo sido necessária uma reformulação. A folha final de *Avaliação da VD* inclui: a caracterização socio-biográfica dos utentes, a morada e os contactos telefónicos, a história pregressa (antecedentes médicos de psiquiatria), a história familiar, o genograma, os acontecimentos de vida recentes, quem era prestador/responsável de cuidados, o enfermeiro responsável do DPSM, a guia de tratamento, se fazia injetável periódico, a sua caracterização e próxima toma, o nível de dependência das AVD'S, e os instrumentos psicométricos aplicados (ANEXO X).

No final do estágio foi ainda criada uma *Folha de continuidade de cuidados* (ANEXO XI) que serviu para informar as equipas acerca dos dados de cada doente assim como das intervenções e resultados atingidos. Foi fornecido à equipa do CS o

documento em formato digital da referida folha por preencher para que o pudessem reproduzir e usar com outros casos.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS E INTERVENÇÕES

É necessário que o enfermeiro de saúde mental tenha um conhecimento profundo não só das necessidades afetadas, como também, tenha competências para dar respostas de elevado grau de adequação às necessidades do doente mental grave. Deverá também saber utilizar técnicas de avaliação diagnóstica de forma a poder posteriormente planear cuidados centrados no doente/família. O enfermeiro inserido na comunidade terá mais oportunidades de avaliar, não só o doente, mas também o seu contexto social e familiar (Rice, 2004).

A psiquiatria comunitária baseia-se num modelo preventivo, que tem como principal objetivo a deteção e intervenção precoce nos casos de risco para a saúde da pessoa e das populações. Assim, os enfermeiros têm um papel importante neste campo na medida em que podem identificar precocemente possíveis problemas mentais, além de contribuírem para a desmistificação do preconceito (Campos, 2007).

Deste modo, o enfermeiro especialista em saúde mental deverá ter competência para delinear intervenções psicoterapêuticas para a promoção do bem-estar do doente mental. Segundo Ricardo, Machado e Araújo (2008) a abordagem terapêutica do enfermeiro deve ser consoante as diferentes fases da doença, sendo a sua intervenção diferenciada pelo uso de terapias de grupo, treino de habilidades sociais, psicoeducação, técnicas de relaxamento, terapia familiar, reabilitação cognitiva, terapia pela música, entre outras. Todas estas visam diminuir ou mesmo eliminar prejuízos cognitivos e psicossociais, bem como obstáculos à reinserção e reabilitação da pessoa com esquizofrenia.

No decorrer do processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, a especificidade da prática clínica de enfermagem de saúde mental permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial (Ministério da Saúde, 2011).

Ao nível da prevenção primária o enfermeiro tem uma ação muito importante, podendo planear e implementar programas de educação para a saúde, com o objetivo específico de informar e alertar a comunidade acerca das características prodrómicas da

esquizofrenia. O primeiro episódio psicótico é um evento extremamente marcante para o próprio como para a sua família e amigos. Estes são os principais alvos de intervenção especializada para implementação de estratégias informativas e educacionais relativas aos sintomas prodrômicos (Ricardo, Machado & Araújo, 2008).

Quando há uma descompensação grave a intervenção dos técnicos na comunidade dificulta-se e pode não ser suficiente, havendo necessidade de internamento numa unidade psiquiátrica. Num doente que apresente atividade produtiva, o enfermeiro deve «(...) *validar e clarificar a experiência da alucinação vivida pelo doente e fornecer explicações baseadas na realidade(...)*» (Ricardo, Machado & Araújo, 2008, p.179). Além disso é útil identificar o conteúdo das alucinações e ajudar o doente a entender o problema assim como a sua origem, orientando-o na identificação de estratégias de gestão ou resolução de problemas.

O estabelecimento de uma relação terapêutica através da relação de ajuda, empática, geradora de confiança e segurança (Phaneuf, 2005) é um essencial aliado à medicação antipsicótica e sedativa. Através de uma escuta ativa e presença empática o enfermeiro permite que o doente partilhe sentimentos dolorosos relacionados com o episódio. Esta atitude provoca um sentimento de compreensão e melhor aceitação do estado de saúde por parte do doente. O processo de falar sobre a experiência da doença pode auxiliar o doente a ordená-la e dar-lhe sentido, obtendo o valor terapêutico pretendido. A consciencialização e a aceitação do seu estado de saúde são fatores benéficos, pois a colaboração com o tratamento resulta num melhor prognóstico. Contudo, a discussão e revelação do diagnóstico só devem ser feitos quando o doente estiver preparado e a aliança terapêutica estiver bem estabelecida (Ricardo, Machado & Araújo, 2008).

As intervenções do enfermeiro especialista em saúde mental relacionadas com a sua participação no tratamento das pessoas com doença mental têm como finalidade contribuir para que a pessoa doente e família adeque as respostas face aos problemas específicos relacionados com a doença mental, como a adesão à terapêutica, o autocuidado, a ocupação útil, o stresse do prestador de cuidados, entre outros. Com este tipo de intervenção é possível evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, promovendo a recuperação e qualidade de vida de toda a família (Afonso, 2010).

Peplau (1992) defende o papel ímpar dos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria, pois são aqueles que conseguem integrar de forma apropriada a abordagem

das necessidades físicas e psíquicas num mesmo plano terapêutico, fornecendo educação para a saúde, coordenando os cuidados, supervisionando outras ajudas domiciliárias de saúde e integrando a família e outros elementos significativos nos sistemas de apoio à pessoa.

De seguida passamos a apresentar os casos clínicos que constituíram o grupo alvo. Os casos são bastante distintos embora o tipo de intervenções tenha sido semelhante, na medida em que todos são doentes psicóticos. Os resultados obtidos são específicos de cada utente e não são passíveis de generalizações. Para garantir as condições de anonimato os utentes e familiares serão todos referenciados apenas pelas iniciais do nome.

6.1. Caso clínico I - A.F.

Avaliação diagnóstica

Foi feita entrevista diagnóstica ao doente no dia 17-03-11, sendo que estavam presentes, além do Sr. A., a estagiária, a colega de estágio e a perceptora clínica. A entrevista decorreu num gabinete médico disponibilizado pela responsável do LSCMR, previamente solicitado aquando de uma reunião com esta.

Doente de 75 anos, do género masculino, viúvo, com quatro filhos (3 homens e 1 mulher), residente no Lar de 3ª idade da Stª Casa da Misericórdia de Redondo em regime de lar. Casou aos 23 anos e teve 3 filhos desta relação, que terminou passados uns largos anos. Posteriormente teve outra relação da qual teve uma filha, a M. que tinha 27 anos. Esta trabalhava num *call-center* em Évora e residia também no Redondo na antiga casa do Sr. A., com o atual companheiro e filha (8 anos). A relação com os restantes filhos e ex-mulher era fraca e distante, pois estes viviam na capital. Já a relação com a filha M., com o genro e com a neta era boa, aliás com a J. era bastante boa. Ao falar da neta esboçava sorrisos e mostrava-se muito animado, pois passava algum tempo à tarde com ela, quando esta saía da escola. Segundo refere, teve vários internamentos no DPSM- internamento (Canaviais) há cerca de 12 anos atrás, devido a esquizofrenia paranóide, pois “*ouvia vozes que diziam que o queriam matar*” (sic). Neste momento nega atividade produtiva. Como um dos principais problemas atuais apontou as dificuldades em dormir, referindo que ainda não dormia adequadamente. Deitava-se por volta das 20h e acordava cerca das 3h, depois levantava-se e ia para o quintal fumar, porque sentia necessidade de o fazer para facilitar a libertação de

secreções, que segundo dizia eram abundantes quando estava deitado. Negou patologia respiratória apesar de apresentar respiração ruidosa, com ligeiro estridor. É um grande fumador e há uns anos atrás fazia abuso de álcool e tinha graves alterações de comportamento. Atualmente só ingeria às refeições às 5^{af} e aos sábados, um copo de vinho, conforme política do lar. Negou consumos de outras substâncias de abuso. Aparentava ter pensamentos frequentes, sugestivos de desconfiança, sobre a comida do lar e, além disso, passava o tempo a pensar no que fez durante esse dia, há quanto tempo estava ali no lar e noutras situações mais traumáticas da sua vida. Informou-nos com bastante labilidade emocional que teve um acidente de viação há cerca de 23 anos em que era ele o condutor e faleceram os seus pais e a sua esposa (da 2^a união). A sua filha M., também ia no carro, mas ficou apenas com algumas escoriações. Poucos anos após este acontecimento trágico começou a ter alterações de comportamento e julgava ter sido desde aí o início dos seus problemas e da sua doença. Era proprietário de um café no Redondo no andar de baixo da sua casa, o qual “*teve de alugar por não ter cabeça para aquilo*” (sic). Lembrava-se que costumava dizer que durante a noite estavam lá dentro pessoas e que lhe queriam fazer mal (*delírio persecutório*). Chegou a ter *alucinações auditivas* em que ouvia as vozes dessas pessoas a ameaçá-lo de morte. Quando falava de acontecimentos de vida traumáticos revelava ansiedade intensa, olhar triste e grande angústia. Recentemente adotara como estratégia para evitar esses pensamentos “*cantar para dentro*”, não emitindo som, mas concentrando-se na melodia de determinada música para se descentralizar de certa forma de um ‘pensamento mau’ e involuntário. Contou-nos que era muito frequente fazê-lo ao longo do dia e sobretudo à noite. Tem sido seguido na consulta de psiquiatria do DPSM em Évora desde o último internamento (não sabia data) e fazia medicação psiquiátrica receitada pelo seu médico. Era assíduo a estas consultas e ia com uma auxiliar e os outros utentes numa carrinha do lar. A filha por vezes acompanhava-o. O esquema terapêutico era: - *Kainever*® 2mg (1 ao deitar); *Zyprexa velotabs*® 5mg (1 ao jantar); *Haldol*® 5mg (1 ao pequeno-almoço). Fazia ainda medicação de aplicação tópica ocular devido a doença- glaucoma. O Sr. A. cumpria o regime terapêutico. A Dr^a R. (LSCMR) era a responsável pela gestão da medicação. A administração era feita pelas auxiliares do lar.

Exame psiquiátrico do estado mental

➤ Aspeto, Atitude e Atividade:

- Consciente, orientado no tempo e espaço

<ul style="list-style-type: none"> - Olhar fixo. Dificuldade no contacto visual em determinados assuntos - Postura cabisbaixa e f�acies entristecido, ligeira apatia - Aspeto cuidado, idade real coincidente com a idade aparente - Emagrecido
<p>➤ Humor:</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Humor tendencialmente depressivo
<p>➤ Emo�oes:</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Embotamento afectivo - Expressão de sentimentos congruente - Ansiedade moderada e períodos de labilidade emocional
<p>➤ Discurso e Linguagem:</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Discurso por vezes pouco perceptível (disartria devido ausência de peças dentárias), mas lógico e coerente. Linguagem adequada. Discurso pobre e menor fluência da fala. - Défice auditivo (não compensado) e visual (compensado – usa óculos, mas mant�m altera�es na visão devido a cataratas e glaucoma nos dois olhos).
<p>➤ Pensamento:</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Pensamento negativista e Auto culpabiliza�o - Sem altera�o do conteúdo ou forma do pensamento
<p>➤ Cogni�o:</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade cognitiva adequada, concordante com grau de escolaridade (12� ano). � interessado por temas da atualidade, e por outros de cultura geral.
<p>➤ Insight e J�zo Crítico:</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Com crítica para a realidade e para a sua situa�o clínica.

Foi aplicado o MMSE que indicou um total de 29 pontos, o que significa que não apresenta défice cognitivo, tendo em conta a escolaridade. Relativamente ao nível de dependência nas atividades de vida instrumentais o  ndice de *Lawton* indicou um total de 14 o que revela que o doente é muito dependente, necessitando sempre de ajuda para realizar qualquer dessas atividades. O facto de estar a viver no lar auxilia-o bastante a esse nível.

Durante a entrevista diagnóstica foi ainda aplicado o Questionário de Perce o Cultural/Avalia o e Diagnóstico (QPC/AD) cujos resultados permitem concluir que o doente possui bastante perce o da sua situa o clínica atual e crítica para os acontecimentos de vida traumáticos do passado, assim como do início da sintomatologia psiquiátrica. Reconheceu que tinha uma doença mental, aliás sabia que tinha esquizofrenia e já desenvolveu algumas estratégias no sentido da recupera o, como aceitar e cumprir o regime terapêutico. Deste questionário conclui-se também que o doente sentia o apoio da sua família e comunidade no geral, pois tinha o apoio da filha e

genro e ainda usufruía do apoio do LSCMR, do CS de Redondo e do DPSM. No geral, também sentia que a comunidade local o respeitava. Reconheceu que o podíamos auxiliar, aceitou o apoio e indicou alguns problemas em que necessitava de ajuda, como a insónia, e as alterações de humor.

No final foi feita a seguinte avaliação:

Apresentou um período com sintomatologia psicótica em fase aguda e neste momento está na fase estável, apresentando alterações no pensamento, no humor e no padrão de sono. Reúne critérios de inclusão na população-alvo e aceita ajuda.

Foi preenchida a *Folha de Avaliação da VD* do Sr. A.F. onde se encontra, entre outros dados, o genograma deste utente (ANEXO XII).

De seguida passamos a descrever os problemas identificados com base na avaliação feita. Realizámos a avaliação inicial da sintomatologia psicótica através da escala PANSS e os resultados obtidos foram os seguintes:

Subescala	Pontuação
Sintomas Positivos	9
Sintomas Negativos	22
Psicopatologia Geral	48

Quadro 1- Resultados da escala PANSS - A.F.

Verificou-se uma prevalência de sintomatologia negativa, como o retraimento social passivo e humor embotado e uma menor presença de sintomas positivos, como as alucinações ou delírios. Além disso, o Sr. A. apresentava um défice na comunicação verbal e não-verbal que se relacionava com a sintomatologia psicótica (sintomas negativos) e também com a ansiedade, sendo esse défice evidenciado por um *embotamento afetivo* (fraco contacto visual, expressão facial inalterada e linguagem corporal reduzida) e por uma *alogia* (discurso pobre, respostas curtas, menor fluência e conteúdo da fala).

Foram observadas alterações de humor e das emoções, nomeadamente tristeza, humor depressivo e ansiedade moderada que estavam relacionadas com uma síndrome depressivo na fase estável da patologia psicótica. Associado a este problema revelou um coping pouco eficaz relacionado com a pouca capacidade que tinha para gerir o stresse e se adaptar às adversidades, manifestando períodos de ansiedade moderada a intensa. Isto foi observado aquando da aplicação da escala PANSS que também tem itens relativos a avaliação do humor e emoções. Achámos pertinente aplicar a Escala *Calgary*

de Depressão para Esquizofrenia, neste caso onde obtivemos os seguintes valores: 1. Humor deprimido- grave; 2. Desesperança- grave; 3. Auto depreciação- grave; 4. Ideias de referência de culpa - leve; 5. Culpa patológica- moderado; 6. Depressão matutina- moderado; 7. Despertar precoce- grave; 8. Suicídio- ausente; 9. Depressão observada- moderado.

É visível a prevalência de sintomas depressivos neste doente, que apresentava sobretudo humor tendencialmente deprimido, falta de esperança, baixa autoestima e despertar precoce. Os sintomas depressivos têm sido descritos desde os primeiros trabalhos sobre esquizofrenia, mas durante muitos anos estes sintomas foram entendidos como um fenómeno restrito à fase pós-psicótica. Contudo, estudos recentes demonstraram que os sintomas depressivos são um fenómeno bastante frequente entre os pacientes com esquizofrenia e podem ocorrer em qualquer uma das fases da esquizofrenia. Segundo Bressan (1998), já na década de 80 estudos longitudinais evidenciavam a depressão como um indicador de prognóstico desfavorável nestes doentes, associando-a a vários aspetos negativos do desfecho clínico como um aumento do risco de suicídio, um funcionamento psicossocial mais deficitário, um aumento do risco de recaídas, hospitalizações mais prolongadas, pior resposta à medicação e maior cronicidade.

Segundo informação do utente, as alterações relacionados com o sono afetavam-no, sendo um dos problemas que ele mais desejava ver resolvido, pelo que achámos pertinente intervir ao nível do padrão de sono. O doente queixava-se de insónia terminal, referindo que tinha acordares em horários desadequados e que o sono não era reparador. Estes dados foram possíveis de confirmar através da avaliação do padrão de sono, pelo que recorreremos à escala NOC_0004 (Jonhson, Maas, Moorhead, 2004) que indicou o seguinte: Horas de sono (000401)- substancialmente comprometido; Padrão de sono (000402)- levemente comprometido; Qualidade do sono (000404)- moderadamente comprometido; Sensação de rejuvenescimento após o sono (000408)- moderadamente comprometido; Sesta adequada à idade (000409)- moderadamente comprometido; Acordar em horários adequados (000410)- extremamente comprometido.

Um outro problema que identificámos foi ao nível da socialização uma vez que este utente apresentava um isolamento social elevado, com retraimento social passivo (apático), interações limitadas à família e a um amigo, ausência de participação em atividades sociais ou lúdicas, individuais ou em grupo. Da aplicação da Escala de

Satisfação com o Suporte Social (ESSS) obteve-se uma classificação de 45 numa escala com um mínimo de 15 e um máximo de 75. O que corresponde aos seguintes resultados: o utente não está muito satisfeito com a quantidade nem com o tipo de amigos que tem, nem com o tempo que passa com eles, nem tão-pouco com as atividades em grupo; quanto à perceção da existência de suporte social íntimo referiu que não tem com quem possa desabafar sobre coisas íntimas; já no que diz respeito ao apoio social familiar refere estar satisfeito com a forma como se relaciona com a família, o tempo que passa com ela e o que faz com ela; relativamente às atividades sociais que realiza refere que sente falta de atividades que o satisfaçam, mas não tem motivação para participar em atividades sociais de organizações.

Assim, foram levantados os seguintes diagnósticos de enfermagem CIPE© 1.0:

- ✚ Comunicação comprometida
- ✚ Depressão atual
- ✚ Ansiedade atual
- ✚ Sono comprometido
- ✚ Coping ineficaz atual
- ✚ Socialização Comprometida

Para cada um destes diagnósticos foi elaborado um plano de cuidados segundo a CIPE 1.0© (ANEXO XIII).

Intervenções de enfermagem realizadas e resultados obtidos

Foram desenvolvidas intervenções para que o utente alterasse o seu padrão de comunicação, mostrando um discurso mais espontâneo com maior fluência da fala, maior expressividade da linguagem não-verbal e melhor nível de interação com os outros. Estes resultados foram conseguidos em parte devido à melhoria ao nível da ansiedade e do humor, e sobretudo devido ao aumento da autoestima, pois o utente tinha uma imagem bastante negativa de si mesmo, não conseguindo ver as suas capacidades. O utente foi ensinado e estimulado a realizar relaxamento progressivo autonomamente no seu quarto quando estivesse mais ansioso e emocionalmente instável, tendo-o realizado frequentemente à noite e de forma bastante eficaz. Verbalizou que cada vez que o fazia sentia-se melhor. Também se observou que o utente apresentava uma respiração mais tranquila e pausada durante as entrevistas. O feedback que o doente

dava após cada sessão de relaxamento no final das entrevistas era igualmente bastante positivo.

Ao nível da tristeza e depressão foram realizadas intervenções no sentido da recuperação emocional, utilizando nas entrevistas de ajuda estratégias de controlo do humor, estratégias cognitivo-comportamentais, estratégias de coping, entre outras. O doente efetuou, com ajuda, o “*Plano para lidar com os problemas de humor*” retirado do manual CIR (Portugal, 2008) (ANEXO XIV). Foi prestado apoio emocional através de entrevista de ajuda semanal em contexto domiciliário (LSCMR) e por vezes em consulta no CS, que permitiu uma melhoria do humor e redução da tristeza. No final a PANSS mostrou uma descida de 3 pontos na subescala negativa (subtotal:19) e de 9 pontos na subescala de psicopatologia geral (subtotal: 39). Também a ECDE apresentou sintomas depressivos menos intensos. As pontuações para cada ponto foram: 1. Humor deprimido-moderado; 2. Desesperança-moderado; 3. Auto depreciação-moderado; 4. Ideias de referência de culpa- leve; 5. Culpa patológica- leve; 6. Depressão matutina- leve; 7. Despertar precoce- leve; 8. Suicídio- ausente; 9. Depressão observada – leve.

Para o problema da insónia recorremos a estratégias educacionais, como o ensino sobre hábitos de vida saudáveis e sobre a higiene do sono, e além disso promovemos a redução da ansiedade através de técnicas calmantes e de terapia de relaxamento. Também foi necessário intervir ao nível do tratamento medicamentoso, adequando o esquema terapêutico conjuntamente com o seu psiquiatra. Após as intervenções educacionais, as sessões de terapia de relaxamento e a alteração terapêutica (ansiolíticos e indutor do sono), o doente melhorou o seu padrão de sono, conseguindo dormir em média 7h. Deitava-se pelas 22h30 e acordava por vezes a meio da noite, mas voltando quase sempre a adormecer até cerca das 8h. Verbalizou ainda um sono mais reparador. Na avaliação final da escala NOC_0004 há uma melhoria e todos os itens foram classificados como “*levemente comprometidos*”, e dois estavam mesmo “*não comprometidos*”.

Por fim, quanto ao problema de socialização devido a sintomatologia negativa realizámos com o doente o “*Plano para lidar com os sintomas negativos*” do manual CIR (Portugal, 2008) (ANEXO XV). Foram levadas a cabo intervenções com base em estratégias de recuperação e reabilitação psicossocial, como incentivar o utente a desenvolver determinadas atividades sociais, motivar participação em sessões de psicoeducação em grupo, promover a relação interpessoal, fazer reforço positivo dos esforços do doente nas interações voluntárias com outras pessoas, treinar com ele

formas de abordagem dos outros, envolver pessoas significativas, entre outras. Neste ponto salientam-se atividades que o doente realizou como a participação numa festa/banquete lanche promovida pela Câmara Municipal de Redondo, no âmbito das comemorações do dia da saúde. Para este evento o Sr. A. foi estimulado a socializar e conseguiu interagir com várias pessoas conhecidas. Outra atividade que incentivámos o doente a participar foi uma excursão a Mafra organizada pelo LSCMR à qual acabou por ir, tendo gostado bastante da experiência. Foram ainda planeadas atividades com o doente e a família, nomeadamente passeios com a filha e neta até ao jardim, que fez com grande satisfação.

Os resultados obtidos coincidiram com um menor isolamento social, na medida em que o utente foi capaz de interagir espontaneamente com outras pessoas, participando em atividade de grupo com interesse e de forma ativa e ainda desenvolveu atividades lúdicas com a família. Contudo, a avaliação final da ESSS revelou apenas ligeiras alterações na satisfação com o suporte social em geral (total= 49) que podem estar mais relacionadas com fatores de limitações funcionais e idade do que com a própria sintomatologia psicótica.

Apesar das melhorias ao nível do humor, do sono e socialização, existia um problema de saúde físico que impedia a completa melhoria no seu estado psíquico e esse problema era uma doença ocular com mau prognóstico que o estava a tornar praticamente invisual. Este problema e todo o trabalho desenvolvido com o utente bem como outras informações foram transmitidos ao enfermeiro de referência por forma a se dar continuidade ao apoio.

6.2. Caso clínico II - J.C.

Avaliação diagnóstica

No dia 09-03-11 foi iniciado o processo de avaliação diagnóstica com uma primeira entrevista de apresentação e de recolha de alguns dados ao próprio doente, outra entrevista com a irmã (cuidador) dia 31-03-11 e uma outra ao doente para completar a recolha de dados no dia 07-04-11. As entrevistas ao utente decorreram num gabinete médico disponibilizado pela responsável do LSCMR e a entrevista com a irmã realizou-se num gabinete de enfermagem do CS.

Utente de 55 anos de idade, solteiro e residente no Redondo, em regime de Centro de dia no LSCMR, onde estava desde há cerca de 10 anos. Tem dois irmãos mais novos,
--

uma irmã com 43 anos e um irmão de 40 anos. A irmã, empregada doméstica em casas particulares, era com quem ia tendo algum contacto. O seu irmão tem atraso mental grave e vivia com essa irmã. Os seus pais suicidaram-se ambos (o pai aos 43 e a mãe aos 53 anos). O pai abusava do álcool e agredia fisicamente toda a família, inclusive o Sr. J.. Referiu que os problemas começaram entre os 20 e os 30 anos, “*depois de se ter apaixonado por uma senhora de raça negra, professora no Redondo...*” (sic). Os pais não aceitaram o seu comportamento e começaram os conflitos familiares. Referiu que via a tal Sr^a frequentemente e que esta até falava com a sua mãe. Mantinha a esperança de voltar a ver a tal mulher, mas entretanto “*nunca mais a viu*” (sic). Segundo a irmã do utente estes factos eram e continuam a ser delírios de cariz sexual. O seu comportamento violento para com os pais na sequência de discussões com base nestes delírios precipitaram o seu internamento no Hospital Miguel Bombarda, onde recuperou e saiu com medicação antipsicótica. Posteriormente teve mais crises, tendo sido internado novamente, mas no serviço de psiquiatria do DPSM. Foi para a tropa fazer o serviço militar obrigatório, contudo saiu de lá antes do tempo sem licença para voltar pois consumia álcool em excesso. Manteve o consumo de álcool, mas ultimamente só um copo de vinho no lar às refeições principais. Confirmou ser um grande fumador, mas negou consumos de outras substâncias de abuso. Referiu diminuição do apetite recentemente e em relação ao sono não referiu queixas. Segundo a irmã o utente nos últimos anos tem estado mais estabilizado, não tendo necessitado de internamento. Ocupava-se em pequenos trabalhos ocasionais em quintas e montes, pelo que ia ao centro de dia apenas tomar as refeições. Reformado por invalidez, encontrava-se a tratar de bezerros e vacas de um monte no concelho de Redondo. Nos tempos livres gostava de ouvir rádio e como interesses apontou a política e o futebol. Tem sido seguido na consulta de psiquiatria do DPSM em Évora desde o último internamento e fazia medicação psiquiátrica receitada pelo seu médico. Era assíduo nessas consultas e ia com uma auxiliar e os outros utentes numa carrinha do lar. O esquema terapêutico era: *Anatensol Decanoato*® 25mg (1f IM – Mensal); *Morfex*® 30mg (1 ao deitar); *Bunil*® 50mg (1ao pequeno-almoço, 1 ao almoço, 1 ao jantar, 1 ao deitar); *Tercian*® gotas (20 gotas ou mais em SOS); *Stilnox*® (1 ao deitar); *Lansoprazol*® (1 ao pequeno-almoço); *Movalis*® 15mg (1 ao almoço); *Artane*® 2mg (1 ao pequeno-almoço, 1 ao jantar); *Cinet*® 10 mg (1 ao almoço, 1 ao jantar); *Dogmatil*® forte 200mg (1ao pequeno-almoço, 1 ao almoço, 1 ao jantar, 1 ao deitar). A gestão da medicação era feita pela responsável do lar e a administração *per’os* pelas funcionárias do mesmo. Tomava no

lar apenas a medicação *per'os* do almoço e do jantar uma vez que acordava muito cedo, às 7h30, e depois saía acabando por tomar o pequeno-almoço num café da vila. A toma do deitar era feita em casa, uma vez que o doente dormia no seu domicílio. Segundo a irmã o Sr. J. levava todos os dias uma caixa com os comprimidos da ceia dessa noite e os do pequeno-almoço do dia seguinte, mas não os tomava, pois ela encontrava lá em casa as caixas com essa medicação. Aceitava administração do injetável depôt, mas por vezes esquecia-se e atrasava-se a ir ao CS.

Exame psiquiátrico do estado mental	
➤ Aspeto, Atitude e Atividade:	
	<ul style="list-style-type: none"> - Consciente, orientado no tempo e espaço. - Dificuldade no contacto visual em determinados assuntos. Esboça sorrisos com relativa facilidade. Inquietação psicomotora ligeira durante a visita. - Aspeto cuidado, idade real inferior à idade aparente (envelhecido).
➤ Humor:	
	<ul style="list-style-type: none"> - Humor embotado.
➤ Emoções:	
	<ul style="list-style-type: none"> - Embotamento Afetivo - Expressão de sentimentos congruente. - Ansiedade moderada.
➤ Discurso e linguagem:	
	<ul style="list-style-type: none"> - Discurso por vezes pouco perceptível. Linguagem adequada.
➤ Pensamento:	
	<ul style="list-style-type: none"> - Convicções delirantes de cariz persecutório e sexual. - Fuga de ideias (bloqueios do pensamento)
➤ Cognição:	
	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade cognitiva adequada, de acordo com o seu grau de escolaridade (4º ano).
➤ Insight e juízo crítico:	
	<ul style="list-style-type: none"> - Com pouca crítica para a sua situação clínica.

Foi aplicado o MMSE que indicou um total de 28 pontos e quer dizer que não apresenta défice cognitivo, tendo em conta a escolaridade. Relativamente ao nível de dependência nas AVD's instrumentais aplicámos o Índice de *Lawton* cujo total foi 13 o que mostrou que o doente é relativamente dependente a nível funcional, sobretudo nas atividades de lida da casa, mas ai tem o auxílio da irmã.

Segundo o QPC/AD o doente possuía alguma perceção da sua situação clínica atual mas não tinha crítica para os acontecimentos de vida passados, nem para a

dimensão da sua doença. Reconhecia que tinha uma doença mental, mas não sabia dizer qual e afirma que isso nunca lhe foi revelado pelos médicos. Atribuiu o motivo dos seus problemas a “*desgostos de amor*” e julgava ter “*nervos*” (sic). Como principais consequências indicou os conflitos com a família, o facto de ter perdido o ‘rasto’ ao amor da sua vida e também apontou o facto de ter de tomar medicação como algo negativo. Conclui-se também que o doente sentia algum apoio por parte da sua família e comunidade no geral, pois tinha o apoio da irmã, do cunhado e da sobrinha, e usufruía do apoio do LSCMR, do CS de Redondo e do DPSM. Por vezes adotava uma atitude de desconfiança para com a irmã, referindo que ela só estava interessada no seu dinheiro, o que confirmava os delírios persecutórios. Já tinha desenvolvido algumas estratégias no sentido da recuperação, como aceitar o tratamento, ir a consultas de psiquiatria e cumprir o regime terapêutico (embora parcialmente). Reconheceu que o podíamos auxiliar e aceitou a ajuda.

No final foi feita a seguinte avaliação:

Apresentou um período com sintomatologia psicótica em fase aguda e no momento da entrevista está na fase de estabilização, apresentando alterações no pensamento (delírios), no humor, no comportamento social e ainda má adesão terapêutica. Reúne critérios de inclusão na população-alvo e aceita ajuda.

Foi preenchida a *Folha de Avaliação da VD do J.C.* onde se encontra, entre outros dados, o genograma deste utente (ANEXO XVI). Seguidamente apresentamos os problemas identificados com base na avaliação feita. Realizámos a avaliação inicial da sintomatologia psicótica através da escala PANSS e os resultados obtidos foram os seguintes:

Subescala	Pontuação
Sintomas Positivos	20
Sintomas Negativos	27
Psicopatologia Geral	57

Quadro 2- Resultados da escala PANSS- J.C.

Verificou-se a prevalência de sintomatologia negativa, embora os sintomas produtivos já se possam considerar relevantes, na medida em que apresentava atividade delirante moderada. O Sr. J. tinha alterações no pensamento relacionadas com os delírios de cariz persecutório e sexual. Estes últimos estavam relacionados com atividade alucinatória no passado, ou seja, com uma imagem feminina por quem esteve

bastante apaixonado, segundo referiu. As convicções delirantes persecutórias evidenciavam-se na sua atitude de desconfiança extrema, sobretudo da sua irmã e de uns tios. Neste utente pôde-se observar uma maior carga de sintomas psicopatológicos, como o elevado comprometimento do juízo e crítica, postura tensa, ansiedade e esquivia social ativa. Além disso, apresentava um défice na comunicação verbal e não-verbal que estava relacionado com a sintomatologia psicótica e também com a ansiedade, sendo esse défice evidenciado por um *embotamento afetivo* (fraco contacto visual, pouca expressão facial e linguagem corporal reduzida) e por uma *alogia* (discurso pobre, respostas curtas, menor fluência e conteúdo da fala).

Ao longo do tempo o doente foi apresentando oscilações de humor (de embotado a deprimido) e alterações das emoções nomeadamente tristeza e períodos de alguma labilidade emocional. Identificámos também um coping pouco eficaz relacionado com a pouca capacidade que ele tinha para gerir o stresse e se adaptar às adversidades, manifestando períodos de ansiedade moderada a intensa, que era evidenciada pela inquietação psicomotora sobretudo ao nível dos membros inferiores e mãos.

Outro problema identificado foi ao nível da sintomatologia negativa, mais especificamente na socialização uma vez que este utente apresentava um isolamento social elevado, com retraimento social passivo e interações limitadas à família e aos senhorios do monte onde trabalhava. Também não tinha amigos nem participava em quaisquer atividades sociais ou lúdicas. Da aplicação da ESSS obteve-se uma classificação de 39, que indica o seguinte: o utente não está muito satisfeito a nível de amizades; quanto à perceção da existência de suporte social íntimo afirma que não tem com quem possa falar abertamente sobre coisas íntimas; no que diz respeito ao apoio social familiar refere também não estar satisfeito com a forma como se relaciona com a família, devido aos conflitos com a irmã e apesar de realizar poucas atividades sociais refere que não sente falta de atividades que o satisfaçam.

Foi ainda detetado um problema relacionado com a adesão à terapêutica *per'os*, uma vez que o utente não cumpria corretamente o esquema terapêutico prescrito, conforme afirmado pela irmã. Esta má adesão poderia estar intimamente relacionada com um défice de conhecimento ou até mesmo com uma não-aceitação do estado de saúde.

Após identificarmos os problemas levantámos os seguintes diagnósticos de enfermagem, sendo que para cada um foi elaborado um plano de cuidados segundo a CIPE 1.0© (ANEXO XVII):

- ✚ Comunicação comprometida
- ✚ Pensamento distorcido - delírio atual
- ✚ Conhecimento sobre saúde diminuído
- ✚ Tristeza atual
- ✚ Ansiedade atual
- ✚ Socialização Comprometida
- ✚ Processo familiar comprometido
- ✚ Adesão diminuída

Intervenções de enfermagem realizadas e resultados obtidos

Foram desenvolvidas intervenções para que o utente alterasse o seu padrão de comunicação, as quais foram eficazes pois o utente apresentou maior espontaneidade no diálogo, maior expressividade da linguagem não-verbal e melhor nível de interação com os outros. Uma dessas intervenções foi o apoio emocional através de diálogo terapêutico e entrevistas de ajuda.

Relativamente ao pensamento distorcido, devido a atividade delirante, foi desenvolvido um plano para lidar com os sintomas positivos, fizemos orientação para a realidade, psicoeducação e ajuste terapêutico. Estas intervenções surtiram efeito moderado uma vez que o utente manteve algumas convicções delirantes, sobretudo de cariz persecutório, embora menos intensas. Foi novamente aplicada a PANSS que indicou um pensamento mais adequado, e menor sintomatologia positiva (subtotal: 14).

Para que o utente adquirisse uma melhor aceitação do seu estado de saúde e mais crítica para a sua situação foi necessário aumentar o seu nível de conhecimento sobre saúde, nomeadamente acerca da patologia de que padecia. Para tal foram planeados e realizados ensinamentos de forma individual e em grupo, tanto ao doente como à família (irmã), acerca dos aspetos gerais das doenças mentais, da esquizofrenia, bem como dos sintomas e queixas que foi referindo. Esta psicoeducação produziu efeitos muito favoráveis pois aumentou conhecimentos, esclareceu dúvidas e desmistificou ideias e pré-conceitos.

Ao nível da tristeza, humor deprimido e ansiedade foram realizadas acções no sentido da recuperação emocional, utilizando nas entrevistas de ajuda estratégias de controlo do humor, estratégias cognitivo-comportamentais, estratégias de coping, entre outras. Foi prestado apoio emocional através de entrevista de ajuda semanal/quinzenal em contexto domiciliário e em consulta no CS. Verificou-se uma melhoria do humor e

redução da tristeza e ansiedade. No final o utente sabia quais são as estratégias para lidar eficazmente com os problemas e colocava-as em prática, apresentando um coping mais eficaz. Foi feito ensino e realizada técnica calmante que surtiu efeito positivo, pois o utente adotou uma respiração mais pausada, uma postura menos tensa e a ansiedade intensa passou a moderada. Adquiriu não só mais capacidade para lidar com os problemas, como também mais vontade, motivação e prazer nas atividades. No final a PANSS mostrou uma descida importante na subescala negativa (subtotal: 20).

Quanto ao problema de socialização, foram levadas a cabo intervenções com base em estratégias de recuperação e reabilitação psicossocial, como incentivar o utente a desenvolver determinadas atividades sociais, motivar a participar em sessões de psicoeducação em grupo, promover a relação interpessoal, envolver pessoas significativas, entre outras. Estas medidas tiveram efeitos positivos. O utente foi convidado a participar num grupo terapêutico, e embora não tenha sido muito assíduo manifestou agrado nas sessões em que participou. Referiu maior bem-estar social e maior capacidade para interagir espontaneamente com os outros e apresenta melhor nível de comunicação e expressividade, dentro das suas limitações. Mostrou, portanto, maior satisfação com o suporte social conforme a avaliação final da ESSS (total= 42).

Como foi detetado um conflito familiar entre o utente e a sua mãe, que era a cuidadora principal, houve necessidade de delinear estratégias de resolução de conflitos e estratégias de gestão do stress. Foram desenvolvidas medidas para gerir esse conflito através de entrevistas de ajuda (individual e familiar). Foi feito plano para gerir e prevenir o stress, obtendo-se resultados bastante satisfatórios. Apesar da mãe do utente também se encontrar emocionalmente instável, com sintomatologia depressiva, conseguiu-se trabalhar de forma individual com esta aspetos importantes na recuperação do Sr. J, para posteriormente se realizarem entrevistas de terapia familiar. Estas decorreram sempre num gabinete do CS. No final não foi só o utente que referiu melhorias mas também a cuidadora, o que promoveu uma melhoria em termos clínicos e no relacionamento familiar.

Por fim, as intervenções realizadas no sentido da promoção da adesão terapêutica incidiram essencialmente em estratégias para lidar de forma eficaz com a medicação através da aliança terapêutica, educação para a saúde e planeamento de tarefas para casa relacionadas com a medicação. O utente tinha má adesão na toma da noite e na do pequeno-almoço, pois ia dormir a casa, levava a medicação do lar e por vezes não a tomava, dizendo que se esquecia, de forma pouco convincente. Não foi possível visitar

o seu domicílio por o utente ter recusado. Foi envolvida a irmã no plano, uma vez que esta tinha mais contacto com o doente e frequentava a sua casa regularmente, obtendo informações acerca da adesão à medicação. Informou-se o médico da má adesão/gestão do regime pelo doente, assim como a responsável do LSCMR. No final o utente referiu que nos últimos dias tomava a medicação juntamente com as refeições (ceia e pequeno-almoço) e já não se esquecia, embora a irmã continuasse a encontrar lá os comprimidos acumulados. Obtiveram-se melhorias em termos de compreensão da necessidade de cumprir o esquema terapêutico, mas não ficou seguro que o utente conseguisse manter uma atitude responsável na toma que faz em casa pelo que esta informação e outros dados foram transmitidos ao médico assistente e ao técnico de referência do utente (equipa comunitária - DPSM) que assegurou a continuidade dos cuidados.

6.3. Caso clínico III - A.G.

Avaliação diagnóstica

Foi feita entrevista diagnóstica à doente no dia 18-03-11, sendo que estavam presentes, além da D. A., o seu cônjuge, a estagiária e a perceptora clínica. A entrevista decorreu no domicílio da utente. Foi feito contacto telefónico prévio para informar a doente.

Utente de 56 anos de idade, casada, com uma filha (33 anos). Residia em Montoito com o marido em habitação própria. A filha tinha saído de casa há cerca de 5 anos e estava a viver com o seu companheiro em Reguengos de Monsaraz. A utente referiu que os sintomas psicóticos começaram também há cerca de 5 anos, “*quando começou a ver as paredes pintadas de verde e branco e a ouvir barulhos da casa da vizinha, acordando de noite com isso*” (sic). Disse que chegou a chorar muito por causa disso. Afirmou que a vizinha era bruxa e que lhe fazia “*bruxedos*”, desde pequenas alterações em objetos da casa a interferências na sua vida familiar e acidentes graves. Começou também a desenvolver ideias delirantes paranoides acerca da comida e recusava-se a alimentar-se, tendo emagrecido bastante. Em 2010 teve outra crise em que apresentou redução de peso extrema na sequência de uma síndrome depressiva e alterações de pensamento. No momento da entrevista tinha noção de como tinha sido essa fase e referiu que “*já estava melhor... dormia melhor, comia melhor e que até conseguiu engordar...demais*”(sic). Apontou-nos como problema apenas o fato de estar demasiado “gorda” (sic). Aumentou cerca de 10kg em poucos meses. Estava reformada por invalidez e tinha uma vida

bastante sedentária, não tinha qualquer ocupação nem realizava atividades lúdicas, a não ser ir muito esporadicamente com o marido ao café na vila. Quando a filha a visitava é que dava uma volta maior até Reguengos. Não tem carta de condução. O marido é que tem, mas ele próprio também tem algumas limitações físicas. É diabético não-insulinodependente e tem problema osteo-articular nos membros inferiores (sequela de acidente de viação). Negou outras patologias além de hipertensão arterial e alterações cardíacas, para as quais fazia medicação. Era seguida na consulta de psiquiatria do DPSM em Évora, sendo assídua a essas consultas e cumpria o esquema terapêutico. A próxima consulta era dia 8-06-11. O marido geria e administrava a medicação, embora a utente conhecesse os medicamentos prescritos assim como a sua posologia. O esquema terapêutico era: *Tercian*® (1 à noite); *Alprazolam* 0,25mg ® (1 ao pequeno almoço, 1 ao almoço e 1 ao jantar); *Protiadene* 75mg ® (1 ao Jantar); *Alzen* 200mg ® (1 à noite); *Zolpidem* 10 mg ® (1 à noite); *Tercian*® solução oral (2 gotas ao almoço e 5 gotas ao jantar); *Adalat CR*® (1 por dia); *Inderal* 10mg ® (1 ao pequeno almoço e 1 ao jantar). Esta medicação estava armazenada, de forma desorganizada, juntamente com outros medicamentos numa gaveta do móvel da cozinha, como foi possível observar na VD. As guias de tratamento e receitas estavam igualmente espalhadas nessa gaveta.

Exame psiquiátrico do estado mental	
➤ Aspeto, Atitude e Atividade:	
	<ul style="list-style-type: none"> - Consciente, orientada no tempo e espaço. - Bom contacto visual. Esboça sorrisos com relativa facilidade. - Aspeto cuidado, idade real coincidente com a idade aparente. - Excesso de Peso. - Isolamento social, astenia, anedonia.
➤ Humor:	
	<ul style="list-style-type: none"> - Humor tendencialmente deprimido.
➤ Emoções:	
	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza. - Ansiedade moderada. - Expressão de sentimentos congruente.
➤ Discurso e Linguagem:	
	<ul style="list-style-type: none"> - Discurso coerente e perceptível, mas centrado em queixas. Ligeira verborreia. - Linguagem adequada.
➤ Pensamento:	
	<ul style="list-style-type: none"> - Negativismo. Preocupação excessiva. - Bloqueios de pensamento. - Sem convicções delirantes.
➤ Cognição:	
	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade cognitiva adequada, concordante com grau de escolaridade (4º ano)

➤ *Insight e Juízo Crítico:*

- Com crítica para a realidade e para a sua situação clínica.

Foi aplicado o MMSE que indicou um total de 27 pontos, o que significa que não apresentava défice cognitivo, tendo em conta a escolaridade. O Índice de *Lawton* deu um total de 10 mostrando que a doente era bastante dependente a nível funcional, sobretudo nas atividades de lida da casa, pois tinha o auxílio do cônjuge que ia fazendo quase tudo, desde limpeza a pequenos trabalhos domésticos, à preparação e confeção das refeições, compras, entre outras.

Da aplicação do QPC/AD retiramos as seguintes conclusões: a D. A. tinha crítica para a sua situação atual assim como para alguns acontecimentos passados e para o início da doença referindo que “*começou a ouvir coisas*” (sic). Contudo, julgava que a doença de que padecia era depressão, referindo “*isto é nervos...*” (sic). Achava que esta talvez tivesse surgido devido aos problemas familiares, apontando a separação conjugal durante um período, o grave acidente de viação da filha e o facto de esta ter estado em coma muito tempo. Além disso referiu que o momento em que a filha saiu de casa também poderá ter sido um fator precipitante. Deste questionário conseguimos saber que a utente sentia o apoio da sua família, amigos e comunidade no geral. Também já tinha desenvolvido algumas estratégias para a sua recuperação, como aceitar o apoio psicoterapêutico e cumprir o regime medicamentoso. Um dos resultados mais importantes que esperava alcançar com o tratamento era manter a sua saúde mental e melhorar a saúde física.

Foi feita a seguinte avaliação:

Não apresenta sintomatologia psicótica ativa neste momento, encontrando-se estabilizada, pelo que não reúne critérios de inclusão na população-alvo. Será feita reavaliação dentro de um mês.

Foi realizada VD para reavaliação da situação desta utente dia 9-05-11 e a mesma apresentava alterações sobretudo ao nível do pensamento e do humor com repercussões no seu comportamento e na interação social. Foi visível um delírio paranóide bem organizado e alucinações visuais que condicionavam o seu comportamento.

Após esta VD fizemos a seguinte avaliação:

Apresentou um período com sintomatologia psicótica em fase aguda e no momento da entrevista de reavaliação revela novamente atividade produtiva, apresentando alterações no pensamento (delírios), na perceção (alucinações), alterações no humor, no comportamento social e ainda má gestão/adesão terapêutica. Tem critérios de inclusão na população-alvo e aceita ajuda.

Foi preenchida a *Folha de Avaliação da VD da A.G.* onde se encontra, entre outros dados, o genograma desta utente (ANEXO XVIII). Passamos, então a descrever os problemas identificados com base na avaliação feita. Para esta utente a avaliação inicial da sintomatologia psicótica também foi feita através da escala PANSS e os resultados obtidos foram os seguintes:

Subescala	Pontuação
Sintomas Positivos	28
Sintomas Negativos	32
Psicopatologia Geral	62

Quadro 3- Resultados da escala PANSS- A.G.

Nesta utente verificou-se que tanto a escala negativa como a positiva estavam com valores acima da média, embora existissem mais sintomas negativos. A subescala de psicopatologia geral também era das que tinha valores mais elevados. A D.A. apresentava atividade delirante intensa, com delírios persecutórios, de controlo e místicos relacionados com interferências do oculto, acreditando veemente que *“aquela senhora, mãe do ex-namorado da filha, era bruxa e quando lá foi a casa fez bruxarias”* (sic). Recentemente a filha sofreu um aborto espontâneo e a D.A. acha que foi essa senhora também. Além disso, apresentava alterações da percepção pois tinha alucinações visuais em que visualiza por vezes objetos estranhos no quarto da filha, como flores e bonecos, achando que era essa tal senhora que lá os colocava. Outras vezes via as paredes do seu quarto *“pintadas de verde e branco, aos quadrados”* (sic). Isto acontecia sobretudo à noite quando estava às escuras. Refere que chamava várias vezes o marido pois ficava bastante assustada, mas ele não lhe ligava, contradizia-a ou dizia *“lá estás tu com as tuas maluquices”* (sic), o que a deixava ainda mais perturbada.

Frequentemente também lhe surgiam pensamentos irracionais, com preocupações excessivas e desmesuradas sobre a filha, achando que lhe iria acontecer algo de mal iminentemente. Apresentava alterações de humor relacionadas com estas situações, nomeadamente humor deprimido, labilidade emocional, com choro fácil e um fácies entristecido. Sentia-se bastante ansiosa e com bastante dificuldade em lidar com estas crises. Revelou também um *coping* pouco eficaz por não se conseguir adaptar às adversidades.

Outro problema identificado foi ao nível da sintomatologia negativa, nomeadamente na socialização uma vez que esta utente apresentava um isolamento

social elevado, com retraimento social passivo e interações restritas ao marido, à filha e ao genro. Mantinha contacto telefónico frequente com duas irmãs que se encontravam distantes. Relatou-nos que foi para casa de uma delas no início das crises, há 5 anos, e que elas a ajudaram bastante. Não tinha amigos nem participava em quaisquer atividades sociais ou lúdicas, saindo apenas de casa com o marido no carro para ir ao café ou ao supermercado. Da aplicação da ESSS obteve-se uma classificação de 40. O que corresponde aos seguintes resultados: a utente não está muito satisfeita relativamente às amizades; indicou ainda um suporte social íntimo baixo; quanto ao apoio social familiar refere estar satisfeita com a forma como se relaciona a família e o que faz com ela, embora gostasse de passar mais tempo com a filha; refere ainda que sente falta de atividades sociais que a satisfaçam.

Finalmente, foi detetado um problema relacionado com a adesão e gestão da terapêutica *per'os*, uma vez que a utente não cumpria corretamente o esquema terapêutico prescrito, conforme verificado na VD. Esta má adesão estava directamente relacionada com um défice de conhecimento e também algum descuido por parte da doente, que esperava sempre que o marido providenciasse tudo, desde ir buscar receitas a levantar a medicação na farmácia até à preparação e administração em casa.

Identificámos, então, os seguintes diagnósticos de enfermagem para os quais foi elaborado um plano de cuidados segundo a CIPE 1.0© (ANEXO XIX):

- ✚ Pensamento distorcido - delírio atual
- ✚ Alucinação atual
- ✚ Conhecimento sobre saúde diminuído
- ✚ Tristeza atual
- ✚ Ansiedade atual
- ✚ Socialização Comprometida
- ✚ Adesão diminuída

Intervenções de enfermagem realizadas e resultados obtidos

Foi realizada VD semanal para realização de entrevistas de ajuda no sentido da recuperação emocional e psicossocial da utente. Assim, foi desenvolvido um plano para lidar com os sintomas positivos por forma a adequar o pensamento, que estava alterado devido a delírios persecutórios, de controlo e místicos, bem como para reduzir a atividade alucinatoria (alucinações visuais). Realizou-se terapia de orientação para a realidade, técnica calmante, psicoeducação e ajuste terapêutico com a colaboração do

médico assistente. Estas intervenções tiveram um efeito bastante positivo na medida em que a utente no final apresentava apenas ligeiras convicções de cariz místico/religioso, que se poderiam enquadrar na sua cultura espiritual e no contexto rural em que se inseria. Relativamente às alucinações estas foram-se atenuando ao mesmo tempo que a utente ia ficando mais tranquila e com humor mais estável, pois estavam diretamente relacionadas com a sua instabilidade emocional. Além disso, o psiquiatra fez ajuste terapêutico ao nível da medicação antipsicótica, o qual surtiu efeito. Aplicámos a PANSS que mostrou menor sintomatologia positiva (subtotal: 23).

Para que a utente adquirisse um melhor nível de conhecimento sobre saúde e doença, nomeadamente acerca da esquizofrenia foram planeados e realizados ensinamentos de forma individual e em grupo, tanto ao doente como à família (cônjuge), acerca dos aspetos gerais das doenças mentais, e em específico da sua doença. Foi ainda esclarecida acerca dos sintomas bem como das queixas que foi referindo. A psicoeducação foi bastante positiva pois permitiu aumentar os conhecimentos da utente e do cônjuge, clarificar dúvidas e desmistificar pré-conceitos. O marido adotou uma atitude diferente para com a D. A., não a culpando nem estigmatizando, mas compreendendo-a e respeitando-a.

Foram realizadas intervenções no sentido da recuperação emocional por meio de estratégias de controlo do humor, estratégias cognitivo-comportamentais, estratégias de *coping*, técnica de feedback, diálogo terapêutico, entre outras. Foi prestado apoio emocional através de entrevista de ajuda semanal em contexto domiciliário e desenvolveu-se um plano para lidar com os problemas de humor, tendo-se verificado uma melhoria do humor e uma redução da tristeza e da ansiedade. No final, a D.A. sabia quais as estratégias que deveria usar para lidar eficazmente com os problemas mas tinha alguma dificuldade em colocá-las em prática, porém apresentava um *coping* ligeiramente mais eficaz. Foi feito ensino e realizada técnica calmante com resultado satisfatório, pois a utente adotou uma respiração mais pausada, uma postura menos tensa e a ansiedade intensa passou a moderada. No final a PANSS mostrou uma descida importante na subescala negativa (subtotal: 22) e na de psicopatologia geral (subtotal: 47).

Relativamente ao isolamento social foram levadas a cabo intervenções com base em estratégias de recuperação e reabilitação psicossocial, como incentivar a utente a desenvolver determinadas atividades sociais, motivar a participar em sessões de psicoeducação em grupo, promover a relação interpessoal e envolver pessoas

significativas, as quais tiveram resultados bastante satisfatórios. A utente e o marido foram convidados a participar quinzenalmente nas sessões de psicoeducação num grupo terapêutico no CS. Após a primeira o marido recusou voltar mas a utente foi muito assídua e bastante participativa verbalizando sentimentos, emoções e partilhando experiências de vida. Manifestou por isso bastante agrado nestas sessões. Além disso estabeleceu uma ligação de amizade com uma senhora da sua localidade que também frequentava estas sessões, começando a sair mais de casa e a interagir com ela. Manifestou maior bem-estar social e maior capacidade para interagir espontaneamente com os outros e apresenta melhor nível de comunicação e expressividade, dentro das limitações impostas pela doença. Mostrou, portanto, maior satisfação com o suporte social conforme a avaliação final da ESSS (total= 50).

Por fim, as intervenções realizadas no sentido da promoção da adesão terapêutica incidiram essencialmente em estratégias para lidar de forma eficaz com a medicação através da aliança terapêutica, educação para a saúde e planeamento de tarefas para casa relacionadas a medicação. Tanto a utente como o marido foram ensinados sobre a importância do cumprimento do esquema terapêutico e sobre como evitar o esquecimento de tomas (estratégias para evitar a *noncompliance*). Foram instruídos a colocar a guia de tratamento em local visível, como a porta do frigorífico e foram estimulados a organizar a gaveta dos medicamentos. A utente também foi incitada no sentido de ser mais autónoma na gestão e administração da medicação.

No geral, obtiveram-se resultados relevantes, contudo poderiam ter-se obtido ainda mais num período de tempo maior, pois as intervenções realizadas com esta utente decorreram apenas durante dois meses. Foi feita folha de continuidade de cuidados também para esta utente de modo a que a equipa do CS e a equipa comunitária do DPSM pudessem estar informadas e dar seguimento ao processo.

6.4. Caso clínico IV - J.J.

Avaliação diagnóstica

Foi feita entrevista diagnóstica ao doente no dia 4-03-11 após encaminhamento por parte de uma enfermeira da equipa comunitária do DPSM. A técnica de referência do utente foi connosco ao domicílio deste para se fazer primeiro uma apresentação prévia e agendar a entrevista de colheita de dados. Na entrevista estavam presentes o utente, a mãe, a estagiária e a enfermeira de referência.

Utente solteiro, com 45 anos, residente em Redondo com a mãe e o irmão mais novo (40 anos). O seu pai era alcoólico e falecera há cerca de 8 anos na sequência de um acidente de viação. O seu avô paterno também sofria de perturbação de abuso de álcool e o próprio J. assumiu que também já tinha tido consumos de álcool acentuados. Segundo informação da equipa comunitária o doente teve vários internamentos há cerca de 7 anos no HESE e no Hospital Miguel Bombarda e terá sido acompanhado na consulta de psiquiatria do DPSM até 2007 por psicose esquizofrénica. Faltou à última consulta nesse mesmo ano e nunca mais foi. Desde aí a mãe não tem conseguido motivar o J. para ir às consultas nem para a toma da medicação, pelo que ele rejeitou a medicação por completo. Contudo, a mãe administrava-lhe os comprimidos juntamente com os alimentos à sua revelia, conforme sugestão do médico. Este problema relacionava-se sobretudo com o facto de o J. não aceitar a doença e não ter crítica para a sua situação de saúde, achando que “*está muito bem de saúde e que não precisa de tratamento*” (sic). Mais, o doente não tinha qualquer resposta de saúde eficaz seja para que problema de saúde fosse, mental ou físico, pois já tinha sofrido problemas dentários com infeção (abcessos graves) mas dizia não ter dor nem precisar de qualquer tratamento. A única preocupação do J. era “*não ter emprego e querer arranjar um trabalho*” (sic). Estava reformado por invalidez (por doença psiquiátrica) desde 2007 Trabalhou durante um período como eletricista na EDP (Eletricidade de Portugal) e queria voltar a fazer isso. Todo o seu discurso andava à volta desta preocupação e do facto de estar ‘bem de saúde’. A mãe referia que o J. precisava de ajuda, pois ultimamente adotava um estilo de vida pouco saudável, sem regras na alimentação. Acrescenta que ele “*passava as noites acordado a comer, abusava dos doces e fumava bastante*” (sic). Tudo isto provocou um aumento do peso corporal e mesmo alterações analíticas. Além de não ter qualquer ocupação, passava os dias isolado em casa e à noite ia para o café do clube desportivo da vila. A mãe suspeitava de consumo de álcool, mas o utente negava. O utente negou também consumo atual de drogas de abuso e a mãe confirmou. O esquema terapêutico era: *Zyprexa velotabs®* 10mg (1 ao almoço) e *Abilify®* (1 ao jantar). A gestão e administração da medicação era da responsabilidade da mãe.

Exame psiquiátrico do estado mental

➤ Aspeto, Atitude e Atividade:

- Consciente, orientado no tempo e espaço.

- Dificuldade no contacto visual. Esboça sorrisos com relativa facilidade.
- Aspeto ligeiramente descuidado; idade real concordante com a idade aparente.
- Postura tensa e inquietação psicomotora moderada.
➤ Humor:
- Humor embotado.
➤ Emoções:
- Expressão de sentimentos congruente.
- Ansiedade moderada.
➤ Discurso e Linguagem:
- Discurso pobre, por vezes pouco perceptível, tangencial e repetitivo.
- Linguagem adequada.
➤ Pensamento:
- Fuga de ideias, bloqueio do pensamento.
- Convicções delirantes de cariz megalómano.
➤ Cognição:
- Capacidade cognitiva adequada, de acordo com o seu grau de escolaridade (9ºano).
- Ligeiro défice na concentração e memória recente.
➤ <i>Insight</i> e Juízo Crítico:
- Desorientação auto psíquica. Sem crítica para a realidade ou para a sua situação clínica (atual ou passada).

Foi aplicado o MMSE que indicou um total de 29 pontos, o que significa que não apresentava défice cognitivo, tendo em conta a escolaridade. O Índice de *Lawton* deu um total de 10 mostrando que o doente era bastante dependente a nível funcional, sobretudo nas atividades de lida da casa, na preparação das refeições assim como na gestão do dinheiro, pois estava dependente do apoio da mãe. Aplicámos o QPC/AD e retiramos uma conclusão: o doente não tem qualquer crítica para a sua situação clínica, apenas para alguns momentos do passado, referindo: “*estive internado devido a uns problemas com o álcool e uns desacatos com umas pessoas... nada mais, mas neste momento estou otimamente bem! O que quero mesmo é um emprego*” (sic).

No final foi feita a seguinte avaliação:

Apresentou um período com sintomatologia psicótica intensa e no momento da entrevista revelava atividade produtiva, apresentando alterações no pensamento (delírios), no comportamento social e ainda má gestão/adesão terapêutica. Tem critérios de inclusão na população-alvo e aceita apoio.

Foi preenchida a *Folha de Avaliação da VD do J.J.* onde se encontra, entre outros dados, o genograma deste utente (ANEXO XX). De seguida passamos a descrever os problemas identificados com base na avaliação feita. A avaliação inicial da sintomatologia psicótica foi feita através da escala PANSS e os resultados obtidos foram os seguintes:

Subescala	Pontuação
Sintomas Positivos	26
Sintomas Negativos	35
Psicopatologia Geral	63

Quadro 4- Resultados da escala PANSS- J.J.

Neste utente verificou-se que tanto a escala negativa como a positiva estavam com valores acima da média e embora existissem mais sintomas negativos, os positivos salientavam-se uma vez que apresentava delírios, desorganização conceptual e grandiosidade em nível 5, ou seja, *moderadamente grave - presença de sintomas que interferem nas relações sociais ou comportamento*. A subescala de psicopatologia geral foi, do conjunto dos quatro utentes, aquela em que se obteve valores mais elevados. O doente apresentava elevado comprometimento do juízo e crítica, postura tensa, ansiedade e esquiva social ativa. Manifestava ansiedade moderada e por vezes intensa, que era evidenciada pela inquietação psicomotora ao nível dos membros inferiores e das mãos e por alguns tiques faciais. As entrevistas decorreram tanto em contexto domiciliário como no CS, e não perduraram mais do que trinta minutos em média, sendo que no final o utente já apresentava alguma ansiedade e necessidade de sair para fumar.

Era evidente o défice na comunicação verbal e não-verbal que estava relacionado com a sintomatologia psicótica e também com a ansiedade, sendo esse défice evidenciado por um embotamento afetivo, fraco contacto visual, pouca expressão facial e linguagem corporal reduzida e ainda por um discurso pobre, com respostas curtas e menor fluência e conteúdo da fala. Dado existir este problema na comunicação apenas conseguimos aplicar a escala PANSS (de forma faseada), além do MMSE e do Índice de Lawton referidos anteriormente.

O J.J. apresentava atividade delirante intensa, com delírios megalómanos e muito pouca crítica para a sua situação clínica, achando que iria encontrar um emprego muito facilmente, aliás chegou a dizer “*que ainda haveria de ir lá a casa alguém oferecer-lhe um trabalho*” (sic). O seu discurso era centrado nesta preocupação em arranjar uma ocupação, pelo que não encontrava qualquer outro problema, referindo que se sentia bastante bem e saudável. Queria mesmo um trabalho remunerado na área da eletrotécnica, não tendo noção do porquê de estar reformado por invalidez nem do valor da sua reforma. Considerava a reforma perfeitamente dispensável.

Ao nível da sintomatologia negativa, foi encontrada outra alteração nomeadamente na socialização uma vez que este utente apresentava um isolamento social elevado, com retraimento social passivo, relacionando-se apenas com a mãe, o irmão e um ou outro amigo, “*dos copos*” (sic), com quem se encontrava esporadicamente à noite para “*beber umas minis*” (sic). Referiu que passava muito tempo em casa no seu quarto, a ouvir música. Além de adotar um estilo de vida sedentário e sem regras, o seu padrão de sono estava alterado, passando grande parte da noite acordado. De manhã chegava a acordar às 13h, segundo a mãe.

Foi detetado ainda um problema relacionado com a adesão à terapêutica per’os, uma vez que o utente não cumpria o esquema terapêutico prescrito, conforme afirmado pela mãe que adotou a estratégia de colocar os comprimidos nas refeições por receio que ele descompensasse e ficasse agressivo. Esta má adesão/gestão estava relacionada com um défice de conhecimentos, com uma não-aceitação do estado de saúde e ausência de juízo crítico por parte do utente mas também com um sentimento de impotência, medo e falta de conhecimento por parte da mãe.

Levantámos, portanto, os seguintes diagnósticos de enfermagem para os quais foi elaborado um plano de cuidados segundo a CIPE 1.0© (ANEXO XXI):

- ✚ Pensamento distorcido - delírio atual
- ✚ Ansiedade atual
- ✚ Socialização Comprometida
- ✚ Adesão diminuída
- ✚ Conhecimento sobre saúde diminuído
- ✚ Sono comprometido

Intervenções de enfermagem realizadas e resultados obtidos

Relativamente à ansiedade foi prestado apoio emocional através de presença empática, escuta ativa e diálogo terapêutico durante as entrevistas de ajuda em contexto domiciliário e no CS. Não foi estabelecido plano específico para lidar com a ansiedade ou gerir o stresse porque o utente não considerava isso um problema, recusando qualquer abordagem nesse sentido.

Quanto ao processo de pensamento alterado devido a ausência de juízo crítico e delírios de grandeza foi desenvolvido um plano para lidar com os sintomas positivos através de intervenções como orientação para a realidade, psicoeducação e ajuste terapêutico onde incluísse toma consciente da medicação. O caso foi discutido na reunião com a equipa comunitária de enfermagem e o psiquiatra da área, o qual manteve o esquema terapêutico e a forma como a medicação estava a ser administrada, o que dificultou muito qualquer intervenção de enfermagem no sentido da consciencialização do doente. A hipótese de internamento também foi discutida mas foi colocada de parte pelo clínico e mesmo a própria cuidadora receava a necessidade do filho ter de ser internado.

Para a alteração no padrão de sono foi feito ensino sobre higiene do sono e outros hábitos de vida saudáveis. Foi informado o médico deste problema, tendo sido feita prescrição terapêutica de antipsicótico em solução oral para que a mãe colocasse as gotas à noite na refeição do jantar. Não foi possível desenvolver com o utente outras estratégias para melhoria do sono, pois apesar de a mãe relatar a sua necessidade, o Sr. J. não considerava isso um problema nem tampouco compreendia o porquê de apoio a esse nível.

A capacidade para gerir o regime medicamentoso estava comprometida e a adesão diminuída ou mesmo ausente, pelo que planeámos estratégias para o utente e o cuidador (mãe) lidarem eficazmente com a medicação (estratégias cognitivo-comportamentais, motivacionais e educacionais). E apesar de ter sido estabelecida uma relação de confiança com o utente não se obteve *compliance*, nem se conseguiu orientar o doente em relação ao seu problema de saúde e consecutivamente da necessidade de tratamento medicamentoso. Por forma a aumentar o conhecimento sobre saúde foram planeados ensinamentos sobre doença mental, psicose, hábitos de vida saudáveis para o doente e família mas apenas foi possível realizá-los ao cuidador – mãe –, pois o Sr. J. não estava interessado. Esta psicoeducação teve resultados positivos pois aumentou conhecimentos

e esclareceu as dúvidas da mãe, desmistificando ideias e pré-conceitos, o que consecutivamente promoveu uma menor sobrecarga emocional.

Relativamente ao problema de socialização foram planeadas intervenções de modo a diminuir os sintomas negativos, como o isolamento social e a falta de interesse, de prazer e de expressividade. Adotaram-se estratégias para a recuperação/reabilitação psicossocial e incentivou-se o utente a participar num grupo terapêutico e noutras atividades sociais mas este recusou tudo. Não foi possível desenvolver estas estratégias devido ao défice de *insigth* do doente, pelo que este problema se manteve. Em relação à ocupação o utente aceitou a ajuda da assistente social da equipa comunitária que foi contactada por nós no sentido de encontrar opções adequadas a este caso. Se surgisse um curso, por exemplo, o J. estaria interessado. Contudo, não se obtiveram respostas a este nível e o J. acabou por arranjar ocupação como servente numa obra, na casa de um familiar. Deixou de estar interessado nas entrevistas e no apoio, faltando à última sessão, pelo que não foi possível fazer as avaliações finais com os instrumentos psicométricos selecionados. Ainda se fez VD mas apenas encontrámos a mãe que nos voltou a fazer as mesmas queixas, lamentando também o fato do filho ter abandonado este apoio.

A intervenção de enfermagem com este utente só poderá ser eficaz quando este aceitar a doença, através da consciencialização e compreensão da mesma, mas para tal necessitaria de não fazer a medicação à sua revelia. O médico manteve esta indicação para a mãe e esta não aceita mudar esse comportamento por receio que o filho descompensasse e colocasse em risco a sua vida ou de terceiros.

7. ESTRATÉGIAS A IMPLEMENTAR FUTURAMENTE

Sem qualquer pretensão de generalizar achados este trabalho servia o propósito prioritário de permitir uma base de reflexão para a melhoria das práticas de cuidados, possibilitando um acréscimo de conhecimento, bem como a implementação de processos de mudança futuros.

Da análise de alguns dados obtidos ressalta o reduzido apoio ao nível dos cuidados de enfermagem no domicílio a doentes com sintomas psicóticos, emergindo daí a necessidade de serem pensadas estratégias direcionadas a este tipo de população no contexto comunitário. As estratégias psicoeducacionais são aquelas que mais benefícios podem trazer tanto para o utente como para a família. Também as estratégias

relacionadas com a adesão e gestão da terapêutica necessitam de ser melhoradas. As estratégias a implementar deverão ser não só psicoeducacionais mas também psicoterapêuticas. Estas últimas passam pela construção de uma relação terapêutica entre doente e enfermeiro, para a partir daí se conseguir trabalhar a aceitação da doença. Assim, é imprescindível melhorar os conhecimentos e compreensão da doença, promover a adesão ao regime terapêutico e orientar a utilização dos recursos disponíveis.

Verificou-se também que pode ser bastante útil a criação de um programa de VD, aproveitando todos os recursos comunitários no sentido de dar apoio ao utente e família no seu próprio domicílio.

Psicoeducação

São diversos os estudos nacionais e internacionais, que têm demonstrado que o ambiente social e emocional dentro da família está claramente relacionado com as recaídas na esquizofrenia (McFarlane *et al.*, 2003). Daí que as intervenções psicoeducativas dirigidas por profissionais a famílias de doentes com esquizofrenia, sejam consideradas uma componente fundamental numa abordagem geral com vista ao tratamento e recuperação do doente (Gonçalves-Pereira, Xavier, Neves, Barahona-Correa, & Fadden, 2006).

No CS do Redondo as sessões de psicoeducação eram habitualmente realizadas pelos enfermeiros e técnica de serviço social da equipa comunitária do DPSM que lá se deslocavam quinzenalmente. A primeira a que assistimos, e participámos ativamente, foi ainda conduzida por estes técnicos, e as restantes foram preparadas e realizadas pelas estagiárias até ao final do ensino clínico. Estes elementos da equipa comunitária estiveram sempre presentes assim como alguns enfermeiros do próprio CS. Não foi possível a presença dos médicos, o que lamentamos. As sessões de psicoeducação realizadas tinham por base os seguintes objetivos: facilitar o acesso à informação; simplificar a compreensão sobre a experiência que a pessoa atravessa; promover o acesso a uma ajuda e tratamento mais adequados.

Relativamente ao grupo de utentes que estávamos a seguir convidámo-los juntamente com a sua família a participar nestas sessões. Observávamos e registávamos o seu comportamento e discurso ao longo de cada sessão, assim como a sua assiduidade e quando faltavam tentava-se saber o motivo aquando da VD, motivando-os a participar na próxima sessão. Os doentes e família do grupo alvo deste projeto participaram em

quase todas as sessões, com exceção para um que recusou logo no início e um outro que por vezes tinha alguns trabalhos ocasionais, embora a sua irmã (cuidador) comparecesse sempre.

No início de cada sessão era sempre feita uma apresentação dos presentes, tanto técnicos como utentes/família, pois por vezes surgiam novos elementos. Na primeira sessão fez-se esta apresentação individual com uma atividade de dinâmica de grupo (*'quebra-gelo'*) e ainda se lançou um desafio em que cada um deveria relatar um momento mágico da sua vida. Por exemplo, algo de bom ou mau que lhe tivesse acontecido e o tivesse marcado. Esta atividade foi das mais gratificantes e agradáveis de realizar. No final de cada sessão era feito um *briefing* por todos os doentes e além disso eram questionados em relação ao tema para a próxima sessão. Era programada e agendada a data e hora do novo encontro, sendo fornecido aos utentes e família um lembrete com essa informação. Os doentes que seguíamos (grupo alvo) eram também lembrados disso na última entrevista antes da sessão de psicoeducação seguinte.

Relativamente aos temas das sessões que preparámos, estes foram bastante diversificados, sendo que tivemos essencialmente por base o manual de cuidados CIR-*Proform* (Portugal, 2008) para algumas das intervenções. Assim, as temáticas principais foram: *"Doença/saúde mental e estilos de vida saudável"*, *"Estratégias para reduzir o stresse"*, *"Utilizar eficazmente a medicação"*. Alguns destes temas foram trabalhados em mais do que uma sessão. Ao longo das sessões foi fornecido algum material informativo em papel como folhetos e também algumas fichas para autopreenchimento do CIR, como por exemplo, o *"Grau de satisfação nas várias atividades da minha vida"*.

Podemos afirmar que estas sessões de educação para a saúde foram bastante importantes tanto para os doentes como para os familiares na medida em que facilitaram o envolvimento dos mesmos na terapia, promovendo uma relação de confiança com os profissionais e criando uma atmosfera de esperança e otimismo. Esta é uma das atividades que considerámos importante e que deverá continuar a ser desenvolvida.

Promoção da adesão terapêutica

Outra das atividade desenvolvida foi ao nível da adesão e gestão da terapêutica, *per'os* e injetável. Foram realizadas intervenções específicas com cada doente por forma a otimizar o processo de cumprimento do regime medicamentoso, sendo que nuns casos era necessário trabalhar apenas com a família e noutros com o doente e com a família.

Apesar da larga evidência disponível mostrar que a toma a longo prazo da terapêutica antipsicótica permanece como o meio mais realista de prevenir as recidivas, minimizar a mortalidade e morbidade e de assegurar uma vida independente e inserida em comunidade em indivíduos portadores de esquizofrenia, o abandono ou fraca adesão à terapêutica contínua a ser um problema com elevado impacto negativo, nomeadamente no tratamento das perturbações psicóticas (Voruganti, Baker, & Awad, 2008). Deste modo, trabalhar as questões relacionadas com a adesão e a gestão autónoma da terapêutica farmacológica é um vetor essencial para o sucesso da própria reabilitação psicossocial. É importante que o enfermeiro prestador de cuidados domiciliários se aperceba da adesão ao regime prescrito, fazendo uma avaliação da eficácia e também dos efeitos secundários da medicação, além de outros aspetos como o armazenamento, a forma de preparação e administração.

A manutenção de uma boa adesão ao tratamento, o seguimento em consulta e a ligação à equipa são alguns dos aspetos fundamentais da reabilitação psicossocial do doente psicótico. A intervenção terapêutica é sustentada nestes casos pelo investimento no apoio e intervenção familiar, na promoção da reinserção sócioocupacional e nas visitas e avaliação domiciliária. Este tipo de intervenção é essencial na prestação de cuidados de enfermagem ao portador de esquizofrenia e, por isso, julgamos que se deveria apostar mais em projetos de promoção da adesão e gestão da terapêutica para esta população ao nível dos CSP.

7.1. Programa de visitação domiciliária

O sistema de saúde mental está num processo de mudança de paradigma. Durante as últimas décadas, o número de camas nos hospitais psiquiátricos tem vindo a diminuir e tem sido completado por serviços de ambulatório ou de dia. Dado isto é crucial desenvolver estruturas de suporte na comunidade e desenvolver programas com o objetivo de diminuir o número de reinternamentos (Neto & Silva, 2008).

Segundo o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental (Ministério da Saúde, 2011, pp. 8669), este tem o poder e dever de coordenar, implementar e desenvolver «(...) *projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos*» nomeadamente «(...) *implementar na comunidade programas centrados na população que promovam o empoderamento, a saúde mental e previnam ou reduzam o risco de perturbações mentais, privilegiando estratégias de desenvolvimento comunitário participativo*».

A caracterização do tipo de cuidados atualmente disponíveis e prestados dá-nos dados sobre como se proceder para os otimizar no sentido de criar programas de intervenção tanto a nível intra-hospitalar como a nível ambulatorio, ou outras respostas comunitárias, como é o caso do apoio domiciliário. Neste sentido, poderá ser útil a criação de um projeto que englobe este tipo de apoio comunitário, aliado a outros que o complementam, ao nível dos cuidados de saúde primários.

O apoio domiciliário é um recurso que carece de maior desenvolvimento e de instalação da tradição quando destinado a doentes mentais. De facto, em Portugal ele ainda é, maioritariamente, conhecido e mais usado quando a população alvo são idosos. Quando devidamente desenvolvido e organizado este meio pode ser bastante útil e pode permitir a rentabilização dos equipamentos existentes. Na realidade, ele pode auxiliar alguns indivíduos com patologia psíquica a manterem-se no seu próprio lar e a serem integrados na família e na sociedade de forma natural. As equipas de apoio domiciliário são uma fonte de segurança e garante de uma adequada continuidade de cuidados o que permite, junto dos seus utentes, uma existência digna (Cardoso & Maia, 2009).

Em reunião com a equipa de enfermagem da UCSPR obtiveram-se dados que indicavam a necessidade de criar um programa de VD estruturado. A hipótese inicial de criação de um esquema específico e fixo de VD, não foi possível por em prática, por não se verificar no terreno a sua pertinência. Após falarmos com a supervisora clínica, chegou-se à conclusão que a periodicidade das VD's deveria ser menos rígida e deveria ser o enfermeiro de referência a avaliar a necessidade de, num determinado caso clínico, ela ser semanal, ou noutros casos ser quinzenal ou até mesmo mensal ou por exemplo noutras situações ser preciso fazer uma visita urgente.

Para este projeto decidimos também proceder deste modo, e as VD's realizaram-se sensivelmente de forma semanal, tendo em conta a necessidade dos utentes, o planeamento de cuidados individualizado e as barreiras físicas e limitações dos técnicos, dos utentes e da estagiária. Contudo, as VD's foram marcadas antecipadamente, pelo que o doente e cuidador ou responsável pelos cuidados eram devidamente informados e questionados para darem autorização. Para este programa não considerámos os casos encaminhados por primeiro surto psicótico. O que também não estava contemplado no projeto mas achámos pertinente sugerir foi a realização de visitas pós-alta na primeira ou segunda semana seguintes à saída do utente do internamento do DPSM.

Em anexo encontra-se o quadro que contempla as várias fases de intervenção e as respetivas atividades desenvolvidas em cada uma dessas etapas durante o estágio

(ANEXO XXII). De certa forma estas fases são sustentadas no processo de enfermagem que engloba: Apreciação, Diagnóstico, Identificação dos Resultados, Planeamento, Implementação e Avaliação. O processo de enfermagem sustenta-se numa abordagem de resolução de problemas orientada para os objetivos, com a finalidade de prestar ao utente um cuidado de qualidade.

Por forma a contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem apresentamos o quadro seguinte que sistematiza as várias fases de intervenção e respetivas atividades, o qual constitui uma sugestão de Programa de Visitação Domiciliária à pessoa com esquizofrenia, adaptado à realidade da equipa de enfermagem da UCSPR.

Fases	Atividades
1 ^a	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliação das necessidades e apreciação de enfermagem, – Avaliação dos recursos disponíveis ou a mobilizar – Identificação das barreiras/limitações
2 ^a	<ul style="list-style-type: none"> – Realização de entrevistas diagnósticas – Preenchimento da folha de VD – Identificação dos problemas/focos de enfermagem – Planeamento dos cuidados individualizados a cada doente e de acordo com o diagnóstico de enfermagem CIPE – Identificação dos resultados esperados – Planeamento da periodicidade e duração das VD consoante cada doente e cada problema – Marcação dos dias de VD e aviso prévio do doente/família (pessoalmente, contacto telefónico ou carta) – Realização de entrevistas para aplicação de instrumentos de avaliação (índices, escalas, etc.) – Realização de VD ao doente/família no domicílio, Lar de idosos, ou outro (por exemplo, café) – Realização de consulta de enfermagem no CS, quando necessário
3 ^a	<ul style="list-style-type: none"> – Registo das intervenções de enfermagem ou outros dados (sociobiográficos, ou relativos aos instrumentos aplicados por exemplo) no processo do doente – Preenchimento da folha de VD e realização dos registos de evolução num processo individualizado (formato de papel) – Avaliação das intervenções e dos resultados obtidos, e revisão do plano, caso necessário – Transmissão da informação à equipa multidisciplinar e equipa comunitária do DPSM (fornecimento de folha de continuidade de cuidados) – Discussão de casos em reunião multidisciplinar

Quadro 5 - Programa de Visitação Domiciliária

8. PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Com este documento realizámos uma descrição e análise sobre o processo de desenvolvimento do estágio, fundamentando-o em termos técnico-científicos. Identificámos necessidades e apresentámos sugestões de melhoria em termos de intervenção profissional. Assim, o relatório de estágio constitui um dos meios de avaliação na medida em que é um trabalho de descrição e reflexão pormenorizada e fundamentada das atividades desenvolvidas no âmbito técnico-profissional do estágio efetuado, que posteriormente será alvo de defesa pública perante um júri.

O processo de avaliação do cumprimento de objetivos foi feito através dos indicadores previamente definidos para cada objetivo planeado no projeto de estágio e também através dos resultados obtidos, em geral, com a população-alvo e em particular com cada utente. Julgamos ter atingido a maioria dos objetivos propostos tanto com a população-alvo como os da intervenção profissional. Não foi possível efetuarmos as atividades relativas à colaboração em campanhas de sensibilização e educação para o público geral promotoras do combate ao estigma e discriminação do doente mental. Contudo, disponibilizámo-nos para continuar a realizar educação para a saúde a utentes e famílias nas sessões de psicoeducação e ainda criámos um folheto informativo (ANEXO XXIII) acerca da pessoa com esquizofrenia dirigido aos técnicos, o qual recebeu o aval da supervisora clínica.

Tendo em conta as orientações académicas, no estágio pretendia-se que realizássemos um trabalho de atividade profissional, acompanhado por um tutor institucional e um orientador académico. Este tutor institucional desenvolvia as funções de supervisor clínico, uma vez que era um enfermeiro da instituição acolhedora selecionada com as características indispensáveis ao desenvolvimento das competências especializadas do mestrando. A supervisão clínica é entendida como um processo formal de sustentação da prática, em que um profissional experiente apoia, orienta e aconselha um formando na construção do seu conhecimento. Segundo Abreu (2003, p.3), «(...) *as instituições de saúde devem reconhecer que possuem uma importância central na formação dos enfermeiros [...] Os sistemas de tutoria, se encarados de forma integrada, podem ter reflexos na formação dos novos enfermeiros (...)*».

Há ainda a referir que para além da avaliação final de todo o estágio, foram promovidos momentos de avaliação intermédia, que permitiram controlar a adequação do trabalho realizado e introduzir ajustamentos necessários para se atingirem os

objetivos estabelecidos. Foram realizadas reuniões periódicas com a estagiária, supervisor clínico e o orientador acadêmico que constituíram momentos de partilha e de discussão sobre formas de intervenção e de outros aspetos académicos e profissionais.

9. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Para o desenrolar do estágio, vários conhecimentos e competências permitiram levar a cabo este projeto. Importa agora no seu término, identificar essas competências desenvolvidas tirando partido da descrição e análise destas experiências. Julgo que a flexibilidade e a criatividade com que nos conseguimos adaptar a situações novas e a necessidades inesperadas com que nos deparámos, permitiu-nos dar resposta às exigências que se colocam no quotidiano da ação do enfermeiro especialista.

O conhecimento aprofundado na área de especialização, adquirido ao longo do período letivo como o que desenvolvemos com a pesquisa feita durante o estágio, permitiu-nos compilar saberes, dar suporte às decisões clínicas tomadas, concebendo planos de cuidados, priorizando as diversas intervenções e obtendo resultados positivos. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.2), o enfermeiro especialista é aquele que possui

(...) um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.

Atingir determinado tipo de objetivos pressupõe a existência de determinadas competências, ou o seu desenvolvimento. O estágio, como unidade curricular, permite o confronto com a realidade, a integração do saber teórico na prática e o desenvolvimento de competências, que neste caso se desejavam especializadas, na perspetiva do saber-ser, saber-estar e saber-fazer. Este fenómeno evolutivo de aquisição de competências é referido por Margot Phaneuf, que apresenta ainda a definição de competência clínica em enfermagem como «(...) um conjunto integrado que supõe a mobilização das capacidades cognitivas e sócio-afectivas da enfermeira, de saberes teóricos,

organizacionais e procedimentais, tanto como habilidades técnicas e relacionais aplicadas a situações de cuidados, o que lhe permite exercer a sua função ao nível da excelência» (Phaneuf, 2005, p. 4).

Relativamente às competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, mobilizámos e desenvolvemos o autoconhecimento e autoconsciência, e para tal foi fundamental perceber quais os fatores que poderiam interferir na relação com os utentes, tentando evitar conscientemente que isso acontecesse. Por exemplo, lidar com a frustração relacionada com o facto de um dos utentes não pretender continuar a ser seguido por nós, apesar de compreender que este não tinha qualquer crítica para a sua situação clínica e, por isso, não encontrava a pertinência da nossa atuação.

Segundo o regulamento n.º 129/2011 da lei n.º 35, que contempla as competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2011), quando as pessoas que se encontram em sofrimento ou têm alterações ou perturbações mentais são cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental elas podem ter ganhos em saúde, diminuindo consecutivamente o grau de incapacidade que estas perturbações provocam. O enfermeiro deve compreender os processos de sofrimento, a alteração e perturbação mental do doente, bem como as consequências para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais. Assim, a enfermagem de saúde mental centra-se sobretudo na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção terapêutica perante respostas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de alteração ou doença mental. A especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental foca-se precisamente nas competências de âmbito psicoterapêutico que permitem ao enfermeiro desenvolver um juízo clínico singular, e assim uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade.

Ao mobilizar na prática clínica um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos e ao demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas, o enfermeiro especialista possibilita também que a pessoa, durante o processo terapêutico, viva experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais.

Ao longo de todo o estágio foram aprofundados conhecimentos sobre a natureza e o processo da relação de ajuda, desenvolvendo competências de comunicação funcional

e de intervenção relacional terapêutica. Desenvolvemos competências de análise diagnóstica das necessidades das pessoas, de problemas ligados à área de saúde mental, mobilizando saberes sobre entrevista diagnóstica e as taxonomias da CIPE. Esta prática clínica possibilitou-nos o estabelecimento de relações de confiança e parceria com os utentes, bem como aumentou o conhecimento destes acerca dos problemas e a sua capacidade de encontrar novas formas de resolução. Além disso, permitiu aumentar o conhecimento acerca de nós próprios enquanto profissionais de enfermagem bem como a nível pessoal.

A reflexão acerca das competências adquiridas durante a elaboração deste documento traduz uma análise de autodesenvolvimento e estabelece pontes entre a formação inicial, a experiência profissional e a formação avançada. Foram assim promovidos o autoconhecimento, a autorreflexão e análise que constituíram outra mais-valia deste processo formativo.

Em suma, a preparação teórico-científica que adquirimos e a transferência desses conhecimentos para o contexto da prática de cuidados bem como o desenvolvimento de competências técnicas, interpessoais e conceptuais possibilitaram vencer este desafio.

CONCLUSÃO

As propostas de cuidados de saúde mental, tanto na Europa como em Portugal, tendem a substituir o modelo biomédico, centrado no hospital, por um modelo holístico de abordagem global, multidisciplinar e de base comunitária, privilegiando a articulação de várias estruturas e serviços, particularmente com os cuidados de saúde primários (Butt & Silva, 2008).

Conforme a OMS e WONCA (Portugal, 2009) os serviços de cuidados de saúde primários para as doenças mentais são a melhor maneira de assegurar que as pessoas têm acesso aos cuidados que necessitam. São acessíveis, aceitáveis e efetivos, promovendo a deteção precoce, o respeito pelos direitos humanos e a integração social. Permitem, de igual forma, que as pessoas sejam tratadas de uma forma holística, abordando tanto as necessidades físicas como as de saúde mental.

Neste sentido, os profissionais dos cuidados de saúde primários estão bem posicionados para prestarem cuidados de saúde a vários grupos diferentes, como por exemplo aos doentes com perturbações mentais e às suas famílias. A adesão e os resultados de saúde melhoram quando os doentes têm uma boa compreensão das suas perturbações, sobretudo dos sintomas típicos, da história natural e dos tratamentos mais eficazes.

A intervenção no domicílio pode ser um importante instrumento na medida em que aproxima a equipa de saúde mental do doente, da sua família e comunidade, ampliando a compreensão acerca do sofrimento psíquico e das suas consequências sociais. De certo modo, se não o éramos passamos a ser membros dessa comunidade. A VD coloca-nos em movimento, saímos do conforto do nosso local de trabalho para enfrentar as ruas e contactar de perto com ‘mundos’ problemáticos, por vezes. Sair para fazer visitas de enfermagem exige disposição e consciência da possibilidade do inesperado, do incomum, das diferentes formas de ser recebido e aceite no espaço privado da família. Por outro lado, torna-se gratificante a recompensa pessoal que cada doente e família nos proporciona com pequenos gestos e importantes ganhos.

Quando se pretende introduzir processos de mudança que levem à melhoria da qualidade dos cuidados é essencial conhecer quais os modelos de cuidados que estão a ser usados. Assim, o estágio revelou-se de extrema importância no sentido em que permitiu conhecer e refletir sobre a prestação de cuidados à pessoa com esquizofrenia

em contexto domiciliário, mais especificamente a um grupo de utentes psicóticos do CS de Redondo. Os problemas encontrados basearam-se essencialmente em alterações do pensamento, do humor e défices psicossociais. Desenvolveram-se ações no sentido da recuperação emocional e psicossocial, atenuando a sintomatologia positiva e negativa, obtendo-se resultados bastante satisfatórios conforme verificado nas avaliações feitas.

Estes resultados corroboram o que nos diz a literatura e reforçam a pertinência de continuar a apostar em projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde com este tipo de população.

Através dos resultados conseguidos com o grupo alvo aqui apresentados esperamos que se inicie um planeamento estratégico de intervenção de modo a que os profissionais envolvidos nesta área possam desenvolver cuidados de enfermagem de uma forma mais eficaz. Quiçá este programa se possa aplicar a outras unidades locais de saúde de características semelhantes no distrito de Évora.

Termina-se este trabalho com a convicção de que se atingiram os objetivos propostos, desenvolvendo o conhecimento teórico acerca da problemática do apoio domiciliário ao indivíduo com psicose esquizofrénica, no contexto dos cuidados de saúde primários. Posto isto, pensamos ter contribuído para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com esquizofrenia no seu meio natural, o domicílio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J. (2008). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. 5ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 978-972-8485-87-0
- Abreu, W. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros (Estudo Multicasos)*. Formasau. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade de Lisboa. Lisboa: Ed. Sinais Vitais.
- Abreu, W. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que Parceiras para a Excelência em Saúde?*. Coimbra: Formasau.
- Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia- Para além dos mitos, descobrir a doença*. 1ª ed. Cascais: Príncipia Editora. ISBN 978-989-8131-63-8
- Albuquerque, S.M. (2003). *Qualidade de vida no idoso: a assistência domiciliar faz diferença?*. Brasil: Casa do psicólogo.
- Alma-Ata (1978). *Declaração de Alma-Ata. Saúde para todos no ano 2000*. Conferência internacional sobre cuidados de saúde primários. Acedido em 13 de Setembro de 2011, em:
http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm
- Almond, S., Knapp, M., Francois, C. Toumi, M., Brugha, T. (2004). Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life. *British Journal of Psychiatry*. (184), pp.346-351. Acedido em 11 de Dezembro de 2011, em:
<http://bjp.rcpsych.org/content/184/4/346.full>
- American Nursing Association. (2011). Acedido em 25 de Setembro de 2011, em:
<http://www.nursingworld.org/>
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª Ed. Texto revisto. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-020-0
- Araújo, F., Pais Ribeiro, J. L., Oliveira, A., Pinto, C., Martins, T. (2008). *Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados*. Atas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (pp. 655-659). Porto: Universidade do Porto.
- ARS-Alentejo. Ministério da Saúde. (2010). *Plano de Ação UCSP Redondo – 2010*. Agrupamento de Centros de Saúde - Alentejo Central I.

- Barroso, S.M. (n.d.). *Esquizofrenia e diferenças deste transtorno entre os gêneros: um panorama geral*. Acedido em 3 de Janeiro de 2012, em: <http://www.medcenter.com/medscape/content.aspx?id=26116&langType=1046>
- Bressan, R. A. (1998). *Identificação de sintomas depressivos em pacientes com esquizofrenia: estudo de validação da versão brasileira da escala calgary de depressão para esquizofrenia* [Dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.
- Bruxelas. Comissão das Comunicações Europeias. (2005). *Livro Verde -Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Acedido em 7 de Outubro de 2011, em: <http://www.fnerdm.pt/Downloads/docs/Resposta%20da%20FNERDM%20ao%20LIVRO%20VERDE.pdf>
- Butt, M., Silva, M. (2008). Enfermagem de Saúde Mental e cuidados Primários de saúde: possibilidades e desafios. *Presencia: Revista de Enfermeria de Salud Mental*, 4 (7). Acedido em 5 de Novembro de 2011, em: <http://www.index-f.com/presencia/n7/p6768p.php>
- Campos, C. (2007). Perspectivas Futuras do Enfermeiro na Comunidade. *PsiLogos. Revista do serviço de Psiquiatria do Hospital prof. Doutor Fernando da Fonseca, EPE*, (5), pp.46-53.
- Campos, F. S. (2001). *Esquizofrenia*. Revista de psiquiatria geral. Acedido em 6 de Setembro de 2011, em: <http://www.psiquiatriageral.com.br/esquizofrenia/texto1.htm>
- Campos, R. (2006) – Reabilitação Psicossocial. *Hospitalidade: A revista da Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de São João de Deus* (271), pp.21-24.
- Cardoso, C.S., Caiaffa, W. T., Bandeira, M., Siqueira, A.L., Silva, J. T., Fonseca, J. O. (2007). Depressão na esquizofrenia: prevalência e relação com a qualidade de vida. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (9), pp.2035-2048. Acedido em 24 de Maio de 2010, em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/05.pdf>
- Cardoso, G., Maia, T. (2009). Serviços Psiquiátricos na Comunidade com Base no Hospital Geral: Um Modelo Português. *PsiLogos. Revista do serviço de Psiquiatria do Hospital prof. Doutor Fernando da Fonseca, EPE*, (6), pp.54-66.
- Chaves, A. (2000). Diferenças entre sexos na esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 1 (22), 21-22. Acedido em 4 de Janeiro de 2012, em medcenter database.

- Chaves, A. C., Mari, J., Maluf, A. (1992). Diferenças entre os sexos na história e sintomatologia psiquiátrica na esquizofrenia. *Revista ABP-APAL*, 14 (2), pp.51-56. Acedido em 2 de Janeiro de 2012, em Medcenter database.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira Arte da Vida*. 2ª edição. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-53-3
- Conselho Internacional das Enfermeiras. (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0 (CIPE/ICNP®)*, Lisboa: Associação Portuguesa dos Enfermeiros.
- Cordeiro, J. (2002). *Manual de psiquiatria clínica*. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 972-31-0939-5
- Cordo, M. (2003). *Reabilitação de pessoas com doença mental*. Coleção convergências. 1ª ed. Lisboa: Climepsi
- Cunha, I, Dinis, M., Nobre, A. (2001). *A(s) Esquizofrenias(s)*. Lisboa: Tecnifar.
- Daltio, C.S., Mari, J. J., Ferraz, M. B. (2007). Estudos farmacoeconômicos e carga da doença em esquizofrenia. *Revista Psiquiatria Clínica*, 2 (34), pp.208-212. Acedido em 24 de Setembro de 2011, em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s2/a12v34s2.pdf>
- DGS [Direção Geral da Saúde]. (2009). *Centros de Saúde e Unidades Hospitalares- Recursos e Produção do SNS-2009*. Acedido em 26 de Setembro de 2011, em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2011/6/recursos+sns.htm>
- Egry, E., Fonseca, R. (2000). A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho de enfermagem em saúde coletiva. *Revista da Escola de Enf. da USP*, 34, (3), pp.233-9. Acedido em 24 de Setembro de 2011, em: <http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v34n3a02.pdf>
- Ferraz, M. (2006). *Guia para defesa dos direitos em saúde mental*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Acedido em 29 de Setembro de 2011, em: http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F45D89BD-21F5-46AB-9084-1FB298052365/0/20091218_guiasaudemental.pdf
- Genduso, L.A., Haley, J.C. (1997). Cost of illness studies for schizophrenia: components, benefits, results, and implications. *The American Journal of Managed Care*, 3 (6), pp.873-877. Acedido em 12 de Setembro de 2011, em:

<http://www.mendeley.com/research/cost-illness-studies-schizophrenia-components-benefits-results-implications/>

- Gomes, J., Henriques, F., Roque, J., Lourenço, M., Silva, A. (1998). Intervenção comunitária em psiquiatria_Breve abordagem. *Revista de Saúde Amanto Lusitano*, (8), ano III.
- Gomes, A.P. (2011). A comunidade como «objecto» dos cuidados de enfermagem. Responsabilidade para com a comunidade. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, Junho (37), pp.18-19.
- Gonçalves-Pereira M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correa, B., Fadden, G. (2006). Intervenções Familiares na esquizofrenia- dos aspectos teóricos à situação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, (19), pp.1-8. Acedido em 26 Dezembro de 2012, em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/1/001-008.pdf>
- Guerreiro, M. *et al.* (1994) Adaptação Portuguesa da tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista portuguesa de Neurologia*, (1), pp.9-10.
- Guterres, M. C., Frasilho, M. A. (2004). Prevenção terciária em saúde mental: novas respostas em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública. Saúde mental*, 22, (2), pp.69-77. Acedido em 6 de Julho de 2010, em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-06-2004.pdf>
- Harrison, P., Geddes, J., Sharpe, M. (2006). *Guia prático Climepsi de Psiquiatria*. Lisboa: Climepsi Editores.
- INE- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos 2011. Dados estatísticos*. Acedido em 7 de Dezembro de 2011, em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3
- Jonhson, M., Maas, M., Moorhead, S. (2004). *NOC [Nursing Outcomes Classification]- Classificação dos Resultados de Enfermagem*. Trad. Garcez, R. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Kaplan, I., Sandock, B. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN 85-7307-211-3
- Korkeila, J.A., Lehtinen, V., Tuori, T., Helenius, H.(1998). Frequently hospitalized psychiatric patients: a study of predictive factors. *Soc. Psychiatry Epidemiology*, 33 (11) pp.528-534. Acedido em 2 de Outubro de 2010, em:

<https://springerlink3.metapress.com/content/0qj16p0mbxevbacr/resource-secured/?target=fulltext.pdf&sid=ghuv1vque1ggy5yjsxjje1ig&sh=www.springerlink.com>

– Labate, R., Galera, S., Avanci, R. (2004). Visita Domiciliária: um olhar da enfermagem psiquiátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57 (5), pp.627-628. Acedido em 9 de Fevereiro de 2010, em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a24v57n5.pdf>

– Lage, M.I. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: Estudo do impacte do cuidado no cuidador Informal*. Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto.

– Martins, M., Marques, S., Bandola, V., Ferreira, Z. (2008). Satisfação no trabalho da pessoa com doença mental. *Hospitalidade: Revista da Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus*, (280), pp.37-43.

– McFarlane, W., et al (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (2), pp.223-245.

– Ministério da Saúde. (2006). *Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Acedido em 10 de Agosto de 2011, em: <http://dre.pt/pdf1s%5C2006%5C06%5C109A00%5C38563865.pdf>

– Ministério da Saúde. (2008). *Despacho n.º 10464/08*. Diário da República, 2.ª série, n.º 70, p.15883-15885. Acedido em 12 de Agosto de 2011, em: http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/04/desp_nomea_coorden_saude-mental.pdf

– Ministério da Saúde. (2010). *Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro*. Diário da República, 1.ª série - n.º 19. Cap. I, art.2º, pp.257-263. Acedido em 9 de Agosto de 2011, em: <http://dre.pt/pdf1s/2010/01/01900/0025700263.pdf>

– Ministério da Saúde. (2011). *Regulamento n.º 129/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Diário da República, 2.ª série, n.º 35. Pp. 8669-8673. Acedido em 25 de Julho de 2011, em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0866908673.pdf>

– MHS. (2004). *Multi-Health Systems*. Acedido em 4 de Novembro de 2010, em: <http://www.mhs.com>; <http://www.cognitivecentre.com/positive-and-negative-syndrome-scale-panss/>

– Mueser, K. T., Bellack, A. S., Morrison, R. L., Wade, J.H. (1990). Gender, social competence, and symptomatology in schizophrenia: a longitudinal analysis. *Journal of*

- abnormal psychology*, 99 (2), pp.138-147. Acedido em 21 de Julho de 2011, em: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1990-22743-001>
- Nabais, A. (2008). Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: âmbito e contextos. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, (30) pp.38-43.
 - Neto, D.D., Silva, A. C. (2008). Characterization of readmissions at a Portuguese psychiatric hospital: An analysis over a 21 month period. *The European Journal Psychiatry*, 22 (2), pp.69-76. Acedido em 14 de Setembro de 2011, em: <http://scielo.isciii.es/pdf/ejpen/v22n2/original2.pdf>
 - Neto, M. (2006) - *Convivendo com a esquizofrenia*. São Paulo: Ediouro Publicações.
 - Neves, A., Pacheco, F., Luz, J., Pacheco, J., Furtado, M. (1991). Alguns aspetos da saúde mental comunitária no algarve. *Revista de Psiquiatria*, 4 (2), pp. 83-87.
 - Oliveira, J. (2011). As políticas de saúde relacionadas com a comunidade. Responsabilidade para com a comunidade. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, Junho (37), pp.20-21.
 - OMS. (2002). *Relatório Mundial de Saúde 2001: Saúde mental, Nova Conceção, Nova Esperança*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. Acedido em 6 de Junho de 2010, em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
 - OPSS [Observatório Português dos Sistemas de Saúde].(2010). Acedido em 4 de Junho de 2010, em: <http://www.observaport.org/>
 - Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Acedido em 27 de Março de 2010, em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
 - Ornelas, J., Monteiro, F., Moniz, M., Duarte, T. (2005). *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares*. Lisboa: AEIPS Edições. ISBN: 972-99904-0-9
 - PAHO/WHO [Pan American Health Organization/World Health Organization]. (2007). *Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization*. Washington, D.C: PAHO.
 - Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII) pp. 547-558. Acedido em 7 de Agosto de 2010, em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf>

- PANSS-ORG. (2006). *PANSS Institute*. Acedido em 4 de Novembro de 2010, em: www.panss.org
- Pascaris, A. (1991). Social recreation: A blind spot in rehabilitation?. *Journal of the international Association of Psychosocial rehabilitation services*. Boston University, 15 (1), pp.43-53.
- Peplau, H. (1992). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referência conceptual para la enfermeira psicodinâmica*. Barcelona: Masson. ISBN 84-458-0146-5
- Pereira, R.P., Vilar, A. I. (2008). Saúde mental, equilíbrio social e a pessoa com doença crónica. Confluências num contexto em mudança. In *Saúde Mental Equilíbrio Social*. (p.203-209). Maia: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência. ISBN 972 8383-84-3
- Portugal - OMS/WONCA. (2009). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde. Versão Portuguesa. ISBN 978-989-96263-3-1
- Portugal. Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Acedido em 23 de Outubro de 2010, em: <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>
- Portugal. Ministério da Saúde. (2005). *Carta da missão para os Cuidados de Saúde Primários*. Acedido em 23 de Outubro de 2010, em: <http://www.mcsp.minsaude.pt/engine.php?cat=153>
- Portugal. Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental-CNRSSM. (2007). *Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal: Plano de ação 2007-2016*. Acedido em 23 de Outubro de 2010, em: <http://www.acs.min-saude.pt/saude mental/>
- Portugal. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). *CIR (Cuidados Integrados e de Recuperação) - "Proform"-Programa de Formação em Saúde Mental Comunitária*. Manual de Trabalho. Versão 1.2.
- Ricardo, S. H., Machado, S. I., Araújo, S. L., (2008). Esquizofrenia: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria. In *Saúde mental e equilíbrio social* (pp.177-183). Maia: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

- Rice, R. (2004). *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários: Conceitos e Aplicação*. 3ª Ed. Loures: Lusociência.
- Ruivo, M., Ferrito, C., Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos – Publicação da área disciplinar de enfermagem da Escola de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal*, (15) pp.1-37. Editor: Freitas, A. Acedido em 5 de Janeiro de 2012, em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sequeira, S. (2010). *Cuidar Idosos com Dependência Física e Mental*. Editora: Lidel. ISBN: 9789727577170
- Shmidt-Kraepelin, C., Janssen, B.; Gaebel, W. (2009). Prevention of rehospitalization in schizophrenia: results of an integrated care project in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2 (259), pp.205-212. Acedido em 5 de Dezembro de 2011, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19876680>
- Siris, S. G. (1991). Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: implications for DSM - IV. *Schizophrenia Bulletin*, (17), pp.75-98. Acedido em 5 de Dezembro de 2011, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2047791>
- Stanhope, M., Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Loures: Lusociência. ISBN 9789728383053
- Stefanelli, M., Fukuda, I., Arantes, E. (2008). *Enfermagem psiquiátrica e suas dimensões assistenciais*. 1ª ed. Brasil: Editora Manole. ISBN 978-85-204-2197-0
- Sterian, A. (2001). *Esquizofrenia*. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria. Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. 6ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-61-5
- Vaz-Serra, A., Palha, A., Figueira, M., Bessa-Peixoto, A., Brissos, S., Casquinha, P., et al. (2010). Cognição, cognição social e funcionalidade na esquizofrenia. Grupo de Trabalho em Esquizofrenia. Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. *Acta Médica Portuguesa*, (23), p.1043-1058.
- Vieira, A., Moreira, J., Loureiro, K., Morgadinho, R. (2008). Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas. Universidade de Trás-os-Montes e alto Douro. *Psicologia.com.pt. Portal dos psicólogos*. Acedido em 7 de Setembro de 2011, em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0171.pdf>

- Voruganti, L., Baker, L., Awad, G. (2008). Anti-psicóticos de nova geração e comportamento de adesão. *Current Opinion in Psychiatry. Ed. Portuguesa, 1* (3) pp.188-194. Acedido em 15 de Março de 2011, em: http://journals.lww.com/co-psychiatry/Abstract/2008/03000/New_generation_antipsychotic_drugs_and_compliance.10.aspx
- WHO. (1992). ICD-10_ *International Classification of Diseases*. Organização Mundial de Saúde. Acedido em 2 de Julho de 2010, em: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Xavier, M., Caldas de Almeida, J., Martins, E., Barahona, B., Kovess, V. (2002). Avaliação das necessidades de cuidados de indivíduos com esquizofrenia em Portugal: estudo comparativo multicêntrico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 20*, (2) pp.5-17. Acedido em 21 de Dezembro de 2011, em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-01-2002.pdf>

ANEXOS

ANEXO I- Exame psiquiátrico do estado mental

Exame psiquiátrico do estado mental	
➤ Aspeto, Atitude e Atividade:	
➤ Humor:	
➤ Emoções:	
➤ Discurso e Linguagem:	
➤ Pensamento:	
➤ Cognição:	
➤ Insight e Juízo Crítico:	

ANEXO II- *Cultural Awareness toll* (Questionário de percepção cultural/avaliação e diagnóstico)

Questionário de Percepção Cultural / Avaliação e Diagnóstico

O que é que pensa que causou o seu problema?	
Por que pensa que começou na altura em que começou?	
O que é que pensa que o seu problema lhe provoca?	
Quais foram os principais problemas que lhe causou?	
Qual a gravidade do seu problema? O que é que nele receia mais?	
Que espécie de tratamento ou ajuda acha que devia receber?	
A sua comunidade/família está a ajudá-lo com o seu problema? Como?	
O que é que até agora já fez em relação ao seu problema?	
Quais são os resultados mais importantes que espera alcançar com o tratamento?	
Que ajuda é que acha que lhe podemos dar?	

ANEXO III - Mini Mental State Examination — MMSE
(Escala de Avaliação breve do estado mental)

AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL

Nome: _____

Idade: _____ Anos _____ DATA: _____ de _____ de _____

1. ORIENTAÇÃO

“Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz”.
(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) _____
Em que estação do ano estamos? _____
Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) _____
Em que país estamos? (Como se chama o nosso país?) _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) _____
Em que andar estamos? _____

Nota:

2. RETENÇÃO

“Vou dizer três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras”

PÊRA GATO BOLA

“Repita as três palavras”. (Dar 1 ponto a cada resposta correcta).

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota:

3. ATENÇÃO E CÁLCULO

“Agora peço-lhe que me diga quantos são **30** menos **3** e que ao número encontrado volte a subtrair **3** até eu lhe dizer para parar”.

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtracção, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro).

(30) (27) (24) (21) (18) (15)

Nota:

4. EVOCAÇÃO

(Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova de retenção)

“Agora, veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir”.

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta).

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota:

5. LINGUAGEM (1 ponto por cada resposta correcta).

a) Mostrar o relógio de pulso.

"Como se chama isto?" _____

Nota:

b) Mostrar o lápis.

"Como se chama isto?" _____

Nota:

c) Repetir a frase:

"O rato roi a rolha" _____

Nota:

d) "Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão" (ou: "coloque-o aqui em cima da secretária/mesa" - indicar o local onde o papel deve ser colocado)

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos).

- Pega no papel com a mão direita _____

- Dobra o papel ao meio _____

- Coloca o papel no chão _____

(ou no local indicado)

Nota:

e) "Leia e cumpra o que diz neste cartão".

(Mostrar o cartão com a frase "**FECHE OS OLHOS**").

Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase.

Nota:

f) "Escreva uma frase".

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com um ponto. Erros gramaticais ou troca de letras não contam como erros).

Nota:

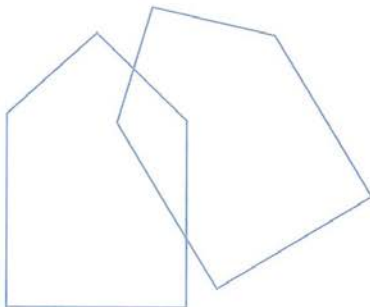
A frase deve ser escrita numa folha em branco (se o sujeito for analfabeto este ponto não é realizado)

g) "Copie o desenho que lhe vou mostrar".

(Mostrar o desenho num cartão ou na folha)

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar interseccionados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados).

DESENHO



CÓPIA

(Máximo 30 pontos) TOTAL:

Nota:

ANEXO IV- Índice de Lawton

Índice de Lawton

	Independente	Com Ajuda	Dependente
É capaz de usar o telefone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É capaz de ir para lugares além da distância de marcha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É capaz de ir comprar as mercearias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É capaz de preparar as suas refeições?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É capaz de fazer a lida da casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É capaz de fazer pequenos trabalhos domésticos (arranjos, reparações,...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É capaz de tratar da roupa (lavar, secar,...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É capaz de tomar a medicação (quando necessário)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É capaz de fazer a gestão do dinheiro próprio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAIS PARCIAIS			
TOTAL			

FONTE DA INFORMAÇÃO: <input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Familiar _____ <input type="checkbox"/> Vizinho _____ <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Registo _____
--

ANEXO V - Positive And Negative Syndrome Scale – PANSS
(Escala de sintomas positivos e negativos da Esquizofrenia)

PANSS

1) Subescala positiva

P1	Delírios	1	2	3	4	5	6	7
P2	Desorganização conceptual	1	2	3	4	5	6	7
P3	Comportamento alucinatório	1	2	3	4	5	6	7
P4	Excitação	1	2	3	4	5	6	7
P5	Grandiosidade	1	2	3	4	5	6	7
P6	Desconfiança / Perseguição	1	2	3	4	5	6	7
P7	Hostilidade	1	2	3	4	5	6	7

Subtotal

2) Subescala negativa

N1	Embotamento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
N2	Isolamento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
N3	Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
N4	Isolamento social passivo/apático	1	2	3	4	5	6	7
N5	Dificuldades com o pensamento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
N6	Ausência de espontaneidade e de fluxo na conversa	1	2	3	4	5	6	7
N7	Pensamento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7

Subtotal

3) Subescala de psicopatologia geral

G1	Implicações psicossomáticas	1	2	3	4	5	6	7
G2	Ansiedade	1	2	3	4	5	6	7
G3	Sentimentos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
G4	Tensão	1	2	3	4	5	6	7
G5	Maneirismos e postura	1	2	3	4	5	6	7
G6	Depressão	1	2	3	4	5	6	7
G7	Lentificação motora	1	2	3	4	5	6	7
G8	Não cooperação	1	2	3	4	5	6	7
G9	Conteúdo invulgar do pensamento	1	2	3	4	5	6	7
G10	Desorientação	1	2	3	4	5	6	7
G11	Atenção reduzida	1	2	3	4	5	6	7
G12	Ausência de juízo e de "insight"	1	2	3	4	5	6	7
G13	Perturbação da vontade	1	2	3	4	5	6	7
G14	Controlo deficientes dos impulsos	1	2	3	4	5	6	7
G15	Preocupação	1	2	3	4	5	6	7
G16	Evicção social activa	1	2	3	4	5	6	7

Subtotal

Score total

ANEXO VI - Entrevista clínica semiestruturada para avaliação dos sintomas positivos e negativos da esquizofrenia – *SCI-PANSS*

Stanley R. Kay, Ph.D.
Lewis A. Opler, M.D., Ph.D.
Abraham Fiszbein, M.D.

Tradução de:
DR. OLIVIA ROBUSTO-LAITÃO
DR. MANUEL DELGADO



Copyright © 2000, Multi-Health Systems Inc. All rights reserved. In the U.S.A., 908 Niagara Falls Blvd., North Tonawanda, NY 14120-2060, (800) 456-3003. In Canada, 3770 Victoria Park Ave., Toronto, ON M2H 3M6, (800) 268-6011. Internationally, +1-416-492-2627. Fax, +1-416-492-3343 or (888) 540-4484.

SCI-PANSS

**Entrevista Clínica Estruturada para a Escala dos Síndromas Positivos
e Negativos**
SCI-PANSS

L. A. Opler, M.D., Ph.D. S. R. Kay, Ph.D. J. P. Lindenmayer, M.D. A. Fiszbein, M.D.

Nome do paciente, ou identificação: _____

Entrevistador: _____ Data: _____

**Dados sobre "Ausência de espontaneidade e curso da conversa" (N6) 'Relação pobre,'
(N3) e "Desorganização Conceptual" (P2)**

Olá, eu sou ... vamos passar os próximos 30 a 40 minutos a falar sobre si, e sobre os motivos que o (a) levaram a vir cá. Talvez possa começar por me contar qualquer coisa sobre si próprio e sobre o seu passado?

(Instruções para o entrevistador: Conceda, pelo menos, 5 minutos para estabelecer uma relação não dirigida no contexto da entrevista, antes de prosseguir para as questões específicas da lista que se segue)

Dados sobre "Ansiedade" (G2)

Sentiu-se preocupado, ou nervoso na semana passada? _____

SE NÃO: Diria que é geralmente calmo e relaxado? _____

SE SIM: O que é que o tem trazido nervoso (preocupado, inquieto, tenso)? _____

Qual é a intensidade do nervosismo (preocupação, etc.) que tem sentido? _____

Tem-se sentido por vezes a tremer, ou com o coração acelerado? _____

Entra em pânico? _____

Sente que o seu sono, a alimentação, ou a participação em actividades foram afectados? _____

**Dados sobre "Delírios (em geral)" (PI) e "Conteúdo Invulgar do
Pensamento" (G9)**

As coisas têm-lhe corrido bem? _____

Há alguma coisa que o tenha incomodado ultimamente? _____

Pode-me contar um pouco sobre o que pensa da vida e da sua finalidade? _____

Segue uma filosofia em particular? _____

Algumas pessoas contam-me que acreditam no Diabo; o que é que pensa disso? _____

Consegue ler o pensamento das outras pessoas? _____

SE SIM: Como é que isso acontece? _____

Os outros conseguem ler o seu pensamento? _____

SE SIM: Como é que eles conseguem fazer isso? _____

Existe algum motivo para que alguém queira ler o seu pensamento? _____

Quem controla a sua mente? _____

Dados sobre “Desconfiança/Perseguição,” (P6) “Isolamento Social Passivo/Apático,” (N4) “Evicção Social Activa,” (GI6) e “Mau Controlo dos Impulsos” (GI4)

Como é que tem passado o tempo nestes dias? _____

Prefere estar sozinho? _____

Junta-se aos outros para fazer coisas? _____

SE NÃO: Porque não? ... Tem medo das pessoas, ou não gosta delas? _____

SE SIM: Pode explicar? _____

SE SIM: Fale-me sobre isso. _____

Tem muitos amigos? _____

SE NÃO: Só alguns? _____

SE NÃO: nenhuns? Porque? _____

SE SIM: Porque só alguns amigos? _____

SE SIM: Amigos íntimos? _____

SE NÃO: Porque não? _____

Sente que pode confiar na maioria das pessoas? _____

SE NÃO: Porque não? _____

Há algumas pessoas em particular em quem não confia? _____

SE SIM: Pode-me dizer quem são? _____

Porque é que não confia nas pessoas? (ou nomeadamente numa pessoa)? _____

SE "NÃO SEI", OU "NÃO SEI O QUE DIZER: Tem uma boa razão para não confiar...? _____

Há alguma coisa que lhe tenham feito a si? _____

Talvez lhe venham a fazer agora? _____

SE SIM: Pode explicar-me? _____

Dá-se bem com os outros? _____

SE NÃO: Qual é o problema? _____

Tem um feitiço irritável? _____

Envolve-se em lutas? _____

SE SIM: Como é que essas lutas começam? _____

Fale-me dessas lutas. _____

Com que frequência acontecem ? _____

Perde às vezes o controlo de si próprio? _____

Gosta da maioria das pessoas? _____

SE NÃO: Porque não? _____

Existem algumas pessoas que não gostem de si? _____

SE SIM: Por que razão? _____

Os outros falam de si nas suas costas? _____

SE SIM: O que dizem eles de si? _____

Porquê? _____

Alguém anda a espia-lo, ou a conspirar contra si? _____

Sente-se, por vezes, em perigo? _____

SE SIM: Diria que a sua vida corre perigo? _____

Anda alguém a pensar fazer-lhe mal, ou talvez mesmo a pensar em matá-lo? _____

Foi à polícia pedir ajuda? _____

Trata às vezes dos assuntos por sua conta, ou levanta queixa contra quem o possa atacar? _____

SE SIM: O que é que fez? _____

Dados sobre "Comportamento Alucinatório" (P3) e delírios associados

Tem, uma vez por outra sensações estranhas, ou pouco usuais? _____

As pessoas às vezes contam-me que conseguem ouvir ruídos ou vozes dentro da cabeça delas que os outros não ouvem. Também consegue? _____

SE NÃO: Recebe, por vezes, comunicações pessoais da rádio ou da TV? _____

SE NÃO: De Deus, ou do Diabo? _____

SE NÃO: O que é que ouve? _____

Ouve-as tão bem e tão alto como a minha voz? _____

Com que frequência ouve essas vozes (barulhos, mensagens, etc.)? _____

Isso acontece numa altura particular do dia, ou durante todo o tempo? _____

SE OUVES VOZES: Reconhece de quem são as vozes? _____

O que dizem as vozes? _____

As vozes são boas, ou más? _____

Agradáveis, ou desagradáveis? _____

As vozes interrompem o seu pensamento, ou os seus afazeres? _____

Elas por vezes dão-lhe ordens, ou instruções? _____

SE SIM: Por exemplo? _____

Costuma obedecer a essas ordens (instruções)? _____

O que faz com essas vozes (ou ruídos): donde vêm elas, de facto? _____

Porque é que tem essas sensações? _____

São sensações normais? _____

Às vezes as coisas vulgares parecem-lhe ter um ar estranho ou distorcido? _____

Tem por vezes "visões", ou vê coisas que os outros não conseguem ver? _____

SE SIM: Por exemplo? _____

Essas visões parecem muito reais, ou ao vivo? _____

Com que frequência tem essas experiências? _____

Sente por vezes cheiros que são invulgares, ou que os outros não sentem? _____

SE SIM: Por favor explique. _____

Tem sensações estranhas ou pouco usuais, vindas de dentro do seu corpo? _____

SE SIM: Fale-me disso. _____

Dados de "Âmbito Somático" (G1)

Como se tem sentido em termos de saúde? _____

SE NÃO RESPONDEU "BEM": O quê que o tem incomodado? _____

SE RESPONDEU "BEM": Acha que está de perfeita saúde? _____

SE RESPONDEU "NÃO": O que o tem importunado? _____

Tem algum problema médico, ou doença? _____

Alguma parte do seu corpo o tem incomodado? _____

SE NÃO: Como está a sua cabeça? O seu coração? Estômago? O resto do seu organismo? _____

SE SIM: Pode explicar? _____

Houve mudança da forma ou do tamanho da sua cabeça, ou do seu corpo? _____

SE SIM: Por favor explique. _____

O que originou estas mudanças? _____

Dados sobre "Depressão" (G6)

Como esteve a sua disposição na semana passada: em geral bem, em geral mal? _____

SE "EM GERAL BEM": Houve, na semana passada, alturas em que se tenha sentido triste, ou infeliz? _____ SE SIM, PASSE À PERGUNTA SEGUINTE:

SE "EM GERAL MAL": Há algo em particular que o entristeça? _____

Quantas vezes se sente triste? _____

Qual tem sido a intensidade dessa tristeza ? _____

Tem chorado ultimamente? _____

O seu sono tem sido de alguma forma afectado pelo seu estado de humor? _____

O seu apetite foi afectado por isso? _____

Tem participado menos em actividades por causa do seu humor? _____

Tem tido por vezes ideias de fazer mal a si próprio? _____

SE SIM: Algumas ideias em acabar com a sua vida? _____

SE SIM: Tentou suicidar-se? _____

Dados sobre "Sentimentos de culpa" (G3) e Grandiosidade (PS)

Se tivesse que se comparar a uma pessoa dita normal, como é que se acharia: um pouco melhor, talvez um pouco pior, ou semelhante? _____

SE PIOR: Pior em que aspectos? _____

Como se sente, exactamente, em relação a si próprio? _____

SE MELHOR: Melhor em que aspectos? _____

SE SEMELHANTE: Acha-se especial nalguns aspectos? _____

SE SIM: Em que aspectos? _____

Considerar-se-ia a si próprio dotado? _____

Tem talentos ou capacidades que a maioria das pessoas não têm? _____

SE SIM: Por favor explique. _____

Tem alguns poderes especiais? _____

SE SIM: Quais são? _____

De onde vêm esses poderes? _____

Tem percepções extrasensoriais (PES), ou consegue ler a mente de outras pessoas? _____

É muito saudável? _____

SE SIM: Por favor explique. _____

Acha que pode ser considerado muito esperto? _____

SE SIM: Porque é que acha isso? _____

Descrever-se-ia a si próprio como famoso? _____

Algumas pessoas reconhecê-lo-iam da TV, da rádio, ou dos jornais? _____

SE SIM: Pode-me falar disso? _____

É uma pessoa religiosa? _____

SE SIM: Está próximo de Deus? _____

SE SIM: Deus incumbiu-o de algum papel, ou fim especial? _____

Pode acontecer que seja um dos mensageiros, ou anjos de Deus? _____

SE SIM: Como mensageiro (anjo) de Deus, que poderes especiais tem? _____

Considera-se, talvez, a si próprio como sendo Deus? _____

Tem alguma missão especial na vida? _____

SE SIM: Qual é a sua missão? _____

Quem o designou para essa missão? _____

Alguma vez fez algo errado - algo sobre o que se sinta mal, ou culpado? _____

SE SIM: Exactamente até que ponto isso o incomoda agora ? _____

Acha que merece ser castigado por isso? _____

SE SIM: Que tipo de castigo acha que merece? _____

Já tem pensado em se castigar a si próprio? _____

SE SIM: Já alguma vez agiu de acordo com esses pensamentos de se auto-punir? _____

Dados sobre "Desorientação" (GIO)

Pode-me dizer a data de hoje (i.e., o dia, mês, e ano)? _____

Qual é o nome do sitio onde estamos agora? _____

(Se estiver hospitalizado) Em que enfermaria está? _____

Qual é a morada do local onde está agora? _____

Se alguém precisar de lhe telefonar, para que número deve essa pessoa ligar? _____

Qual é o nome do médico que o está a tratar? _____

(*Se estiver hospitalizado*) Pode-me dizer que pessoas há mais na equipa, e o que fazem? _____

Sabe quem é actual Presidente da República? _____

Quem é o nosso Primeiro Ministro? _____

Quem é o Presidente da Câmara desta cidade? _____

Dados sobre "Dificuldade com o Pensamento Abstracto" (N5)

Vou agora dizer umas quantas palavras, e gostaria que me dissesse em que medida elas são importantes. Vamos começar, por exemplo, com as palavras "maçã" e "banana." O que lhe fazem lembrar – o que é que têm em comum?

SE RESPONDER "SÃO AMBAS UM FRUTO": Bem. E agora destas...?

(*Selecione outros três itens da lista "Semelhanças", do Apêndice A, com níveis variados de dificuldade*)

SE É DADA UMA RESPOSTA QUE É CONCRETA, TANGENCIAL, OU IDIOSINCRÁTICA, COMO P. EX.: "AMBAS TÊM CASCA," "SÃO AMBAS PARA COMER," "SÃO PEQUENAS" OU "OS MACACOS GOSTAM DELAS": Está bem, mas ambas são fruta. Agora o que se passa com ... e ... : o que parecem estas?

(*Escolha outros três itens da lista "Semelhanças", do Apêndice A com vários níveis de dificuldade*)

APÊNDICE A

Itens para semelhanças na avaliação de "Dificuldades com o pensamento abstracto"

1. O que têm de comum uma bola e uma laranja?
2. Maçã e banana ?
3. Lápis e caneta?
4. Um tostão e dez tostões?

5. Mesa e cadeira?
6. Tigre e elefante?
7. Chapéu e camisola?
8. Autocarro e combóio?

9. Braço e perna?
10. Rosa e tulipa?
11. Tio and primo?
12. O Sol e a Lua?

13. Pintura e poema?
14. Topo da montanha e vale?

Nota ao Apêndice A: As semelhanças são em regra avaliadas, seleccionando quatro itens com diferentes níveis de dificuldade (i.e., seleccionando um item de cada quarteto do conjunto). Ao usar a PANSS longitudinalmente, os itens devem ser sistematicamente alterados, com sucessivas entrevistas, de modo a fornecer selecções diferentes dos vários níveis de dificuldade, minimizando assim a repetição.

Notas relativas às respostas sobre semelhanças:

15. Ar e água?
16. Paz e prosperidade?

Faça um círculo em redor das semelhanças escolhidas.

Provavelmente já ouviu a expressão: "Quem não tem cão, caça com gato." O que quer isto de facto dizer? Há um dizer muito antigo: "A capa não faz o livro." Qual é o verdadeiro significado deste provérbio?

(Escolha mais outros dois provérbios da lista do Apêndice B, com vários níveis de dificuldade.)

APÊNDICE B

Items para a INTERPRETAÇÃO DE PROVÉRBIOS na avaliação de "Dificuldade com o Pensamento abstracto"

O que quer dizer:

1. "Seco que nem um carapau"
2. "Quem não tem cão, caça com gato"
3. "Mais vale sê-lo, do que parecê-lo"
4. "Quem corre por gosto não cansa"
5. "Quem vê caras não vê corações"
6. "Quem tudo quer, tudo perde"
7. "Nem tudo o que luz é ouro"
8. "Mais vale prevenir do que remediar"
9. "Depois da tempestade vem a bonança"
10. "A galinha da minha vizinha é sempre melhor do que a minha"
11. "Mais vale um pássaro na mão do que dois a voar"
12. "Uma andorinha não faz a Primavera"
13. "Candeia que vai à frente alumia duas vezes"
14. "Água mole em pedra dura tanto dá até que fura"
15. "Em tempo de guerra não se limpam armas"
16. "Quem tem telhados de vidro não atira pedras ao do vizinho"

Nota ao Apêndice B: A interpretação dos provérbios é geralmente avaliada pela selecção de quatro itens a níveis diferentes de dificuldade (p.ex., um item seleccionado de cada quarteto do conjunto completo). Ao usar a PANSS longitudinalmente, os itens devem ser sistematicamente alterados nas entrevistas sucessivas, de modo a fornecer diferentes selecções dos vários níveis de dificuldade, minimizando assim a repetição.

Notas às respostas aos provérbios:

Faça um círculo em volta dos provérbios escolhidos.

Dados sobre "Falta de Senso Crítico e de Insight" (G12)

Há quanto tempo está internado? _____

Porque veio para o hospital (clínica, etc.)? _____

Precisava de estar internado? _____

SE NÃO: Tinha algum problema que necessitava tratamento? _____

SE SIM: Acha que tinha um problema psiquiátrico ou mental? _____

SE SIM: Porquê?...que acha que tinha um problema psiquiátrico ou mental? _____

SE SIM: Em quê que isso consiste? Pode-me falar disso? _____

SE SIM: Em sua opinião precisaria de tomar medicamentos? _____

SE NÃO:

(Se está medicado:) Porque está então a tomar medicamentos? _____

(Se não está medicado:) Porque está ainda internado? _____

SE SIM: Porquê?... Os medicamentos ajudam-no? _____

Nesta altura tem alguns problemas psiquiátricos ou mentais? _____

SE NÃO: Porque razão está ainda internado? _____

SE SIM: Explique, por favor. _____

Até que ponto é que esses problemas são graves? _____

(Se está hospitalizado:)

Está pronto para ter alta? _____

Pensa que vai continuar a tomar medicamentos depois de ter alta? _____

Quais são os seus planos para o futuro? _____

Quais são os seus objectivos mais significativos? _____

Bom, isto é tudo o que tinha para lhe perguntar. Tem alguma pergunta que gostasse de me fazer?
Muito obrigado pela sua colaboração.

ANEXO VII - Escala *Calgary* de Depressão para a Esquizofrenia – ECDE

Escala Calgary de Depressão para Esquizofrenia (Ecde)

Instruções Gerais

A Escala Calgary de Depressão para Esquizofrenia é projectada para avaliar o nível de depressão em pessoas com esquizofrenia. Deriva originalmente do Exame do Estado Psíquico e da Escala de Hamilton para Depressão, a partir da análise factorial e da confiabilidade. A confiabilidade e a validade da escala foram posteriormente testadas numa amostra separada com utilização de técnicas de análise factorial confirmatória e análise discriminatória.

A escala é projectada para revelar a presença de depressão, independentemente das outras dimensões psicopatológicas da esquizofrenia, tanto na fase aguda quanto na fase residual da patologia. É sensível a mudança de e pode ser utilizada em diferentes intervalos de tempo.

O examinador tem de ter experiência com pessoas com esquizofrenia e deve desenvolver confiabilidade entre examinadores junto a indivíduos com experiência no uso de instrumentos estruturados. Um examinador experiente deve desenvolver confiabilidade adequada entre cinco e dez entrevistas práticas.

Guia de Entrevista para a Escala Calgary de Depressão para Esquizofrenia

Entrevistador

Faça a primeira pergunta como está escrita. Use as frases que seguem e os qualificadores a seu critério.

O período examinado refere-se às duas últimas semanas, a não ser que esteja estipulado.

OBS: o último item, número 9, é baseado nas observações da totalidade da entrevista.

1. Depressão

Como você descreveria o seu humor nas últimas duas semanas: Você tem estado razoavelmente alegre, ou tem se sentido muito deprimido ou desanimado recentemente? Nas últimas duas semanas, com que frequência você tem se sentido (palavras utilizadas pelo entrevistado)? Todos os dias? O dia inteiro?

0. Ausente

1. Leve -Expressa alguma tristeza ou desânimo ao responder.

2. Moderada -Humor deprimido evidente, persistindo até metade do período das duas últimas semanas: presente diariamente.

3. Severa - Humor marcadamente deprimido, diariamente, por mais da metade do período. Interfere no funcionamento motor e social habitual.

2. Desesperança

Como você vê o seu próprio futuro?

Você vê algum futuro? Ou a vida lhe parece sem esperanças?

Você desistiu ou ainda sente alguma motivação para continuar tentando?

0. Ausente

1. Leve - Nas últimas duas semanas teve em alguns momentos desesperança, mas ainda tem algum grau de esperança no futuro.

2. Moderada -Desesperança moderada e persistente nas duas últimas semanas. Pode ser convencido a admitir a possibilidade de as coisas ficarem melhor.

3. Severa -Desesperança persistente e angustiante.

3. Auto-depreciação

Qual é a sua opinião a respeito de si mesmo em comparação com as outras pessoas? Você se sente melhor, não tão bom ou igual à maioria das pessoas?

Você se sente inferior ou sem valor?

0. Ausente

1. Leve - Algum sentimento de inferioridade está presente, mas não se sente sem valor.

2. Moderada - Sente-se sem valor, mas o sintoma está presente por menos de 50% do tempo.

3. Grave - Sujeito considera-se completamente sem valor por mais de 50% do tempo. Pode ser convencido a admitir o contrário.

4. Ideias de Referência de Culpabilidade

Você tem a sensação de que está sendo responsabilizado ou mesmo acusado injustamente de alguma coisa? De quê? (Não inclua acusações e culpa justificáveis. Exclua delírio de culpa).

0. Ausentes

1. Leves - Sujeito sente-se culpado, mas não acusado, por menos de 50% do tempo.

2. Moderadas - Sentimento persistente de ser culpado, e/ou ocasionalmente sentimento de ser acusado.

3. Graves - Sentimento persistente de ser acusado. Quando confrontado, admite que não é exactamente assim.

5. Culpa Patológica

Você costuma se auto-acusar por pequenas coisas que você fez no passado? Você acha que merece ficar tão preocupado com essas coisas?

0. Ausente

1. Leve - Sujeito sente-se excessivamente culpado por causa de pequenas faltas, mas por menos de 50% do tempo.

2. Moderada - Sujeito geralmente (mais de 50% do tempo) se sente culpado por acções cujo significado ele exagera.

3. Grave - Sujeito sente-se acusado por tudo o que saiu errado, mesmo que não tenha sido por falta sua.

6. Depressão Matutina

Quando se sentiu deprimido nas duas últimas semanas, você notou em que período do dia se sente mais deprimido?

0. Ausente Sem depressão.

1. Leve - Depressão presente, mas sem variação diurna.

2. Moderada - Espontaneamente menciona que a depressão é pior no período matutino.

3. Severa - Depressão marcadamente pior no período matutino com prejuízo do desempenho, que melhora ao longo da tarde.

7. Despertar Precoce

Você acorda pela manhã mais cedo do que lhe é habitual para você?

Quantas vezes por semana isso acontece?

0. Ausente - Sem despertar precoce.

1. Leve - Ocasionalmente acorda (até duas vezes por semana) uma hora ou mais antes do horário habitual de despertar, ou horário que toca o despertador.

2. Moderado - Frequentemente acorda cedo (até 5 vezes por semana), uma hora ou mais antes do horário habitual de despertar, ou no horário que toca o despertador.

3. Grave - Diariamente acorda 1 hora ou mais antes do horário habitual.

8. Suicídio

Você já sentiu que não valia mais a pena viver? Alguma vez teve vontade de acabar com tudo? O que você pensou que poderia fazer? Chegou realmente a tentar?

0. Ausente

1. Leve - Pensamentos frequentes de estar melhor morto, ou ocasionalmente pensa em suicídio.

2. Moderado - Deliberadamente cogitou o suicídio e formulou um plano, mas não chegou a tentá-lo.

3. Grave - Tentativa de suicídio destinada a resultar em morte (isto é: morte evitada por descoberta acidental ou o sujeito utilizou um método ineficiente).

9. Depressão Observada

Baseado na observação do entrevistador durante toda a entrevista.

A pergunta "Você tem vontade de chorar?" feita em momentos oportunos da entrevista pode dar informações úteis para essa observação.

0. Ausente

1. Leve - Sujeito aparenta tristeza e expressão de alguém que está num velório até mesmo durante alguns momentos da entrevista, envolvendo-se de forma neutra na discussão.

2. Moderada - Sujeito aparenta tristeza e expressão de alguém que está num velório durante a entrevista, com a voz monótona e desanimada, e está choroso ou chora em alguns momentos.
3. Grave - Sujeito fica em silêncio nos momentos stressantes, com frequência suspira profundamente e chora abertamente, ou está persistentemente num estado miserável e o examinador tem certeza desse fato.

Escala Calgary de Depressão para Esquizofrenia

	Ausente	Leve	Moderado	Grave
1. Humor deprimido	0	1	2	3
2. Desesperança	0	1	2	3
3. Auto depreciação	0	1	2	3
4. Ideias de referência de culpa	0	1	2	3
5. Culpa patológica	0	1	2	3
6. Depressão matutina	0	1	2	3
7. Despertar precoce	0	1	2	3
8. Suicídio	0	1	2	3
9. Depressão observada	0	1	2	3

Calgary Depression Scale for Schizophrenia, D. Addington & J. Addington.

Tradução de Rodrigo Affonseca Bressan & Ana Cristina Chaves;
Retrotradução de John Dunn.

ANEXO VIII - Escala da Satisfação com o Suporte Social – ESSS

SATISFAÇÃO SOCIAL (ESSS)

A SEGUIR VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. MARQUE UM CÍRCULO À VOLTA DA LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSA QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ ASSINALAR A LETRA A, SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ MARCAR A LETRA E.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO



ProForm - CIR: Cuidados Integrados e Recuperação

A "Escala de Satisfação com o Suporte Social" é constituída por 15 itens que se distribuem por quatro dimensões ou factores:

O primeiro factor, "satisfação com amigos" (SA), mede a satisfação com as amizades/amigos que tem, inclui cinco itens (itens 3, 12, 13, 14, 15) que têm uma consistência interna de 0,83.

O segundo factor, baptizado "intimidade" (IN), mede a percepção da existência de suporte social íntimo. Inclui quatro itens (itens 1, 4, 5, 6) que têm uma consistência interna de 0,74

O terceiro factor, baptizado "satisfação com a família"(SF), mede a satisfação com o suporte social familiar existente. Inclui três itens (itens 9, 10, 11), que têm uma consistência interna de 0,74

O quarto factor, baptizado "actividades sociais" (AS), mede a satisfação com as actividades sociais que realiza. Inclui três itens (itens 2, 7, 8) que têm uma consistência interna de 0,64

A escala total mostra uma consistência interna de 0,85.

A nota total da escala resulta da soma da totalidade dos itens. A nota de cada dimensão resulta da soma dos itens de cada dimensão ou sub-escala.

Os itens são cotados atribuindo o valor "1" aos itens assinalados em "A", e "5" aos assinalados em "E". São excepção os itens invertidos que são os seguintes: itens, 4,5,9,10,11,12,13,14, e 15.

A nota para a escala total pode variar entre 15 e 75 e à nota mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social.

O estudo de validação da escala está publicado em: Ribeiro, JLP (1999) Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(XVII),547-558

ANEXO IX - Escala NOC_0004- Sono

Escala do Sono- NOC_ 0004

SONO 0004	Extremamente comprometido 1	Substancialment e comprometido 2	Moderadament e comprometido 3	Levemente comprometido 4	Não comprometido 5
Horas de sono 000401					
Padrão de sono 000402					
Qualidade do sono 000404					
Sensações de rejuvenescim ento após o sono 000408					
Sesta adequada à idade 000409					
Acordar em horários adequados 000410					

ANEXO X - Folha de avaliação da visita domiciliar

Avaliação da Visita Domiciliária

USCP- Redondo

Nome do utente:		Responsável de cuidados (cuidador):	
Morada:		Contactos:	
Data de nascimento/idade:		Profissão/ocupação:	
Crenças religiosas:		Escolaridade:	
Médico de família:		Serviços de apoio:	
Médico psiquiatra:		Enfermeiro responsável DPSM:	
Médico diagnóstico psiquiátrico:			
Guia de tratamento:			
Injectável:			
Antecedentes médicos:			
Antecedentes psiquiátricos			
- pessoais:			
- familiares:			
Acontecimentos de vida recentes:			
Nível de dependência das AVD'S:		Instrumentos psicom.	
- Higiene pessoal/vestuário		MME	
- Alimentação		LAWTON	
- Mobilidade		PANSS	
- Eliminação		ESSS	
- Respiração/circulação		WHOQOL-BREF	
- Comunicação			
- Manter ambiente seguro			
- Dormir			
- Trabalho e lazer			

Genograma:

ANEXO XI- Folha de continuidade de cuidados

Folha de Continuidade de Cuidados _USCP- Redondo

Nome do utente:	Responsável de cuidados:
Morada:	Contactos:
Data de nascimento/idade:	Profissão/ocupação: Escolaridade:
Crenças religiosas:	Serviços de apoio:
Médico de família	Enfermeiro responsável DPSM:
Médico psiquiatra:	Diagnóstico psiquiátrico
Antecedentes médicos:	
Antecedentes psiquiátricos - pessoais: - familiares: Relacionamento familiar/social:	
Internamentos: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Data do último: __/__/__ Motivo:	
Acontecimentos de vida recentes:	
Genograma:	

Actividades de Vida Diária	Graus de dependência			
	Ajuda total	Ajuda parcial	Supervisão	Independente
Higiene pessoal/vestuário				
Alimentação				
Mobilidade				
Eliminação				
Manter ambiente seguro (medicação)				
	Alteração		Observações	
Comunicação				
Respiração/circulação				
Controlo da temperatura corporal				
Dormir				
Trabalho e lazer				
Morte				

Guia de tratamento:

Terapêutica oral	Pequeno almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar	sos	Observ.

Terapêutica IM	Dose	Periodicidade	Data da última administração

PIC
Plano individual de cuidados

Nome: Técnico de referência:

Data inicio	Problema/necessidade	Plano acção/resposta (estratégias)	Quem vai dar resposta	Avaliação	Data fim

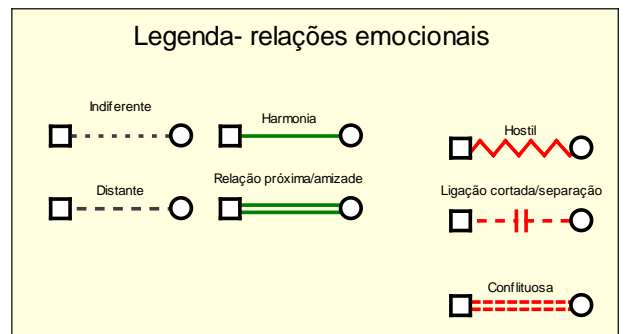
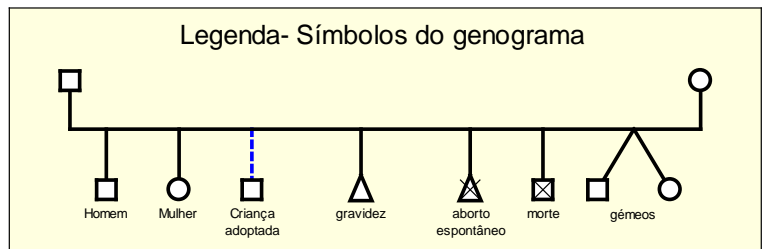
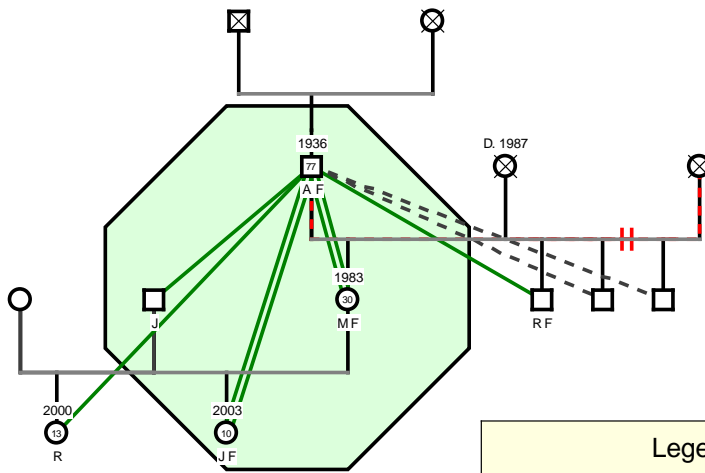
ANEXO XII - Folha de avaliação da visita domiciliar – A.F.

Avaliação da Visita Domiciliária

USCP- Redondo

Nome do utente: A.F.		Prestador/responsável de cuidados: M.F. (filha)	
Morada: L.S.C.M.R.....		Contactos:	
Data de nascimento/idade: 75 anos 26/01/1936		Profissão/ocupação: reformado Escolaridade: 4º ano+ curso profissional	
Crenças religiosas: cristão católico		Serviços de apoio: segurança social	
Médico de família:		Enfermeiro responsável-DPSM:	
Médico psiquiatra:		Diagnóstico psiquiátrico: Esquizofrenia residual	
Guia de tratamento:	Kainever 2mg- 1 dtr	Zyprexa vel. 5mg-1 Jtr.	Haldol 5mg-1 P.A.
Injectável: ---			
Antecedentes médicos: Osteopénia; Artrose joelhos; alterações visão (glaucoma); Acidente de viação com TCE			
Antecedentes psiquiátricos - pessoais: Surtos psicóticos com vários internamentos no DPSM - familiares: --			
Acontecimentos de vida recentes: Acidente de viação e morte dos pais e esposa (há cerca de 23anos)			
Nível de dependência das AVD'S:			Instrumentos psicom.
- Higiene pessoal/vestuário	Ind.	X	MME 29
- Alimentação	Ind.	X	LAWTON 14
- Mobilidade	Ind. (Com limitações na marcha)	X	ESSS 45
- Eliminação	Ind.	X	PANSS +9/-22/48
- Respiração/circulação	s/ alt.	X	ECDE
- Comunicação	Alt. humor	X	NOC_0004
- Manter ambiente seguro	Alt. visão		
- Dormir	Insónia terminal		
- Trabalho e lazer	Ausência ocupação		

Genograma:



ANEXO XIII - Plano de Cuidados – A.F.

PLANO DE CUIDADOS

Doente: A.F.

Depressão: Emoção com as características específicas: Estado no qual a disposição está reprimida, causando tristeza, melancolia, astenia, deterioração da compreensão, concentração diminuída, sensação de culpa, e sintomas físicos incluindo perda de apetite, insónia e dor de cabeça.

	Acção	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Depressão	Actual	Domicílio (Lar de idosos)		
Intervenções de Enfermagem	Identificar/ avaliar/ registar		Emoção		Domicílio (Lar de idosos) /Centro de Saúde	Escala de avaliação Entrevista de ajuda	Sempre Visita domiciliária
	Adequar		Emoção			Serviço comunitário	
	Melhorar		Resposta ao trauma			Enfermeira	
	Estar presente/ Escutar/ Tocar/ Estabelecer ligação	Doente				Entrevista de ajuda	
	Facilitar		Recuperação emocional			Técnica de feedback; Técnica de distração; Terapia de grupo	
	Melhorar		Autoestima/ Auto-imagem				
	Estimular/ Reduzir		Repouso/ ansiedade			Técnica de relaxamento	
	Promover		Adesão			Regime medicamentoso Medicação	
	Ajustar					Medicação Médico	
Resultados de Enfermagem			Depressão	Nível decrescente			

Sono: Repouso com as características específicas: Redução recorrente da actividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, actividade corporal diminuída, e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos.

	Acção	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Sono	Comprometido	Domicílio (Lar de idosos)		
Intervenções de Enfermagem	Determinar/avaliar/registar		Padrão de sono		Domicílio (Lar de idosos)	Enfermeira Escala de avaliação Entrevista de ajuda	Visita domiciliária Frequente
	Restabelecer		Padrão de sono				
	Promover		Repouso			Medicação Técnica calmante Técnica de relaxamento Meditação	
	Realizar	Doente				Terapia de relaxamento simples	
	Ensinar	Doente/família	Hábitos			Psicoeducação sobre hábitos de vida saudáveis	
	Reduzir		Sesta				
	Incentivar	Doente	Fazer exercício			Aulas de ginástica - lar/caminhadas	
Resultados de Enfermagem			Sono	Melhorado			

Socialização: Comportamento Interativo com as características específicas: Intercâmbio social mútuo, participar em actividades sociais.

	Acção	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Socialização	Comprometida	Centro de Saúde/ Domicílio (Lar de idosos)		
Intervenções de Enfermagem	Determinar/avaliar/registar		Comportamento interativo		Centro de Saúde/ Domicílio (Lar de idosos)	Enfermeira Entrevista de ajuda Serviço domiciliário Centro de Saúde	Visita domiciliária Frequente
	Estabelecer ligação	Doente/ Família					
	Estimular		Participação				
	Prevenir		Isolamento social/ Solidão			Enfermeira; Família; Grupo; Comunidade	
	Incentivar		Comunicação				
	Incentivar/ Treinar		Relacionamento			Técnica de interação Técnica de feedback Terapia de grupo	
	Reduzir	Doente	Ansiedade			Técnica calmante Técnica de relaxamento Terapia pelo movimento Ludoterapia	
	Melhorar		Capacidade para desempenhar actividades de lazer/ para socializar/para comunicar				
	Promover		Integridade familiar				
	Providenciar		Apoio social			Família Serviço domiciliário; Serviço social	
Resultados de Enfermagem			Socialização	Melhorada			

Ansiedade: Emoção com as características específicas: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula.

	Acção	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo	
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Ansiedade	Atual	Domicílio (Lar de idosos)			
Intervenções de Enfermagem	Identificar/ avaliar/ registar		Emoção		Domicílio (Lar de idosos) /Centro de Saúde	Escala de avaliação Entrevista de ajuda Processo do doente	Sempre Visita domiciliária	
	Adequar		Emoção					
	Tranquilizar	Doente						
	Estar presente/ Escutar/ Tocar/ Estabelecer ligação	Doente						Enfermeira Entrevista de ajuda Diálogo terapêutico
	Facilitar		Recuperação emocional					Serviço comunitário
	Gerir		Stress					Técnica de feedback; Técnica de distração; Terapia de grupo Técnica de relaxamento
	Melhorar		Autoestima/ Autoimagem					
	Oferecer		Esperança					
	Reduzir		Ansiedade					
	Promover		Adesão					Regime medicamentoso Medicação
	Ajustar							Medicação Médico
Resultados de Enfermagem			Ansiedade	Diminuída				

Comunicação: Comportamento Interactivo com as características específicas: Dar ou trocar informações, mensagens, sentimentos ou pensamentos entre indivíduos ou grupos, usando comportamentos verbais e não-verbais, conversação face-a-face ou por meios de comunicação remota como o correio, correio eletrónico e telefone.

	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Comunicação	Comprometida	Domicílio (Lar de idosos)		
Intervenções de Enfermagem	Identificar/ avaliar/ registar		Comportamento		Domicílio (Lar de idosos) / Centro de Saúde	Escala de avaliação Entrevista de ajuda	Sempre
	Estimular		Comunicação			Serviço comunitário Enfermeira	
	Estabelecer ligação	Doente				Entrevista de ajuda Diálogo terapêutico Técnica de feedback; Técnica de distração; Terapia de grupo	Visita domiciliária
	Promover		Socialização			Técnica de relaxamento	
	Reforçar		Atividade executada pelo próprio				
	Melhorar		Autoestima/ Autoimagem				
	Reduzir		Ansiedade				
Resultados de Enfermagem			Comunicação	Melhorada			

Coping ineficaz: processo de coping (coping: Atitude com as características específicas: Disposição para gerir o stress que desafia os recursos que cada indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotetores que o defendem contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da autoestima positiva; acompanhada por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico.)

	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Coping ineficaz	Atual	Domicílio (Lar de idosos)		
Intervenções de Enfermagem	Avaliar		Resposta Psicológica		Domicílio (Lar de idosos) / Centro de Saúde	Serviço comunitário Enfermeira Entrevista de ajuda Diálogo terapêutico Técnica de feedback; reestruturação cognitiva Técnica de relaxamento	Visita domiciliária Frequente
	Ajustar		Coping				
	Estabelecer ligação	Doente					
	Facilitar		Autoconsciência				
	Incentivar		Autocontrolo				
	Promover		Adaptação/Aceitação (problema de saúde-visão)				
	Gerir		Stress				
	Reduzir		Ansiedade				
Resultados de Enfermagem			Coping	Melhorado			

ANEXO XIV - Plano para lidar com os problemas de humor- CIR

Plano para lidar com os problemas de humor-CIR

Estratégia que gostaria de experimentar	Quando gostaria de experimentar	Passos a tomar
Realizar exercícios de relaxamento (respiração profunda e relaxamento progressivo)	Hoje Diariamente	<ul style="list-style-type: none"> - Participar adequadamente na sessão de relaxamento feita pela enf^a - Realizar treino diário sozinho antes de deitar - Realizar técnica de respiração em situações de maior ansiedade
Caminhada	Diariamente	Realizar pequenas distancias de cada vez e para locais diferentes do habitual e estar atento ao que o rodeia

ANEXO XV - Plano para lidar com os sintomas negativos- CIR

Plano para lidar com os sintomas negativos

Estratégia que gostaria de experimentar	Quando gostaria de experimentar	Passos a tomar
Participar num grupo terapêutico	Na próxima sessão de grupo no C.S.	Informar-se da hora e local do grupo terapêutico
Planear actividades com alguém - Ida a museu	Brevemente	Informar-se dos recursos que a comunidade dispõe Falar com um amigo
Agendar algo agradável com a família	No próximo fim de semana	Falar com a filha e neta e combinar passeio ao parque com elas

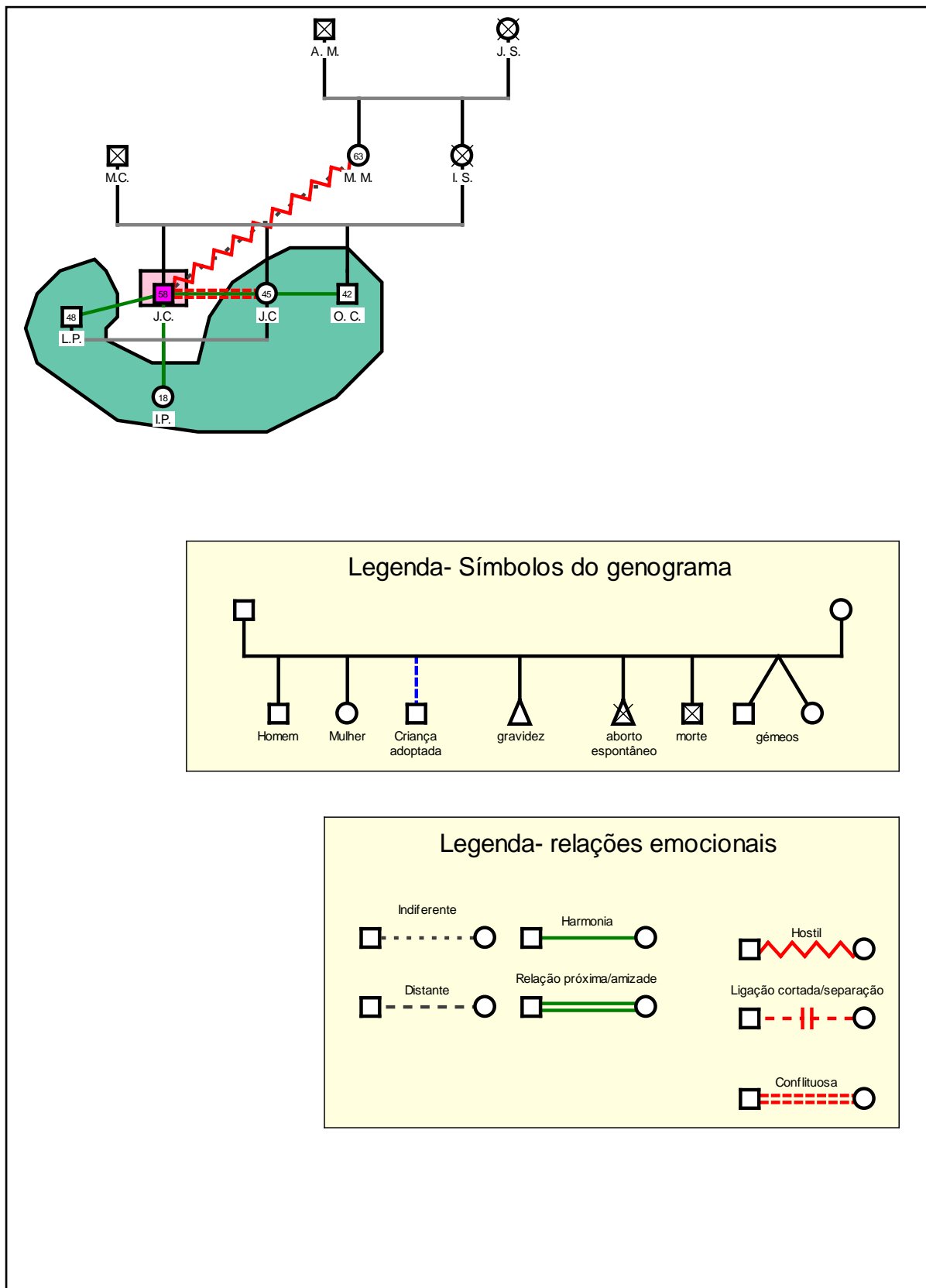
ANEXO XVI - Folha de avaliação da visita domiciliar – J.C.

Avaliação da Visita Domiciliária

USCP- Redondo

Nome do utente: J.C.		Prestador/responsável de cuidados: (irmã); (Ass. Social L.S.C.M.R.)	
Morada:		Contactos:	
Data de nascimento/idade: 55 anos 1955		Profissão/ocupação: reformado invalidez Escolaridade: 4º ano (tem carta condução)	
Crenças religiosas: cristão católico		Serviços de apoio: Seg. Social	
Médico de família:		Enfermeiro responsável DPSM:	
Médico psiquiatra:		Diagnóstico psiquiátrico: Esquizofrenia	
Guia de tratamento:	Morfex 30 (1dtr)	Dogmatil forte 200 (1+1+1+1)	Lansoprasol (1p.a.)
	Tercian gots (20g. ou + em sos)	Stilnox (1 dtr)	Movalis 15 (1alm.)
	Bunil 50 (1+1+1+1)	Artane 2 (1p.a.+1jtr)	Cinet 10 (1alm.+1 jtr)
Injectável: Anatsol Decanoato 25 mg 1f. IM Mensal			
Antecedentes médicos: Alt. Osteoarticulares e cutâneos pés (esporões e calosidades) em tratamento podologia			
Antecedentes psiquiátricos - pessoais: Esquizofrenia - familiares: Pai (suicídio); mãe (suicídio); Avô materno (alcoolismo, doença mental); irmão O., mais novo (debilidade, psicose); irmã J. (Depressão Major)			
Acontecimentos de vida recentes: alteração da sua tutora (processo em tribunal)			
Nível de dependência das AVD'S:		Instrumentos psicom.	
- Higiene pessoal/vestuário	s/alt.	X	MME 28
- Alimentação	s/alt.	X	LAWTON 13
- Mobilidade	Alt. Devido a lesão	X	PANSS +20/- 27/ 57
- Eliminação	s/alt.	X	ESSS 39
- Respiração/circulação	s/alt.		
- Comunicação	Alt.pensamento		
- Manter ambiente seguro	Risco recaída/não adesão		
- Dormir	s/alt.		
- Trabalho e lazer	Alt. s/ ocupação		

Genograma:



ANEXO XVII - Plano de Cuidados – J.C.

PLANO DE CUIDADOS

Doente: J.C.

Comunicação: *Comportamento Interativo com as características específicas: Dar ou trocar informações, mensagens, sentimentos ou pensamentos entre indivíduos ou grupos, usando comportamentos verbais e não-verbais, conversação face-a-face ou por meios de comunicação remota como o correio, correio eletrónico e telefone.*

	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Comunicação	Comprometida	Domicílio (Lar de idosos)		
Intervenções de Enfermagem	Identificar/ avaliar/ registar		Comportamento		Domicílio (Lar de idosos) / Centro de Saúde	Escala de avaliação Entrevista de ajuda	Visita domiciliária Sempre
	Estimular		Comunicação			Serviço domiciliário Enfermeira	
	Estabelecer ligação	Doente				Entrevista de ajuda Diálogo terapêutico Técnica de feedback; Técnica de distração; Terapia de grupo	
	Promover		Socialização			Técnica de relaxamento	
	Reforçar		Atividade executada pelo próprio				
	Melhorar		Autoestima/ Autoimagem				
	Reduzir		Ansiedade				
Resultados de Enfermagem			Comunicação	Melhorada			

Pensamento distorcido – delírio: Processo de Pensamento Distorcido

	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo	
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Delírio	Atual	Domicílio (Lar de idosos)			
Intervenções de Enfermagem	Determinar/avaliar/registrar		Delírio		Domicílio (Lar de idosos)	Enfermeira Escala de avaliação Serviço domiciliário	Visita domiciliária Sempre	
	Adequar		Pensamento					
	Prevenir		Pensamento distorcido					
	Orientar	Doente				Medicação Terapia de orientação para a realidade		
	Facilitar		Consciencialização					
	Melhorar		Adesão					Medicação Supervisão (irmã)
	Informar							Médico
Resultados de Enfermagem			Pensamento	Normal				

Conhecimento sobre saúde: Status de Conhecimento com as características específicas: Estar ciente dos problemas de saúde comuns, práticas saudáveis e serviços de saúde disponíveis, capacidade de reconhecer sinais e sintomas de doença e de partilhar a informação com pessoas que são importantes para o cliente.

	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Conhecimento sobre saúde	Diminuído	Domicílio (Lar de idosos)		
Intervenções de Enfermagem	Analisar/ registar		Conhecimento sobre saúde			Entrevista de ajuda Processo do doente	
	Estabelecer ligação	Doente			Domicílio (Lar de idosos) / Centro de Saúde	Serviço domiciliário Enfermeira	Visita domiciliária Frequente
	Facilitar		Autoconsciência			Diálogo terapêutico	
	Incentivar		Autocontrolo			Técnica de feedback	
	Ajustar		Coping			Terapia de orientação para a realidade	
	Promover		Adaptação/Aceitação				
	Ensinar	Doente/ Família				Ensino sobre a doença, sintomas e terapêutica Esclarecimento de dúvidas	
Resultados de Enfermagem			Conhecimento sobre saúde	Aumentado			

Tristeza: Emoção com as características específicas: Sentimentos de desalento e de melancolia associados com falta de energia.

	Acção	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo	
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Tristeza	Actual	Domicílio (Lar de idosos)			
Intervenções de Enfermagem	Identificar/ avaliar/ registar		Emoção		Domicílio (Lar de idosos) /Centro de Saúde	Escala de avaliação Entrevista de ajuda Processo do doente	Visita domiciliária Sempre	
	Adequar		Emoção					
	Melhorar		Resposta ao trauma					
	Estar presente/ Escutar/ Tocar/ Estabelecer ligação	Doente						
	Facilitar		Recuperação emocional					
	Melhorar		Autoestima/ Auto-imagem					
	Estimular/ Reduzir		Repouso/ ansiedade					Técnica de relaxamento
	Promover		Adesão					Regime medicamentoso Medicação
	Ajustar							Medicação Médico
Resultados de Enfermagem			Tristeza	Nível decrescente				

Ansiedade: Emoção com as características específicas: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula.

	Acção	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo	
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Ansiedade	Atual	Domicílio (Lar de idosos)			
Intervenções de Enfermagem	Identificar/ avaliar/ registar		Emoção		Domicílio (Lar de idosos) /Centro de Saúde	Escala de avaliação Entrevista de ajuda Processo do doente	Visita domiciliária Sempre	
	Adequar		Emoção					
	Tranquilizar	Doente						
	Estar presente/ Escutar/ Tocar/ Estabelecer ligação	Doente						Enfermeira Entrevista de ajuda Diálogo terapêutico
	Facilitar		Recuperação emocional					Serviço domiciliário
	Gerir		Stress					Técnica de feedback; Técnica de distração; Terapia de grupo Técnica de relaxamento
	Melhorar		Autoestima/ Autoimagem					
	Oferecer		Esperança					
	Reduzir		Ansiedade					
	Promover		Adesão					Regime medicamentoso Medicação
	Ajustar							Medicação Médico
Resultados de Enfermagem			Ansiedade	Diminuída				

Socialização: Comportamento Interativo com as características específicas: Intercâmbio social mútuo, participar em atividades sociais.

	Acção	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Socialização	Comprometida	Centro de Saúde/ Domicílio (Lar de idosos)		
Intervenções de Enfermagem	Determinar/avaliar/registar		Comportamento interativo		Centro de Saúde/ Domicílio (Lar de idosos)	Enfermeira Escala de avaliação Processo do doente Entrevista de ajuda Serviço domiciliário Centro de Saúde	Visita domiciliária/ Centro de Saúde Frequente
	Estabelecer ligação	Doente/ Família					
	Estimular		Participação				
	Prevenir		Isolamento social/ Solidão				
	Incentivar		Comunicação			Enfermeira; Família; Grupo; Comunidade	
	Incentivar/ Treinar		Relacionamento			Técnica de interação Técnica de feedback Terapia de grupo	
	Reduzir	Doente	Ansiedade			Técnica calmante Técnica de relaxamento Terapia pelo movimento Ludoterapia	
	Melhorar		Capacidade para desempenhar atividades de lazer/ para socializar/para comunicar				
	Promover		Integridade familiar			Família	
	Providenciar		Apoio social			Serviço domiciliário; Serviço social	
Resultados de Enfermagem			Socialização	Melhorada			

Processo familiar: Processo com as características específicas: Interações positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da família.

	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Processo familiar	Comprometido	Domicílio (Lar de idosos)		
Intervenções de Enfermagem	Analisar/ registar		Processo familiar		Domicílio (Lar de idosos) /Centro de Saúde	Entrevista de ajuda Processo do doente	Visita domiciliária /Centro de Saúde Frequente
	Estabelecer ligação	Doente/ Família				Enfermeira Família Serviço domiciliário Entrevista de ajuda Diálogo terapêutico Técnica de feedback Terapia de grupo Terapia familiar	
	Estimular		Comportamento Assertivo				
	Promover		Relacionamento (familiar)				
	Gerir		Conflito				
	Apoiar	Família					
	Gerir		Stresse				
	Melhorar		Comunicação				
	Oferecer		Esperança				
Promover		Apoio social					
Resultados de Enfermagem			Processo familiar	Melhorado			

Adesão: *Volição com as características específicas: Ação Auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento.*

	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Adesão	Diminuída	Domicílio (Lar de idosos)		
Intervenções de Enfermagem	Analisar/registar		Adesão/ Resposta ao medicamento		Domicílio (Lar de idosos)	Enfermeira Serviço domiciliário Entrevista de ajuda Diálogo terapêutico Ensino sobre gestão adesão da medicação e formas de lidar com a medicação Terapia de orientação para a realidade	Visita domiciliária Sempre
	Estabelecer uma ligação						
	Ensinar	Doente/família					
	Explicar/vigiar		Efeito colateral				
	Orientar	Doente					
	Facilitar		Consciencialização				
	Melhorar		Adesão				
	Evitar		Não-adesão				
	Informar						
	Ajustar						
Resultados de Enfermagem			Adesão	Melhorada			

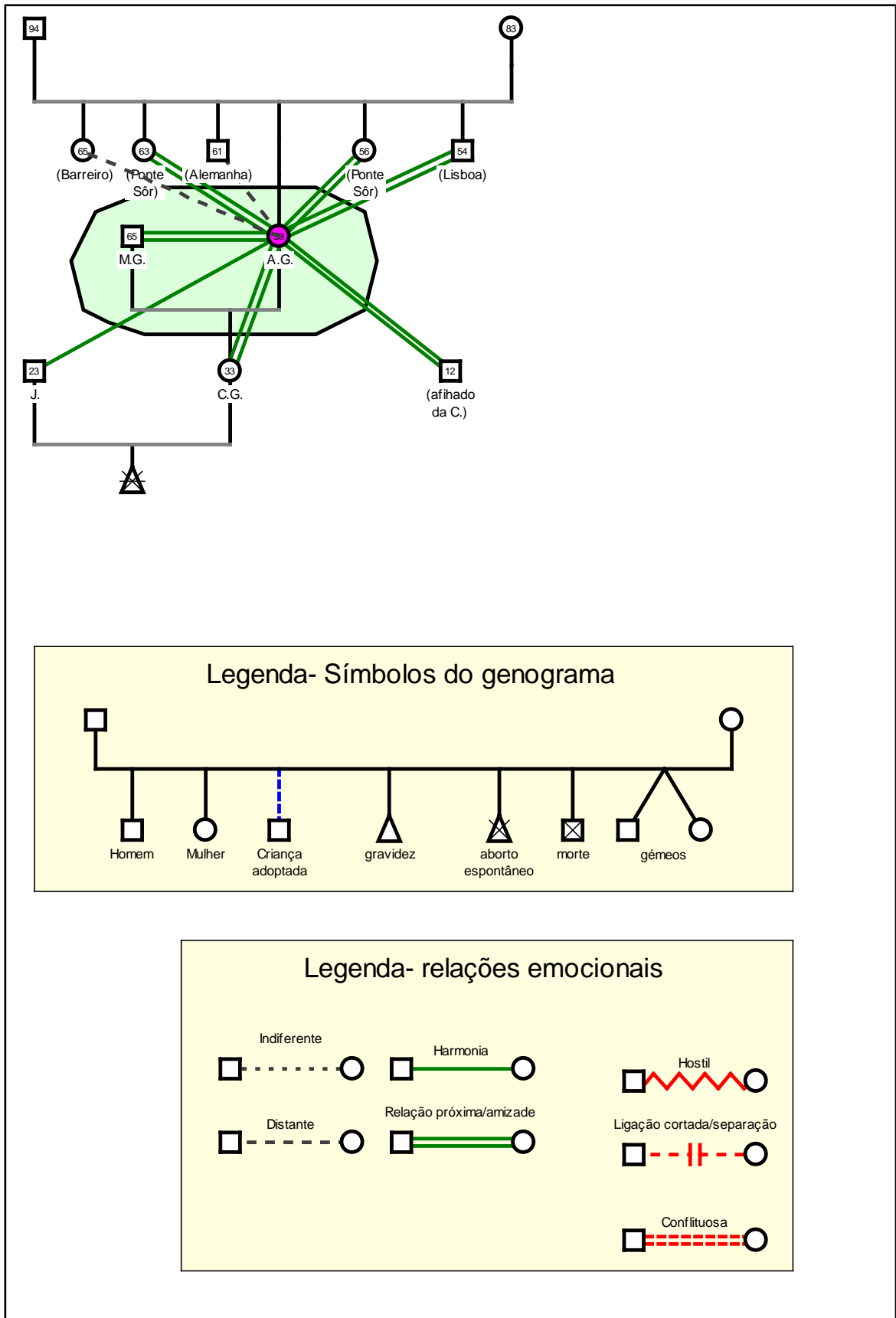
ANEXO XVIII - Folha de avaliação da visita domiciliar – A.G.

Avaliação da Visita Domiciliária

USCP- Redondo

Nome do utente: A.G.		Prestador/responsável de cuidados: (cônjuge)	
Morada:		Contactos:	
Data de nascimento/idade: 1954 (56 anos)		Profissão/ocupação: reformado invalidez Escolaridade: 4ª classe	
Crenças religiosas: cristão católico		Serviços de apoio: Seg. Social	
Médico de família:		Enfermeiro responsável DPSM:	
Médico psiquiatra:		Diagnóstico psiquiátrico: Esquizofrenia	
Guia de tratamento:	Protiadene 75- 1 Jtr	Alzen 200- 1 dtr	Inderal 10 -1+1
	Tercian gotas (2g.almoço + 5 g jantar)	Zolpidem 10-1 dtr	Adalact CR 30-1/D
		Tercian -1 Dtr	
Injectável: --			
Antecedentes médicos: alterações cardiovasculares (Hipertensão arterial, doença coronária)			
Antecedentes psiquiátricos - pessoais: doença mental grave (psicose) - familiares: Pai (saúdável-92 anos); mãe (problemas osteoarticulares-81 anos).			
Acontecimentos de vida recentes: doença mental, menopausa, acidente viação da filha, saída da filha de casa, aborto da filha.			
Nível de dependência das AVD'S:		Instrumentos psicom.	
- Higiene pessoal/vestuário	s/alt.	X	MME 27
- Alimentação	s/alt. -ajuda na confecção	X	LAWTON 10
- Mobilidade	s/alt.	X	PANSS + 28; - 32 P.G. 62
- Eliminação	s/alt.	X	ESSS 40
- Respiração/circulação	c/alt.		
- Comunicação	Alt. pensamento/ percepção		
- Manter ambiente seguro	Risco recaída/não adesão		
- Dormir	c/ alt.- Insónia inicial		
- Trabalho e lazer	c/ alt.- s/ ocupação/lazer		

Genograma:



ANEXO XIX - Plano de Cuidados – A.G.

Pensamento distorcido – delírio: Processo de Pensamento Distorcido

	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Delírio	Atual	Domicílio		
Intervenções de Enfermagem	Determinar/avaliar/registrar		Delírio		Domicílio	Enfermeira Escala de avaliação Serviço domiciliário Centro de Saúde Entrevista de ajuda Diálogo terapêutico Medicação Terapia de orientação para a realidade Medicação Supervisão Médico	Visita domiciliária Sempre
	Adequar		Pensamento				
	Prevenir		Pensamento distorcido				
	Orientar	Doente					
	Facilitar		Consciencialização				
	Melhorar		Adesão				
	Informar						
Resultados de Enfermagem			Pensamento	Normal			

Alucinação atual: Perceção com as características específicas: Aparente registo de estímulos sensoriais que realmente não estão presentes; classificam-se, segundo os sentidos, em alucinações auditivas, visuais, olfativas, gustativas ou tácteis.

	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Alucinação (visual)	Atual	Domicílio		
Intervenções de Enfermagem	Determinar/avaliar/registar		Alucinação		Domicílio	Enfermeira Escala de avaliação Serviço domiciliário Centro de Saúde Entrevista de ajuda Diálogo terapêutico Medicação Terapia de orientação para a realidade Medicação Supervisão Médico	Visita domiciliária Sempre
	Adequar		Perceção				
	Prevenir		Alucinação				
	Validar		Perceção				
	Orientar	Doente					
	Facilitar		Consciencialização				
	Melhorar		Adesão				
	Informar						
Resultados de Enfermagem			Perceção	Normal			

Conhecimento sobre saúde: Status de Conhecimento com as características específicas: Estar ciente dos problemas de saúde comuns, práticas saudáveis e serviços de saúde disponíveis, capacidade de reconhecer sinais e sintomas de doença e de partilhar a informação com pessoas que são importantes para o cliente.

	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Conhecimento sobre saúde	Diminuído	Domicílio		
Intervenções de Enfermagem	Analisar/ registar		Conhecimento sobre saúde			Entrevista de ajuda Processo do doente	
	Estabelecer ligação	Doente			Domicílio/ Centro de Saúde	Serviço domiciliário Enfermeira Centro de Saúde	Visita domiciliária Frequente
	Facilitar		Autoconsciência			Diálogo terapêutico Técnica de feedback Terapia de orientação para a realidade	
	Incentivar		Autocontrolo				
	Ajustar		Coping				
	Promover		Adaptação/Aceitação				
	Ensinar	Doente/ Família				Sessões de Psicoeducação Ensino sobre a doença, sintomas e terapêutica Esclarecimento de dúvidas	
Resultados de Enfermagem			Conhecimento sobre saúde	Aumentado			

Tristeza: Emoção com as características específicas: Sentimentos de desalento e de melancolia associados com falta de energia.

	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo	
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Tristeza	Atual	Domicílio			
Intervenções de Enfermagem	Identificar/ avaliar/ registar		Emoção		Domicílio	Escala de avaliação Entrevista de ajuda	Visita domiciliária	
	Adequar		Emoção			Serviço comunitário Enfermeira Entrevista de ajuda Técnica de feedback; Técnica de distração; Terapia de grupo		
	Melhorar		Resposta ao trauma					
	Estar presente/ Escutar/ Tocar/ Estabelecer ligação	Doente						
	Facilitar		Recuperação emocional				Técnica de relaxamento	Sempre
	Melhorar		Autoestima/ Autoimagem					
	Estimular/ Reduzir		Repouso/ Ansiedade					
	Promover		Adesão			Regime medicamentoso Medicação		
	Ajustar					Medicação Médico		
Resultados de Enfermagem			Tristeza	Nível decrescente				

Ansiedade: Emoção com as características específicas: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula.

	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Ansiedade	Atual	Domicílio		
Intervenções de Enfermagem	Identificar/ avaliar/ registar		Emoção		Domicílio/ Centro de Saúde	Escala de avaliação Entrevista de ajuda Processo do doente	Visita domiciliária Sempre
	Adequar		Emoção			Enfermeira Entrevista de ajuda Diálogo terapêutico	
	Tranquilizar	Doente				Serviço comunitário	
	Estar presente/ Escutar/ Tocar/ Estabelecer ligação	Doente				Técnica de feedback; Técnica de distração; Terapia de grupo Técnica de relaxamento	
	Facilitar		Recuperação emocional			Regime medicamentoso	
	Gerir		Stresse			Medicação Médico	
	Melhorar		Autoestima/ Autoimagem				
	Oferecer		Esperança				
	Reduzir		Ansiedade				
	Promover		Adesão				
	Ajustar						
Resultados de Enfermagem			Ansiedade	Diminuída			

Socialização: Comportamento Interativo com as características específicas: Intercâmbio social mútuo, participar em atividades sociais.

	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Socialização	Comprometida	Domicílio/ Centro de Saúde		
Intervenções de Enfermagem	Determinar/avaliar/regar/regar		Comportamento interativo		Domicílio/ Centro de Saúde	Enfermeira Escala de avaliação Processo do doente Entrevista de ajuda Serviço domiciliário Centro de Saúde	Visita domiciliária/ Centro de Saúde Frequente
	Estabelecer ligação	Doente/ Família					
	Estimular		Participação				
	Prevenir		Isolamento social/ Solidão				
	Incentivar		Comunicação			Família; Grupo; Comunidade Técnica de interação; Técnica de feedback; Terapia de grupo	
	Incentivar/ Treinar		Relacionamento				
	Reduzir	Doente	Ansiedade			Técnica calmante Ludoterapia	
	Melhorar		Capacidade para socializar				
	Promover		Integridade familiar			Família Serviço domiciliário; Serviço social	
	Providenciar		Apoio social				
Resultados de Enfermagem			Socialização	Melhorada			

Sono: Repouso com as características específicas: Redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída, e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos.

	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Sono	Comprometido	Domicílio		
Intervenções de Enfermagem	Analisar/registar		Padrão de sono		Domicílio	Enfermeira Entrevista de ajuda Processo do doente	Visita domiciliária
	Restabelecer		Padrão de sono			Medicação Técnica calmante Técnica de relaxamento	Frequente
	Prevenir		Insónia				
	Promover		Repouso				
	Ensinar	Doente/ família	Hábitos			Psicoeducação sobre hábitos de vida saudáveis	
	Reduzir		Sesta				
	Incentivar	Doente	Fazer exercício				
	Informar					Médico	
	Ajustar					Medicação Esquema terapêutico	
Resultados de Enfermagem			Sono	Melhorado			

Adesão: *Volição com as características específicas: Ação Auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento.*

	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Adesão	Diminuída	Domicílio		
Intervenções de Enfermagem	Analisar/registar		Adesão/ Resposta ao medicamento/ Capacidade para gerir o regime		Domicílio	Enfermeira Serviço domiciliário Entrevista de ajuda Diálogo terapêutico Ensino sobre gestão adesão da medicação e formas de lidar com a medicação Terapia de orientação para a realidade	Visita domiciliária Sempre
	Estabelecer uma ligação						
	Ensinar	Doente/ família					
	Explicar/vigiar		Efeito colateral				
	Orientar	Doente					
	Facilitar		Consciencialização/autocohhecimento				
	Melhorar		Adesão			Regime medicamentoso Medicação Supervisão e gestão (marido)	
	Evitar		Não-adesão				
	Informar					Médico	
	Ajustar					Medicação	
Resultados de Enfermagem			Adesão	Melhorada			

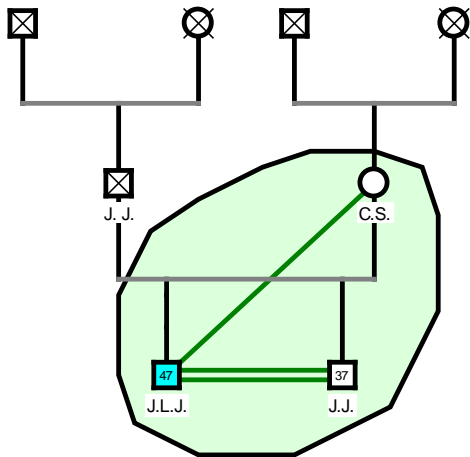
ANEXO XX - Folha de avaliação da visita domiciliar – J.J.

Registo das Visitas Domiciliárias - Enfermagem

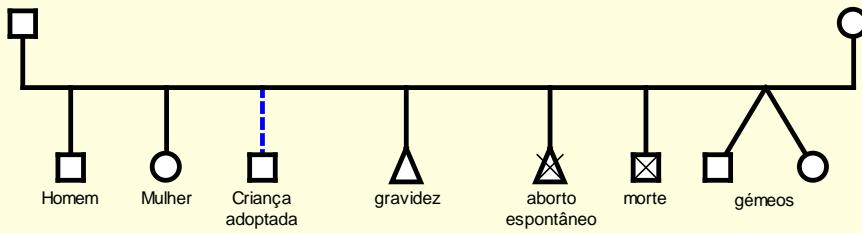
USCP- Redondo

Nome do utente: J.L.J.		Responsável de cuidados (cuidador): C.S. (mãe)		
Morada:		Contactos:		
Data de nascimento/idade: 45 anos 1966		Profissão/ocupação: reformado -invalidez Escolaridade: 9ºano		
Crenças religiosas: ateu		Serviços de apoio: Seg. Social		
Médico de família:		Enfermeiro responsável DPSM:		
Médico psiquiatra:		Diagnóstico psiquiátrico: Psicose esquizofrénica- 295		
Guia de tratamento:	Zyprexa vel. 10mg-1 almoço			
	Abilify- 1 jantar			
Injectável: --				
Antecedentes médicos: Cirurgia a fractura do braço (em criança); saudável, embora um pouco <i>hiperactivo</i> (segundo a mãe)				
Antecedentes psiquiátricos - personais: Esquizofrenia (há cerca de 8 anos) - Surtos psicóticos com internamentos em Psiquiatria (ultimo-2005) - familiares: Mãe (personalidade ansiosa); pai † (alcoolismo); avô paterno † (alcoolismo); tia paterna (doença mental)				
Acontecimentos de vida recentes: Morte do pai há cerca de 8 anos				
Nível de dependência das AVD'S:			Instrumentos psicom.	
- Higiene pessoal/vestuário	Alt. Auto-cuidado	x	MME	29
- Alimentação	Alt.(estilo vida pouco saudável)	x	LAWTON	10
- Mobilidade	s/ alt.	x	PANSS	+26/ - 35/ 63
- Eliminação	s/alt.			
- Respiração/circulação	s/alt.			
- Comunicação	Alt. Pensamento			
- Manter ambiente seguro	Alt. (ausência de crítica/risco de recaída)			
- Dormir	Alt. sono			
- Trabalho e lazer	Alt. (Ausência de ocupação)			

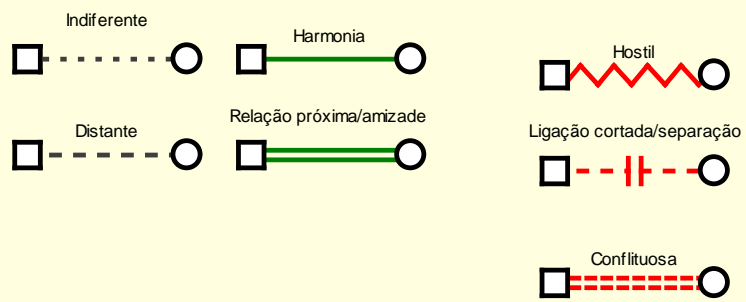
Genograma:



Legenda- Símbolos do genograma



Legenda- relações emocionais



ANEXO XXI - Plano de Cuidados – J.J.

PLANO DE CUIDADOS

Doente: J.J.

Pensamento distorcido – delírio: Processo de Pensamento Distorcido

	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Delírio	Atual	Domicílio		
Intervenções de Enfermagem	Determinar/avaliar/registar		Delírio		Domicílio/Centro de Saúde	Enfermeira Escala de avaliação Serviço domiciliário Centro de Saúde	Visita domiciliária Sempre
	Adequar		Pensamento			Entrevista de ajuda Diálogo terapêutico	
	Prevenir		Pensamento distorcido			Medicação Terapia de orientação para a realidade (toma consciente da medicação)	
	Orientar	Doente				Medicação Supervisão	
	Facilitar		Consciencialização			Médico	
	Melhorar		Adesão				
	Informar						
Resultados de Enfermagem			Pensamento	Normal			

Conhecimento sobre saúde: Status de Conhecimento com as características específicas: Estar ciente dos problemas de saúde comuns, práticas saudáveis e serviços de saúde disponíveis, capacidade de reconhecer sinais e sintomas de doença e de partilhar a informação com pessoas que são importantes para o cliente.

	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Conhecimento sobre saúde	Diminuído	Domicílio		
Intervenções de Enfermagem	Analisar/ registar		Conhecimento sobre saúde			Entrevista de ajuda Processo do doente	
	Estabelecer ligação	Doente			Domicílio/Centro de Saúde	Serviço domiciliário Enfermeira Centro de Saúde	Visita domiciliária Frequente
	Facilitar		Autoconsciência			Diálogo terapêutico Técnica de feedback Terapia de orientação para a realidade	
	Incentivar		Autocontrolo				
	Ajustar		Coping				
	Promover		Adaptação/Aceitação				
	Ensinar	Doente/ Família					
Resultados de Enfermagem			Conhecimento sobre saúde	Aumentado			

Ansiedade: Emoção com as características específicas: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula.

	Acção	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Ansiedade	Atual	Domicílio		
Intervenções de Enfermagem	Identificar/ avaliar/ registar		Emoção		Domicílio/Centro de Saúde	Escala de avaliação Entrevista de ajuda Processo do doente	Visita domiciliária Sempre
	Adequar		Emoção			Enfermeira Entrevista de ajuda Diálogo terapêutico	
	Tranquilizar	Doente				Serviço domiciliário Centro de Saúde	
	Estar presente/ Escutar/ Tocar/ Estabelecer ligação	Doente				Técnica de feedback; Técnica de distração; Terapia de grupo	
	Facilitar		Recuperação emocional			Técnica de relaxamento	
	Gerir		Stresse			Regime medicamentoso Medicação	
	Melhorar		Autoestima/ Autoimagem			Medicação; Médico	
	Oferecer		Esperança				
	Reduzir		Ansiedade				
	Promover		Adesão				
Ajustar							
Resultados de Enfermagem			Ansiedade	Diminuída			

Socialização: Comportamento Interativo com as características específicas: Intercâmbio social mútuo, participar em atividades sociais.

	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Socialização	Comprometida	Domicílio/Centro de Saúde		
Intervenções de Enfermagem	Determinar/avaliar/regar/regar		Comportamento interativo		Domicílio/Centro de Saúde	Enfermeira Escala de avaliação Processo do doente Entrevista de ajuda Serviço domiciliário Centro de Saúde	Visita domiciliária/ Centro de Saúde Frequente
	Estabelecer ligação	Doente/ Família					
	Estimular		Participação				
	Prevenir		Isolamento social/ Solidão			Família; Grupo; Comunidade Técnica de interação; Técnica de feedback; Terapia de grupo	
	Incentivar		Comunicação				
	Incentivar/ Treinar		Relacionamento			Técnica calmante Ludoterapia	
	Reduzir	Doente	Ansiedade			Família Serviço domiciliário; Serviço social	
	Melhorar		Capacidade para socializar				
	Promover		Integridade familiar				
Providenciar		Apoio social					
Resultados de Enfermagem			Socialização	Melhorada			

Sono: Repouso com as características específicas: Redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída, e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos.

	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Sono	Comprometido	Domicílio		
Intervenções de Enfermagem	Analisar/registar		Padrão de sono		Domicílio/Centro de Saúde	Enfermeira Entrevista de ajuda Processo do doente	Visita domiciliária
	Restabelecer		Padrão de sono			Medicação Técnica calmante Técnica de relaxamento	Frequente
	Prevenir		Insónia				
	Promover		Repouso				
	Ensinar	Doente/família	Hábitos			Psicoeducação sobre hábitos de vida saudáveis	
	Reduzir		Sesta				
	Incentivar	Doente	Fazer exercício				
	Informar					Médico	
	Ajustar					Medicação Esquema terapêutico	
Resultados de Enfermagem			Sono	Melhorado			

Adesão: *Volição com as características específicas: Ação Auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento.*

	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem		Doente	Adesão	Diminuída	Domicílio		
Intervenções de Enfermagem	Analisar/registar		Adesão/ Resposta ao medicamento/ Capacidade para gerir o regime		Domicílio/Centro de Saúde	Enfermeira Serviço domiciliário Entrevista de ajuda Diálogo terapêutico Ensino sobre gestão adesão da medicação e formas de lidar com a medicação Terapia de orientação para a realidade	Visita domiciliária Sempre
	Estabelecer uma ligação						
	Ensinar	Doente/família					
	Explicar/vigiar		Efeito colateral				
	Orientar	Doente				Regime medicamentoso Medicação Supervisão (mãe)	
	Facilitar		Consciencialização				
	Melhorar		Adesão				
	Evitar		Não-adesão				
	Informar						
Ajustar					Medicação		
Resultados de Enfermagem			Adesão	Melhorada			

ANEXO XXII - Fases de intervenção do estágio

Fase de intervenção do estágio

Fases	Atividades
1 ^a	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliação das necessidades da população – Avaliação dos Recursos disponíveis ou a mobilizar – Identificação das barreiras/limitações – Criação da Folha de V.D. – Análise sobre o processamento dos registos de enfermagem (sistemas informáticos, processos em papel, etc.)
2 ^a	<ul style="list-style-type: none"> – Seleção dos utentes para se proceder a entrevistas diagnósticas – Recolha de informação, contatos telefónicos e moradas – Realização de entrevistas diagnósticas – Identificação dos problemas/focos – Planeamento dos cuidados individualizados a cada doente e de acordo com o diagnóstico de enfermagem CIPE – Planeamento da periodicidade e duração das V.D. consoante cada doente e cada problema – Marcação dos dias de V.D. e aviso prévio do doente/família (pessoalmente, contacto telefónico ou carta) – Realização de entrevistas para aplicação de instrumentos de avaliação (índices, escalas, etc.) – Realização de V.D. ao doente/família no domicílio, Lar de idosos, ou outro (por exemplo café) – Realização de consulta de enfermagem no C.S., quando necessário
3 ^a	<ul style="list-style-type: none"> – Registo das intervenções de enfermagem ou outros dados (sociobiográficos, ou relativos aos instrumentos aplicados por exemplo) – Preenchimento da folha de V.D. e realização dos registos de evolução num processo individualizado (formato de papel) – Avaliação das intervenções para reformulação do plano, se necessário – Transmissão da informação à equipa multidisciplinar e equipa comunitária do DPSM (fornecimento de folha de continuidade de cuidados) – Discussão de casos em reunião multidisciplinar

ANEXO XXIII - Folheto informativo – “*Esquizofrenia*”

Abordagem Terapêutica

Existem várias abordagens terapêuticas na intervenção ao doente esquizofrénico, que na maioria dos casos tem indicação de um **tratamento interdisciplinar**.

- ✓ *Acompanhamento médico e de enfermagem;*
- ✓ *Tratamento medicamentoso (antipsicóticos, sobretudo);*
- ✓ *Psicoterapia (individual e familiar);*
- ✓ *Terapia ocupacional;*
- ✓ *Reabilitação psicossocial;*
- ✓ *Psico-educação.*

Apesar de não se conhecer a sua cura, o tratamento e as intervenções com estes doentes podem ajudar a atenuar os sintomas e a permitir que os doentes possam viver as suas vidas de forma mais satisfatória.

Os doentes podem aprender a gerir os sintomas e ter vidas mais produtivas.

Intervenção de enfermagem

- ☑ Realização de entrevista de ajuda (consulta no centro de saúde ou visita domiciliária);
- ☑ Disponibilizar suporte emocional e orientação para a realidade;
- ☑ Envolvimento da família no processo terapêutico;
- ☑ Apoio a famílias com alto nível de sobrecarga.
- ☑ Coordenar grupos terapêuticos;
- ☑ Realizar educação para a saúde;
- ☑ Promoção do processo de *recovery* (recuperação);
- ☑ Apoio na adesão/gestão terapêutica;
- ☑ Promoção do auto-cuidado nas actividades de vida diárias e instrumentais.

Adesão terapêutica

Treino para a Gestão da Medicação

Desenvolvimento de estratégias ajustadas às necessidades, motivações e recursos de cada utente

Por exemplo:

- simplificar o regime de toma da medicação;
- integrar a medicação nas rotinas diárias;
- colocar a medicação num local visível;
- pensar nos benefícios da medicação.

A esquizofrenia tem tendência a ser episódica, com sintomas que variam em intensidade com o passar do tempo. Quando os sintomas reaparecem ou pioram ocorre uma recaída. Algumas recaídas podem ser geridas em casa, mas outras podem necessitar de hospitalização para proteger a pessoa ou terceiros.

Recursos

A FARPA - Associação de Familiares e Amigos de Doentes Psicóticos. Apartado 115. 2002 Santarém. Tel: 243 300 298

ASMFI - Associação de Saúde Mental Dr. Fernando Ilharco. Pcta. Fernando Pessoa, 1. 2900-264 Setúbal. Tel./Fax: 265 534 824

Comunidade Vida e Paz. R. Domingos Bom tempo, 7. 1700-142 Lisboa.. Tel.:218 460 165. www.cvidaepaz.org

PERSONA - Associação de Apoio a Doentes Mentais Crónicos. R. Berth lot, 1 - Bairro da Cuf. 2830-137 Barreiro. Tel./Fax: 212 060 999

GAC - Grupo de Acção Comunitária. R. Victor Santos, Lote R-8, Loja R-8A. 1600-765 Lisboa. Tel.: 217 156 513. www.gac.com.sapo.pt

Encontrar+se. Tm.: 919 069 165. www.encontrarse.pt

Realizado por:
Enfª Liliana Cambim

Centro de Saúde de Redondo- ACES I

ESQUIZOFRENIA

... Uma Doença
Mental Grave



A **esquizofrenia** é uma **doença mental grave e crónica** que atinge cerca de 1% da população mundial (OMS, 2002).

Embora não seja a perturbação mental mais comum no mundo, é responsável por uma proporção significativa de morbilidade psiquiátrica e do trabalho desenvolvido nos serviços de psiquiatria.

Estes doentes ocupam 25% das camas, representam 50% dos internamentos em psiquiatria e fazem parte das **10 principais causas de incapacidade no mundo**.

Provoca sintomas que podem interferir em muitos aspectos da vida das pessoas, especialmente nos relacionados com o trabalho e a vida social.

Alguns sintomas tornam difícil saber o que é ou não real.

O termo esquizofrenia deriva do grego “*ékhizein phrên*” e significa “*mente dividida*”



Os sintomas

Sintomas positivos +

- ✓ **Delírios**- crenças individuais falsas que são inabaláveis á argumentação lógica. (p.ex.: delírio persecutório, místico, megalómano)
- ✓ **Alucinações**- percepções falsas que o indivíduo toma como real e que não depende da sua vontade. (p.ex.: alucinações auditivo-verbais, visuais, olfactivas e cinestésicas)

Nota: Por vezes é importante avaliar a existência de “*vozes de comando*”, devido ao risco de hetero-agressividade e de suicídio.

- ✓ **Perturbação do pensamento** - pensar de modo confuso (p.ex.: bloqueios do pensamento, discurso incoerente, “*salada de palavras*”).

Sintomas negativos -

- ✓ **Quadro amotivacional** (falta de energia, motivação, prazer)
- ✓ **Isolamento social**
- ✓ **Embotamento afectivo**
- ✓ **Retraimento emocional**
- ✓ **Contacto pobre**
- ✓ **Comunicação pouco espontânea**

Nota: É essencial distinguir se são sintomas negativos ou se é um quadro depressivo pós-psicótico.

As formas clínicas

- ◇ **Esquizofrenia Hebefrénica ou desorganizada**
- ◇ **Esquizofrenia Paranóide**
- ◇ **Esquizofrenia Catatónica**
- ◇ **Esquizofrenia Simples**
- ◇ **Esquizofrenia Residual**

O Diagnóstico

O diagnóstico só pode ser feito através das **manifestações clínicas da doença**, uma vez que não é possível efectuarlo através de exames laboratoriais ou imagiológicos.

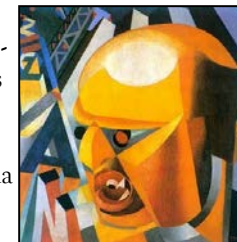
Deve ser feito um **cuidadoso exame do estado mental por um técnico de saúde**.

Segundo o **manual diagnóstico e estatístico de perturbações mentais (DSM-IV TR)** os critérios gerais de diagnóstico são:

Presença de pelo menos dois sintomas característicos (A), cada um presente no período significativo de um mês (excepto se sujeito a tratamento):

- **delírios, alucinações;**
- **discurso desorganizado;**
- **comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico;**
- **sintomas negativos.**

Contudo, é necessário **apenas um sintoma-delírios**- se estes são **bizarros** ou quando as **alucinações** consistem numa **voz comentando o comportamento ou pensamento da pessoa** ou **duas ou mais vezes conversando entre si**.



Também pode ocorrer **disfunção ocupacional/social (B)**.

Outro critério é a duração (C), pois os sinais contínuos do distúrbio persistem **no mínimo durante seis meses**.