



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

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

Relatório de Estágio

**Cuidar da Pessoa com Esquizofrenia em
processo de Reabilitação Psicossocial**

Bruno Manuel Romão Silva

Orientador:
Professor Doutor Manuel Lopes

Março de 2013

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

Relatório de Estágio

**Cuidar da Pessoa com Esquizofrenia em
processo de Reabilitação Psicossocial**

Bruno Manuel Romão Silva

Orientador:
Professor Doutor Manuel Lopes

Aprender é a única
coisa que a mente
nunca se cansa,
nunca tem medo
e nunca se arrepende.

LEONARDO DA VINCI

AGRADECIMENTOS

A finalização de um relatório de mestrado, como este que aqui se apresenta, depende essencialmente do interesse e dedicação do seu proponente. Porém, ele não é um trabalho solitário, uma vez que se encontraram envolvidas, direta e indiretamente, diversas pessoas que o moldaram, apoiaram e encorajaram. A todas elas manifesto a minha profunda gratidão e o meu sincero reconhecimento, numa só palavra: OBRIGADO.

Todavia, aos que mais de perto me acompanharam nesta caminhada deixo aqui uma particular referência:

- Ao Professor Manuel Lopes pela inteligência e perspicácia de cada nota e comentário, tecidos em cada leitura atenta, e porque sem a sua perseverança este trabalho não teria sido possível;
- Ao Enfermeiro Nilton Macedo, por ter aceite ser supervisor deste estágio, pela valiosa experiência partilhada, pelas sugestões, pela prontidão e paciência demonstrada durante todo o período de ensino clínico;
- Ao Mestre Jorge Cravidão pela sua orientação, disponibilidade, pelo interesse com que recebeu este trabalho, por orientar sem restringir, por ser uma referência e pela coragem motivadora com que influenciou este caminho;
- À Enfermeira Diretora da Casa de Saúde do Telhal, pela abertura e pela disponibilidade com que recebeu e apoiou o meu projeto de aprendizagem;
- Aos meus pais sem os quais, eu não teria alcançado tudo o que já consegui, em particular à minha mãe, Adelaide Romão, que esteve sempre do meu lado a apoiar-me e a acreditar em mim, como aliás sempre o fez;
- Às pessoas com esquizofrenia que pelo vosso acolhimento, pela vossa amabilidade e pronta colaboração durante este breve percurso que fizemos juntos;
- Aos meus colegas e amigos pelo apoio e incentivo constante, pela paciência e pela inspiração que semeiam na minha vida... eles sabem quem são!

RESUMO

Este ensino clínico permitiu-nos prestar cuidados de enfermagem especializados a 16 homens com esquizofrenia em processo de reabilitação psicossocial. Na sua maioria são: adultos, solteiros, da região sul de Portugal, com uma média de 9 anos de escolaridade, com história de consumo de substâncias (álcool, tabaco, haxixe, cocaína, heroína e anfetaminas), institucionalizados na Casa de Saúde do Telhal (CST) há mais de 11 anos. Todos apresentam diagnósticos de enfermagem das várias dimensões do adoecer, com exceção da dimensão comportamental excitatória, sendo os de maior prevalência: “Conhecimento sobre Processo de doença/Cuidados na doença/Tratamento, Não Demonstrado”; “Cognição, Comprometida”; “Processo Social, Alterado”; “Autoestima, Diminuída”. Foram desenvolvidos 4 programas de intervenção: consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiatria (CESMP); atelier de estimulação cognitiva (AEC); programa de desenvolvimento de competência intrapessoais, interpessoais e profissionais (PDCIIP); programa de psicoeducação (SABER+). A satisfação global com os programas foi superior a 7 (numa escala de 1 a 10) e os resultados que foram percebidos pela maioria dos reabilitandos situaram-se acima das suas expectativas iniciais. De uma forma geral, todos registaram ganhos: no desempenho cognitivo (em particular os que beneficiaram do AEC); na adaptação psicossocial – nomeadamente ao nível do insight; os reabilitandos que beneficiaram do programa SABER+ melhoraram ainda os comportamentos demonstrados de aceitação do estado de saúde; no bem-estar psicológico – nomeadamente ao nível da autoestima (sobretudo os que beneficiaram da CESMP e/ou do PDCIIP), dos afetos positivos e dos comportamentos de motivação; nos vários domínios da qualidade de vida (QdV) medidos pelo WHOQOL-Bref em particular o domínio ambiental; todos elevaram o seu nível de conhecimentos nos 3 eixos em que se estruturou o programa de psicoeducação (processo da doença, cuidados na doença, tratamento da doença); na adesão à medicação, sobretudo os que integraram o programa de psicoeducação, contudo todos tendem a necessitar de ajuda parcial para conseguir demonstrar conhecimento no cumprimento do esquema terapêutico e estão envolvidos em treinos supervisionados de preparação e autoadministração.

Palavras-chave: Enfermagem Saúde Mental e de Psiquiatria; Esquizofrenia; Reabilitação psicossocial; consulta de Enfermagem de Saúde Mental; Estimulação Cognitiva; Treino de Competências Pessoais, Sociais e Profissionais; Relação de Ajuda.

TITTLE

Caring people with schizophrenia at psychosocial rehabilitation

ABSTRACT

This clinical training allowed us to provide skilled nursing care to 16 men with schizophrenia in a psychosocial rehabilitation setting. Most of these individuals are: adults, singles, from the southern region of Portugal, with an average of 9 years of schooling, with a history of substance abuse (alcohol, tobacco, cannabis, cocaine, heroin and amphetamines), institutionalized in Casa de Saúde do Telhal (CST) for over 11 years. We find nursing diagnoses from all of the disease dimensions with the exception of excitatory behavioral dimension, being the most prevalent: "knowledge about disease process / care / treatment, not stated"; cognition, impaired", "social process, impaired", "self-esteem, decreased". We developed 4 intervention programs: psychiatry and mental health nursing consultation (CESMP); atelier of cognitive stimulation (AEC); intrapersonal, interpersonal and professional competences training (PDCIIP); psychoeducation (SABER+). The overall satisfaction with the programs was above 7 (on a scale of 1 to 10) and the results noticed by most patients were above their initial expectations. All registered nursing results were: in cognitive performance (particularly those who benefited from the AEC); in psychosocial adaptation - especially in terms of insight; patients who benefited from the SABER+ program demonstrated improved further acceptance of their health condition, psychological well-being, particularly in terms of self-esteem (especially those who benefited from the CESMP and/or the PDCIIP), positive affects and motivation; in the different domains of quality of life (QoL) measured by WHOQOL-Bref in particular the environmental domain; every patients raised their level of knowledge in the 3 axes in which the psychoeducational program (SABER+) was structured (disease process, care and treatment); in medication adherence, especially those who benefited of the psychoeducational program, however all the patients tend to need partial help to demonstrate knowledge in meeting the therapeutic regimen and are involved in supervised training programs for preparation and self administration.

Keywords: Mental Health Nursing; Schizophrenia; Psychosocial rehabilitation; Mental Health Nursing consultation; Cognitive Stimulation; Personal, social and professional skills training; Helping relationship; Complex relationship

LISTA DE SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

CST – Casa de Saúde do Telhal

EESMP – Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ESV – Escala de Satisfação com a Vida

ICN – International Council of Nurses

MASS – Modelo de Adaptação ao Stresse de Stuart

NIC – Nursing Interventions Classification

NOC – Nursing Outcomes Classification

OE – ORDEM DOS ENFERMEIROS

PANAS – Escalas de avaliação do afeto Positivo/Negativo

PCI – Principal Cuidador Informal

PDCIIP – Programa de Desenvolvimento de Competências Intrapessoais, Interpessoais e Profissionais

PNS – Plano Nacional de Saúde

QCIIP – Questionário de Competências Intrapessoais, Interpessoais e Profissionais

QdV – Qualidade de Vida

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

SWLS – Satisfaction With Life Scale

TCC – Terapia Cognitivo-comportamental

TCS – Treino de Competências Sociais

URIC – Unidade de Reabilitação Irmão Cândido

WHOQOL-BREF – World Health Organization Quality of Life Instrument (versão breve)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	
1. O ADOECER ESQUIZOFRÊNICO	5
1.1. APRESENTAÇÃO CLÍNICA	5
1.1.1 Dimensão positiva.....	6
1.1.2 Dimensão negativa.....	7
1.1.3 Dimensão afetiva	7
1.1.4 Dimensão cognitiva	8
1.1.5 Dimensão comportamental excitatória	10
1.2. SUBTIPOS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA	10
1.3. EPIDEMIOLOGIA	12
1.4. QUALIDADE DE VIDA NA ESQUIZOFRENIA.....	15
2. O TRATAMENTO INTEGRADO E O PROCESSO DE REABILITAÇÃO ..	17
3. A ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	20
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO EESMP	22
3.2. CUIDAR DA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA EM PROCESSO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	24
3.2.1. Avaliação inicial	25
3.2.2. Diagnósticos de enfermagem.....	26
3.2.3. Planeamento das intervenções prescritas pelo EESMP	29
3.2.4. Avaliação dos resultados de enfermagem.....	36

PARTE II – CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

4.	CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO ONDE DECORREU O ESTÁGIO	37
5.	METODOLOGIA	38
5.1.	PROCEDIMENTO DE SELEÇÃO E REFERENCIAÇÃO DOS CASOS ...	39
5.2.	PROCEDIMENTO E INSTRUMENTOS PARA MONITORIZAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM	40
5.3.	PROCEDIMENTOS ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS	46
6.	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO.....	48
6.1.	ASSESSMENT OU “AVALIAÇÃO INICIAL”	48
6.2.	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL.....	52
7.	PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	55
7.1.	CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	55
7.2.	ATELIER DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA.....	58
7.3.	PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO NA ESQUIZOFRENIA “SABER+”	63
7.4.	PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS INTRAPESSOAIS, INTERPESSOAIS E PROFISSIONAIS	69
7.5.	OUTROS MOMENTOS DE CONTACTO.....	74
8.	AVALIAÇÃO FINAL: RESULTADOS DE ENFERMAGEM.....	76
8.1.	AVALIAÇÃO GLOBAL DOS VÁRIOS MOMENTOS DE CONTACTO	76
8.2.	SAÚDE FISIOLÓGICA: NEUROCOGNIÇÃO	79
8.3.	SAÚDE PSICOSSOCIAL	79
8.3.1.	Adaptação psicossocial	80
8.3.2.	Bem-estar psicológico.....	81
8.3.3.	Interação social	85
8.4.	SAÚDE PERCEBIDA	89
8.4.1.	Saúde e qualidade de vida.....	89
8.4.2.	Satisfação com a assistência	93

8.5.	CONHECIMENTO E COMPORTAMENTO EM SAÚDE.....	93
9.	REFLEXÃO: A ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL – RISCOS, BENEFÍCIOS E CONTRADIÇÕES.....	97
9.1.	FORMAÇÃO ADEQUADA	98
9.2.	ABVD + AIVD + AAVD: POR ONDE SE COMEÇA?.....	99
9.3.	CRIAR FALSAS EXPECTATIVAS: A ATIVIDADE LABORAL	100
9.4.	A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DENTRO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	101
	NOTA FINAL	102
	REFERÊNCIAS	103

ANEXOS em CD (na contracapa do relatório)

- Anexo 1 – Cronograma do estágio
- Anexo 2 – Guião usado nas entrevistas iniciais de diagnóstico
- Anexo 3 – Protocolo de Monitorização dos Resultados de Enfermagem
- Anexo 4 – Autorização para a utilização do instrumento WHOQOL-Bref
- Anexo 5 – Planificação dos exercícios utilizados no AEC
- Anexo 6 – Exemplo de um caderno de exercícios usado no AEC
- Anexo 7 – Planificação do programa de psicoeducação “Saber +”
- Anexo 8 – Planificação do programa do PDCIIP

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	– Diagnósticos de Enfermagem comuns ao indivíduo com esquizofrenia em processo de reabilitação psicossocial correlacionados com a apresentação clínica nas 5 dimensões do processo de adoecer.	27
Quadro 2	– Critérios propostos para os diagnósticos de enfermagem comumente encontrados na pessoa com esquizofrenia, em processo de reabilitação psicossocial, correlacionados com as 5 dimensões do adoecer, segundo AMARAL (2010) e SEQUEIRA (2006).	28
Quadro 3	– Intervenções de Enfermagem desenvolvidas em função dos diagnósticos de enfermagem comumente encontrados na pessoa com esquizofrenia, em processo de reabilitação psicossocial, classificadas por domínio, classe, nível de formação e tempo de realização recomendado pela NIC 5th (BULECHEK, BUTCHER e DOCHTERMAN, 2010) e enunciadas através da CIPE 1.0 (ICN, 2006)	32
Quadro 4	– Resultados de Enfermagem sugeridos pela NOC 4th (MOORHEAD [et al], 2010) e selecionados por nós para monitorizar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com esquizofrenia em processo de reabilitação psicossocial durante o ensino clínico	42
Quadro 5	– Caracterização sociodemográfica da população alvo	49
Quadro 6	– Caracterização clínica da população alvo	50
Quadro 7	– Prevalência dos diagnósticos de enfermagem e respetivos critérios encontrados entre os 7 reabilitandos referenciados para acompanhamento individual pelo nosso supervisor de ensino clínico	53
Quadro 8	– Prevalência dos diagnósticos de enfermagem e respetivos critérios encontrados entre os 16 reabilitandos acompanhados	54
Quadro 9	– Intervenções de enfermagem autónomas prescritas e implementadas neste ensino clínico nas consultas de ESMP em função dos diagnósticos de enfermagem encontrados, utilizando a taxonomia CIPE 1.0 (ICN, 2006) para a sua designação	57
Quadro 10	– Intervenções de enfermagem autónomas prescritas e implementadas neste ensino clínico no Atelier de Estimulação Cognitiva em função diagnóstico de enfermagem encontrado “Cognição comprometida”, utilizando a taxonomia CIPE 1.0 (ICN, 2006) para a sua designação	63
Quadro 11	– Módulos e conteúdos que integram o programa “Saber+”	67

Quadro 12	–	Intervenções de enfermagem autónomas prescritas e implementadas neste ensino clínico no programa "Saber +" em função dos diagnósticos de enfermagem encontrados, utilizando a taxonomia CIPE 1.0 (ICN, 2006) para a sua designação	68
Quadro 13	–	Intervenções de enfermagem autónomas prescritas e implementadas neste ensino clínico no PDCIIP em função dos diagnósticos de enfermagem encontrados, utilizando a taxonomia CIPE 1.0 (ICN, 2006) para a sua designação.	73
Quadro 14	–	Intervenções de enfermagem autónomas prescritas e implementadas neste ensino clínico noutros momentos de contacto em função dos diagnósticos de enfermagem encontrados, utilizando a taxonomia CIPE 1.0 (ICN, 2006) para a sua designação.	75
Quadro 15	–	Avaliação global dos vários momentos de contacto	77
Quadro 16	–	Resultados da satisfação de todos os reabilitandos (R1 a R16) com os cuidados de enfermagem (aspetos técnicos, comunicação e ensino) por nós proporcionados	93

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	– Representação gráfica das performances de todos os reabilitandos (R1 a R16) no Teste MoCA antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem das intervenções de enfermagem implementadas no ensino clínico.	79
Gráfico 2	– Representação gráfica dos resultados de todos os reabilitandos (R1 a R16) obtidos pela aplicação da Escala de Insight Marková e Berrios antes (Mi) e depois (Mf) das intervenções de enfermagem implementadas no ensino clínico	81
Gráfico 3	– Representação gráfica da performance dos reabilitandos (R1, R4, R5, R7, R8, R9, R13, R15, R16) que beneficiaram do programa de psicoeducação “Saber +”	81
Gráfico 4	– Representação gráfica dos resultados de todos os reabilitandos (R1 a R16) obtidos pela aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg antes (Mi) e depois (Mf) das intervenções de enfermagem implementadas no ensino clínico	83
Gráfico 5	– Representação gráfica dos resultados de todos os reabilitandos (R1 a R16) obtidos pela aplicação da PANAS antes (Mi) e depois (Mf) das intervenções de enfermagem implementadas no ensino clínico	83
Gráfico 6	– Representação gráfica dos resultados de todos os reabilitandos (R1 a R16) obtidos pela aplicação da Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) antes (Mi) e depois (Mf) das intervenções de enfermagem implementadas no ensino clínico.	83
Gráfico 7	– Representação gráfica da performance de todos os reabilitandos (R1 a R16) ao nível do resultado de enfermagem “motivação” que beneficiaram das intervenções de enfermagem implementadas no ensino clínico	84
Gráfico 8	– Representação gráfica da performance de todos os reabilitandos (R1 a R16) ao nível do resultado de enfermagem “envolvimento social” que beneficiaram das intervenções de enfermagem implementadas no ensino clínico	85
Gráfico 9	– Representação gráfica dos resultados dos reabilitandos (R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R13, R15 e R16) obtidos na Escala Cooperação do QCIIP antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem do PDCIIP	88

Gráfico 10	– Representação gráfica dos resultados dos reabilitandos (R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R13, R15 e R16) obtidos na Escala Autorrealização do QCIIP antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem do PDCIIP.	88
Gráfico 11	– Representação gráfica dos resultados dos reabilitandos (R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R13, R15 e R16) obtidos na Escala Autoestima do QCIIP antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem do PDCIIP	88
Gráfico 12	– Representação gráfica dos resultados dos reabilitandos (R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R13, R15 e R16) obtidos na Escala Suporte Social do QCIIP antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem do PDCIIP.	89
Gráfico 13	– Representação gráfica dos resultados dos reabilitandos (R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R13, R15 e R16) obtidos na Escala Assertividade do QCIIP antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem do PDCIIP.	89
Gráfico 14	– Representação gráfica dos resultados dos reabilitandos (R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R13, R15 e R16) obtidos na Escala Empatia do QCIIP antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem do PDCIIP.	89
Gráfico 15	– Representação gráfica dos resultados da avaliação global da qualidade de vida dos reabilitandos (R1 a R16) obtidos pela aplicação da WHOQOL-Bref antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem das intervenções de enfermagem desenvolvidas no ensino clínico	91
Gráfico 16	– Representação gráfica dos resultados da satisfação com a saúde dos reabilitandos (R1 a R16) obtidos pela aplicação da WHOQOL-Bref antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem das intervenções de enfermagem desenvolvidas no ensino clínico	91
Gráfico 17	– Representação gráfica dos resultados do domínio físico da QdV dos reabilitandos (R1 a R16) obtidos pela aplicação da WHOQOL-Bref antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem das intervenções de enfermagem desenvolvidas no ensino clínico	91
Gráfico 18	– Representação gráfica dos resultados do domínio psicológico da QdV dos reabilitandos (R1 a R16) obtidos pela aplicação da WHOQOL-Bref antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem das intervenções de enfermagem desenvolvidas no ensino clínico	92

Gráfico 19	– Representação gráfica dos resultados do domínio das relações da QdV dos reabilitandos (R1 a R16) obtidos pela aplicação da WHOQOL-Bref antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem das intervenções de enfermagem desenvolvidas no ensino clínico	92
Gráfico 20	– Representação gráfica dos resultados do domínio do ambiente da QdV dos reabilitandos (R1 a R16) obtidos pela aplicação da WHOQOL-Bref antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem das intervenções de enfermagem desenvolvidas no ensino clínico	92
Gráfico 21	– Representação gráfica dos ganhos dos reabilitandos (R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R13, R15 e R16) ao nível do resultado de enfermagem “conhecimento: processo de doença” antes (Mi) e depois (Mf) das intervenções de enfermagem implementadas durante o programa de psicoeducação “Saber+”	95
Gráfico 22	– Representação gráfica dos ganhos dos reabilitandos (R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R13, R15 e R16) ao nível do resultado de enfermagem “conhecimento: cuidados na doença” antes (Mi) e depois (Mf) das intervenções de enfermagem implementadas durante o programa de psicoeducação “Saber+”	95
Gráfico 23	– Representação gráfica dos ganhos dos reabilitandos (R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R13, R15 e R16) ao nível do resultado de enfermagem “conhecimento: tratamento da doença” antes (Mi) e depois (Mf) das intervenções de enfermagem implementadas durante o programa de psicoeducação “Saber+”	95
Gráfico 24	– Representação gráfica dos resultados todos os reabilitandos (R1 a R16) obtidos pela aplicação da Medication Adherence Rating Scale (MARS) antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiaram das intervenções de enfermagem implementadas no ensino clínico	96

INTRODUÇÃO

A individualização das especialidades clínicas em Enfermagem faz-se ao nível do alvo de intervenção e através da explicitação do campo de intervenção especializado, o que requer a determinação de áreas de intervenção. A ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) reconhece que a Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria dirige-se hoje aos projetos de saúde da pessoa, às transições vivenciadas durante o desenvolvimento desses processos de saúde/doença mental com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida. As competências transversais e específicas do Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) estão atualmente devidamente enunciadas e regulamentadas (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

O avanço no conhecimento requer que o EESMP incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando e desenvolvendo projetos que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Neste sentido, a formação destes especialistas compreende a demonstração efetiva do treino e desenvolvimento dessas competências e cuja conceção, implementação e avaliação do projeto de intervenção a que nos havíamos proposto e que este relatório pretende documentar. Este marco dá assim resposta às nossas múltiplas necessidades de desenvolvimento pessoal, académico e profissional, contextualizando-se no todo que é o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Universidade de Évora e culminando neste testemunho do caminho percorrido durante a realização da sua componente prática ou período de ensino clínico correspondente.

Reconhecendo as nossas necessidades e as atuais prioridades de investigação em enfermagem bem identificadas pela ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010), nomeadamente, o estudo de intervenções de enfermagem e dos resultados em saúde para o doente, desenvolvemos um projeto para este ensino clínico que nos permitiu o treino de competências essenciais do EESMP nomeadamente:

1. Competências no âmbito da compreensão do processo de saúde mental e das alterações comportamentais no contexto da experiência humana de saúde do indivíduo com esquizofrenia;
2. Competências de observação e diagnóstico de situações de saúde a indivíduos com esquizofrenia em processo de reabilitação psicossocial;
3. Competências de planeamento de cuidados a indivíduos com esquizofrenia em processo de reabilitação psicossocial;
4. Competências de intervenção terapêutica individual e em grupo dirigidas a indivíduos com esquizofrenia em processo de reabilitação psicossocial;
5. Competências de avaliação de cuidados, tendo como referência os padrões de excelência definidos na literatura científica disponível.

A razão pela qual optámos por escolher este grupo prende-se, por um lado, com as características peculiares das respostas humanas durante o adoecer esquizofrénico (sobretudo pelas incertezas que ainda permanecem na sua abordagem pelas diferentes áreas do conhecimento) e do seu pesado impacto a diferentes níveis (individual, familiar, social, económico e político) exaustivamente documentados nos últimos anos (ALVES, 2011; AFONSO, 2010; DALTIO, MARI e FERRAZ, 2007; FAZENDA, 2008; ÇONÇALVES-PEREIRA, 2006; LEFF e WARNER, 2008).

Por outro lado, as dificuldades sentidas por estes indivíduos motivadas pela presença da doença e das novas situações e oportunidades com que se deparam, sobretudo por se verem hoje confrontados com uma reforma psiquiátrica a acontecer na sociedade que os vai acolher como nunca o havia feito no passado, são motores para aprimorar estratégias e oferecer cuidados de enfermagem especializados cada vez mais efetivos e de maior qualidade.

A esquizofrenia é muitas vezes considerada a mais grave de todas as condições psiquiátricas, tendo a sua importância sido largamente reconhecida pela sociedade nos últimos anos, dada a tendência crescente para que os doentes recebam a maioria dos cuidados especializados na comunidade, fora dos hospitais psiquiátricos (BARRACLOUGH e GILL, 2004;).

O facto se manifestar em idades jovens e de ser uma doença psiquiátrica crónica (para toda a vida), não pode deixar de ter consequências a nível individual (a interpretação dos próprios indivíduos que sofrem de esquizofrenia, o seu sofrimento psíquico relacio-

nado com a doença e as dificuldades em estabelecer relacionamentos interpessoais satisfatórios), familiar (o elevado ónus ou *burden* desencadeado pela gestão familiar da doença), social (estigmatização e discriminação dos doentes e famílias pela comunidade e política de saúde) e económico (custos associados aos internamentos de curta, média e longa duração, e à terapêutica farmacológica necessária por longos períodos), estando por isso, estabelecido reconhecendo-se assim a complexidade dos processos de reabilitação psicossocial das pessoas com esquizofrenia (AMARO, 2005; AFONSO, 2010)

A nível internacional reconhece-se que a esquizofrenia apresenta uma incidência de 10 a 20 novos casos por 100000 habitantes por ano, uma prevalência de 2 a 4 casos por 1000 habitantes em média, sendo a probabilidade de desenvolver a doença situada entre 0,5 a 1% (BARRACLOUGH e GILL, 2004; AMARO, 2005; AFONSO, 2010). Em Portugal no ano de 1998 (desconhecemos estudos posteriores), os internamentos de pessoas com esquizofrenia representa aproximadamente 25 a 30% do total dos internamentos psiquiátricos, o que revela bem o peso da doença (AFONSO, 2010).

A Organização Mundial de Saúde define a reabilitação psicossocial como um “processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível de potencial de funcionamento independente na comunidade, o que envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais” (OMS, 2002, p. 16).

Hoje a reabilitação psicossocial é reconhecida com uma mais valia, vai para além do treino de competências e da modelação de comportamentos, perspetivando-se como um caminho para cidadania com alto impacto para aqueles que dela beneficiam. Não só para os doentes e famílias (proteção e promoção dos seus direitos), mas sobretudo para as comunidades (aceitação em relação à diversidade) que os acolhem e para o decréscimo das despesas em saúde dos países que nela investem nas políticas e práticas (FAZENDA, 2008).

Este panorama revela-se ao EESMP como um estímulo ímpar para se empenhar no desenvolvimento de contribuições terapêuticas que incrementam de uma forma sensível o sucesso dos processos de reabilitação psicossocial da pessoa com esquizofrenia (SEQUEIRA; 2006; STUART, 2009; VIDEBECK, 2012).

Assim o presente relatório pretende ser testemunho de como neste período de ensino clínico (conforme cronograma apresentado no Anexo 1) se transcenderam as nossas necessidades de desenvolvimento profissional através do treino das competências essenciais do EESMP, resultando um contributo efetivo para o processo terapêutico daqueles

para os quais se destinou: os cidadãos com esquizofrenia em processo de reabilitação psicossocial internados na Unidade de Reabilitação Irmão Cândido (URIC), na Casa de Saúde do Telhal (CST), em Sintra.

Este documento estrutura-se em duas grandes partes, a saber: 1) a primeira composta por um enquadramento conceptual, em que se procede a uma revisão da literatura científica atual e pertinente sobre o tema, contextualizando na investigação e na prática de enfermagem as intervenções a que nos propusemos; 2) a segunda compila os elementos essenciais para a operacionalização efetiva do projeto que esteve na base da realização deste estágio, nomeadamente a metodologia adotada de acordo com as várias etapas do processo de enfermagem, os diagnósticos de enfermagem sobre os quais se estruturaram as intervenções de enfermagem desenvolvidas, os momentos em que decorreram as várias fases de implementação das intervenções terapêuticas (individuais e de grupo) e a avaliação dos ganhos em saúde para a população-alvo, bem como os procedimentos éticos tidos em conta na promoção da integridade e dignidade de todos os envolvidos neste processo.

PARTE I

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Nesta secção iremos enquadrar do ponto de vista teórico as intervenções que foram desenvolvidas durante o período de ensino clínico do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Universidade de Évora, partindo da compreensão do adoecer esquizofrénico e finalizando nas estratégias de reabilitação psicossocial que podem ser implementadas pelo EESMP junto da pessoa com esquizofrenia, de acordo com o seu perfil de competências específicas.

1. O ADOECER ESQUIZOFRÉNICO

AFONSO (2010) admite que é mais fácil falar da esquizofrenia do que defini-la. De facto, a maioria dos autores que consultámos descrevem-na sem arriscarem uma definição, não existindo até ao momento atual uma conceptualização unânime e universal desta patologia (ALMEIDA, 2009; ALVES, 2011; AMARO, 2005; CAMPOS, 2009). Contudo, SADOCK e SADOCK (2012) definem a esquizofrenia enquanto uma síndrome de etiologia ainda desconhecida, caracterizada por perturbações na cognição, emoção, perceção, pensamento e comportamento. Embora a esquizofrenia seja abordada como se fosse uma única doença, ela provavelmente compreende um espectro de perturbações de etiologias heterogéneas (SADOCK e SADOCK, 2012; VIDEBACK, 2012).

1.1. APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Ao contrário de outras doenças, o diagnóstico médico da esquizofrenia, só pode ser feito pela natureza do seu quadro clínico, uma vez que, não é possível efetuá-lo através de exames laboratoriais ou imagiológicos (AFONSO, 2010).

No plano nosográfico, apesar do movimento para a implementação de uma nosologia psiquiátrica científica e universal, a conceptualização da esquizofrenia é uma questão que não tem tido uma resolução empírica satisfatória. Os sistemas de classificação

atuais (CID-10 e DSM-IV-TR) apresentam critérios que fundamentam o diagnóstico clínico da esquizofrenia, muito embora se questione, atualmente, tais definições operacionais (artificiais) como o "verdadeiro" conceito desta doença ou do amplo espectro de sinais e sintomas com os quais se apresenta¹ (AMARO, 2005; VIDEBECK, 2012).

De um forma geral é unânime definir pelo menos 5 dimensões essenciais para caracterizar os vários sintomas (numa perspetiva médica) e chegarmos depois às respostas humanas (numa perspetiva de enfermagem, como veremos adiante) que os doentes habitualmente experimentam durante o curso da doença, a saber: dimensão positiva; dimensão negativa; dimensão afetiva; dimensão cognitiva; dimensão comportamental excitatória (NOTO e BRESSAN, 2012).

1.1.1 Dimensão positiva

Aqui englobam-se os sintomas positivos, também denominados como produtivos, que surgem sobretudo nos surtos agudos da esquizofrenia, embora ocorram de forma residual noutras etapas de evolução da doença. Podem ser de quatro tipos: delírios, alucinações, comportamentos bizarros e perturbações formais do pensamento (BARCLOUGH e GILL, 2004; HARRISON, GEDDES e SHARPE, 2006).

As alucinações são alterações da sensopercepção sem o respetivo estímulo sensorial. As alucinações são vivenciadas de forma clara, independentemente da vontade e sentidas, pelo menos momentaneamente, como reais. Por outras palavras, devem ser sentidas como exteriores, concretas, sensorialmente nítidas e, por conseguinte, irredutíveis perante uma argumentação lógica. Poderão atingir qualquer um dos órgãos dos sentidos sendo classificadas de acordo com o órgão atingido, em alucinações visuais, auditivas, gustativas, olfativas, tácteis e somáticas, referindo-se neste caso à percepção de experiências físicas localizadas no interior do corpo. As alucinações poderão ainda ser congruentes ou incongruentes com o humor, consoante o seu conteúdo se revelar concordante, ou não, com o humor predominante. As alucinações acústico-verbais são as mais frequentes na esquizofrenia e podem envolver a percepção de sons sem conteúdo verbal (assobios, zumbidos ou risos) e/ou vozes. Neste caso o doente refere ouvir o seu próprio pensamento

¹ De modo geral, o conceito de esquizofrenia na CID-10 é mais amplo em alguns aspetos do que no DSM-IV-TR e mais restrito em outros. Há a destacar ainda que a CID-10 foi projetada para satisfazer um grupo mais amplo de necessidades e fundamenta-se numa extensa colaboração internacional. O DSM-IV-TR, por sua vez, foi conceptualizado essencialmente por psiquiatras norte-americanos que no seu desenvolvimento enfatizaram mais as evidências resultantes da investigação empírica. No entanto, os autores de ambos os sistemas trabalharam em extrema união com o objetivo de atingir tanta uniformidade nos dois sistemas quanto possível. Na maioria dos casos os diagnósticos a partir de qualquer um destes dois sistemas tendem a ser bastante semelhantes (AMARO, 2005). Um aspeto importante a destacar é a ausência total de critérios do domínio cognitivo, uma vez que à luz do conhecimento atual os deficits cognitivos encontrados são pertinentes quer para a descrição do processo do adoecer esquizofrénico quer para no impacto que estes associados aos já descritos apresentam no funcionamento da pessoa com esquizofrenia.

(eco do pensamento) ou vozes dialogando entre si, comentando ou impondo certos comportamentos ou debitando frases insultuosas, acusatórias, ameaçadoras ou obscenas. Mais raramente o doente pode relatar alucinações olfativas, auditivas, tácteis ou somáticas, estas muitas vezes, referenciadas à área genital. As alucinações visuais são muito pouco frequentes. Para Kurt Schneider o eco do pensamento, as vozes comentando o pensamento ou ações do doente, vozes dialogando entre si ou as alucinações somáticas (cenes-tésicas) atribuídas pelo doente a forças externas, fazem parte dos sintomas de primeira ordem da esquizofrenia (MATOS, BRAGANÇA e SOUSA, 2003).

1.1.2 Dimensão negativa

Por oposição aos sintomas positivos (delírios, alucinações, alterações do pensamento e comportamentos bizarros), os sintomas negativos da esquizofrenia são deficitários e incluem o embotamento afetivo, pobreza do discurso e do conteúdo do pensamento, apatia, abulia, anedonia e alterações do processo social como o isolamento e retraimento sociais (MATOS, BRAGANÇA e SOUSA, 2003).

Os sintomas negativos aparecem insidiosamente e estão normalmente associados a alterações comportamentais pré-mórbidas, a deterioração crónica, a atrofia cerebral (alargamento dos ventrículos cerebrais), a alterações da cognição (social e não social) e da motivação (BECK [et al], 2008). Sabe-se ainda que a presença de sintomas negativos, mais refratários à terapêutica, é um sinal de mau prognóstico; SADOCK e SADOCK, 2012).

1.1.3 Dimensão afetiva

A constatação da existência de sintomas afetivos inespecíficos inerentes ao processo do adoecer esquizofrénico, talvez até mais nucleares que sintomas como os delírios e as alucinações, remonta a BLEULER e tem sido intensamente defendida por vários autores. Diversos estudos têm demonstrado que a prevalência de sintomas depressivos em esquizofrénicos é quase tão alta quanto a de doentes que apenas sofrem de depressão. Aproximadamente 80% de esquizofrénicos apresentam depressão ou sintomas depressivos na fase aguda da doença (NOTO e BRESSAN, 2012).

Os sintomas depressivos em esquizofrénicos têm a sua mais alta prevalência na fase aguda da doença, tendem a diminuir a partir daí e recorrem periodicamente. Nos esquizofrénicos crónicos observa-se uma prevalência de 10% de sintomas depressivos,

mesmo depois de efetuada a distinção com sintomas residuais e sintomas negativos (MATOS, BRAGANÇA e SOUSA, 2003).

A elevada frequência de sintomas depressivos na fase aguda da esquizofrenia, frequentemente precedendo a recaída esquizofrénica, a sua tendência para recorrerem e o facto de remitirem com o tratamento antipsicótico sugerem que os sintomas depressivos são parte integrante do processo esquizofrénico. Provavelmente, partilham um processo patofisiológico comum. Deve ter-se em conta que nem sempre é fácil distinguir sintomas depressivos dos sintomas negativos e de alguns efeitos secundários da terapêutica antipsicótica, que os mimetizam. No entanto, os sintomas depressivos podem manifestar-se como fenómeno psicológico reativo no doente confrontado com a sua doença, quando recupera o juízo crítico. A depressão na esquizofrenia está associada a ideação suicida e suicídio (MATOS, BRAGANÇA e SOUSA, 2003; BECK [et al], 2008).

1.1.4 Dimensão cognitiva

Embora não possamos identificar um padrão de deficits cognitivos na esquizofrenia é consensual que parece existir uma disfunção cognitiva básica¹, com alteração do desempenho cognitivo num conjunto de sete domínios, nomeadamente: 1) memória de trabalho²; 2) aprendizagem e memória verbal³; 3) aprendizagem e memória visual⁴; 4)

¹ O conceito de cognição ou neurocognição é entendido como o processo pelo qual um indivíduo toma consciência de si, do que o rodeia e da compreensão de conceitos, envolvendo aspetos como a perceção, pensamento e memória, ou seja toda a vida mental do indivíduo. As funções cognitivas compreendem os domínios da atenção, da perceção, da linguagem, nomeadamente da compreensão e fluência verbal, dos vários tipos de aprendizagem e de memória, do processamento da informação, da organização perceptiva e do funcionamento executivo (NOTO e BRESSAN, 2012; VAZ-SERRA [et al.], 2010).

² Memória de trabalho (1): é por meio desta que o homem representa mentalmente o seu contexto e ambiente e realiza tarefas que exigem diferentes etapas sequenciais de realização e que necessitam de resultados intermediários para que um objetivo seja alcançado; as pessoas com esquizofrenia apresentam deficits significativos na capacidade de dirigir e atualizar os comportamentos por representações; estes deficits podem ser decorrentes de qualquer subcomponente da memória de trabalho, podendo esta ser considerada um potencial marcador cognitivo para esquizofrenia;

³ Aprendizagem e memória verbal (2): a aprendizagem é um processo de aquisição de novas informações e ocorre quando uma memória é criada ou reforçada; a memória refere-se à persistência do que foi aprendido de uma maneira que permita a retenção e recuperação de informações referentes às experiências vivenciadas; a memória responsável pelo conhecimento geral, tais como factos, significados de palavras, aparência de objetos, entre outros fatores, é denominada memória verbal; esta é utilizada quando somos questionados sobre detalhes de coisas que conhecemos, como, por exemplo, responder quais são os continentes do mundo, dar o conceito de um termo em questão ou diferenciar os tipos de animais encontrados nos meios urbano e selvagem;

⁴ Aprendizagem e memória visual (3): quando se vê um objeto, a mente recorre à memória para o comparar com outros conhecidos que se encontram na mesma de modo a classificá-lo; e, para recordar algo, cria-se uma imagem visual, inclusivamente se aquilo que se deseja recordar for uma conversa telefónica passada; caso se deseje recuperar uma situação aprendida ou vida, realiza-se um percurso visual, como se se tratasse de um filme, para a trazer à mente;

velocidade de processamento¹; 5) funções executivas²; 6) atenção/concentração³; 7) cognição social⁴ (MONTEIRO e LOUZÃ, 2007; VAZ-SERRA [et al.], 2010; NOTO e BRESSAN, 2012).

Performances menos eficientes, em torno de 1,5 a 2,0 desvios-padrão abaixo da população normal, observados nas áreas da atenção, funções executivas, memória de trabalho, memória e linguagem (aprendizagem verbal), parecem ser consistentes na maioria dos estudos. Tais deficits cognitivos, alguns deles já presentes antes da eclosão da doença, parecem constituir um dos principais determinantes da funcionalidade das pessoas com esquizofrenia e mais recentemente têm sido descritos deficits da cognição social (MARCOS-TEIXEIRA, 2003, 2005; FERREIRA JUNIOR [et al] 2010).

Verifica-se, assim, que esta disfunção cognitiva (básica e social) apresenta um grande impacto negativo no estilo de vida dos doentes, sobretudo no seu funcionamento social, pelo que apresenta um também um valor preditivo relativamente aos estilos de adaptação do doente à vida em comunidade (resultados que se pretendem com a reabilitação psicossocial) (CRUZ, SALGADO e ROCHA, 2010; NOTO e BRESSAN, 2012).

Sabe-se hoje que a melhoria do perfil de segurança e do perfil cognitivo da nova geração de psicofármacos, conduz geralmente a melhor prognóstico, facilitando a adesão a regimes terapêuticos e a programas de reabilitação. Para além disso, os parâmetros relacionados com a atenção e a concentração, a memória, as funções executivas e a adaptação social parecem melhorar com os novos antipsicóticos, comparativamente com os neurolépticos tradicionais, ainda que não se conheça a base bioquímica de tais efeitos (SADOCK e SADOCK, 2012).

¹ Velocidade de processamento (4): refere-se ao tempo em que determinadas funções cognitivas básicas (atenção, memória, funções executivas) são desempenhadas;

² Funções executivas (5): referem-se a um conjunto de funções mentais responsáveis pelo envolvimento, planeamento, monitorização e execução de atividades complexas ou novas para o indivíduo, orientadas para objetivos específicos, voluntárias e auto-organizadas; podem de uma forma geral ser definidas como a capacidade de resolver problemas quotidianos;

³ Atenção/concentração (6): a atenção sustentada é a capacidade de manter o foco de atenção numa atividade específica por um tempo prolongado e permanecer com o mesmo padrão de consistência de respostas; este aspeto é também considerado um marcador cognitivo de vulnerabilidade para a esquizofrenia;

⁴ Cognição social (7): refere-se à adequação do comportamento ao ambiente, ou seja à capacidade de identificação, manipulação e adequação do comportamento de acordo com informações socialmente relevantes detetadas e processadas em determinado contexto ambiental; os domínios da cognição social mais frequentemente afetados nos doentes com esquizofrenia são (1) a resolução de problemas cognitivo-sociais, (2) as aptidões sociais e (3) as aptidões de comunicação. A funcionalidade de um indivíduo, definida pela sua participação em atividades no plano pessoal e sociocultural, para a qual a compreensão das interações entre a pessoa e o ambiente é essencial, constitui uma área que engloba o funcionamento pessoal em contexto social, nas esferas comunitária, profissional e familiar. A sua disfunção é entendida como a diminuição ou incapacidade em satisfazer os padrões de comportamento esperado para o grupo etário e nível sociocultural e económico e em desempenhar tarefas de índole social, laboral ou académica, que não dependa de fatores extrínsecos ao próprio. Os défices nos domínios psicossociais podem ser uma das características centrais da esquizofrenia e estão presentes nas fases iniciais da doença, durante os períodos de exacerbação, na fase residual da mesma e geralmente determinam limitações no funcionamento social global – critério necessário para o diagnóstico da maioria das perturbações psiquiátricas (VAZ-SERRA [et al.], 2010).

1.1.5 Dimensão comportamental excitatória

Esta dimensão reúne os episódios frequentes de comportamento autodestrutivo e de heteroagressividade, que podem estar presentes nos quadros clínicos das pessoas com esquizofrenia. Estas respostas humanas desadaptativas surgem habitualmente na sequência de convicções delirantes de perseguição, prejuízo ou influência, atividade alucinatória (vozes impondo comportamentos ilícitos), episódios prévios de violência ou défices neurológicos são fatores predisponentes para atos contra bens ou pessoas.

Contudo a investigação sobre a relação entre esquizofrenia e violência tem focado sobretudo o comportamento criminal, especialmente o homicídio. Cerca de 8% dos indivíduos que cometeram ou tentaram o homicídio são esquizofrénicos. Estes doentes estão quatro vezes mais envolvidos em incidentes violentos não fatais do que indivíduos sem diagnóstico psiquiátrico. O período de maior risco para atos violentos ocorre entre os 5 e os 10 anos após o início da esquizofrenia. A maioria dos casos diz respeito a doentes que não estão a receber tratamento no momento das ofensas criminais. Estas atitudes parecem estar relacionadas com atividade delirante, alucinações e comorbilidade com abuso de drogas e álcool. Finalmente, deve notar-se que o risco de um doente esquizofrénico cometer homicídio é 100 vezes inferior ao risco de se suicidar (AMARO, 2005; SADOCK e SADOCK, 2012).

1.2. SUBTIPOS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA

De acordo com a AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000, p. 313), “os subtipos de esquizofrenia são definidos pela sintomatologia predominante na altura da avaliação. Embora as implicações dos subtipos em relação ao prognóstico e tratamento sejam variáveis”. Atualmente são considerados pelo DSM-IV-TR os seguintes subtipos de esquizofrenia: Tipo Paranoide, Tipo Desorganizado, Tipo Catatónico, Tipo Indiferenciado e Tipo Residual.

A esquizofrenia inicia-se na fase final da adolescência ou no início da idade adulta. O seu início pode manifestar-se de uma forma súbita ou por outro lado, apresentar-se de uma forma mais lenta e silenciosa, podendo demorar vários meses ou até anos, até que seja possível ser feito o diagnóstico. Embora seja uma patologia que atinge principalmente o adulto jovem, não significa que não possa surgir mais tardiamente (AFONSO, 2010; SADOCK e SADOCK, 2012).

As metas e as estratégias do tratamento variam de acordo com a fase e com a gravidade da doença (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000). São consideradas três fases de evolução da esquizofrenia – (1) fase aguda; (2) fase de estabilização e manutenção; (3) recaída. A fase aguda corresponde à fase mais ativa da doença. Geralmente os doentes são levados a uma consulta de psiquiatria ou ao serviço de urgência com um grande período de evolução do quadro psicótico, sendo necessário o internamento imediato. Contudo, este é também justificado pela difícil adesão do doente ao tratamento em ambulatório (AFONSO, 2010). Na fase de estabilização e manutenção, são controlados alguns dos sintomas da doença, que ainda persistem, por ajuste da dosagem da medicação. Esta é sobretudo uma fase de controlo, em que a medicação é essencial para a prevenção de novas recaídas (AFONSO, 2010). Finalmente, a recaída corresponde a um novo período de agudização da doença. É importante que a intervenção terapêutica seja o mais precoce possível e para isso, torna-se fundamental reconhecer os sinais de recaída¹ da doença. Estando a principal causa de recaída associada ao incumprimento da medicação quer pelo insight pobre para a situação clínica e tratamento, quer pela má tolerância dos seus efeitos secundários (AFONSO, 2010; VIDEBECK, 2012).

No estado atual do conhecimento é extremamente difícil perante um caso concreto definir, com precisão, qual a sua evolução e prognóstico. Há, todavia, indicadores que fazem prever um prognóstico mais ou menos favorável. Assim, segundo os autores consultados (LARAYA, 2009; AFONSO, 2010; VIDEBECK, 2012):

1. são considerados fatores de bom prognóstico os seguintes: início tardio da doença, sexo feminino, ausência de história familiar de esquizofrenia, predomínio de sintomas positivos, início agudo, acontecimento precipitantes relevantes, QI elevado, o facto de o doente ser casado, passado pré-mórbido ajustado do ponto de vista sociofamiliar e profissional, remissão completa após os primeiros episódios psicóticos, presença de sintomas afetivos principalmente se depressivos, boa resposta e boa adesão à terapêutica, bom suporte familiar, sintomatologia paranoide ou catatónica predominante.
2. são considerados indicadores de mau prognóstico os seguintes: início precoce e insidioso da doença, sexo masculino, inexistência de fatores precipitantes, história

¹ Sinais de recaída sistematizados por AFONSO (2010): comportamento estranho ou bizarro; agitação, agressividade ou medo; isolamento, recusa em sair de casa ou de estar com os outros; abandono do trabalho ou da escola; abandono das medicações e/ou do acompanhamento terapêutico; descuido da higiene pessoal ou da aparência; insónia ou perturbações do sono; ideias estranhas ou discurso incoerente; alteração da sensibilidade à luz ou ao barulho; excessivas preocupações religiosas; dificuldade na concentração ou “olhar fixo e vazio”; abuso do álcool ou outras substâncias, exageros ou restrições alimentares.

familiar de esquizofrenia, doente solteiro, divorciado ou viúvo, sintomatologia predominantemente negativa, má resposta e baixa adesão à terapêutica farmacológica, ausência de remissão no prazo de três anos, história de traumatismo perinatal, sintomas e sinais neurológicos, história pré-mórbida de mau ajustamento social, familiar e profissional, evolução crónica e não por surtos, comportamento autista e muito reservado revelando poucos contactos sociais, suporte familiar e social inexistente ou pobre e sintomatologia indiferenciada ou desorganizada.

1.3. EPIDEMIOLOGIA

Os estudos epidemiológicos da esquizofrenia são complexos não só porque se trata duma doença de etiologia multifatorial¹, com diversas formas de apresentação, de diagnóstico difícil (e em que os meios auxiliares de diagnóstico dão poucas informações), mas também porque os critérios de diagnóstico não são universalmente seguidos e/ou aceites, impedindo a sua uniformização metodológica.

VIDEBECK (2012) e SADOCK & SADOCK (2012), apresentam aspetos importantes para a caracterização epidemiológica da esquizofrenia:

1. incidência e prevalência – nos Estados Unidos da América (EUA), a prevalência da doença ao longo da vida é de aproximadamente 1%, o que significa que 1 em cada 100 pessoas irá desenvolver a perturbação no decorrer da vida; encontra-se em todas as sociedades e áreas geográficas; a nível mundial, 2 milhões de novos casos surgem a cada ano; nos EUA, apenas cerca de 0,05% da população total recebe tratamento para a esquizofrenia por ano e apenas metade de todos os doentes recebem algum tipo de tratamento, existindo cerca de mais de 2 milhões de pessoas que sofrem de esquizofrenia;
2. género e idade – a prevalência é similar entre homens e mulheres; normalmente o início ocorre mais precocemente nos homens: a faixa etária de pico do início vai dos 15 aos 35 anos (50% dos casos ocorrem antes dos 25 anos); os casos com início antes dos 10 anos (esquizofrenia de início precoce) ou após os 45 anos (esquizofrenia de início tardio) são raros;

¹A esquizofrenia é uma doença complexa, não existindo uma causa, mas provavelmente várias que concorrem entre si para o seu aparecimento, umas predisponentes e outras desencadeantes. Esta doença psiquiátrica tem dado origem a uma copiosa especulação teórica, contudo nenhuma das hipóteses (genética, bioquímica, viral, associada ao desenvolvimento neural, psicológica ou de natureza social) exaustivamente descritas nos livros de texto consegue dar resposta às muitas dúvidas que ainda existem relativamente às causas da doença. A origem exata da doença ainda não foi esclarecida, assumindo-se para a intervenção clínica a concorrência de múltiplas combinações, predisposições genéticas, disfunções bioquímicas, alterações fisiológicas e stresse psicossocial (AFONSO, 2010).

3. infecções associadas à sazonalidade do nascimento – indivíduos nascidos no inverno apresentam maior probabilidade de desenvolver a doença do que os nascidos na primavera ou no verão (aplica-se ao hemisfério norte e ao hemisfério sul), tal facto poderá ser justificado pelo aumento de bebés nascidos de mães contaminadas pelo vírus da gripe durante a gravidez;
4. raça e religião – os judeus são afetados em menor frequência do que os protestantes e católicos, e a prevalência é maior em populações não brancas;
5. doenças médicas e mentais associadas à esquizofrenia – as pessoas com esquizofrenia apresentam uma taxa mais elevada de mortalidade relativamente a doentes que morrem de causas naturais do que na população geral, as menores preocupações alimentares e com a saúde em geral e a maior tendência para o sedentarismo poderão contribuir; a principal causa de morte em pessoas com esquizofrenia é o suicídio¹ (10% põem termos às suas próprias vidas); mais de 40% destes abusam de drogas e álcool; o tratamento com antipsicóticos, por sua vez, aumenta o risco de desenvolver diabetes mellitus e síndrome metabólico; os doentes esquizofrénicos apresentam também um risco aumentado de contraírem e transmitirem o VIH (vírus da imunodeficiência humana) devido à impulsividade frequente e à dificuldade que têm em perceberem os riscos associados ao uso de drogas por via endovenosa, aos comportamentos sexuais não protegidos;
6. fatores socioeconómicos – a esquizofrenia é mais comum em grupos de baixo poder de compra do que nas classes mais altas; verifica-se uma elevada prevalência entre imigrantes recentes; e é mais comum em cidades com mais de 1 milhão de habitantes; as pessoas com esquizofrenia tendem a casar-se menos e a serem menos empregadas comparativamente à população normal²; os custos diretos e indiretos decorrentes da doença nos EUA superam os 120 bilhões de euros ao ano; no que respeita à criminalidade, excluindo o homicídio, esta

¹ Sentimentos de vazio, de tristeza, de incapacidade para atingir objetivos previamente traçados, atividade delirante ou a obediência a alucinações são causas possíveis desta alta incidência. Como fatores de risco apontam-se a idade jovem, o sexo masculino, estudos superiores, bom funcionamento pré-mórbido, insight para a doença, medo de desagregação mental, depressão, falta de suporte social ou familiar, desemprego, tentativas de suicídio anteriores, dependência relativamente ao hospital e recaídas frequentes (VIDEBECK, 2012; SADOCK & SADOCK, 2012).

² A esquizofrenia inicia-se normalmente no fim da adolescência ou no início da idade adulta comprometendo, com frequência, a vida escolar e profissional da pessoa. Deste modo, a inserção do doente no mercado normal do trabalho apresenta dificuldades acrescidas que culminam muitas vezes em reformas antecipadas. A pessoa com esquizofrenia apresenta frequentemente uma capacidade laboral diminuída, a qual se deve fundamentalmente à dificuldade em manter a concentração, o ritmo e a constância na execução das tarefas, ao défice de motivação e à dificuldade de adaptação a fatores stressantes. Estas circunstâncias levam a que a esquizofrenia seja uma causa frequente de reforma precoce por invalidez, isto é, o indivíduo é considerado por uma junta médica incapaz de angariar os fundos necessários à sua subsistência

é mais frequente nos esquizofrénicos não tratados do que na restante população.

Em Portugal, não existem dados concretos relativos ao número de pessoas com esquizofrenia a viver com a família, não obstante resultados de investigações parcelares apontarem para percentagens substancialmente mais elevadas que nos países do Norte da Europa (FAZENDA, 2008).

No que se refere ao ônus familiar, a existência de uma pessoa com doença mental altera forçosamente a sua dinâmica familiar, por outro lado a esquizofrenia ainda se faz acompanhar de um alto grau de estigmatização e o preconceito constitui-se numa dificuldade relevante enfrentada quer pelo doente, quer pelos seus familiares e/ou cuidadores informais (AMARO, 2005; VIDEBECK, 2012).

A família tem participado cada vez mais como prestadora de cuidados, sobressaindo a sua importância na participação do tratamento das pessoas com esquizofrenia, pois o advento dos medicamentos antipsicóticos e o subsequente processo de desinstitucionalização resultaram num deslocamento relevante da assistência para o seio familiar e para a comunidade. Atualmente, os serviços psiquiátricos dependem em grande parte das famílias para a implementação do tratamento. Reconhece-se que um trabalho de parceria e cooperação entre a equipa de saúde, o doente e o(s) seu(s) cuidadores é fundamental para atingir melhores resultados .

Se, por um lado, esta mudança de paradigma no seu tratamento e reabilitação poderá ter trazido às famílias benefícios, nomeadamente, a possibilidade de estarem mais próximas dos doentes e poderem, desta forma, cuidar dos seus familiares. Por outro lado, a passagem dos doentes para a comunidade, repercutiu-se em grandes custos nas famílias, quantificáveis em dinheiro, tempo e oportunidades perdidas, assim como na saúde e na qualidade de vida (FAZENDA, 2008; VIDEBACK, 2012).

No que respeita ao fenómeno da recaída¹, como já fizemos referência atrás, este caracteriza-se pelo agravamento do quadro clínico que leva à reintrodução da terapêutica medicamentosa ou a alteração significativa da terapêutica instituída. Estima-se que a taxa de recaída em doentes esquizofrénicos não tratados, no prazo de um ano, atinge os 90%, situando-se nos 26% em doentes sob medicação antipsicótica. Os principais fatores que levam a uma recaída são o abandono da terapêutica (devido a ideias negativas acerca do

¹ O conceito de recidiva deve ser usado com extremo cuidado, sendo preferível usar o conceito de recaída uma vez que os critérios de cura para a esquizofrenia são discutíveis. A recidiva refere-se ao reaparecimento duma determinada doença após um período, mais ou menos longo, em que essa doença foi considerada como curada (MATOS, BRAGANÇA e SOUSA, 2003).

tratamento e aos efeitos secundários difíceis de tolerar), abuso de bebidas alcoólicas ou de drogas ilícitas, negação da doença e um escasso suporte sociofamiliar (MATOS, BRAGANÇA e SOUSA, 2003; VIDEBECK, 2012; SADOCK e SADOCK, 2012).

De acordo com o II Volume do Plano Nacional de Saúde para 2004 – 2010 (PNS 2004 – 2010) consagrado às “Orientações Estratégicas”, o capítulo referente à Saúde Mental e doenças psiquiátricas começa por constatar que a informação sobre doenças mentais é limitada. No entanto, estima-se que a prevalência de perturbações psiquiátricas na população geral ronde os 30%, sendo aproximadamente de 12% a de perturbações psiquiátricas graves, embora não existam dados de morbilidade psiquiátrica, de abrangência nacional, que permitam uma melhor caracterização do país, contudo mais de três milhões de portugueses sofrem de perturbações psiquiátricas (HELDER, 2010; RCNRSSM, 2007; DGS, 2004)

No Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, é referido que “pelo menos 5 a 8% da população sofre de uma perturbação psiquiátrica de certa gravidade em cada ano” (RCNRSSM, 2007, p. 49).

Segundo o PNS 2004-2010 (DGS, 2004, p. 83), no Censo Psiquiátrico de 2001, as Esquizofrenias foram, no conjunto dos internamentos, das consultas e das urgências, as patologias mais frequentes (21,2%), sendo a principal causa de internamento (36,2%) e a terceira nas consultas (12,4%). A demora média dos internamentos com diagnóstico de Esquizofrenia foi, no ano de 2002, de 35,4 dias (sendo a demora média global dos internamentos psiquiátricos de 20,0 dias). Os resultados deste censo apontam ainda para uma predominância de esquizofrenia no internamento, sendo de referir que os dados apresentados são relativos à prevalência tratada, ficando muito por saber sobre as pessoas que não contactam os serviços públicos.

1.4. QUALIDADE DE VIDA NA ESQUIZOFRENIA

A qualidade de vida é um constructo multidimensional que procura atender a uma perspetiva holística sobre a natureza bio-psico-social-cultural e espiritual do ser humano e que pretende traduzir o grau de satisfação com o seu funcionamento físico, psicológico e social. É difícil de avaliar pois há numerosas variáveis importantes como o estado de saúde, as condições de habitação, o acesso à prática desportiva ou a manifestações culturais, a satisfação profissional, a ocupação dos tempos livres, a rede social de apoio, a poluição ambiental, etc.

Na avaliação da QdV, a OMS desempenhou um papel importante na unificação do conceito, definindo-o como "a percepção que o indivíduo tem a respeito da sua própria vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está incluído e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL Group, 1994, p. 28, apud VAZ-SERRA, 2010). Procurou inclusive conceber um instrumento fiável que não só avaliasse a QdV, mas igualmente pudesse ser utilizado em qualquer país, ultrapassando barreiras transculturais.

A propósito dos doentes esquizofrénicos Lehman, Mand e Linn (1983, apud VAZ-SERRA, 2010) duvidaram da possibilidade de estes poderem avaliar a sua QdV. No entanto, comprovaram que existe uma fiabilidade e uma validade aceitável na avaliação da QdV de doentes esquizofrénicos estabilizados. A QdV é aceite como resultante de uma avaliação subjetiva, a lógica indica que o ponto de vista do doente deve ser aceite como válido. A doença psiquiátrica afeta a QdV mas "não a distorce" ou torna a avaliação inválida. O pensamento delirante de um esquizofrénico pode afetar a sua avaliação da QdV, mas as crenças, que podem ser bizarras tendo em conta certos padrões, não podem ser negadas sobre a sua influência na QdV. Só mais investigação feita com cidadãos em fases diferentes da sua doença podem esclarecer tais dúvidas, contudo assume-se que quando estáveis, são capazes de exprimir o que sentem, incluindo os seus próprios défices, tornando possível reunir dados estatisticamente fiáveis sobre a sua QdV. No caso da esquizofrenia, a qualidade de vida está obviamente comprometida quer pelo recurso a terapêuticas crónicas não desprovidas de efeitos laterais quer pelas manifestações próprias da doença que levam ao isolamento social, a reformas precoces, à escassez dos contactos e das trocas afetivas e, muitas vezes, a internamentos prolongados.

Numa revisão de estudos sobre a QdV de doentes esquizofrénicos, BOBES e GARCÍA-PORTILLA (2006, apud VAZ-SERRA e LEITÃO, 2010) mencionam que se têm encontrado os seguintes resultados: a QdV de doentes esquizofrénicos é pior do que a da população em geral e a de muitos doentes com doença física; os jovens, as mulheres, as pessoas casadas e os indivíduos com um grau de instrução pobre referem uma melhor QdV; quanto maior é o número de anos de doença, pior é a QdV do indivíduo; a psicopatologia, especialmente os sintomas negativos e depressivos, correlacionam-se negativamente com a QdV; um número reduzido de efeitos secundários dos medicamentos e a combinação de um tratamento psicofarmacológico com outro psicoterapêutico melhoram a QdV; os doentes integrados em programas de apoio comunitário têm uma melhor QdV do que os aqueles que estão institucionalizados.

VAZ-SERRA e LEITÃO (2010), com o intuito de proceder à caracterização da QdV em pessoas com esquizofrenia verificaram que: 1) a QdV dos doentes esquizofrénicos é pior do que aquela que se verifica nos indivíduos normais; 2) apesar de todos os doentes obterem cuidados de saúde, há muitos que, mesmo medicados, mantêm alguma psicopatologia remanescente e, por sua vez, esta contribui para piorar a sua QdV; 3) os doentes residentes há longos anos num hospital psiquiátrico são aqueles que revelam uma QdV pior, apesar de terem alojamento, receberem medicação e terem um contacto mais próximo e intenso com enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde. Este facto levanta o desafio: será que, aparentemente, têm "tudo de que precisam", o que há a fazer para que a sua QdV melhore?

Verifica-se hoje a crescente (e quase forçada) inclusão de doentes institucionalizados há longos anos na comunidade. O regresso à comunidade poderá proporcionar a estes uma adaptação complexa. Há incapacidades criadas pelas próprias doenças psiquiátricas, a que se devem somar as consequências nefastas de terem recebido cuidados demasiado prolongados em instituições, nomeadamente: a perda de autonomia para o desempenho das atividades básicas, instrumentais e complexas da vida diária; as atitudes de estigmatização manifestadas pela comunidade. Estas são na nossa opinião as tarefas mais difíceis e colocam um desafio às estruturas de saúde mental, de forma a serem conduzidas com êxito, respeitando o bem-estar e a dignidade a que a pessoa com doença mental tem direito.

2. O TRATAMENTO INTEGRADO E O PROCESSO DE REABILITAÇÃO

Como já referimos, a esquizofrenia representa a doença psiquiátrica mais grave e incapacitante que se conhece. O seu tratamento costuma ser um desafio não só devido à sua gravidade e complexidade, mas também pela necessidade de usar recursos terapêuticos que integrem aspetos biológicos e psicossociais. É hoje um dado consensual a necessidade de abordagens integradas para intervir junto da pessoa com doença mental grave, nomeadamente com esquizofrenia, que incluam “tratamentos biológicos e estratégias psicossociais focalizadas no doente e na família” (GONÇALVES-PEREIRA [et al.], 2006, p. 2).

O modelo exclusivamente médico no tratamento e na reabilitação dos doentes esquizofrénicos deixou de prevalecer na atualidade. Este levou à excessiva institucionalização dos doentes, com repercussões negativas no seu prognóstico, pelo que a criação de equipas abertas, flexíveis e multidisciplinares se tornou o modelo mais indicado (BAHLS E ZACAR, 2006; CORDÁS, 2008). Estas equipas deverão incluir médicos, enfermeiros especialistas em saúde mental, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais devidamente especializados, com limites de atuação bem definidos para os diferentes profissionais, com objetivos comuns e uma estrutura estável e horizontal (DOWD e JANICACK, 2009). Deste modo, é possível atuar nas diversas fases do processo terapêutico (do diagnóstico precoce ao tratamento e da prevenção da recaída à reabilitação psicossocial) através de uma abordagem compreensiva e transdisciplinar.

No que diz respeito especificamente à esquizofrenia, a OMS (2002, p. 68), recomenda que o tratamento deverá englobar três componentes principais: 1) “a medicação para aliviar os sintomas e evitar a recaída”; 2) a “educação e [as] intervenções psicossociais [que] ajudam os doentes e os seus familiares a enfrentar a doença e as suas complicações, bem como a evitar recaídas”; 3) “reabilitação que ajuda os doentes a reintegrarem-se na comunidade e a recuperar o funcionamento educacional e ocupacional”.

Em síntese, é da integração das diferentes opções de intervenção existentes, que envolvem não só diferentes técnicos de saúde (psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, entre outros), como as múltiplas estruturas de apoio disponíveis (familiares, sociais, e comunitárias), que vão surgir as alternativas de tratamento acessíveis aos doentes nos diferentes contextos em que vivem.

No entanto, os programas integrados, ainda não são uma realidade para todos aqueles que deles necessitam. Torna-se, então, fundamental olharmos para as políticas de saúde mental que acompanharam a desinstitucionalização e, mais especificamente, realizarmos um ponto de situação do que se passa, a este nível, em Portugal.

Segundo o Plano Nacional de Saúde para 2004-2010 (DGS, 2004), em Portugal:

1. observa-se uma insuficiência de cuidados de reabilitação nos serviços locais de Saúde Mental, nomeadamente de “unidades de reabilitação para aquisição de competências sociais, programas psicoeducacionais para doentes e familiares, unidades de vida para doentes crónicos mais dependentes e serviços de apoio domiciliário” (p. 46);

2. no âmbito das intervenções necessárias e objetivos estratégicos, é necessário melhorar as respostas disponíveis para a Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas; conforme se pode ler, “estas doenças de evolução crónica com episódios agudos exigem respostas diversificadas, nomeadamente de diagnóstico e intervenção precoces, de reabilitação psiquiátrica e de unidades especializadas” (p. 49).

De acordo com o Relatório sobre a “Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental: Situação atual e recomendações” (DGS, 2005, p. 5) no qual foi realizado um balanço dos desenvolvimentos realizados na área da reabilitação e integração das pessoas com doença mental, é referido que:

ainda existem várias lacunas no apoio prestado às pessoas com problemas de saúde mental, tanto em relação à perspetiva adotada nos programas de reabilitação dessas estruturas, a questões estruturais (espaços adequados e acessíveis) e contexto (intramuros/comunidade) como de localização (concentração nos grandes centros urbanos) e de capacidade (reduzida face às necessidades da população).

Segundo o II Volume do Plano Nacional de Saúde para 2004–2010 consagrado às “Orientações Estratégicas” (DGS, 2004, p. 86) é salientado que:

existem doentes em risco de institucionalização, devido ao facto de medidas e recursos para uma alternativa à hospitalização serem ainda insuficientes (...) Observa-se 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.

Finalmente, no Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (RCNRSSM, 2007, p. 18), é referido que na área de cuidados prestados a doentes com esquizofrenia, “estudos de avaliação de necessidades (Xavier, 2002; Kovess, 2006), em que Portugal esteve envolvido, demonstraram a existência de uma cobertura clínica semelhante às dos restantes países europeus, mas de um grau muito mais elevado de necessidades não cobertas nas áreas de intervenção psicossocial”.

3. A ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

A Enfermagem é simultaneamente a ciência e a arte dedicada aos fatores físicos, psicológicos, sociais, ambientais, culturais e espirituais que fazem o ser humano responder de determinada forma aos processos de saúde e doença. Como ciência, a enfermagem baseia-se numa estrutura teórica ampla; como arte, expressa-se nas competências de cuidar próprias dos enfermeiros (DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2010).

Os modelos conceptuais de enfermagem são marcos de referência dentro dos quais são descritos os indivíduos, o ambiente em que vivem, o seu estado de saúde e explicam a natureza das intervenções de enfermagem que são implementadas para produzir determinados ganhos em saúde em função dos diagnósticos avaliados por estes profissionais (STUART, 2009).

Partilhamos da opinião de STUART (2009), ao afirmar que o EESMP pode melhorar a sua prática se as suas ações forem orientadas por um modelo de assistência de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica abrangente, holístico e relevante para as necessidades dos indivíduos, das famílias, dos grupos e das comunidades.

Neste sentido optámos pelo Modelo de Adaptação ao Stresse de STUART (STUART e LARAIA, 2001; STUART, 2009), desenvolvido originalmente por STUART na década de 80, e que tem vindo a ser revisto e ampliado até hoje, promovendo, através da sua implementação uma explicitação clara e completa do conteúdo, dos contextos e do processo assistencial da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica contemporânea.

Iremos deter-nos agora nos elementos fundamentais do Modelo de Adaptação ao Stresse de STUART (MASS) que na nossa perspetiva permitirão contextualizar a nossa intervenção, numa perspetiva única que é a da disciplina de Enfermagem face às demais áreas científicas que poderão concorrer na assistência ao doente psiquiátrico.

O MASS pressupõe que a natureza se organiza como uma hierarquia social (da célula à biosfera) e que a assistência de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é desenvolvida junto desta através de um processo de enfermagem humanizado e idiossincrático que acontece num determinado contexto biológico, psicológico, sociocultural e ético-legal. Este contexto mobiliza na assistência de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica um alargado campo de saber que o enfermeiro procura nas Ciências de Enfermagem em particular, para além dos subsídios que encontra no conhecimento produzido pelas Neurociências, Psicologia, Medicina, Sociologia, Antropologia, Economia entre

outras, com o intuito de prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando os diferentes contextos e as dinâmicas individual, familiar de grupo ou comunitárias, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (STUART e LARAIA, 2001; STUART, 2009; ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Para STUART (2009) a disciplina de Enfermagem interessa-se assim por vários fenômenos que orientam a abordagem do indivíduo/família/comunidade, identificando, compreendendo e avaliando: 1) os fatores predisponentes ou de risco (biológicos, psicológicos e socioculturais) que influenciam tanto o tipo quanto a quantidade de recursos que o indivíduo é capaz de usar para gerir determinadas situações de tensão ou stresse; 2) os fatores ou stressores desencadeantes, interpretados como estímulos percebidos pelo indivíduo como difíceis, perigosos ou desafiadores e que exigem energia excessiva para garantir o seu ajustamento; 3) o conjunto de stressores, que nas suas dimensões cognitiva, afetiva, fisiológica, comportamental e social, assume uma determinada intensidade e importância, interferindo no bem-estar do indivíduo; 4) os recursos de adaptação que consistem nas opções e estratégias de ajustamento do indivíduo (convicções positivas, habilidades para a solução de problemas, habilidades sociais, recursos sociais e materiais, bem-estar físico, energia); 5) os mecanismos de adaptação ou de coping (construtivos ou destrutivos) entendidos como qualquer tipo de esforço desenvolvido para o controlo da situação stressante, incluindo os mecanismos de defesa do ego utilizados para se proteger; 6) o continuum de respostas adaptativas ou não adaptativas quando se vivenciam fenômenos no processo (também continuum) de saúde/doença.

Estas respostas humanas consistem nos diagnósticos específicos e enunciados apenas pela disciplina de Enfermagem (independentemente da taxonomia utilizada). STUART (2009) elucida-nos de forma objetiva sobre esta especificidade, comparando a assistência de Enfermagem e a assistência Médica: os enfermeiros avaliam fatores de risco e investigam vulnerabilidades, enquanto os médicos avaliam estados patológicos e investigam as suas etiologias; os diagnósticos de enfermagem concentram-se no continuum de adaptação/desadaptação das respostas humanas no continuum saúde/doença, enquanto os diagnósticos médicos concentram-se nos problemas de saúde que eles próprios avaliam no continuum saúde/doença; a intervenção de enfermagem oferece cuidados (de enfermagem) integrais dirigidos às várias componentes biopsicossociais já descritas, enquanto a intervenção médica oferece tratamentos preferencialmente dirigidos à cura da doença.

Para STUART (2009) este processo de enfermagem decorre num determinado setting terapêutico em quatro estádios de intervenção que se distinguem por um objetivo geral, um foco de avaliação, um programa de intervenção e um resultado geral esperado (ganho em saúde), que são específicos da disciplina de Enfermagem.

O nosso ensino clínico decorreu naquele a que STUART (2009) situa o processo de reabilitação psicossocial, nomeadamente o estádio de manutenção do tratamento que tem como objetivo geral da enfermagem a recuperação global do indivíduo, sendo a avaliação e a intervenção da enfermagem dirigida para o reforço das respostas adaptativas do indivíduo; o resultado global esperado dos cuidados de enfermagem assenta por sua vez na melhoria no funcionamento global do indivíduo.

Parece-nos assim possível implementar o processo de enfermagem a partir das respostas adaptadas/desadaptadas tendo por base o MASS, independentemente do diagnóstico médico que sinaliza a presença de uma doença psiquiátrica. Este é um aspeto importante do MASS, porque sugere que o EESMP pode promover as respostas adaptativas dos indivíduos, não importando o seu estado de saúde ou de doença, mas apenas os padrões de respostas humanas que se vão produzindo nesse continuum.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO EESMP

Na Assembleia Geral de 29 de maio de 2010 da Ordem dos Enfermeiros, são aprovados pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica o *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*¹ e o *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*², sendo posteriormente publicado a 18 de fevereiro de 2011. A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possua um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde dos grupos-alvo a quem presta cuidados e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.

Estes documentos são de extrema importância para a profissão de enfermagem na medida em que se constituem quer como instrumentos reguladores para a certificação das competências (comuns e específicas), quer como um meio de comunicar aos cidadãos o

¹ Regulamento n.º 122/2011, Diário da República, 2.ª série, N.º 35, publicado a 18 de fevereiro, p. 8648-8653.

² Regulamento n.º 129/2011, Diário da República, 2.ª série, N.º 35, publicado a 18 de fevereiro, p. 8669- 8673.

que podem esperar efetivamente do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

Nestes diplomas o Enfermeiro Especialista é definido como o profissional de enfermagem com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista salienta que independentemente da sua área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas *competências comuns*, transversais na sua atuação em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (primários, secundários ou terciários), demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. Por sua vez, as *competências específicas*, são aquelas que são emanadas pelas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. Este regulamento refere ainda outra categoria de competências as quais designa por *competências acrescidas*, e que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios quer da disciplina de Enfermagem, quer de disciplinas relacionadas.

No que respeita às *competências comuns* são definidos quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que se refere ao perfil de *competências específicas* do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, este é definido legalmente, da seguinte forma¹:

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;

¹Regulamento n.º 129/2011, Diário da República, 2.ª série, N.º 35, publicado a 18 de fevereiro, p. 8669- 8673.

- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto:
- d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

3.2. CUIDAR DA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA EM PROCESSO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

O MASS enquadra o papel que a disciplina de Enfermagem desempenha, especificando, através da aplicação do processo de enfermagem, o objetivo geral, os focos de avaliação, os programas de intervenção e os resultados gerais esperados (ganhos em saúde, sensíveis às intervenções de enfermagem), aos quais já no detemos atrás, evocando aqui apenas a designação dos estádios onde se contextualiza o processo de reabilitação psicossocial da pessoa com esquizofrenia: estágio de manutenção do tratamento; estágio de promoção da saúde (STUART, 2009).

A Enfermagem de Saúde Mental no âmbito da reabilitação psicossocial deve assim envolver-se na prestação de cuidados de que permitam a manutenção e o desenvolvimento da funcionalidade e o treino da autonomia existentes, proporcionando melhor qualidade de vida e promovendo a integração sócio-ocupacional tendo como meta, sempre que possível, a reintegração familiar e comunitária dos indivíduos que deles beneficiem (STUART, 2009; SEQUEIRA, 2006; AMARAL, 2010; Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de janeiro).

Adiante debruçamo-nos sobre a especificidade das intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, apresentando-as de acordo com as várias etapas do processo de enfermagem¹, colocando em evidência os elementos que constituem parte importante dos cuidados de enfermagem comumente prestados ao indivíduo com esquizofrenia, em processo de reabilitação psicossocial, nomeadamente:

- 1) as estratégias usadas no âmbito da avaliação inicial de enfermagem para permitir ao enfermeiro enunciar os diagnósticos de enfermagem apropriados e estabelecer o perfil de cuidados de enfermagem que deverão ser assegurados à pessoa com esquizofrenia nesta etapa do tratamento;
- 2) os diagnósticos de enfermagem enunciados na literatura, na perspetiva de AMARAL (2010), SEQUEIRA (2006), TOWNSEND (2010) e STUART (2009), utilizando a taxonomia CIPE 1.0 (ICN, 2006);
- 3) as intervenções de Enfermagem a prescrever e implementar em função dos diagnósticos de enfermagem identificados, na perspetiva de AMARAL (2010), SEQUEIRA (2006), TOWNSEND (2010) e STUART (2009), utilizando as taxonomias CIPE 1.0 (ICN, 2006) e NIC 5th (BULECHEK, BUTCHER e DOCHTERMAN, 2010);
- 4) os resultados de enfermagem recomendados para monitorizar os ganhos em saúde sensíveis às intervenções de enfermagem utilizando a taxonomia NOC 4th (MOORHEAD [et al], 2010) para a sua designação e caracterização do respetivo domínio, na perspetiva de JOHNSON [et al.] (2009).

3.2.1. Avaliação inicial

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EESMP (Regulamento n.º 129/2011, Diário da República, 2.ª série, N.º 35, publicado a 18 de fevereiro), este recolhe a informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos doentes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental.

Este processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnicas de entrevista e de avaliação psicométrica, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do doente e

¹ Atualmente, o processo de enfermagem em Portugal faz parte dos currículos académicos de Enfermagem, está incorporado à definição legal da profissão e está incluído até na definição das competências gerais e específicas dos enfermeiros especialistas, recentemente legisladas.

dos sistemas relevantes. Estes requisitos permitem ao EESMP: 1) executar uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do doente; 2) executar uma avaliação das capacidades internas do doente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental; 3) avaliar o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do doente, com ênfase na sua funcionalidade e autonomia.

Por meio da observação e da entrevista com o doente e com pessoas significativas, o enfermeiro investiga toda a história de saúde e as respostas humanas vivenciadas no continuum saúde-doença, incluindo os exames físico e psíquico detalhados. Para facilitar e sistematizar a recolha de dados poderá socorrer-se de um formulário semelhante ao que desenvolvemos no nosso estágio (ver Anexo 2).

3.2.2. Diagnósticos de enfermagem

Depois de proceder à sistematização e análise dos dados, o EESMP determina o diagnóstico de saúde mental. O processo de diagnóstico exige integração e interpretação dos diversos dados, diagnóstico diferencial, bem como pensamento crítico¹. O objetivo desta etapa é tirar conclusões quanto às respostas humanas relevantes e específicas do cliente (indivíduo/família/grupo/comunidade), de modo que possa ser planeada e prestada uma assistência eficaz face aos problemas e necessidades encontradas. O produto final é uma lista dos diagnósticos de enfermagem, priorizados em função do grau de ameaça ao nível de bem-estar do cliente, proporcionando um foco central para as etapas subsequentes, que associa as suas necessidades específicas aos fatores de risco ou relacionados (etiologia) e as características definidoras (ou evidências), quando são pertinentes.

As respostas humanas (adaptativas ou não), necessidades ou problemas de enfermagem, são classificados como um diagnóstico real (que efetivamente existe) e potencial ou de risco (que pode desenvolver-se em vista da vulnerabilidade presente). A utilização de terminologia padronizada, a NANDA-I® ou a CIPE®, proporciona aos enfermeiros

¹ Esta competência do EESMP é operacionalizada no Regulamento n.º 122/2011 (Diário da República, 2.ª série, N.º 35, publicado a 18 de fevereiro), através de 9 critérios: 1) identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental; 2) avalia o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stress e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar; 3) identifica apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais e problemas de saúde relacionados; 4) diferencia os estados fisiológicos, as perturbações orgânicas ou restantes problemas do doente, das alterações específicas associadas a problemas de saúde mental, doenças psiquiátricas ou alterações relacionadas com tratamentos; 5) diferencia exacerbação e recorrência de uma perturbação psiquiátrica, de sinais e sintomas de um novo problema de saúde ou nova doença; 6) identifica complicações que frequentemente decorrem dos problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas, incluindo problemas de saúde física; 7) avalia e deteta situações de emergência psiquiátrica, e o seu nível de risco com vista à intervenção de emergência; 8) avalia o potencial de abuso, negligência e risco para o próprio e os outros, nomeadamente relativo a suicídio, homicídio, e outros comportamentos auto destrutivos, de forma a ajudar os doentes e famílias a assegurar um ambiente o menos restritivo possível que garanta a segurança para o doente e terceiros; 9) aplica sistemas de taxonomia estandardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros.

uma linguagem comum que permite a identificação clara e objetiva das necessidades do cliente (pessoa, família, grupo ou comunidade). Além disso, a utilização dos termos padronizados de diagnóstico de enfermagem também facilita a identificação das metas apropriadas, assegura a precisão das informações, ajuda a desenvolver protocolos para a prática de enfermagem, estabelece uma base para a melhoria da qualidade e facilita a investigação que dá suporte às práticas de enfermagem baseadas na evidência (CULLUM [et al], 2010; PEARSON, FIELD e JORDAN, 2008).

Os diagnósticos de enfermagem comuns à maioria dos indivíduos com esquizofrenia nesta fase do seu tratamento e que serão alvo de intervenções de enfermagem especializadas e integrais, no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, são apresentados sumariamente no **Quadro 1**, que se segue, correlacionados com a apresentação clínica da doença nas suas 5 dimensões, na perspectiva de SILVEIRA e NÓBREGA (2012), segundo TOWNSEND (2010) e STUART (2009), utilizando a taxonomia CIPE 1.0 (ICN, 2006) para a sua enunciação, propostos por AMARAL (2010) e SEQUEIRA (2006).

Quadro 1 – Diagnósticos de Enfermagem comuns ao indivíduo com esquizofrenia em processo de reabilitação psicossocial correlacionados com a apresentação clínica nas 5 dimensões do processo de adoecer.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Dimensão Positiva	
Alucinações Delírios Desagregação do pensamento Catatonia Comportamento bizarro Perturbações formais do pensamento	Alucinação Delírio Ansiedade
Dimensão Negativa	
Alogia Embotamento afetivo Apatia Abulia Avolia Anedonia Falta de espontaneidade Pensamento estereotipado Hipoprosexia	Comportamento interativo comprometido Autocuidado (especificar) dependente
Dimensão Afetiva (humor)	
Disforia, Depressão Oscilações hipertímicas Desmoralização crónica Incontinência emocional	Autoestima diminuída Coping ineficaz Tristeza (atual)

APRESENTAÇÃO CLÍNICA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Dimensão Cognitiva	
Problemas em estabelecer e manter objetivos Problemas em manter e focar a atenção Prejuízo na fluência verbal Dificuldade na resolução de problemas Prejuízo na memória verbal e visual Ausência de insight	Aceitação do estado de saúde comprometida Capacidade para manter a saúde comprometida Cognição/Memória comprometida Conhecimento [sobre Processo de doença/ Cuidados na doença/Tratamento] não demonstrado
Dimensão comportamental excitatória/agressividade	
Auto e heteroagressividade Agitação psicomotora Hostilidade	Risco de comportamento autodestrutivo (suicídio)

No **Quadro 2** adiante exploram-se os critérios que os autores determinaram para cada um dos diagnósticos de enfermagem comuns ao indivíduo com esquizofrenia em processo de reabilitação psicossocial.

Quadro 2 – Critérios propostos para os diagnósticos de enfermagem comumente encontrados na pessoa com esquizofrenia, em processo de reabilitação psicossocial, correlacionados com as 5 dimensões do adoecer, segundo AMARAL (2010) e SEQUEIRA (2006).

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	Critérios adotados pelos autores [O critério 1) tem de estar sempre presente (critério determinante), acompanhado de pelo menos um dos restantes (critérios secundários)]
Dimensão Positiva e Psicomotora	
Alucinação	1) interação consistente com estímulos sensoriais inaparentes que poderá ser vivida como pouco perturbante (postura corporal retraída e tensão muscular; discurso com aumento de latência do tempo de resposta; olhar perplexo, vago ou fixo no vazio; contacto difícil) a fortemente descompensante (fácies aterrorizada; contacto impossível; pensamento perseverante; isolamento social; fuga sem motivo aparente).
Delírio	1) apresenta crença/ideia sobrevalorizada, incoerente com as evidências ou de conteúdo impossível, sistematizada ou não, mas que não cede à argumentação e é desadequada do meio sociocultural do indivíduo.
Dimensão Negativa	
Processo Social, Alterado	1) evita participar em atividades sociais (perda de interesse em atividades sociais); 2) sem pessoas significativas na sua vida (afeto/contacto: superficial ou indiferente); 3) alterações no desempenho das competências intrapessoais, interpessoais e profissionais.
Dimensão Afetiva (humor)	
Autoestima diminuída	1) expressa sentimentos de desvalorização pessoal; 2) verbalização negativa de autoaceitação; 3) verbalização negativa de autolimitação (não confia em si) 4) apresenta em duas avaliações com base na Escala de Autoestima de Rosenberg (pelo menos 1 semana de intervalo) uma diminuição do score total.
Tristeza (atual)	1) expressa sentimentos de tristeza, desalento e melancolia, associados a falta de energia vital, persistentes (em mais de 50% dos momentos de contacto).

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	Critérios adotados pelos autores [O critério 1) tem de estar sempre presente (critério determinante), acompanhado de pelo menos um dos restantes (critérios secundários)]
Dimensão Cognitiva	
Aceitação do estado de saúde comprometida	1) Reduz, evita ou repudia o conhecimento ou o significado do seu estado de saúde no sentido de minimizar a ansiedade ou conflito através de uma recusa inconsciente de aceitar pensamentos, sentimentos, desejos, impulsos ou factos externos que conscientemente, no aqui e agora, seriam intoleráveis.
Não adesão ao regime (plano de tratamento ou projeto terapêutico)	1) não segue as orientações, faz desvios ao seu plano de tratamento; 2) não inicia ações para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação; 3) não muda o comportamento para melhor; 4) não evidencia sinais de melhoria; 5) não está de acordo com o seu plano de tratamento ou projeto terapêutico.
Cognição comprometida	1) apresenta alterações em teste de rastreio da cognição (MoCA ou MMSE) em várias dimensões: atenção/concentração, orientação (no tempo, local e pessoa), percepção, pensamento, raciocínio, memória, linguagem e/ou funções executivas; 2) apresenta alterações (ambivalência, incapacidade...) em manter e abandonar ações tendo em conta o seu conhecimento e julgamento no processo de tomada de decisão (capacidade de escolher entre duas ou mais alternativas pela identificação da informação relevante, das consequências potenciais de cada alternativa, dos recursos de suporte e das contradições entre desejos, pesando e selecionando as alternativas; fazer escolhas que afetam o próprio ou terceiros).
Conhecimento [sobre Processo de doença/ Cuidados na doença/ Tratamento] não demonstrado	1) O indivíduo demonstra/verbaliza não possuir conhecimentos sobre o Processo de doença/ Cuidados na doença/Tratamento na doença
Dimensão comportamental excitatória/agressividade	
Risco de comportamento autodestrutivo	1) Apresenta risco de desempenhar atividades autoiniciadas com o objetivo de se agredir ou lesionar, para aliviar a ansiedade, a angústia, o sofrimento (de qualquer tipo) ou induzir a morte.

3.2.3. Planeamento das intervenções prescritas pelo EESMP

A enfermagem no decurso dos últimos anos alcançou uma evolução importante para fortalecer o seu agir profissional quer ao nível da sua formação de base superior, quer no que diz respeito à complexificação, dignificação e especialização dos enfermeiros no exercício das suas intervenções. A publicação do Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), pelo Decreto-lei. nº 191/96 de 4 de setembro de 1996, com referência aos princípios de atuação fundamentados numa moral de cooperação e respeito mútuos e a criação em 1998 da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 104/98 de 21 de abril), são marcos significativos e vinculativos para a consolidação da autonomia responsável da profissão de enfermagem.

O REPE descreve as intervenções dos enfermeiros como autónomas e interdependentes. Por intervenções autónomas são consideradas "as ações realizadas pelos enfermeiros [prescritas por estes], sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em

enfermagem." (REPE, 1996, p. 2961). Por intervenções interdependentes são consideradas "as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas". (REPE, 1996, p. 2961).

As intervenções de enfermagem são ações de cuidados diretos ou prescrições de comportamentos, tratamentos, atividades ou ações que ajudam o indivíduo a alcançar os resultados mensuráveis. As intervenções de enfermagem, assim como os diagnósticos de enfermagem, são componentes fundamentais do corpo de conhecimentos do enfermeiro e continuam a ser ampliadas à medida que a investigação clarifica a conexão entre as ações e os resultados (BULECHEK, BUTCHER e DOCHTERMAN, 2010).

Após proceder à avaliação inicial e à formulação dos diagnósticos em presença, o EESMP realiza e implementa um plano de cuidados individualizado ao doente, orientado para os resultados esperados (sensíveis às intervenções de enfermagem que prescreve) de forma a: aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; manter e promover a integração familiar, social e profissional, diminuindo a exclusão social; promover e reforçar as capacidades das famílias ou cuidadores de referência (Regulamento n.º 129/2011, Diário da República, 2.ª série, N.º 35, publicado a 18 de fevereiro, p. 8669- 8673).

O EESMP prescreve neste plano de cuidados intervenções de enfermagem especializadas baseadas na evidência disponível, de forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, tomando em consideração o ciclo vital e centrando a atenção nas respostas do doente a problemas de saúde, reais ou potenciais. O planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados é realizado em parceria com o doente, o(s)cuidador(es) principal(is) e a equipa de saúde, socorrendo-se da metodologia de gestão de caso e do papel enquanto terapeuta de referência para: 1) coordenar programas integrados de apoio específico às pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e suas famílias; 2) planear e desenvolver programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimento sócio-emocional, direcionados para áreas específicas que evitem a exposição e exclusão social inde-

pendentemente do contexto; 3) prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional¹, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitária, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (Regulamento n.º 129/2011, Diário da República, 2.ª série, N.º 35, publicado a 18 de fevereiro, p. 8669- 8673).

No **Quadro 3** explicitam-se as intervenções de enfermagem autónomas que os enfermeiros desenvolvem em função dos diagnósticos de enfermagem comumente encontrados na pessoa com esquizofrenia, em processo de reabilitação psicossocial, classificadas por domínio, classe, nível de formação e tempo de realização recomendado pela NIC 5th (BULECHEK, BUTCHER e DOCHTERMAN, 2010) e enunciadas através da CIPE 1.0 (2006), tal como proposto por AMARAL (2010), SEQUEIRA (2006), SILVEIRA e NÓBREGA (2012), STUART (2009) e TOWNSEND (2010).

¹ Em cada âmbito (psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional) o EESMP coordena, desenvolve e implementa em conformidade com o regulamento das suas competências específicas (Regulamento n.º 129/2011, Diário da República, 2.ª série, N.º 35, publicado a 18 de fevereiro, p. 8669- 8673): (1) processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do doente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao doente e à situação: a) implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições; b) utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas (que aumentam o “insight” do doente, permitindo elaborar novas razões para o problema; facilitam respostas adaptativas, permitindo recuperar a sua saúde mental; ajudam o doente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os déficits por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida; permitam ao doente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes); (2) programas de psicoeducação e treino em saúde mental: a) implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais (ensina os doentes, pessoas significativas e família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas); educa e ajuda o doente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas; presta apoio sistematizado às famílias de pessoas com doenças mentais graves e crónicas através de intervenções psicoeducativas uni e multifamiliares, incluindo a organização e condução de grupos psicoeducacionais para pessoas com doença mental e famílias; demonstra sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos tais como: sexualidade, abuso de substâncias, violência, comportamentos de risco e outros; analisa o impacto dos sinais e sintomas psiquiátricos na habilidade e disponibilidade para aprender e planeia abordagens de acordo com a situação; considera a disponibilidade para melhorar o auto cuidado e comportamentos de saúde quando se está a ensinar pessoas com problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas); (3) programas de reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais: a) implementa intervenções psicossociais estruturadas individualmente, em grupos ou comunidades visando a inserção familiar, social e profissional da pessoa com perturbação ou doença mental; b) implementa intervenções psicossociais de recrutamento e retenção ou reabilitação e regresso ao local de trabalho de pessoas em sofrimento ou com perturbação mental; c) envolve outros profissionais na definição de projetos que visem a reabilitação psicossocial da pessoa, contribuindo para melhorar os indicadores de morbilidade e mortalidade.

Quadro 3 – Intervenções de Enfermagem desenvolvidas em função dos diagnósticos de enfermagem comumente encontrados na pessoa com esquizofrenia, em processo de reabilitação psicossocial, classificadas por domínio, classe, nível de formação e tempo de realização recomendado pela NIC 5th (BULECHEK, BUTCHER e DOCHTERMAN, 2010) e enunciadas através da CIPE 1.0 (ICN, 2006).

DOMÍNIO	Classe	Formação	Tempo Recomendado	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
Fisiológico: complexo	Controlo de medicamentos	EG	16-30 min.	Gerir a medicação Monitorizar adesão à medicação Promover adesão ao regime medicamentoso
Segurança	Controlo do risco	EG	> 60 min.	Gerir a alucinação Gerir delírio Monitorizar Alucinação (Características: ausente, presente; tipo: cenestésicas, cinestésicas, tácteis, gustativas, olfativas, auditivas, visuais)
			31-45 min	Gerir a comunicação Gerir a segurança do ambiente Vigiar comportamento Autodestrutivo (Ausente, Presente; tipo: automutilação, tentativa de suicídio)
			16-30 min.	Informar médico assistente (de alucinação; de cognição comprometida; de comportamento autodestrutivo; de delírio; de tristeza...)
Comportamental	Educação do doente	EESMP	> 60 min.	Implementar programa de Psicoeducação (em grupo) Planear programa de Psicoeducação (em grupo)
		EG	> 60 min.	Ensinar sobre o processo da doença ¹
				Ensinar sobre os cuidados na doença ²
				Ensinar sobre regime terapêutico (tratamento farmacológico) ³
			46-60 min	Monitorizar conhecimento sobre processo de doença/cuidados na doença/tratamento
31-45 min	Ensinar hábitos de socialização			

¹ Temas a abordar: processo específico da doença (esquizofrenia); causas e fatores potenciadores; fatores de risco; impactos da doença; sinais e sintomas da doença; curso habitual do processo da doença; estratégias para minimizar a progressão da doença; complicações potenciais da doença; sinais e sintomas de complicações da doença; estratégias para prevenir complicações da doença; efeito psicossocial da doença sobre o indivíduo; efeito psicossocial da doença na família; benefícios do controlo da doença; grupos de apoio disponíveis; fontes de informação seguras e confiáveis sobre a doença.

² Temas a abordar: estratégias para evitar recaídas; prevenção e controlo de sintomas; regime de tratamento (farmacológico e não farmacológico); recursos disponíveis na CST para a gestão da doença.

³ Temas a abordar: esquema terapêutico instituído; efeitos terapêuticos da medicação; efeitos secundários da medicação; prevenção e controlo de efeitos secundários; preparação correta da medicação prescrita.

DOMÍNIO	Classe	Formação	Tempo Recomendado	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
	Promoção da adaptação	EESMP	46-60 min	Promover o autoconhecimento
		EG	46-60 min	Informar sobre o plano de cuidados
			31-45 min	Estimular hábitos de socialização Gerir o humor (ânimo, tristeza, disforia, euforia, mania) Monitorizar aceitação do estado de saúde Monitorizar bem-estar subjetivo Monitorizar qualidade de vida Orientar antecipadamente para prevenir o isolamento social Promover autoestima Vigiar a tristeza (Ausente, Presente)
			16-30 min	Apoiar a adaptação do doente Oferecer presença
	Promoção da comunicação	EESMP	> 60 min	Executar terapia [relação de ajuda]
		EG	31-45 min	Incentivar comportamento interativo Planear comportamento interativo Promover o comportamento interativo Promover a ludoterapia
			16-30 min	Escutar ativamente o doente
	Promoção do conforto psicológico	EG	31-45 min	Executar técnica para acalmar Executar técnica de distração
	Terapia cognitiva	EESMP	31-45 min	Executar técnica(s) de treino da memória Monitorizar memória (Instrumento: indicadores NOC 4th)
			16-30 min	Monitorizar cognição Monitorizar (processo de) tomada de decisão Planear técnicas de estimulação cognitiva Executar estimulação cognitiva Executar reestruturação cognitiva

DOMÍNIO	Classe	Formação	Tempo Recomendado	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
		EG	46-60 min	Determinar o conhecimento sobre o plano de cuidados do doente Registo de ações
			31-45 min	Monitorizar comportamento do doente (participação em atividades, socialização) Facilitar a aprendizagem
			< 16 min	Promover disposição para aprender
	Terapia Comportamental	EG	> 60 min	Executar treino de competências sociais
			46-60 min	Negociar a adesão ao plano de cuidados pelo doente
			31-45 min	Gerir (controlar) comportamento autodestrutivo Monitorizar envolvimento social Monitorizar comportamento interativo [competências sociais]
			< 16 min	Estabelecer limites

O EESMP prescreve intervenções de enfermagem especializadas tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar, de modo a que os indivíduos recuperem a saúde mental, consigam gerir o seu processo terapêutico previamente negociado, otimizem o seu processo de reabilitação psicossocial, recebam a educação e o treino em saúde mental para realizarem as suas capacidades, atingirem um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuírem para a sociedade em que se inserem. Estas intervenções centram-se essencialmente em 3 domínios, a saber:

1. Domínio fisiológico complexo – que englobam os cuidados que dão suporte à regulação homeostática, mais especificamente, as intervenções que visam facilitar os efeitos dos agentes farmacológicos utilizados no tratamento da esquizofrenia;
2. Domínio da Segurança – que englobam os cuidados que dão suporte à proteção contra danos (pessoais, sociais ou ambientais), mais especificamente, as intervenções para iniciar atividades de redução de riscos e manter a monitorização destes ao longo do tempo;
3. Domínio comportamental – que englobam os cuidados que dão suporte ao funcionamento psicossocial e agilizam mudanças no estilo de vida, nomeadamente: a) intervenções para facilitar a aprendizagem e a educação do doente e/ou significativos (psicoeducação); b) intervenções para auxiliar o outro a contar com os seus pontos positivos para adaptar-se a uma mudança de função ou a atingir um nível elevado de funcionamento (promoção da adaptação); c) intervenções para facilitar o envio e a receção de mensagens verbais e não verbais (promoção da comunicação); d) intervenções para promover o conforto através de técnicas psicológicas (promoção do conforto psicológico); e) intervenções para reforçar ou promover o funcionamento cognitivo desejável ou alterar aquele que é indesejável (terapia cognitiva); f) intervenções para reforçar ou promover o comportamento desejável ou alterar aquele que é indesejável (terapia comportamental).

É curioso constatar que o treino de competências sociais (intra e interpessoais e profissionais), apesar da sua complexidade, seja reconhecido pela NIC 5th (BULECHEK, BUTCHER e DOCHTERMAN, 2010), como uma intervenção cujo nível mínimo de formação para a sua implementação, seja a do enfermeiro generalista. Na nossa perspetiva a complexidade desta atividade e das múltiplas competências que mobiliza para a sua implementação deve ser desenvolvida pelo menos com a supervisão de um EESMP.

3.2.4. Avaliação dos resultados de enfermagem

Tal como mencionado no seu perfil de competências específicas, para que melhore continuamente a sua prática e a disciplina de enfermagem, na sua área de especialização, garantindo e otimizando a qualidade, a segurança e os ganhos de saúde daquele que cuida o EESMP: 1) identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos doentes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental; 2) compromete-se com a definição de indicadores sensíveis aos cuidados em saúde mental; 3) identifica, descreve e monitoriza os resultados clínicos individualizados para o doente e relacionados com o comportamento para determinar a efetividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental.

Este processo de avaliação consiste em determinar o progresso do cliente (indivíduo/família/comunidade) no sentido de alcançar os resultados esperados e monitorizar a resposta deste e/ou a eficácia das intervenções de enfermagem prescritas, com o propósito de modificar o plano de cuidados, sempre que necessário.

Para que tal aconteça, é necessário recorrer a um conjunto variado de conhecimentos e técnicas: a observação direta; entrevistas com o cliente e/ou com outras pessoas significativas; revisão do processo clínico do cliente.

A avaliação é um processo ininterrupto, em que se monitorizam constantemente as condições do cliente para determinar: a) a eficácia das ações de enfermagem, b) a necessidade de rever as intervenções, c) a identificação de novas necessidades, d) a necessidade de encaminhamento para outros recursos, e) a necessidade de reordenar as prioridades com o objetivo de adaptar-se às novas condições encontradas.

A comparação dos resultados gerais e a observação da eficácia das intervenções específicas são os componentes clínicos da avaliação, que pode transformar-se na base das investigações das práticas baseadas em evidência, sendo fundamental para o aperfeiçoamento dos padrões da prática e para o estabelecimento dos protocolos, das normas e dos procedimentos necessários à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade em determinada situação ou contexto.

PARTE II

CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

4. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO ONDE DECORREU O ESTÁGIO

O contexto escolhido para o desenvolvimento da intervenção referida é a Casa de Saúde do Telhal (CST). Esta instituição psiquiátrica, fundada em 1893, pertence à Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, dependendo jurídica e administrativamente do Instituto S. João de Deus, Instituição Particular de Solidariedade Social.

A CST oferece respostas no âmbito da Saúde Mental a vários níveis de intervenção nomeadamente: internamentos de curta, média e longa duração; clínica de psiquiatria para situações aguda; psicogeriatrics e gerontopsiquiatria; alcoologia; reabilitação psicossocial; consultas externas de psiquiatria, pedopsiquiatria, alcoologia, neurologia, clínica geral, medicina dentária, oftalmologia, psicologia, psicoterapia e terapia familiar. A instituição não tem serviço de urgências de psiquiatria, pelo que todos os internamentos, quando há vagas, são triados através do serviço de consultas externas. Os Serviços de Reabilitação apoiados por uma equipa multidisciplinar de reabilitação estão organizados em duas vertentes: ocupacional e residencial.

De acordo com reunião efetuada com a Diretora de Enfermagem da CST, conciliando os nossos objetivos académicos com os da instituição, foi selecionado um Serviço de Reabilitação, a Unidade de Reabilitação Irmão Cândido (URIC). Esta estrutura multidisciplinar tem por finalidade proporcionar cuidados continuados integrados de saúde mental que permitam a manutenção e o desenvolvimento das competências (básicas, instrumentais e complexas da vida diária) de 22 doentes do género masculino (com moderado grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizados, impossibilitados de ser tratados no domicílio por ausência de suporte familiar ou social adequado) proporcionando-lhe melhor qualidade de vida e promovendo a sua integração sócio-ocupacional.

Consideramos que a escolha deste contexto permitiu o desenvolvimento do projeto de estágio e o cumprimento de um itinerário pedagógico enriquecedor, dadas as características inovadoras da sua estratégia assistencial, bem como a supervisão do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria coordenador da URIC, indicado pela Direção

de Enfermagem da Casa de Saúde do Telhal, ex-aluno da Universidade de Évora e que conhece as dinâmicas do processo ensino-aprendizagem que a componente prática do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria exige.

Neste ponto é importante fazer referência ao papel essencial que os institutos Religiosos de S. João de Deus e das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus têm desempenhado na assistência Psiquiátrica em Portugal. Para tal, socorremo-nos das referências feitas na publicação da DGS (2004) sobre a “Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental”:

Em Portugal, a atividade assistencial destas duas instituições concretiza-se em vários estabelecimentos hospitalares/centros assistenciais (obras apostólicas), seguindo as atuais linhas de orientação em Psiquiatria e Saúde Mental, resultando, nos centros dos institutos, um modelo de atuação hospital-comunitário integrado, articulado e interativo e onde uma filosofia e uma prática de reabilitação psicossocial são privilegiadas e foi pioneira, mantendo-se presente e ativa, conjugando, assim, prevenção terciária com a prevenção primária e secundária. Toda a ação assistencial, praticada por equipas multidisciplinares, assenta em planos de atividades com a respetiva avaliação (...) Os Institutos disponibilizam camas para doentes agudos e crónicos residentes, dando respostas totais, parciais e/ou supletivas. O último censo psiquiátrico (2001) registou mais de metade das camas psiquiátricas do País afetadas aos Institutos Religiosos (...) Os Institutos, com a sua história e experiência adquirida, procuram dar resposta às necessidades de cuidados, garantindo acessibilidade e continuidade de cuidados, assim como diversidade dos dispositivos assistenciais, necessitando que se estabeleça uma articulação formal e equilibrada com o SNS, naturalmente já legitimada pela qualidade assistencial prestada (p. 59-60).

5. METODOLOGIA

O estágio decorreu no *setting* já descrito, sendo que o período de ensino clínico no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria foi desenvolvido em 624 horas de trabalho, sendo 500 destas horas de contacto, distribuídas pela seguinte tipologia: 400 horas de Estágio, 20 horas de Orientação Tutorial e 80 horas de atividades de pesquisa, leitura e reflexão de natureza individual. O cronograma das atividades desenvolvidas é apresentado no Anexo 1.

Atendendo a que o processo de enfermagem é usado há mais de 35 anos como uma abordagem sistemática à prática de enfermagem, consistindo num método eficiente e efetivo de organização do conhecimento de enfermagem e de tomada de decisões clínicas aquando da

prestação de cuidados, a metodologia desenvolvida seguiu as 5 etapas preconizadas pela maioria dos autores consultados (ACLEY e GAIL, 2011; CARPENITO-MOYET, 2009, 2011; DOENGENS e MOORHOUSE, 2010; STUART, 2009). Salienta-se ainda que estas etapas sucederam-se na prestação de cuidados como as de um ciclo de melhoria contínua e foram sustentadas sempre na relação enfermeiro-doente.

5.1. PROCEDIMENTO DE SELEÇÃO E REFERENCIAÇÃO DOS CASOS

Após a apresentação do nosso projeto de estágio, o EESMP que nos supervisionou selecionou e referenciou-nos um grupo de sete doentes da URIC, a quem prestámos cuidados especializados em função da idiossincrasia das suas problemáticas e das nossas necessidades de desenvolvimento profissional. Este processo de seleção e referenciação teve por base os critérios definidos *a priori* no nosso projeto de estágio, nomeadamente, doentes em processo de reabilitação psicossocial na URIC:

- 1) com o diagnóstico médico de qualquer um dos tipos de esquizofrenia de acordo com os critérios definidos pela CID-10 e/ou DSM-IV-TR;
- 2) com pelo menos um dos seguintes diagnósticos de enfermagem:
 - a) Aceitação do Estado de Saúde, Comprometida
 - b) Autoestima, Diminuída
 - c) Cognição, Comprometida
 - d) Alucinação, Atual
 - e) Delírio, Atual
 - f) Processo Social, Alterado
 - g) Conhecimento sobre Processo de doença/ Cuidados na doença/ Tratamento, Não Demonstrado
- 3) heterogéneos quanto ao nível de funcionamento social e cognitivo.

Após a avaliação inicial dos sete casos referenciados, aquando da elaboração dos respetivos planos de cuidados definimos que a prestação de cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiatria acontecesse formalmente estruturada em quatro programas centrais:

- 1) Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (CESMP): momentos de contacto individual em data agendada com o doente, com frequência pelo menos quinzenal;

- 2) Atelier de Estimulação Cognitiva (AEC): momentos de contacto organizados em sessões de estimulação cognitiva em grupo, agendadas com a disponibilidade deste, com frequência pelo menos semanal, perfazendo um total de não menos que 12 sessões;
- 3) Programa de Psicoeducação na Esquizofrenia “Saber+”: momentos de contacto organizados em sessões de psicoeducação em grupo, agendadas com a disponibilidade deste, com frequência pelo menos quinzenal, perfazendo um total de 8 sessões;
- 4) Programa de Desenvolvimento de Competências Intrapessoais (PDCIIP), Interpessoais e Profissionais: momentos de contacto organizados em sessões de treino de competências em grupo, agendadas com a disponibilidade deste, com frequência semanal, perfazendo um total de 8 sessões.

Nas intervenções desenvolvidas em grupo, coube ao nosso supervisor de estágio a seleção e a referenciação de mais casos de forma a serem criados grupos homogéneos no que respeita ao perfil de necessidades de cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiatria tendo por base os seguintes critérios:

- 1) para o “Atelier de Estimulação Cognitiva”: reabilitandos com o diagnóstico de enfermagem “Cognição, Comprometida” e “Processo social, alterado”;
- 2) para o Programa de Psicoeducação “Saber +”: reabilitandos com os diagnósticos de enfermagem “Aceitação do Estado de Saúde, Comprometida” e “Conhecimento sobre Processo de doença/ Cuidados na doença/ Tratamento, Não Demonstrado”;
- 3) Para o Programa de Desenvolvimento de Competências Intrapessoais, Interpessoais e Profissionais: reabilitandos com os diagnósticos de enfermagem “Processo Social, Alterado” e “Autoestima, diminuída”.

5.2. PROCEDIMENTO E INSTRUMENTOS PARA MONITORIZAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Partindo de uma avaliação global do que foi realizado nos vários momentos de contacto, deter-nos-emos a seguir nos indicadores e instrumentos que nos ajudaram a avaliar os resultados do grupo de doentes sensíveis às intervenções de enfermagem, que constituíram determinados ganhos em saúde e que se definiram como resultados de enfermagem.

A NOC 4th (MOORHEAD [et al], 2010, p. 37) determina que os resultados de enfermagem descrevem “os comportamentos ou perceções concretas de um indivíduo, família ou comunidade, que são medidas ao longo de um contínuo em resposta à(s) intervenção(ões) de

enfermagem”; a sua escolha deve refletir o conjunto de diagnósticos de enfermagem e não devem ser dirigidos para um diagnóstico específico ou fator(es) desencadeante(s). Dos resultados de enfermagem que a NOC 4th (MOORHEAD [et al], 2010) recomenda ao EESMP para monitorizar nos planos de cuidados que concebe e implementa, selecionámos aqueles que nos pareceram evidenciar os ganhos em saúde (ao nível da saúde fisiológica, psicossocial e percebida, do conhecimento e do comportamento em saúde) que resultaram das intervenções a que nos propusemos desenvolver.

No **Quadro 4** sistematizamos os resultados de enfermagem que selecionámos, agrupando-os pelos respetivos domínios e classes a que a NOC 4th (MOORHEAD [et al], 2010) faz referência, colocando em evidência a sensibilidade e abrangência que este tipo de metodologia de avaliação oferece ao EESMP, de forma a documentar os ganhos em saúde que consegue obter em virtude das suas intervenções. A escolha dos instrumentos teve por base alguns critérios: a sua adequação ao que pretendíamos avaliar face à especificidade da nossa população-alvo, a facilidade e rapidez de aplicação e a sua validação para a realidade portuguesa sempre que possível. A partir do quadro 4 elaborámos um protocolo de monitorização que apresentamos no Anexo 3.

Os resultados em que se utilizou o conjunto de indicadores sugeridos pela NOC 4th (MOORHEAD [et al], 2010) foram sempre tratados da mesma forma: recolha de informação através de técnicas de observação e/ou de entrevista aos reabilitandos ou outros técnicos; soma dos scores totais em função da escala de likert utilizada recomendada pela taxonomia; transformação dos totais numa escala de 1 a 20, para uniformizar e facilitar a sua leitura e proceder depois ao seu tratamento estatístico. Recorreu-se posteriormente ao *software* Excel© 2010 e SPSS© 19.0 para fazer todo o tratamento estatístico dos dados apresentados neste relatório.

Para a avaliação dos ganhos ao nível da Saúde Fisiológica, nomeadamente ao nível da neurocognição, selecionámos a versão portuguesa do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) validada por SIMÕES [et al] (2010). Este teste foi criado com o objetivo de superar algumas insuficiências do MMSE. É um instrumento útil de rastreio do deficit cognitivo uma vez que avalia 8 domínios de funcionamento cognitivo: atenção e concentração, funções executivas, memória, linguagem, capacidades visuais-construcionais, pensamento conceptual, cálculos e orientação. A pontuação total é 30 pontos e um valor total ≥ 26 é considerado normal, tendo-se mostrado útil também para avaliar o deficit cognitivo em pessoas com esquizofrenia (PREDA [et al], 2011).

Quadro 4 - Resultados de Enfermagem sugeridos pela NOC 4th (MOORHEAD [et al], 2010) e selecionados por nós para monitorizar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com esquizofrenia em processo de reabilitação psicossocial durante o ensino clínico.

DOMÍNIO	CLASSE	TIPO DE APRECIÇÃO	RESULTADO E INSTRUMENTOS DE MEDIDA	MOMENTOS P/ MONITORIZAÇÃO
Saúde Fisiológica	<i>Neurocognição</i>	Objetiva	Cognição (MoCA (Montreal Cognitive Assessment))	<i>Mi e Mf</i>
Saúde Psicossocial	<i>Adaptação psicossocial</i>	Objetiva	Aceitação do estado de saúde (Escala de Insight Marková e Berrios)	<i>Mi e Mf</i>
		Subjetiva	Aceitação do estado de Saúde (NOC 4th)	<i>M0, M2 e M4</i>
	<i>Bem-Estar Psicológico</i>	Objetiva	Autoestima (Escala de Autoestima de Rosenberg)	<i>Mi e Mf</i>
			Satisfação com a Vida (Escala de Satisfação com a Vida)	
		Subjetiva	Afetos Positivos e Negativos (PANAS)	
	<i>Interação social</i>	Objetiva	Motivação (Indicadores NOC 4th)	<i>M0, M2 e M4</i>
Subjetiva		Competências Intrapessoais, Interpessoais e Profissionais (QCIIP)	<i>Mi e Mf</i>	
Saúde Percebida	<i>Saúde e qualidade de vida</i>	Objetiva	Envolvimento social (Indicadores NOC 4th)	<i>M0, M2 e M4</i>
		Subjetiva	Qualidade de vida (WHOQOL-Bref)	<i>Mi e Mf</i>
			Satisfação do cliente com os aspetos técnicos dos cuidados (NOC 4th)	<i>Mf</i>
Satisfação do cliente com a comunicação (Indicadores NOC 4th)				
Satisfação do cliente como ensino (Indicadores NOC 4th)				
Conhecimento e comportamento em saúde	<i>Conhecimentos em saúde</i>	Subjetiva	Conhecimento – processo de doença (Objetivos específicos do S+)	<i>Mi e Mf</i>
			Conhecimento – cuidados na doença (Objetivos específicos do S+)	
			Conhecimento – tratamento (Objetivos específicos do S+)	
	<i>Comportamento em saúde</i>	Objetiva	Medication Adherence Rating Scale (MARS)	<i>Mi e Mf</i>

Para a avaliação dos ganhos ao nível da Saúde Psicossocial, monitorizámos vários resultados de enfermagem, a saber:

- A aceitação do estado de saúde através de 2 instrumentos:
 - A versão portuguesa da escala de insight Marková e Berrios – versão traduzida e adaptada à população portuguesa por VANELLI [et al] (2010) – é uma escala de autopreenchimento de fácil e rápida administração para avaliar o grau de insight em doentes psicóticos com aplicabilidade e fiabilidade satisfatórias¹; é constituída por 30 questões com resposta dicotómica (sim/não) que representam aspetos de *auto awareness*, de relevância para a doença do sujeito, perceção do ambiente envolvente e desejo de se compreender a situação atual; a cotação final está compreendida entre 0 e 30, não existindo um valor a partir do qual se considere a presença de insight (à medida que a pontuação aumenta, maior é o nível de insight);
 - Conjunto de indicadores sugeridos pela NOC 4th (MOORHEAD [et al], 2010) para o resultado “aceitação do estado de saúde”: selecionámos 6 indicadores e usámos os valores da escala para obter a cotação total dos comportamentos de aceitação do estado de saúde observados [(1) nunca demonstrado; (2) raramente demonstrado; (3) algumas vezes demonstrado; (4) frequentemente demonstrado; (5) consistentemente demonstrado];
- O bem-estar psicológico ou subjetivo (BES) através de 3 instrumentos:
 - Escala de Autoestima de Rosenberg – versão traduzida e adaptada à população portuguesa por SANTOS e MAIA (2003): trata-se também de uma escala de autopreenchimento de fácil e rápida administração para avaliar o nível da autoestima global de cada reabilitando²; é composta por 10 itens cuja pontuação obtém-se da soma dos valores de cada um; o valor obtido é relativo à autoestima global a varia entre 10 e 40 pontos; de referir, que quanto mais alta

¹ Os autores da escala original perspetivam o insight como uma subcategoria da consciencialização mais do que uma característica independente da perturbação psicótica, isto é, o doente apercebe-se não só da forma como é afetado pela doença mas também de como esta modifica as suas interações com o mundo. Os estudos realizados evidenciaram que a falta de insight tem consequências importantes na prática clínica. O baixo nível de insight em doentes psicóticos (sobretudo doentes esquizofrénicos) está associado a uma maior duração da psicose não tratada, escassa ou ausente adesão à terapêutica, maior disfunção profissional e redução das capacidades sociais. Desta forma, é importante ter instrumentos válidos que permitam uma avaliação fiável do nível de insight nas perturbações psicóticas, com o objetivo de desenvolver estratégias para melhorar o decurso da doença. (VANELLI [et al], 2010). A fim de avaliar a validade da referida escala foi recrutada um grupo de 83 doentes com psicose aos quais foi aplicada a versão portuguesa da escala. A aplicabilidade de 100% demonstra que a escala é facilmente compreendida pelo doente e, assim, fácil de administrar. Relativamente à fiabilidade, os resultados indicam que a consistência interna do teste é 0,80 ($\alpha = 0,80$). A fiabilidade do teste-reteste deste estudo para um intervalo de dois dias é satisfatória ($r = 0,78$; $p < 0,05$) e indica a estabilidade da resposta do doente durante este período (VANELLI [et al], 2010).

² É constituída por dez itens, dos quais cinco são positivos e cinco são negativos, distribuídos de forma aleatória; para cada afirmação existem quatro possibilidades de resposta: (1) Concordo completamente; (2) Concordo; (3) Discordo; (4) Discordo completamente; a pontuação das respostas varia de acordo com o facto de os itens se encontrarem ou não revertidos e cada item é cotado de 1 a 4, conforme a resposta do sujeito, posteriormente somam-se todas as cotações (SANTOS e MAIA, 2003).

for a pontuação, mais elevado será o nível da autoestima global de cada indivíduo e vice-versa.

- Satisfação com a Vida (Escala de Satisfação com a Vida) – versão traduzida e adaptada à população portuguesa por SIMÕES (1992): mede a componente cognitiva do constructo Bem-Estar Subjetivo e é um instrumento breve, de fácil compreensão, aplicação e cotação, e é suscetível de ser usado com adultos de todos os níveis etários e de diversos níveis culturais¹;
- Escalas de Afetos Positivos e Negativos (PANAS) – versão traduzida e adaptada à população portuguesa por SIMÕES (1993): mede a componente afetiva do bem-estar subjetivo, ou seja, a afetividade positiva (PA) e a afetividade negativa (NA), presentes no indivíduo; é composta de 11 itens para escala relativa aos PA e outros 11 para escala rela aos NA; para um alto nível de BES o valor de PA deve ser elevado, pelo contrário, o valor de NA deve ser baixo².
- A interação social através:
 - Do QCIIP³: a versão do QCIIP utilizada é semelhante à original (JARDIM, 2007) exceto em cinco itens cuja redação foi modificada no sentido dos itens serem aplicáveis à amostra estudada (itens 20, 23, 27, 32 e 73); é constituído por 73 itens que avaliam as competências intrapessoais, interpessoais e profissionais abordando seis dimensões: a cooperação (20 itens); a autorrealização (12 itens); a autoestima (14 itens); o suporte social (12 itens); a assertividade (8 itens) e a empatia (7 itens);
 - Do conjunto de indicadores sugeridos pela NOC 4th (MOORHEAD [et al], 2010) para o resultado “envolvimento social”: seleccionámos 6 indicadores e usámos os valores da escala para obter a cotação total dos comportamentos de

¹ É composta por 5 itens, para os quais são oferecidas cinco alternativas de resposta: (1) discordo muito; (2) discordo pouco; (3) não concordo, nem discordo; (4) concordo um pouco; e (5) concordo muito. Cada item é cotado de 1 a 5, conforme a resposta do sujeito, posteriormente somam-se todas as cotações. O somatório varia então entre o mínimo de 5 e o máximo de 25, quanto maior for o resultado, maior será o nível de satisfação com a vida por parte do sujeito (SIMÕES, 1992).

² A versão elaborada por Simões (1993) compõe-se de 11 itens para ambas as dimensões, tendo-se acrescentado um item a cada subescala, porque alguns itens originais não ficavam adequadamente traduzidos, em termos de conteúdo. De facto, a análise dos itens revelou que os itens que foram adicionados apresentam boas correlações item/total, melhores em vários casos que as dos itens originais. As PANAS possuem 5 alternativas de resposta: (1) muito pouco ou nada; (2) um pouco; (3) assim, assim; (4) muito; e (5) muitíssimo. Cada item é cotado de 1 a 5, conforme a resposta do sujeito, posteriormente somam-se para cada escala (PA e NA), todas as cotações. O somatório de cada escala variará então entre o mínimo de 11 e o máximo de 55. Quanto maior for o resultado da escala PA, maior será o nível de afetividade positiva presente no sujeito; por outro lado, quanto maior for o resultado da escala NA, maior será o nível de afetividade negativa presente no indivíduo (SIMÕES, 1993).

³ A versão original do QCIIP de Jardim e Pereira (2005, citado em JARDIM, 2007) avalia as competências intrapessoais, interpessoais e profissionais em estudantes do ensino superior. Os resultados apresentados pelos autores evidenciam uma boa consistência interna, surgindo valores de alpha superiores a 0,75 para cada uma das subescalas. Assim, para a cooperação verifica-se um valor de $\alpha=0,89$; para a autorrealização $\alpha=0,87$; autoestima $\alpha=0,89$; suporte social $\alpha=0,87$; assertividade $\alpha=0,84$ e para a empatia $\alpha=0,76$. No Score global é apresentado um $\alpha=0,95$. A escala de resposta aos 73 itens é uma escala tipo likert com 5 pontos, que oscilam entre Nunca e Sempre. Assim, a pontuação relativa às competências desenvolvidas pelos reabilitandos resulta da soma dos valores brutos dos itens que compõem cada dimensão.

envolvimento social observados [(1) nunca demonstrado; (2) raramente demonstrado; (3) algumas vezes demonstrado; (4) frequentemente demonstrado; (5) consistentemente demonstrado].

Para a avaliação dos ganhos ao nível da Saúde Percebida, monitorizámos os seguintes resultados de enfermagem:

- A qualidade de vida através do instrumento WHOQOL-Bref – versão traduzida e adaptada à população portuguesa por VAZ-SERRA [et al] (2010): integra 26 questões, as 2 primeiras sobre a satisfação com a qualidade de vida de um modo geral e outra com a própria saúde; as 24 restantes estão divididas pelos domínios físico (7 itens), psicológico (6 itens), social (3 itens) e meio ambiente (8 itens); sendo um instrumento que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para aquelas acometidas por situações clínicas pontuais ou doenças crónicas como a esquizofrenia; para a utilização deste instrumento procedeu-se ao pedido formal de autorização dos autores (conforme consta no Anexo 4);
- A satisfação com a assistência através do conjunto de indicadores sugeridos pela NOC 4th (MOORHEAD [et al], 2010) relativos aos aspetos técnicos dos cuidados, à comunicação e ao ensino: seleccionámos 43 indicadores e usámos os valores da escala para obter a cotação total da opinião dos reabilitandos sobre estes 3 aspetos [(1) nada satisfeito; (2) um pouco satisfeito; (3) moderadamente satisfeito; (4) muito satisfeito; (5) totalmente satisfeito]; para que o processo fosse facilitado e anónimo concebemos um jogo de cartas com 3 baralhos diferentes [1 por cada resultado – o baralho da técnica (A), o baralho da comunicação (B), o baralho do ensino (C)] em as cartas de cada um dos baralhos correspondiam a um indicador do resultado avaliado; os baralhos A, B e C foram distribuídos, nesta ordem, a todos os reabilitandos; foram construídas 5 caixas, de igual forma, tamanho e cor, cada uma rotulada com a escala de avaliação da NOC que utilizámos; as caixas foram colocadas da esquerda para a direita sobre uma mesa num dos cantos da sala; após os 10 minutos dados para ordenar as cartas foi pedido a cada reabilitando que colocasse cada uma das cartas na sua posse na caixa que melhor correspondia à sua opinião sobre a satisfação relativamente ao indicador em causa (escrito na própria carta).

Para a avaliação dos ganhos ao nível do Conhecimento e Comportamento em Saúde, monitorizámos:

- Os conhecimentos em saúde através do conjunto de objetivos específicos delineados no âmbito do programa “Saber+” relativos ao conhecimento sobre o processo de doença (MÓDULO A), os cuidados na doença (MÓDULO B) e o tratamento (MÓDULO C): 15 objetivos específicos que transformámos em indicadores usámos os valores da escala [(1) nunca demonstrado; (2) raramente demonstrado; (3) algumas vezes demonstrado; (4) frequentemente demonstrado; (5) consistentemente demonstrado] para obter a cotação total do conhecimento adquirido e demonstrado em cada módulo (depois de transformado o resultado bruto numa escala de 20 valores);
- A adesão à medicação através da MARS – versão traduzida e adaptada à população portuguesa por VANELLI [et al] (2010): é uma escala de autopreenchimento de fácil e rápida administração para avaliar o grau de adesão à terapêutica em doentes psicóticos com aplicabilidade e fiabilidade satisfatórias¹; é composta por 10 itens e cotação total varia entre 0 (baixa probabilidade de adesão à medicação) e 10 (elevada probabilidade de adesão à medicação).

5.3. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS

Do ponto de vista ético e deontológico o processo de prestação de cuidados de enfermagem que decorreu ao longo do estágio foi suportado pelo código deontológico do enfermeiro explicitado nos Estatutos da OE e republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro.

As competências comuns e específicas do EESMP treinadas e desenvolvidas foram aquelas aprovadas pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da ORDEM DOS ENFERMEIROS, divulgadas no Regulamento n.º 122/2011, publicado no Diário da República (2.ª série, N.º 35) a 18 de fevereiro de 2011

¹ A Medication Adherence Rating Scale (MARS) é um instrumento de autopreenchimento com dez itens de resposta dicotómica (sim/não). A cotação total varia entre 0 (baixa probabilidade de adesão à medicação) e 10 (elevada probabilidade de adesão à medicação). Esta cotação reflete a ideia de que a adesão à terapêutica constitui uma variável contínua que vai da adesão completa à medicação prescrita até à não adesão, passando pela adesão parcial à terapêutica. Para validar a versão portuguesa foram verificadas as propriedades psicométricas numa amostra de 77 doentes com Perturbação Psicótica. A aplicabilidade de 100% demonstra que a escala é facilmente compreendida pelo doente e assim, fácil de administrar. Relativamente à fiabilidade, os resultados indicam que a consistência interna do teste é aceitável ($\alpha = 0,75$). O α de Cronbach é considerado adequado quando são obtidos valores superiores a 0,70. Para a fiabilidade do teste-reteste, considera-se que valores de coeficiente r de Pearson situados entre 0,4 e 0,75 representam uma fiabilidade aceitável a boa, enquanto que valores superiores a 0,75 são considerados excelentes. A fiabilidade do teste-reteste deste estudo para um intervalo de dois dias é satisfatória ($r = 0,76$; $p < 0,05$) e indica a estabilidade da resposta do doente durante este período. Em conclusão, este estudo demonstra que a versão portuguesa da MARS é uma escala de autopreenchimento de fácil e rápida administração e com aplicabilidade e fiabilidade satisfatórias. O seu espectro de aplicação inclui tanto a prática clínica como projetos de investigação com o objetivo de avaliar o grau de adesão à terapêutica em doentes psicóticos (VANELLI [et al], 2010).

e no Regulamento n.º 129/2011, publicado no Diário da República, 2.ª série, N.º 35, a 18 de fevereiro de 2011, respetivamente. Destas destacamos aqueles que no domínio ético e deontológico foram oportunamente postas em prática sempre que para isso foram solicitadas, orientando a nossa praxis clínica no seu campo de intervenção da seguinte forma: 1) demonstrando um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, avaliando de forma sistemática, em parceria com o nosso supervisor, as melhores práticas a implementar, o estabelecimento de prioridades e as preferências dos doentes que beneficiaram dos nossos cuidados; 2) demonstrando tomadas de decisão ética numa variedade de situações da nossa prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental, nomeadamente: as estratégias de resolução de problemas foram desenvolvidas em parceria com os doentes e supervisor; o juízo clínico foi baseado no nosso conhecimento e experiência clínica e foi supervisionado e refletido nas tomadas de decisão em cada etapa do processo de enfermagem e no estabelecimento de relações terapêuticas aquando da prestação de cuidados; sempre que pertinente participámos na construção da tomada de decisão em equipa em pareceria com o nosso supervisor; as intervenções de enfermagem implementadas que considerámos mais apropriadas foram identificadas a partir de um amplo leque de opções e devidamente esclarecidas com o nosso supervisor, sendo as decisões guiadas pelo nosso Código Deontológico e pelo enquadramento legal do exercício da prática de enfermagem vigor.

Os cuidados de enfermagem prestados respeitaram os direitos humanos e as responsabilidades profissionais demonstrando uma prática que reconheceu, aceitou e respeitou os direitos humanos, analisando, interpretando e assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os doentes, promovendo a proteção e a defesa dos direitos humanos (tal como descrito no Código Deontológico) dos doentes, mesmo quando confrontado com valores diferentes dos nossos, nomeadamente: 1) o respeito pelo direito dos doentes no acesso à informação; 2) a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida; 3) a privacidade, a escolha e autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde; 4) o respeito pelos seus valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas.

6. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO

Procedemos agora à caracterização sociodemográfica e clínica que resultou da primeiras fases de *assessment* ou avaliação inicial e de diagnóstico do processo de enfermagem, como apresentamos a seguir.

6.1. ASSESSMENT OU “AVALIAÇÃO INICIAL”

O conhecimento da pessoa que é ajudada é essencial à que ajuda (PHANEUF, 2005). Na prestação de cuidados, destacamos a entrevista, que se torna ao mesmo tempo um meio de conhecer e um meio de agir. O treino da entrevista diagnóstica no seio do nosso ensino clínico foi bem sucedido e fundamental para o sucesso da implementação das intervenções planeadas. Consideramos a entrevista um ato de enfermagem de particular importância atendendo a que, após o clima de confiança e o *rapport* estabelecidos, são utilizadas técnicas que ajudam a descobrir aquilo que o doente necessita (de forma latente ou manifesta) e quer trabalhar, quer se trate da colheita de dados, quer para iniciar um processo de relação de ajuda devidamente estruturado (PHANEUF, 2005; CHALIFOUR, 2008, 2009).

Assim, para a colheita de dados subjetivos e objetivos recorreu-se à entrevista clínica de diagnóstico (semiestruturada, cujo o guião/formulário de registo se apresenta no Anexo 2), ao exame físico e psiquiátrico à observação comportamental tomando como referência os autores PHANEUF (2005), CARLAT (2005), (DALGALARRONDO, 2008), STUART (2009), MORRISON (2010), DOENGES e MOORHOUSE (2010) e BASTOS (2011).

Através das várias técnicas e instrumentos referidos foi possível recolher, entre outra, a informação pertinente sistematizada nos **Quadros 5 e 6** que nos permitiu proceder à caracterização sociodemográfica e clínica da nossa população alvo. Da análise destes quadros importa destacar que prestámos cuidados de enfermagem especializados a um grupo de 16 reabilitandos, relativamente homogéneo no que respeita às características sociodemográficas e clínicas. A grande maioria dos reabilitandos são adultos solteiros,

portugueses, da região centro e sul do país, com uma idade aparente superior à idade cronológica, com uma média de 9 anos de escolaridade. A maioria apresenta o diagnóstico médico de Esquizofrenia Residual segundo os critérios de ambas as taxonomias (CID-10 e DSM-IV-TR). Apenas 5 apresentam antecedentes familiares de doença psiquiátrica. Os primeiros sintomas da doença apareceram entre os 15 e os 46 anos. Quase todos ao longo da evolução da doença apresentaram mais de 3 internamentos registados no processo clínico, sendo o mais longo na CST. Aqui a média de anos de institucionalização é de cerca de 11 anos, mas na URIC estão quase todos há menos de 2 anos.

No que respeita ao consumo de substâncias:

- todos consumiram álcool (cujo início de consumo se situou também na adolescência, aos 16 anos);
- quase todos (13) são fumadores (cujo início de consumo se situou na adolescência, aos 16 anos), consumindo em média 14 cigarros/dia;
- mais de 2/3 (12) apresentam história de consumo de haxixe, cocaína, heroína, e em especial de anfetaminas (cujo início de consumo se situou também na adolescência, entre os 14 e os 18 anos).

Quadro 5 – Caracterização sociodemográfica da população alvo

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA					
	M	Me	DP	Min	Max
Idade cronológica	51,63	51,00	9,56	31	71
Idade aparente	Fi				
Abaixo da idade cronológica	1				
Coincidente com a idade cronológica	3				
Acima da idade cronológica	12				
Nacionalidade	Fi				
Portuguesa	15				
República do Congo	1				
Distrito	Fi				
Lisboa	6				
Évora	3				
Santarém	2				
Leiria	1				
Guarda	1				
Faro	1				
Castelo Branco	1				
Beja	1				

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA					
	M	Me	DP	Min	Max
Número de anos de escolaridade	9,19	9,00	3,25	4	17
Estado civil	Fi				
Solteiro	10				
Divorciado	4				
<i>com filhos</i>	1				
Casado	2				
<i>com filhos</i>	2				

Quadro 6 – Caracterização clínica da população alvo

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA					
Diagnóstico Psiquiátrico (CID 10)	Fi				
F20.0 Esquizofrenia tipo paranoide	2				
F20.5 Esquizofrenia tipo residual	14				
Diagnóstico Psiquiátrico (DSM IV-TR)	Fi				
295.3 Esquizofrenia tipo paranoide	2				
295.6 Esquizofrenia tipo residual	14				
Antecedentes familiares de doença psiquiátrica	Fi				
Sim	5				
Não	11				
Idade em que se iniciaram os primeiros sintomas	M	Me	DP	Min	Max
	27,75	25,50	10,37	15	46
Nº total de internamentos	M	Me	DP	Min	Max
	3,19	3,00	1,38	1	6
Nº total de anos de institucionalização	M	Me	DP	Min	Max
	11,06	9,00	8,54	2	32
Nº total de anos na CST	11,06	9,00	8,54	2	32
Nº total de anos na URIC	1,73	2	0,59	0,25	2
História de consumo de tabaco	Fi				
Sim	13				
Não	3				
Idade em que iniciou o consumo de tabaco	M	Me	DP	Min	Max
	16,92	16,00	7,46	9	40
Fumador ativo	Fi				

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA						
	Sim	13				
	Não	3				
		M	Me	DP	Min	Max
Nº de cigarros por dia		14,08	10,50	6,82	6	22
História de consumo de álcool		Fi				
	Sim	16				
		M	Me	DP	Min	Max
Idade em que iniciou o consumo de álcool		15,56	16,50	3,60	8	20
História de consumo de haxixe		Fi				
	Sim	6				
	Não	10				
		M	Me	DP	Min	Max
Idade em que iniciou o consumo de haxixe		16,00	16,00	2,83	14	18
História de consumo de cocaína		Fi				
	Sim	4				
	Não	12				
		M	Me	DP	Min	Max
Idade em que iniciou o consumo de cocaína		16,00	16,00	2,83	14	18
História de consumo de heroína		Fi				
	Sim	4				
	Não	12				
		M	Me	DP	Min	Max
Idade em que iniciou o consumo de heroína		16,00	16,00	2,83	14	18
História de consumo de anfetaminas		Fi				
	Sim	1				
	Não	15				
		M	Me	DP	Min	Max
Idade em que iniciou o consumo de anfetaminas		16,00	16,00	2,83	14	18

6.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

De acordo com o processo de colheita de dados efetuado foi possível identificar as necessidades de cuidados de enfermagem da nossa população-alvo e formular os respectivos diagnósticos de enfermagem.

No **Quadro 7**, da página seguinte, apresentamos os diagnósticos de enfermagem de saúde mental e os respectivos critérios encontrados nos casos que foram referenciados para acompanhamento individual pelo nosso supervisor.

No **Quadro 8**, imediatamente a seguir, apresentamos os diagnósticos de enfermagem de encontrados nos totalidade dos 16 casos, incluindo-se aqui os 9 reabilitandos que foram encaminhados pelo nosso supervisor para cada um dos programas de intervenção por nós implementados.

Da análise dos **Quadros 7 e 8** importa destacar que:

- 1) Estão representados diagnósticos de todas as dimensões do adoecer, com exceção da dimensão comportamental excitatória;
- 2) Os critérios de diagnóstico encontrados sobrepõem-se aos já definidos na literatura consultada e a que fizemos referência no enquadramento conceptual;
- 3) A maioria dos reabilitandos está estabilizada no que respeita à presença de sintomatologia positiva e negativa, contudo ao nível da dimensão social e cognitiva existem alterações dignas de registo que devem, por isso, orientar as prescrições de enfermagem autónomas que ajudem na sua reabilitação; os 3 programas de intervenção em grupo que concebemos (e que adiante descreveremos) advêm dos diagnósticos com maior prevalência:
 - a) Programa de psicoeducação “Saber+” – para dar resposta aos reabilitandos com o diagnóstico “Conhecimento sobre Processo de doença/Cuidados na doença/Tratamento, Não Demonstrado” e “Aceitação do estado saúde, Comprometido”;
 - b) Atelier de Estimulação Cognitiva – para dar resposta aos reabilitandos com o diagnóstico de “Cognição, Comprometida” e “Processo Social, Alterado”
 - c) Programa de Desenvolvimento de Competências Intrapessoais, Interpessoais e Profissionais – para dar resposta aos reabilitandos com o diagnóstico de “Processo Social, Alterado” e “Autoestima, Diminuída”.

Quadro 7 – Prevalência dos diagnósticos de enfermagem e respetivos critérios encontrados entre os 7 reabilitandos referenciados para acompanhamento individual pelo nosso supervisor de ensino clínico

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Nº de casos	Crítérios Presentes
Aceitação do Estado de Saúde, Comprometida	6	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ausência de progressos no equilíbrio harmonioso (individual e comunitário) 2) Desenvolvimento de sintomas clínicos de doença psiquiátrica 3) Não reconhece/aceita que sofre de uma doença crónica – esquizofrenia (insight pobre) 4) Segue as indicações dadas pelos técnicos de saúde de forma inconsistente (quando se lembra ou apetece)
Alucinação, Atual	1	<ol style="list-style-type: none"> 1) Interação consistente com estímulos sensoriais inaparentes que é vivida como pouco perturbante (descreve alterações da senso-perceção de tipo cenestésico) congruente com o humor
Autoestima, Diminuída	6	<ol style="list-style-type: none"> 1) Expressa sentimentos de desvalorização pessoal; 2) Verbalização negativa de autoaceitação; 3) Verbalização negativa de autolimitação (não confia em si)
Delírio, Atual	2	<ol style="list-style-type: none"> 1) Crença/ideia (falsa) sobrevalorizada que não cede à argumentação e é desadequada do meio sociocultural ou da real situação clínica do indivíduo (conteúdos: somático)
Processo Social, Alterado	7	<ol style="list-style-type: none"> 1) Evita participar em atividades sociais (perda de interesse em atividades sociais) 2) Sem pessoas significativas na sua vida (afeto/contacto: superficial ou indiferente)
Tristeza, Atual	2	<ol style="list-style-type: none"> 1) expressa sentimentos de tristeza, desalento e melancolia, associados a falta de energia vital, persistentes (em mais de 50% dos momentos de contacto).
Cognição, Comprometida	6	<ol style="list-style-type: none"> 1) Deficit cognitivo apurado pelos teste MoCA (pontuações inferiores a 27) 2) Alterações no autocuidado instrumental necessita de ajudar parcial: na gestão da terapêutica; em gerir dinheiro; em realizar compras; em manter a unidade limpa e organizada; em tratar da roupa de vestir; 3) Tem capacidade neuromuscular para autoiniciar e completar as atividades de autocuidado básico e instrumental, mas não as inicia ou completa sem incentivo, precisa de supervisão/ orientação/ estimulação verbal de pessoas
Conhecimento sobre Processo de doença/ Cuidados na doença/Tratamento, Não Demonstrado	7	<ol style="list-style-type: none"> 1) O indivíduo demonstra/verbaliza não possuir conhecimentos sobre: processo de doença, cuidados na doença, tratamento.

Quadro 8 – Prevalência dos diagnósticos de enfermagem e respectivos critérios encontrados entre os 16 reabilitandos acompanhados.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Nº de casos
Conhecimento sobre Processo de doença/ Cuidados na doença/Tratamento, Não Demonstrado	16
Aceitação do Estado de Saúde, Comprometida	15
Cognição, Comprometida	15
Autoestima, Diminuída	12
Processo Social, Alterado	11
Delírio, Atual	2
Tristeza, Atual	2
Alucinação, Atual	1

7. PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Aqui iremos deter-nos na descrição das atividades desenvolvidas, agrupadas pelos momentos de contacto que definimos no nosso projeto de intervenção. A sua apresentação é sumária destacando sobretudo o que foi relevante e significativo no nosso processo de aquisição e treino de competências no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

7.1. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Para o Ministério da Saúde (GLOSSÁRIO, p. 14) a consulta de enfermagem consiste numa "intervenção [de enfermagem] visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado".

MACHADO, LEITÃO e HOLANDA (2005, p. 724-726) vão mais longe e referem-se à consulta de enfermagem como:

uma atividade independente, realizada pelo enfermeiro, cujo objetivo propicia condições para melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa. Além da competência técnica, o enfermeiro deve demonstrar interesse pelo ser humano e pelo seu modo de vida, a partir da consciência reflexiva de suas relações com o indivíduo, a família e a comunidade. A consulta é também um processo de interação entre o enfermeiro e o assistido, na busca da promoção da saúde, da prevenção de doenças e limitação do dano. Para que ocorra eficazmente a interação, é necessário o desenvolvimento da habilidade refinada de comunicação, para o exercício da escuta e da ação dialógica. (...) O agir do enfermeiro com o seu público-alvo [na consulta] tem como finalidade a promoção da saúde e do seu bem-estar, devendo ser encarado como um momento interativo, num rico contexto de relacionamento interpessoal.

No **Quadro 9**, apresentamos as intervenções de enfermagem autónomas prescritas e implementadas neste ensino clínico nas consultas de ESMP em função dos diagnósticos de enfermagem encontrados, utilizando a taxonomia CIPE 1.0 (ICN, 2006) para a sua designação, extraídas dos planos de cuidados informatizados que elaborámos. Da leitura deste de imediato ressalta a grande variedade de intervenções que este espaço de cuidados nos permitiu oferecer e treinar, em todos os domínios (fisiológico complexo, segurança e comportamental). Este espaço pareceu-nos apresentar, por isso, um grande potencial de desenvolvimento, no sentido da nossa profissionalização e na identificação dos reais ganhos para a saúde daqueles que dela beneficiaram.

Por outro lado, de uma forma geral as consultas de ESMP permitiram dar relevância à área relacional enquanto intervenção terapêutica do EESMP. Atualmente acredita-se ser essencial dar uma maior visibilidade, à intervenção relacional da enfermagem considerando-a como elemento terapêutico, quer no contexto interno da profissão, quer num contexto externo, no âmbito da equipa multidisciplinar. Este facto foi conseguido, pois parece-nos que a equipa multidisciplinar reconheceu a sua importância, respeitando-a no planeamento das atividades da URIC, concedendo-lhe tempo e motivando os reabilitandos para daí tirarem partido.

Na consulta de ESMP foram estabelecidas relações interpessoais, num processo faseado, com o objetivo de ajudar o doente na compreensão de tudo o que lhe está a acontecer, na sequência do seu processo de reabilitação psicossocial, em virtude de experimentar um processo de doença, mas que deve ser integrado no seu contexto de vida. PEPLAU (apud TOWNSEND, 2010) considera este processo essencialmente educativo e terapêutico, no sentido em que, enfermeiro e doente em conjunto procuram as soluções dos problemas, num clima de partilha e respeito mútuo.

Para o desenvolvimento deste processo relacional adotámos, para nossa sistematização e compreensão do programa, as quatro fases de PEPLAU (orientação¹; identificação²; exploração³; resolução⁴) onde conseguimos treinar as competências para desenvolver a Relação de Ajuda (apud TOWNSEND, 2010). Durante cada uma destas fases foi-nos possível: observar, descrever e analisar o comportamento dos reabilitandos; formular as ligações resultantes dessa análise e estabelecer os diagnósticos de enfermagem e o respetivo plano de cuidados; validá-los com os próprios; testar novos conhecimentos

¹ expressão de necessidades e sentimentos

² satisfação de necessidades e resolução de problemas

³ desenvolvimento da relação interpessoal

⁴ consolidação da relação

(para nós e para os doentes); integrar estas aprendizagens em comportamentos novos e mais satisfatórios. As consultas foram espaços de transformação pessoal, de autoconhecimento e de promoção de um funcionamento mais integrado, quer para os utentes, quer para nós enquanto pessoas e profissionais.

Quadro 9 – Intervenções de enfermagem autónomas prescritas e implementadas neste ensino clínico nas consultas de ESMP em função dos diagnósticos de enfermagem encontrados, utilizando a taxonomia CIPE 1.0 (ICN, 2006) para a sua designação.

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	
1	Apoiar a adaptação do doente
2	Determinar o conhecimento sobre o plano de cuidados do doente
3	Ensinar sobre: processo da doença
4	Ensinar sobre: cuidados na doença
5	Ensinar sobre: tratamento na doença
6	Escutar o doente
7	Estabelecer limites
8	Estimular hábitos de socialização
9	Executar reestruturação cognitiva
10	Executar terapia (relação de ajuda)
11	Gerir (controlar) comportamento autodestrutivo
12	Gerir a alucinação
13	Gerir a comunicação
14	Gerir o delírio
15	Gerir o humor (ânimo, tristeza, disforia, euforia, mania)
16	Incentivar comportamento interativo
17	Informar sobre o plano de cuidados
18	Monitorizar alucinação (Características: ausente, presente; tipo: cenestésicas, cinestésicas, tácteis, gustativas, olfativas, auditivas, visuais)
19	Monitorizar Aceitação do Estado Saúde (Instrumento: Escala de Insight Marková e Berrios)
20	Monitorizar adesão à medicação (Instrumento: MARS)
21	Monitorizar Autoestima (Escala de Autoestima de Rosenberg)
22	Monitorizar bem-estar subjetivo (Instrumentos: ESV e PANAS)
23	Monitorizar cognição (Instrumento: indicadores NOC 4th)
24	Monitorizar cognição (Instrumentos: MoCA)
25	Monitorizar Competências IIP (instrumento: QCIIP)
26	Monitorizar delírio (Características: ausente, presente; espontâneo, provocado; temática - persecutório, grandeza, sintomas shneiderianos, somáticos, nilísticos, de ciúme, de identificação, referenciais, negação delirante, bizarros, mono sintomático, ruína)
27	Monitorizar envolvimento social (Instrumento: indicadores NOC 4th)
28	Monitorizar qualidade de vida (Instrumento: WHOQOL-Bref)
29	Monitorizar tomada de decisão (Instrumento: indicadores NOC 4th)
30	Negociar a adesão ao plano de cuidados pelo doente
31	Oferecer presença
32	Orientar antecipadamente para prevenir o isolamento social

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	
33	Planear comportamento interativo
34	Planear programa de Psicoeducação
35	Planear técnicas de estimulação cognitiva
36	Promover adesão ao regime medicamentoso
37	Promover autoconhecimento
38	Promover autoestima
39	Promover disposição para aprender

Foi interessante constatar que obtivemos pedidos de mais 4 reabilitandos para seguir em consulta, motivados pelo que lhes foi transmitido pelos pares. Estes aconteceram já na fase final do estágio pelo que o nosso supervisor assegurou a manutenção da Consulta de ESMP como mais uma das ofertas da URIC no que respeita à assistência de enfermagem, para dar respostas a estes e outros pedidos, solicitados quer pelos próprios reabilitandos quer pelos outros pares da equipa transdisciplinar.

7.2. ATELIER DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

Se recordarmos a relação que os défices cognitivos mostram ter no funcionamento global dos doentes bem como na eficácia de intervenções de reabilitação psicossocial, podemos considerar a remediação da função cognitiva como uma área fundamental de intervenção tanto para benefício dos doentes, como dos recursos utilizados no seu tratamento (PALHA, 2008).

O Atelier de Estimulação Cognitiva (AEC) foi, assim, desenvolvido para dar resposta aos seguintes objetivos:

1. Gerais: preservar a autonomia dos reabilitandos aproveitando a utilização dos seus próprios recursos; aumentar a autoestima; elevar a sua qualidade de vida;
2. Específicos:
 - Domínio Cognitivo: manter as funções cognitivas que estão ainda preservadas;
 - Domínio Emocional: reduzir a ansiedade provocada pelas falhas cognitivas; aumentar a autoestima;
 - Domínio Social: favorecer a socialização entre os participantes;
 - Domínio Instrumental: transferir a aprendizagem e treino cognitivo desenvolvidos durante as sessões para as atividades da vida diária.

O AEC pretendeu oferecer um conjunto de exercícios para estimular a cognição de uma forma divertida e variada, inspirados nos trabalhos de NUNES e PAIS, 2006, 2007; PÉRSICO, 2011a, 2011b; PUIG, 2010. A realização dos exercícios seguiu um padrão preestabelecido e foi estruturada da seguinte forma:

1. Antes da admissão no AEC procedeu-se à realização de uma entrevista individual para obter informação sobre o perfil cognitivo e funcional do reabilitando, aplicando como instrumentos de rastreio o MoCA;
2. Constituiu-se a posteriori um grupo homogéneo em função dos resultados obtidos na entrevista composto por 10 elementos;
3. O AEC funcionou com sessões semanais de 90 minutos (com 2 pausas flexíveis de 15 minutos) onde propusemos para resolução 6 exercícios na sessão e 2 para serem resolvidos ao longo da semana como "trabalho de casa";
4. Na primeira sessão foi proposto o horário, a duração e a frequência das sessões e a importância da presença assídua para favorecer a eficácia da estimulação cognitiva proporcionada;
5. Foi privilegiado o feedback positivo por sessão no intuito de transmitir a sensação de sucesso, reforçar a motivação para o exercício/estimulação das funções cognitivas e a avaliação da satisfação no final de cada sessão;
6. Atendendo às limitações do período de ensino clínico foram previstas e realizadas apenas 12 sessões.

Cada uma das sessões desenvolveu-se da seguinte forma:

1. na primeira sessão, procedeu-se: ao acolhimento e saudação iniciais, apresentaram-se todos os membros do grupo e, em seguida, explicou-se o tema e os objetivos do programa e das respetivas sessões, passando-se à realização de alguns exercícios exemplo; foi finalizada com a avaliação da sessão, a despedida, a saudação final e o agendamento da sessão seguinte;
2. nas sessões posteriores seguiu-se o seguinte procedimento: a) acolhimento e saudação inicial; b) exercício quebra gelo; c) apresentação dos tipos de exercícios previstos para a sessão; c) distribuição dos cadernos de exercícios fotocopiados para serem desenvolvidos durante a sessão; d) leitura de cada enunciado em voz alta e esclarecimento das dificuldades de compreensão; e) resolução por todos os reabilitandos do mesmo exercício no período estipulado, mantendo-se a flexibilidade necessária, de modo a não estimular qualquer tipo

de comportamento de competição e/ou rivalidade, tomando-se como referência o tempo que foi gasto pela maioria dos elementos para resolvê-lo; f) estimulação de comentários sobre a dificuldade que cada exercício apresentou para cada um e esclarecimento de todas as dúvidas que foram surgindo e bloqueando o trabalho, reforçando-se as condutas que conduziram à solução, dando-se dicas simples para ajudá-los a completar o exercício da forma mais correta; g) inibição de qualquer tipo de ridicularização dos elementos que apresentaram dificuldades ou soluções incorretas; h) minimização de qualquer situação de fracasso salientando que cada pessoa tem mais facilidade para um determinado tipo de tarefa do que para outra; i) promoção de um clima de tranquilidade pautado pela superação individual e a colaboração entre pares, únicas posturas aceitáveis; j) apresentação da solução correta e das justificativas de cada passo para a sua determinação; k) apresentação dos dois exercícios para serem resolvidos durante a semana; l) avaliação da sessão; m) agendamento da sessão seguinte; n) despedida e a saudação final;

3. na última sessão (12^a) procedeu-se ainda ao balanço final, através da revisão dos objetivos do AEC e dos ganhos da sua implementação e da participação individual e coletiva.

Os exercícios propostos (ver Anexos 5 e 6) desenvolveram-se em função de várias áreas que percebemos, pela avaliação realizada, estarem de alguma forma comprometidas e relacionadas com o desempenho das atividades básicas, instrumentais e complexas da vida diária, nomeadamente:

- 1) A memória¹: esta foi estimulada de várias formas, recorrendo a factos que aconteceram naturalmente no dia-a-dia, por exemplo, as listas de compras, os recados e os compromissos; utilizámos também objetos reais, imagens, palavras isoladas, histórias, conhecimentos gerais; a apresentação das informações a memorizar foram visuais (obje-

¹ Esta refere-se à capacidade que o nosso cérebro tem de reter e evocar informação acerca de nós próprios e do mundo que nos rodeia. Em função do tempo, a memória divide-se em memória imediata ou de trabalho, memória recente e memória remota. A memória imediata permite reter a informação por um período curto de tempo (apenas alguns minutos), passado o qual a informação se esquece se não for repetida; é o que nos permite ouvir uma informação e repeti-la de imediato. A memória recente é mais duradoura (minutos a anos) e é a que nos permite recordar um acontecimento de vida relativamente recente (por exemplo o que se jantou ontem) ou uma notícia lida no jornal no dia anterior. A memória remota é a mais estável (as informações permanecem muitos anos) e contém os conhecimentos adquiridos ao longo da vida; é a memória das coisas antigas. Em função do tipo de informação, podemos dividir a memória em memória semântica, que diz respeito aos conhecimentos que temos acerca do mundo, tais como o significado de objetos, palavras e conceitos, e em memória episódica (ou autobiográfica), que se refere ao registo dos acontecimentos acerca de nós próprios. Temos ainda a memória prospetiva, que se refere à memória do futuro, sendo a que usamos para cumprir os nossos objetivos ou compromissos agendados.

tos, palavras) e auditivas (palavras ditas ao reabilitando); começámos sempre com simples e poucos elementos, aumentando progressivamente a dificuldade dos exercícios à medida que os reabilitandos foram conseguindo memorizá-las com sucesso;

- para estimular a memória recente optámos pela memorização de objetos, palavras, imagens e textos e ensinámos algumas técnicas – 1) escrever a informação várias vezes, 2) atender às iniciais de cada palavra a memorizar e procurar formar uma palavra com elas, 3) agrupar as palavras a memorizar em categorias, 4) associar as palavras e episódios específicos/significativos da vida, 5) fazer a mesma associação com cores, cheiros, etc.; sempre que pedimos para evocar a informação memorizada, recorremos a dicas congruentes com as ajudas dadas na fase de memorização (por exemplo, no caso da memorização de objetos e o objetivo era memorizar o objeto lápis, na fase de memorização, a ajuda dada foi descrever características do objeto, por exemplo: "é um objeto que serve para escrever" ou "é feito de madeira"; nos casos de maior dificuldade os objetos foram colocados de novo sobre a mesa juntamente com outros e perguntou-se "destes objetos, qual foi o que viu há cerca de X minutos?");
- para estimular a memória prospetiva solicitámos aos reabilitandos que nos dessem recados que cada um escreveu numa agenda ou folha de papel para vários momentos de tempo (5, 10, 30, 60 e 90 minutos, 12 e 24h) – quanto maior o intervalo de tempo foram também fornecidas dicas ("não se esqueça que tem de me dar um recado!", no momento de dar o recado e se este não foi dado espontaneamente, foi perguntado "não tem nada para me dizer?" ou "veja na sua agenda se tem algum recado para mim");
- para estimular a memória remota optámos pela recordação de acontecimentos passados, da formulação de perguntas acerca da sua infância, da sua juventude, etc., mediante estímulos orais e visuais (fotografias que foram previamente solicitadas aos reabilitandos);

2) Atenção¹: estimular a capacidade do reabilitando em estar atento e concentrado foi essencial para que outras atividades pudessem ser realizadas; quando o nível de atenção comprometeu a realização de alguns exercícios cada reabilitando foi conduzido na sua execução.

¹ A atenção pode ser entendida como o processo através do qual o nosso cérebro seleciona determinadas informações em detrimento de outras não relevantes para uma situação específica.

3) Linguagem¹: para estimular a linguagem foram propostas várias atividades, em que as pistas fornecidas foram apenas pontuais: a) ordens para executar (p.ex. : "abra a porta"; "levanta o braço"); b) leitura de palavras, de frases e de textos; c) cópia de palavras, de frases, de textos; d) ditado de palavras, de frases, de textos; e) nomear objetos; f) dizer palavras por categoria (p.ex.: nomes de animais, de plantas, de países, etc.); g) conhecimentos de vocabulário e léxico (isto é, o significado das palavras);

3) Praxia²: foram propostos vários exercícios que envolveram a utilização de objetos, mímica e cópia de desenhos, relacionados com o desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária; as dicas fornecidas quando se solicitou a realização de uma ação e nos apercebemos de quaisquer dificuldades no seu desempenho, passaram pela nossa execução do gesto, para que posteriormente fosse imitado e então realizado sozinho pelo reabilitando; no caso da cópia de desenhos, foram dadas indicações verbais ao reabilitando, ajudando-o a organizar os seus vários elementos;

4) Funções executivas³: foram propostos vários exercícios relacionados com o desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária onde abordaram: semelhanças, diferenças, sequências de ação, sequências lógicas, inibição, flexibilidade e cálculo.

No **Quadro 10** apresentamos as intervenções de enfermagem autónomas prescritas e implementadas neste ensino clínico no Atelier de Estimulação Cognitiva em função do diagnóstico de enfermagem encontrado “Cognição comprometida”, utilizando a taxonomia CIPE 1.0 (ICN, 2006) para a sua designação, extraídas dos planos de cuidados informatizados que elaborámos. Da sua análise podemos verificar que foi nossa preocupação estimular as várias dimensões da neurocognição e da cognição social, indo para além destas e transformando o espaço de cuidados proporcionado pelo AEC como mais uma forma de otimizar a comunicação, estimular o comportamento interativo e as competências intrapessoais e interpessoais que lhe estão inerentes (entre as quais a autoestima).

¹ A linguagem é o principal instrumento de comunicação entre humanos, refere-se à capacidade de manipular símbolos na produção e compreensão da comunicação falada ou escrita, sendo indispensável na integração social dos indivíduos.

² Praxia é o termo que se usa para designar a capacidade de executar corretamente movimentos adaptados a um fim. A capacidade prática inclui, entre outros, o desenho, o vestir-se/despir-se corretamente, a execução de gestos (por exemplo dizer adeus) e a utilização de objetos (por exemplo usar uma colher). Diariamente, sem nos apercebermos, realizamos inúmeros gestos, desde os mais simples como pentear o cabelo ou escovar os dentes, aos mais complexos e que envolvem uma série de ações, tais como pôr a mesa.

³ As funções executivas são as mais avançadas do cérebro humano e "comandam" o resto das funções cognitivas. Referem-se ao controlo do comportamento e à capacidade de iniciar e levar a cabo comportamentos dirigidos a um objetivo. Incluem a capacidade de planear uma ação, de selecionar os meios adequados e de verificar os resultados obtidos. As dicas a fornecer passam pela explicação e demonstração passo a passo, resolvendo em conjunto cada exercício, para que depois o reabilitando o fizesse sem ajuda.

Quadro 10 - Intervenções de enfermagem autónomas prescritas e implementadas neste ensino clínico no Atelier de Estimulação Cognitiva em função diagnóstico de enfermagem encontrado “Cognição comprometida”, utilizando a taxonomia CIPE 1.0 (ICN, 2006) para a sua designação.

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	
1	Ensinar sobre: processo da doença
2	Ensinar sobre: cuidados na doença
3	Ensinar sobre: tratamento na doença
4	Estimular hábitos de socialização
5	Executar técnica(s) de treino da memória
6	Executar técnicas de estimulação cognitiva
7	Gerir a comunicação
8	Incentivar comportamento interativo
9	Monitorizar comportamento do doente (participação em atividades, socialização)
10	Monitorizar envolvimento social
11	Promover adesão ao regime medicamentoso
12	Promover autoestima
13	Promover o comportamento interativo

7.3. PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO NA ESQUIZOFRENIA “SABER+”

A noção de psicoeducação formou-se no começo do século XX, mas a formulação dos conceitos utilizados hoje foi proposta em 1980. A psicoeducação pode ser definida como um conjunto de informações sistemáticas, estruturadas e didáticas sobre uma perturbação psiquiátrica e o seu tratamento, no sentido de capacitar os participantes (doentes, familiares, pessoas significativas e cuidadores) para as situações e questões práticas colocadas pela experiência da doença (BAHLS, BAHLS e ZACAR, 2004).

A psicoeducação é uma abordagem coadjuvante aos tratamentos oferecidos para pessoas com esquizofrenia e os seus familiares. Esta intervenção possibilita uma melhor relação com a doença, que deverá ser percebida enquanto uma doença crônica e como uma experiência singular. É uma atividade que deve ser exercida por todos os profissionais da saúde e em colaboração com os próprios indivíduos, pois resulta numa maior e melhor compreensão das questões colocadas pela doença e em como lidar com elas. Apresentam como principais metas, devidamente documentadas pela literatura científica disponível: diminuir a taxa de recaídas, aliviar os sintomas, melhorar a adesão ao tratamento

medicamentoso e o conhecimento sobre a doença (BASTABLE, 2010; THOWSEND, 2010; VIDEBECK, 2012).

Em Portugal, a psicoeducação ainda é pouco difundida, mas oferece possibilidades evidentes para melhorar a qualidade de vida e a adesão aos tratamentos multidisciplinares. No perfil de competências específicas do EESMP a psicoeducação é contemplada, devendo este, para potenciar a sua eficácia: assegurar-se de que o doente e/ou família atinjam "competências básicas"; proporcionar uma gestão informada e responsável da doença; realçar o papel do doente como o de um verdadeiro perito no assunto; procurar uma combinação ideal entre os métodos terapêuticos e o empoderamento; aproveitar os insights para melhorar a adesão e promover a prevenção de recaída; colaborar na prevenção de crises e do suicídio; oferecer um suporte saudável aos participantes; fazer uma boa utilização das atividades educacionais e dos recursos de informação disponíveis.

Para a elaboração da intervenção psicoeducativa, no âmbito do nosso projeto, e que a designámos como "Programa Saber +", recorreremos ao Programa de Informação sobre Esquizofrenia (PIE), disponibilizado on-line desde 2010, no site "<http://www.brainlab.com.pt/>", para ser consultado em livre acesso por doentes, cuidadores informais e profissionais de saúde.

O PIE foi concebido com o apoio da Sanofi-Aventis® com a colaboração de doentes, familiares, grupos de apoio, representantes de doentes/famílias e oito peritos europeus no campo da esquizofrenia e/ou saúde mental. Os nomes dos oitos peritos são apresentados, por ordem alfabética dos países: 1) Josef Baeuml (Alemanha); 2) Marc de Hert (Bélgica); 3) Isabel Montero (Espanha); 4) Phillipe Nuss (França); 5) Sophie Frangou (Inglaterra); 6) Susan Kirkwood (Inglaterra – EUFAMI); 7) Adriano Vaz Serra (Portugal); 8) Manuel Paes de Sousa (Portugal).

O PIE é um programa elaborado com o objetivo de providenciar informação acerca de diferentes aspetos da esquizofrenia, procurando que doentes e cuidadores, através do conhecimento, venham a adquirir confiança e a ser parceiros ativos na gestão da sua doença, através da compreensão do processo de doença, de competências para lidar com ela nas suas várias vertentes, da orientação antecipada para dificuldades ou situações de crise, do cumprimento eficaz do plano terapêutico proposta e da partilha das suas experiências. Foi elaborado para ser de consulta fácil, dispõe de 18 módulos¹ que podem ser

¹ Cujos títulos são: 1) O que é que os médicos querem dizer quando utilizam a palavra esquizofrenia; 2) Factos e mitos sobre a esquizofrenia; 3) Como lidar com uma crise; 4) O que acontece no cérebro na esquizofrenia; 5) Um dia na vida (da pessoa com esquizofrenia); 6) Manter-se bem; 7) Como manter contacto social – uma abordagem prática; 8) Opções terapêuticas; 9) Psicoterapia; 10) Depressão e

consultados e trabalhados consoante as necessidades individuais ou de grupo. Os módulos contêm informação, figuras e diagramas que os técnicos e as pessoas com esquizofrenia podem partilhar com pessoas significativas (família, amigos ou outros). Alguns foram elaborados para serem interativos, para que todos sejam estimulados a formular questões e refletir sobre vários aspetos da gestão da doença.

As várias leituras levaram-nos a conceber o programa "Saber +", com objetivos semelhantes ao PIE, contudo sistematizado de forma diferente, isto é, segundo 3 grandes módulos subdivididos em vários temas:

- **MÓDULO A.** Conhecimento sobre o processo de doença – neste módulo descreveu-se o que é a “esquizofrenia”, quais as suas causas, fatores de risco, sinais e sintomas, a maneira como se estabelece o diagnóstico, o curso habitual da doença, as estratégias para minimizar a sua progressão, as complicações potenciais e as estratégias de prevenção, as vantagens do seu controlo, o impacto a nível individual e sociofamiliar, os recursos disponíveis na CST e na comunidade e ainda as várias fontes seguras e confiáveis para obter informação válida e pertinente sobre a esquizofrenia;
- **MÓDULO B.** Conhecimento sobre os cuidados na doença – na esquizofrenia, embora o alívio dos sintomas seja um dos principais objetivos, representa apenas meia batalha, sendo a outra metade diz respeito a aprender a lidar com a doença e a manter-se bem; estar bem traduz-se numa qualidade de vida melhor, bem como numa vida produtiva e satisfatória ao nível das interações sociais; neste módulo apresentou algumas das formas como as pessoas podem lidar com a doença e a manterem-se bem, auxiliar no planeamento do que devem fazer se tiverem crises no futuro e proporcionar sugestões para aumentar o seu comportamento interativo e prosseguir com a vida; explicaram-se ainda os efeitos que as drogas, álcool e os cigarros têm numa pessoa que sofre de esquizofrenia;
- **MÓDULO C.** Conhecimento sobre o tratamento – neste módulo explicaram-se as várias abordagens terapêuticas disponíveis (farmacológicas e não farma-

esquizofrenia; 11) Saúde e estilo de vida; 12) Drogas, álcool e cigarros; 13) A discriminação e o estigma; 14) Grupos de apoio; 15) Como posso planear o meu dia; 16) De volta ao trabalho; 17) A preparação para uma consulta; 18) Aprender a linguagem da esquizofrenia.

macológicas), a gestão das complicações relacionadas com os efeitos secundários da medicação (sua prevenção e controlo) e a preparação de qualquer consulta habituando-se a sintetizar e escrever o que é relevante.

No **Quadro 11**, que se segue, sistematizamos os conteúdos por módulo e os textos de apoio utilizados em cada um das sessões, conforme a planificação efetuada e apresentada no Anexo 7.

O " Programa Saber +" foi administrado da seguinte forma:

- 1) Antes da admissão de cada reabilitando procedeu-se à realização na consulta de ESMP de uma entrevista individual para obter informação sobre a aceitação do seu estado de saúde, conhecimentos sobre o processo de doença, cuidados e tratamentos, adesão ao processo de reabilitação psicossocial em curso e ao regime de tratamento instituído e motivação para frequentar o programa.
- 2) Constituiu-se a posteriori um grupo homogéneo em função dos resultados obtidos na entrevista inicial composto por 6 reabilitandos, ao qual se acrescentaram mais 4 referenciados pelo nosso supervisor.
- 3) O "Saber +" foi administrado em 8 sessões quinzenais de 90 minutos (com 2 pausas flexíveis de 15 minutos).
- 4) Na primeira sessão foi proposto o horário, a duração e a frequência das sessões e a importância da presença assídua para favorecer a eficácia das mesmas.
- 5) Foi privilegiado o feedback positivo por sessão no intuito de transmitir a sensação de sucesso, reforçar a motivação para a aprendizagem, avaliando-se sempre a satisfação de cada um no final das sessões, oralmente numa escala de 0 a 10 (0 = nada satisfeito e 10 = Totalmente satisfeito).

Quadro 11 – Módulos e conteúdos que integram o programa “Saber+”

MÓDULOS	Nº da Sessão	CONTEÚDOS	Textos de Apoio (on-line)
MÓDULO A Conhecimento sobre o processo de doença	2	A.1. Processo específico da esquizofrenia A.2. Causas e fatores potenciadores A.3. Fatores de risco A.4. Factos e mitos sobre a esquizofrenia A.5. Sinais e sintomas do adoecer esquizofrénico	Texto 1 - O que é que os médicos querem dizer quando utilizam a palavra esquizofrenia Texto 2 - Factos e mitos sobre a esquizofrenia
	3	A.6. Curso habitual do processo da doença (esquizofrenia) A.7. Estratégias para minimizar a progressão da esquizofrenia A.8. Complicações potenciais da esquizofrenia A.9. Sinais e sintomas de complicações da esquizofrenia	Texto 3 - O que acontece no cérebro na esquizofrenia
	4	A.10. Estratégias para prevenir complicações da esquizofrenia A.11. Benefícios do controlo da doença A.12. Impacto individual da esquizofrenia A.12. Impacto sociofamiliar da esquizofrenia A.14. Recursos disponíveis na CST e na Comunidade A.15. Fontes de informação seguras e confiáveis sobre a esquizofrenia	Texto 4 - Aprender a linguagem da esquizofrenia Texto 5 - Grupos de apoio
MÓDULO B Conhecimento sobre os cuidados na doença	5	B.1. Estratégias para evitar recaídas B.2. Prevenção e controlo de sintomas B.3. Manter-se bem	Texto 6 - Um dia na vida Texto 7 - Como posso planear o meu dia Texto 8 - Manter-se bem
	6	B.4. Esquizofrenia, saúde e estilo de vida B.5. Como manter contacto social B.6. Como lidar com uma crise	Texto 9 - Saúde e estilo de vida Texto 10 - Drogas, álcool e cigarros Texto 11 - Como manter contacto social Texto 12 - Como lidar com uma crise
MÓDULO C Conhecimento sobre o tratamento	7	C.1. Regime de tratamento (farmacológico e não farmacológico) C.2. Identificação dos nomes corretos dos medicamentos C.3. Efeitos terapêuticos da medicação	Texto 13 - Opções terapêuticas Texto 14 - Psicoterapia
	8	C.4. Efeitos secundários da medicação C.5. Prevenção e controlo dos efeitos secundários C.6. Preparação para uma consulta	Texto 15 - A preparação para uma consulta

Cada uma das sessões de psicoeducação desenvolveu-se da seguinte forma:

- 1) na primeira sessão, procedeu-se ao acolhimento e saudação iniciais, apresentaram-se todos os membros do grupo e, em seguida, explicou-se os objetivos do programa, os conteúdos e atividades distribuídos pelas respetivas sessões; foi finalizada com a avaliação da sessão, o agendamento da sessão seguinte, a despedida e a saudação final;
- 2) nas sessões posteriores seguiu-se o seguinte procedimento: a) acolhimento e saudação inicial; b) exercício quebra gelo; c) ponte com os conteúdos abordados na sessão anterior; d) apresentação dos objetivos, conteúdos e atividades para a sessão presente; e) distribuição dos materiais de apoio; f) síntese dos conteúdos elaborada pelos reabilitandos; g) avaliação da sessão; h) agendamento da sessão seguinte; i) despedida e a saudação final;
- 3) na última sessão (8ª) procedeu-se ainda ao balanço final, através da revisão dos objetivos do programa "Saber +" e dos ganhos da sua implementação e da participação individual e coletiva.

No **Quadro 12** apresentam-se as intervenções de enfermagem autónomas prescritas e implementadas neste ensino clínico no programa "Saber +" em função dos diagnósticos de enfermagem encontrados, utilizando a taxonomia CIPE 1.0 (ICN, 2006) para a sua designação, extraídas dos planos de cuidados informatizados que elaborámos.

Quadro 12 - Intervenções de enfermagem autónomas prescritas e implementadas neste ensino clínico no programa "Saber +" em função dos diagnósticos de enfermagem encontrados, utilizando a taxonomia CIPE 1.0 (ICN, 2006) para a sua designação.

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	
1	Ensinar sobre: processo da doença
2	Ensinar sobre: cuidados na doença
3	Ensinar sobre: tratamento na doença
4	Estimular hábitos de socialização
5	Facilitar a aprendizagem
6	Gerir a comunicação
7	Gerir delírio
8	Implementar programa de psicoeducação (em grupo)
9	Incentivar comportamento interativo
10	Monitorizar aceitação do estado saúde (Instrumento: indicadores NOC 4th)
11	Monitorizar comportamento do doente (participação em atividades, socialização)
12	Monitorizar conhecimento sobre processo de doença/cuidados /tratamento

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	
13	Monitorizar envolvimento social (Instrumento: indicadores NOC 4th)
14	Monitorizar habilidades de interação social (indicadores NOC 4th)
15	Promover adesão ao regime medicamentoso
16	Promover autoconhecimento
17	Promover autoestima
18	Promover disposição para aprender
19	Promover o comportamento interativo

7.4. PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS INTRAPESSOAIS, INTERPESSOAIS E PROFISSIONAIS

As pessoas com esquizofrenia apresentam frequentemente comportamentos interpessoais deficitários. O seu comportamento peculiar, a resposta emocional restrita e a falta de competências sociais atuam como barreiras ao estabelecimento e manutenção de amizades novas e de suporte. Estas dificuldades no funcionamento social, por sua vez, são largamente responsáveis pela pobre qualidade de vida e isolamento das pessoas com esquizofrenia. Os indivíduos não competentes experienciam conseqüentemente ansiedade, frustração e isolamento que são especialmente problemáticos para os doentes com esquizofrenia. Este isolamento e ansiedade parecem ter alguma responsabilidade no aumento da frequência dos episódios psicóticos e/ou manutenção dos sintomas negativos (COELHO & PALHA, 2006; AFONSO, 2010).

Os défices nas competências pessoais e sociais podem aumentar o risco de recaída e, inversamente, o aumento dessas competências pode fazer diminuir risco e melhorar o prognóstico. Simultaneamente, vários estudos refletem que a implementação de programas de Treino de Competências Sociais (TCS) atenuam os efeitos negativos do stress, conferindo conseqüentemente alguma proteção face as recaídas dado aquele constituir um fator importante na sua precipitação (SPRING & COONS, 1984; BIRREL & HENDERSON, 1986; NORMAN, MALLA, MCLEAN, MCLNTOSH, NEUFELD, VORUGANRIE CORTESE, 2001, apud COELHO & PALHA, 2006).

Este tipo de intervenções baseia-se, pois, na evidência de que a combinação da aprendizagem de competências e suporte providenciado pelas intervenções psicossociais poderá aumentar as competências de coping eliminando e/ou reduzindo o distress, restringindo a probabilidade de recaída e a necessidade de acentuar medicações. Sendo o apoio social importante, convém salientar que a mudança de contexto induzida pela desinstitucionalização não parece, por si só, ser uma estratégia adequada se não se oferecer ao doente competências e recursos

para lidar com estes novos desafios, a intervenção pode resultar no regresso dos sintomas (COELHO & PALHA, 2006).

Não se conhecem em Portugal estudos que demonstrem o impacto desta intervenção em indivíduos com esquizofrenia, sobretudo desenvolvida por enfermeiros, nomeadamente EESMP, através de programas e instrumentos testados, validados e aferidos para a realidade portuguesa, apesar de internacionalmente os ganhos da sua implementação por estes profissionais estar bem estabelecida: 1) são recomendados enquanto intervenção de enfermagem, para prevenir a recaída e promover o *recovery* nos doentes com esquizofrenia crónica, bem como nas situações agudas que motivam internamento; 2) são essencialmente dirigidos ao treino de competências conversacionais e assertividade, sendo as técnicas utilizadas no desenvolvimento dos programas: a dramatização de situações sociais, instruções, trabalhos escritos, discussões de grupo, coaching, role-playing, feedback, demonstrações, prática, e trabalhos de casa; 3) podem ser desenvolvidos em grupo ou individualmente; 4) a duração do programa varia de 8 a 16 sessões; 5) o seu impacto parece evidenciar-se em melhorias ao nível: do funcionamento social (LI & LIN, 2009; SEO [et al.], 2007); das competências sociais (LI & LIN, 2009; MEIJEL [et al.] 2009; SEO [et al.] 2007; CHIEN [et al.], 2003; WHETSTONE, 1986; BEEBE, 2007; MAN [et al.], 1993); da autoimagem (LI & LIN, 2009); da autoestima (SEO [et al.], 2007); do comportamento regressivo (LI & LIN, 2009); do relacionamento interpessoal (SEO [et al.], 2007); da assertividade (SEO [et al.], 2007); da qualidade dos cuidados prestados a doentes portadores de esquizofrenia crónica (MEIJEL [et al.], 2009).

Contudo JARDIM (2007), no âmbito da Psicologia e Ciências da Educação, desenvolveu um Programa de Desenvolvimento de Competências Intrapessoais, Interpessoais e Profissionais (PDCIIP), transversais e dirigidas à promoção do sucesso académico de jovens portugueses que, sugere o autor, poderá ser aplicado a outras populações e contextos, inclusivamente clínicos.

Num estudo, de tipo quasi-experimental, construiu, aplicou e avaliou o PDCIIP, numa amostra de estudantes do ensino superior, que se distribuíram por dois grupos experimentais (N=72) e por dois grupos de controlo (N=68), perfazendo um total de 140 estudantes de ambos

os sexos. Este programa foi elaborado com base em seis competências intrapessoais, interpessoais e profissionais: cooperação¹, autorrealização², autoestima³, suporte social⁴, assertividade⁵ e empatia⁶.

As dificuldades nas funções sociais são um sinal característico independente da esquizofrenia. Estas estão presentes durante todo o decurso da doença, podendo mesmo estar presentes antes da eclosão da doença. As primeiras manifestações da doença levam normalmente a um agravamento dos problemas sociais, que tendem a permanecer, apesar do efeito da medicação na remissão dos sintomas psicóticos. As limitações sociais estão associadas não só à sintomatologia negativa, mas também, e em particular, aos défices cognitivos. Assim, os défices na atenção, na memória verbal, nas funções executivas e na cognição social podem interferir no desenvolvimento de competências sociais comprometendo, por sua vez, o desenvolvimento e manutenção de relacionamentos sociais bem como o funcionamento social básico, do qual a competência cooperação é parte integrante (VAZ-SERRA [et al], 2010).

No que respeita à autorrealização, apesar das dificuldades inerentes ao processo psicopatológico a pessoa com esquizofrenia não é diferente, com ou sem ajuda, quando traça o seu caminho para atingir a sua realização quando satisfaz as suas necessidades, quando encontra um sentido para as ações que realiza, vivenciando um sentimento de bem-estar (THOUSEND, 2010; VIDEBECK, 2012).

¹ No que concerne à cooperação, apesar da existência de uma pluralidade de significados atribuídos à mesma, poderá ser definida pela atividade na qual sujeitos ou entidades agem, em comum, com vista à realização de uma finalidade comum. Encontra-se relacionada com o modo como os indivíduos conjugam as suas forças e saberes para atingirem um determinado objetivo, evidenciando-se um envolvimento cognitivo, afetivo e comportamental do próprio grupo de sujeitos envolvido. Poderemos definir especificamente a cooperação como a “capacidade de operacionalizar conhecimentos, atitudes e habilidades no sentido de agir em conjunto, com vista à realização de um fim comum, maximizando as potencialidades de cada indivíduo de forma durável e equilibrada” (JARDIM & PEREIRA, 2006, p. 136).

² A autorrealização trata-se de uma competência fundamental para o sucesso pessoal, social e profissional dos sujeitos. A autorrealização consiste na “capacidade de operacionalizar a tendência humana para expandir, desenvolver e realizar, de modo autónomo, as potencialidades pessoais, sociais e profissionais (JARDIM & PEREIRA, 2006, p. 91).

³ Um investimento positivo relativamente a esta competência poderá contribuir para o sucesso a nível pessoal, social e profissional (JARDIM & PEREIRA, 2006).

⁴ Esta competência centra-se na capacidade de operacionalizar conhecimentos, atitudes e habilidades, fazendo com que o sujeito se apoie e que possa apoiar terceiros, sempre que esses necessitem da sua ajuda para solucionar determinada questão. Segundo JARDIM (2007, p. 113) “tem o poder de promover o desenvolvimento, a saúde, o bem-estar e o sucesso do indivíduo, de reforçar a sua capacidade de reação ao stress e de implementar mudanças positivas em situações de crise”.

⁵ Etimologicamente a palavra assertividade advém de “asserto”, que em latim significa expor de forma positiva o que se pretende transmitir. Um sujeito assertivo expressa diretamente o que pensa e o que deseja, através de um conjunto de atitudes adequadas a determinada situação, tendo em consideração o local e o momento. Esta competência permite ao indivíduo uma comunicação direta através de um comportamento, visando agir em prol do seu interesse, a defender-se sem ansiedade na expressão dos seus sentimentos de modo honesto e adequado, valendo os seus direitos sem nunca descurar os dos outros (JARDIM & PEREIRA, 2006). A assertividade torna-se sinónimo de “aptidões sociais”, sendo que estas são um conjunto de comportamentos manifestados por um sujeito num contexto interpessoal, manifestando os seus sentimentos, atitudes, desejos, opiniões e direitos de forma adequada a determinada situação, respeitando estas mesmas manifestações no outro (CABALLO, 2008). Esta competência exige um treino metódico, sendo necessário ter uma perceção dos seguintes aspetos: tipo de comportamento que provoca determinada situação; evitar a mímica e entoação contrária ao que se verbaliza; descrição das próprias reações contrariamente ao que avaliar as ações de terceiros; exprimir de forma positiva em vez de adotar uma postura crítica (JARDIM & PEREIRA, 2006).

⁶ O conceito de empatia é definido por JARDIM (2007, p.104) como a competência de “compreender reações emocionais de uma pessoa de acordo com o contexto, transpondo a imaginação e assumindo o papel do outro como referência descritiva”. Segundo HOFMAN (2000) a empatia envolve três dimensões fundamentais: cognitiva, afetiva e comportamental. A primeira, cognitiva, relaciona-se com a capacidade de compreender, com rigor, os sentimentos e perspetivas do outro. A dimensão afetiva evidencia-se pelos sentimentos de compaixão, preocupação e simpatia e a dimensão comportamental relaciona-se com a capacidade de transmitir um sentido explícito do sentimento e da ótica do outro, sentindo-se, este, profundamente compreendido.

O mesmo acontece para a *autoestima*, que muitas vezes se encontra diminuída pelas dificuldades inerentes à gestão da própria doença, do seu tratamento e do estigma ainda associado a esta problemática. A autoestima torna-se uma competência cada vez mais importante, uma vez que tem um papel relevante no funcionamento saudável independentemente da doença, pois uma boa autoestima encontra-se diretamente relacionado com um estado de bem-estar psicológico, de integração social e com um menor índice de desadaptação.

As intervenções das equipas multidisciplinares envolvidas em processos de reabilitação procuram melhorar o prognóstico das pessoas com esquizofrenia, oferecendo suporte psicossocial¹ (entre outros: suporte existencial suporte emocional; suporte perceptivo; suporte informativo; suporte instrumental e suporte social. O facto de estas estarem aptas para o identificar, receber e retribuir são essenciais para elevar o bem-estar e a qualidade de vida, o sucesso interpessoal e profissional (GONÇALVES, 2008).

A pessoa com esquizofrenia apresenta como já enunciámos alterações no relacionamento interpessoal na sequência dos deficits ao nível da neurocognição e cognição social. Estas repercutem-se na dificuldade de conseguir comportamentos assertivos da pessoa com esquizofrenia, isto é, esta tenderá a encontrar obstáculos quando exprime diretamente o que pensa e o que deseja, através de um conjunto de atitudes adequadas a determinada situação, local e momento. A assertividade permite ao indivíduo uma comunicação direta através de um comportamento, visando agir em prol do seu interesse, a defender-se sem ansiedade na expressão dos seus sentimentos de modo honesto e adequado, valendo os seus direitos sem nunca descurar os dos outros (ÁLVAREZ, 2007). Deficits a este nível capacidades contribuem para desempenho social inadequado e são responsáveis pelas dificuldades na perceção e no desempenho de papéis sociais, assim como pelas limitações na qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia (CABALLO, 2008).

O mesmo é válido para a *empatia*, uma vez que a ressonância afetiva, a simpatia e a compaixão (componentes desta competência) encontram-se diminuídas na pessoa com esquizofrenia, o que torna o relacionamento interpessoal difícil. A atitude de reserva e desconfiança muitas vezes exibida em diferentes graus, não invalida que esta competência seja desenvolvida

¹ Utilizada numa perspetiva complementar a outras intervenções terapêuticas, a abordagem psicossocial (individual ou em grupo), visa a reabilitação profissional, a educação e a aprendizagem de padrões comportamentais e o treino de aptidões sociais. Ao detetar e tratar precocemente as recaídas, consegue-se diminuir o número de (re)internamentos, os custos dos cuidados de saúde e a deterioração psicológica e social. Por outro lado, a intervenção na família do doente é um fator importante na prevenção das recaídas ao promover uma menor emoção expressa, permite ainda reduzir o stresse perante o doente em crise, estimula a comunicação entre o doente e seus familiares e incrementa a informação destes acerca da doença. Nesta perspetiva, o treino competência suporte social é fundamental, para que as pessoas com esquizofrenia consigam por si mesmas procurar apoio ou até oferecer suporte a outros (doentes, famílias, profissionais em aprendizagem, etc.) com o seu testemunho e experiência de vida, beneficiando da redução do estigma e dos ganhos que já foram mencionados. Destaquem-se ainda as experiências de sucesso de pessoas com esquizofrenia que exercem funções de co-terapeuta em grupos de ajuda mútua para outros doentes e/ou familiares.

com intervenções e treinos adequados, para conseguir vencer as barreiras comunicacionais inerentes à doença e permitir o estabelecimento de relacionamentos interpessoais eficazes (CABALLO, 2008).

Com base num racional teórico integrativo e eclético, o PDCIIP desenvolvido em sessões de grupo fundamenta-se nas abordagens humanista, cognitivista e cognitivo-comportamental. Ao longo de oito sessões presenciais, recorre a uma metodologia ativa, fazendo uso de técnicas e de estratégias específicas, tais como role-playing, dinâmicas de grupo, ensinamentos em grupo, autorregistros, feedback construtivo e atividades que favorecem a transferência de competências das sessões de treino para a vida. Consideramos a pertinência da sua aplicação como recomendada pelo autor, dado que, pelo que temos conhecimento, é a primeira vez que o PDCIIP é administrado a pessoas com esquizofrenia. Seguimos por isso a planificação do PDCIIP apresentada no Anexo 8.

No **Quadro 13** apresentam-se as intervenções de enfermagem autónomas prescritas e implementadas neste ensino clínico no PDCIIP em função dos diagnósticos de enfermagem encontrados, utilizando a taxonomia CIPE 1.0 (ICN, 2006) para a sua designação, extraídas dos planos de cuidados informatizados que elaborámos. Estas descrevem de certa forma sucinta o que implementámos de acordo com a planificação do PDCIIP, não sofrendo desvios dignos de registo.

Quadro 13 - Intervenções de enfermagem autónomas prescritas e implementadas neste ensino clínico no PDCIIP em função dos diagnósticos de enfermagem encontrados, utilizando a taxonomia CIPE 1.0 (ICN, 2006) para a sua designação.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
1	Ensinar hábitos de socialização
2	Estimular hábitos de socialização
3	Executar treino de competências sociais (intrapessoais, interpessoais e profissionais)
4	Monitorizar comportamento do doente (participação em atividades, socialização)
5	Monitorizar envolvimento social (Instrumento: indicadores NOC 4th)
6	Promover autoconhecimento
7	Promover autoestima
8	Promover o comportamento interativo

7.5. OUTROS MOMENTOS DE CONTACTO

Durante o ensino clínico foram-nos proporcionados outros momentos de contacto, que embora não planeados a priori não puderam ficar fora da documentação dos cuidados prestados e exigiram de nós a mesma responsabilidade e empenho quando neste se implementaram intervenções de enfermagem.

Destes destacamos as várias visitas à CST e à URIC, para consultar documentos (relevantes para a prática de cuidados na instituição: planos estratégicos, filosofia institucional, entre outros), colher dados (para além dos momentos que já descrevemos, nomeadamente através de entrevistas com outros técnicos, para validar observações e impactos da nossa intervenção) e observar de forma não participante os treinos de competências básicas e instrumentais desenvolvidas pelos monitores de reabilitação psicossocial, supervisionados pelo EESMP que nos acompanhou, e os passeios pelo espaço verde que circunda a CST.

Nestes fomos abordados e não foi possível não interagir ou não comunicar com os reabilitandos. Sempre que nos pareceu oportuno, de acordo com a avaliação efetuada e validadas as intervenções com o nosso supervisor e com os reabilitandos, implementámos as que apresentamos no *Quadro 14*, extraídas dos planos de cuidados informatizados que elaborámos.

Estes vieram ajudar no processo de construção da aliança terapêutica, isto é, de clarificar para nós e para a pessoa com esquizofrenia o seu desejo consciente em cooperar e na sua disposição de aceitar a ajuda para superar o que sente como dificuldade(s). Permitiu-nos verificar que o comparecer aos momentos de contacto estruturados e previamente definidos não foi meramente passivo, com o mero o motivo de obter prazer ou qualquer outra forma de gratificação. Foi gratificante perceber que de facto existia em cada reabilitando uma aceitação da necessidade de enfrentar os seus problemas internos e de executar o trabalho por nós proposto, apesar da sua resistência interna, mesmo tendo consciência de quão difícil é consegui-lo na grande maioria das pessoas com esquizofrenia.

Foram à semelhança dos outros momentos de contacto, oportunidades ímpares para desenvolver e treinar competências no âmbito da comunicação terapêutica, da psicoeducação individual (ensino sobre o processo de doença, cuidados na doença e tratamento) e da promoção de comportamentos de adesão ao projeto terapêutico em curso (farmacológico e não farmacológico). Estas foram intervenções transversais em todos os momentos de contacto como verificamos em todos os quadros deste capítulo.

Quadro 14 - Intervenções de enfermagem autónomas prescritas e implementadas neste ensino clínico noutros momentos de contacto em função dos diagnósticos de enfermagem encontrados, utilizando a taxonomia CIPE 1.0 (ICN, 2006) para a sua designação.

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	
Passeios pela Quinta da CST	
1	Ensinar sobre: processo da doença
2	Ensinar sobre: cuidados na doença
3	Ensinar sobre: tratamento na doença
4	Escutar o doente
5	Oferecer presença
6	Promover adesão ao regime medicamentoso
7	Promover técnica de distração
Visitas à URIC	
1	Ensinar sobre: processo da doença
2	Ensinar sobre: cuidados na doença
3	Ensinar sobre: tratamento na doença
4	Monitorizar comportamento do doente (participação em atividades, socialização)
5	Monitorizar envolvimento social (Instrumento: indicadores NOC 4th)
6	Oferecer presença
7	Promover adesão ao regime medicamentoso

8. AVALIAÇÃO FINAL: RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Partindo de uma avaliação global do que foi realizado nos vários momentos de contacto, deter-nos-emos a seguir nos resultados dos reabilitandos sensíveis às intervenções de enfermagem, que constituíram determinados ganhos em saúde e que se definiram como resultados de enfermagem.

8.1. AVALIAÇÃO GLOBAL DOS VÁRIOS MOMENTOS DE CONTACTO

Neste subcapítulo iremos proceder a uma avaliação global em perspectiva dos vários momentos de contacto, cujos resultados mais significativos resumimos no **Quadro 15**. Da análise deste importa destacar que durante este ensino clínico foi possível:

1. Prestar cuidados de enfermagem especializados em saúde mental e psiquiatria a 16 pessoas com esquizofrenia em processo de reabilitação psicossocial;
2. Destes 16 reabilitandos, 7 integraram o nosso programa de consultas de ESMP: foram desenvolvidas 74 consultas (16 entrevistas iniciais de diagnóstico, 51 de seguimento e 7 entrevistas finais); cada reabilitando beneficiou de uma média de 10 consultas (entre um mínimo de 10 e um máximo de 12 consultas); a satisfação global com o programa de consultas de ESMP parece ser elevada, pois apesar de não terem frequentado um programa com atividades semelhantes, esta apresenta uma média de 8,32 (numa escala de 1 a 10, cujas pontuações variaram pouco, isto é, entre 7 e 9, com um desvio padrão de 0,70) e os resultados que foram percebidos pelos dos reabilitandos situaram-se conforme (1) e acima (6) das suas expectativas iniciais;
3. Destes 16 reabilitandos, 9 integraram o nosso AEC: foram desenvolvidas 12 sessões de estimulação cognitiva de 90 minutos de duração (com duas pausas flexíveis de 15 minutos); a satisfação global com o AEC parece ser elevada, pois apesar de não terem frequentado um programa com atividades semelhantes, esta apresenta uma média de 8,11 (numa escala de 1 a 10, cujas pontuações variaram pouco, isto é, entre 7 e 10, com um desvio padrão de 0,96) e os resultados que foram percebidos pelos

dos reabilitandos situaram-se conforme (2) e acima (7) das suas expectativas iniciais;

4. Destes 16 reabilitandos, 10 integraram o programa “Saber +”: foram desenvolvidas 8 sessões de psicoeducação de 90 minutos de duração (com duas pausas flexíveis de 15 minutos); a satisfação global com o programa “Saber +” parece ser elevada, pois apesar de não terem frequentado um programa com atividades semelhantes, esta apresenta uma média de 9,34 (numa escala de 1 a 10, cujas pontuações variaram pouco, isto é, entre 7 e 10, com um desvio padrão de 0,79) e os resultados que foram percebidos pela totalidade dos reabilitandos (7) situaram-se acima das suas expectativas iniciais;
5. Destes 16 reabilitandos, 10 integraram o PDCIIP: foram desenvolvidas 8 sessões de 120 minutos de duração (com 4 pausas flexíveis de 15 minutos) e uma final de 180 minutos (com uma atividade socialização: lanche convívio); a satisfação global com o PDCIIP parece ser elevada, pois apesar de não terem frequentado um programa com atividades semelhantes, esta apresenta uma média de 8,15 (numa escala de 1 a 10, cujas pontuações variaram pouco, isto é, entre 7 e 10, com um desvio padrão de 0,94) e os resultados que foram percebidos pela totalidade dos reabilitandos (10) situaram-se acima das suas expectativas iniciais;

Parece-nos interessante constatar que nenhum reabilitando se ausentou de qualquer das sessões agendadas, sendo a assiduidade destes de 100% para todos os programas. O interesse demonstrado por todos os participantes superou também as nossas expectativas iniciais, pois considerávamos difícil trabalhar a sua motivação e o seu comportamento de adesão, em virtude do que é descrito na literatura (SADOCK e SADOCK, 2012; VIDEBECK, 2012).

Quadro 15 – Avaliação global dos vários momentos de contacto

AVALIAÇÃO GLOBAL DOS VÁRIOS MOMENTOS DE CONTACTO		
Consulta de EESMP		
	Fi	
Nº de reabilitandos abrangidos	7	(R1, R2, R3, R4, R14, R15, R16)
Nº Total de Consultas	74	
<i>Entrevistas iniciais (diagnóstico)</i>	16	
<i>Seguimento</i>	51	
<i>Entrevistas finais</i>	7	

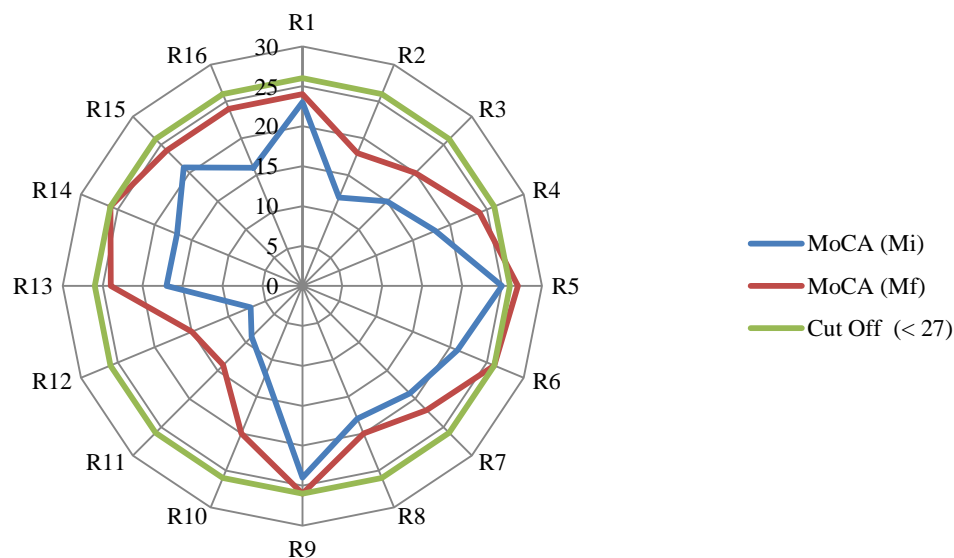
AVALIAÇÃO GLOBAL DOS VÁRIOS MOMENTOS DE CONTACTO					
	M	Me	DP	Min	Max
Nº de consultas/reabilitando	10,57	-	-	10	12
Nº de ausências/participante	0				
Duração/consulta	41,96	45	7,79	25	60
Satisfação global	8,32	8,00	0,70	7	9
	Fi				
Não frequentaram ações semelhantes	7				
Resultados acima das expectativas	6				
Resultados conforme às expectativas	1				
AEC					
	Fi				
Nº de reabilitandos abrangidos	9	(R2, R3, R4, R10, R11, R12, R13, R14, R16)			
Nº Total de Sessões	12				
Nº de ausências/participante	0				
Frequência e duração/sessão	semanais; 90 minutos (com 2 pausas flexíveis de 15')				
	M	Me	DP	Min	Max
Satisfação global	8,11	8,00	0,96	7	10
	Fi				
Não frequentaram ações semelhantes	9				
Resultados acima das expectativas	7				
Resultados conforme as expectativas	2				
Programa “Saber +”					
	Fi				
Nº de reabilitandos abrangidos	10	(R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R13,R15, R16)			
Nº Total de Sessões	8				
Nº de ausências/participante	0				
Frequência e duração/sessão	quinzenais; 90 minutos (com 2 pausas flexíveis de 15')				
	M	Me	DP	Min	Max
Satisfação global	9,34	10,00	0,79	7	10
	Fi				
Não frequentaram ações semelhantes	10				
Resultados acima das expectativas	10				
PDCIIP					
	Fi				
Nº de reabilitandos abrangidos	10	(R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R13,R15, R16)			
Nº Total de Sessões	9				
Nº de ausências/participante	0				
Frequência e duração/sessão	8 semanais de 120 minutos (com 4 pausas flexíveis de 15') e 1 final de 180 minutos (com lanche convívio)				
	M	Me	DP	Min	Max
Satisfação global	8,15	8,00	0,94	7	10
	Fi				
Não frequentaram ações semelhantes	10				
Resultados acima das expectativas	10				

8.2. SAÚDE FISIOLÓGICA: NEUROCOGNIÇÃO

No que respeita à neurocognição verificamos pela leitura do **Gráfico 1** que a grande maioria dos reabilitandos (14) apresenta deficit cognitivo, com base no teste de rastreio cognitivo MoCA. Resultados que vão ao encontro do que é descrito na literatura.

Como já referimos, selecionaram-se com a colaboração do nosso supervisor, 10 reabilitandos (R2, R3, R4, R10, R11, R12, R13, R14, R16) para beneficiarem do AEC que implementámos, e foram estes que face aos restantes, apresentaram uma melhor evolução no que respeita à performance no MoCA, antes (Mi) e depois (Mf) da intervenção. Contudo, de uma forma geral, todos registaram melhorias no desempenho cognitivo, participando ou não no AEC.

Gráfico 1 – Representação gráfica das performances de todos os reabilitandos (R1 a R16) no Teste MoCA antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem das intervenções de enfermagem implementadas no ensino clínico.



8.3. SAÚDE PSICOSSOCIAL

A saúde psicossocial, tal como perspetivada pela NOC 4th (MOORHEAD [et al], 2010), descreve ganhos ao nível da adaptação psicossocial, do bem-estar psicológico e da interação social, como apresentamos a seguir.

8.3.1. Adaptação psicossocial

No que respeita à adaptação psicossocial verificamos, através da análise do **Gráfico 2** e os ganhos no *insight* (medidos pela Escala de Insight Marková e Berrios) melhoraram na maioria dos reabilitandos (15). Destacamos o reabilitando R12, que apesar da idade (71 anos, o mais idoso) e do seu deficit cognitivo significativo (ver **Gráfico 1**), apresentou alguma melhoria do *insight*, ainda que ligeira, que nos parece essencialmente devida à tomada de consciência das dificuldades que foi encontrando quando lhe foram apresentados os desafios ao longo do AEC (único programa que frequentou).

No **Gráfico 3** verifica-se que nos reabilitandos que beneficiaram do programa de psicoeducação “Saber +” melhoraram ainda os comportamentos de aceitação do estado de saúde demonstrados (avaliados pelos indicadores do resultado de enfermagem “aceitação do estado de saúde” da NOC 4th). Foi interessante constatar, por parte da maioria dos reabilitandos, a procura crescente de informação relevante e pertinente junto de nós e do nosso supervisor sobre o processo de doença, de estratégias para lidar com a esquizofrenia e sobretudo com os efeitos secundários da terapêutica prescrita, à medida que se foi construindo a relação de confiança em que se fundaram todos os cuidados prestados. As maiores dificuldades encontraram-se na utilização dessa informação, ou seja, houve dificuldade na operacionalização das estratégias para melhorar efetivamente a saúde, apesar da motivação e do esforço estarem presentes.

Longe de considerar acabado este trabalho, julgamos que a continuidade das intervenções desenvolvidas poderia ajudar a manter e até melhorar os resultados conseguidos, pois todos os reabilitandos estiveram ávidos na procura de bem-estar e mais saúde.

Gráfico 2 – Representação gráfica dos resultados de todos os reabilitandos (R1 a R16) obtidos pela aplicação da Escala de Insight Marková e Berrios antes (Mi) e depois (Mf) das intervenções de enfermagem implementadas no ensino clínico.

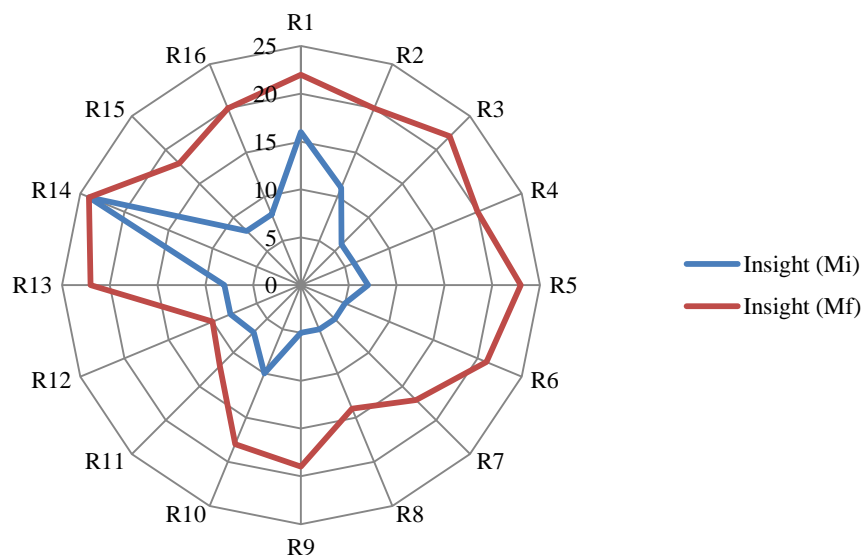
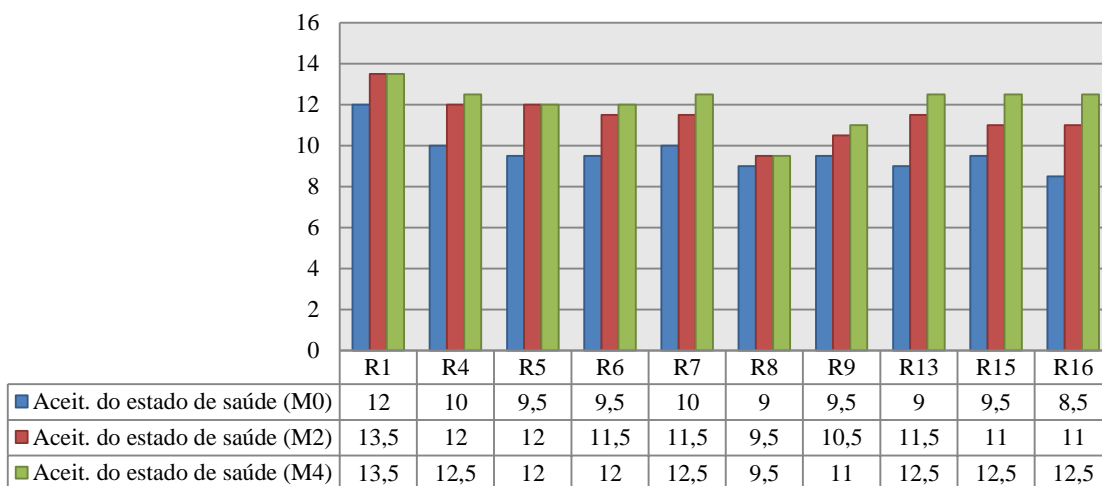


Gráfico 3 – Representação gráfica da performance dos reabilitandos (R1, R4, R5, R7, R8, R9, R13, R15, R16) que beneficiaram do programa de psicoeducação “Saber +”.



8.3.2. Bem-estar psicológico

No que respeita ao bem-estar psicológico, medido através Escala de Autoestima de Rosenberg, da PANAS e da SWLS, através da representação gráfica dos resultados (**Gráfico 4, 5**

e 6, respetivamente) podemos apurar que contribuímos para a sua melhoria na maioria dos reabilitandos:

- 12 melhoraram a autoestima, em especial os reabilitandos R1, R2, R3, R4, R5, R6, que têm em comum o facto de terem beneficiado da consulta de ESMP e/ou do PDCIIP, e por sua vez R10, que beneficiou apenas do AEC; R10 ficou surpreendido pelas coisas que ainda conseguia dizer e fazer (sic), e tal como validado por outros elementos da equipa multidisciplinar, este terá sido um dos fatores que poderão explicar os ganhos em autoestima;
- 10 (R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R13, R15, R16) evidenciaram ganhos mais elevados nos afetos positivos, comparativamente aos restantes; estes têm em comum o facto de terem beneficiado do programa de psicoeducação “Saber+”;
- os ganhos relacionados com a satisfação com a vida foram mais modestos, apenas 7 (R3, R4, R5, R6, R7, R13, R15) evidenciaram resultados superiores aos restantes.

Gráfico 4 – Representação gráfica dos resultados de todos os reabilitandos (R1 a R16) obtidos pela aplicação da Escala Autoestima de Rosenberg antes (Mi) e depois (Mf) das intervenções de enfermagem implementadas no ensino clínico.

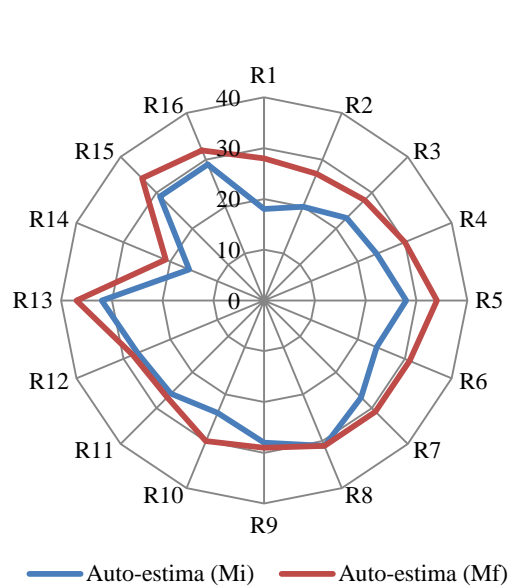


Gráfico 5 – Representação gráfica dos resultados de todos os reabilitandos (R1 a R16) obtidos pela aplicação da PANAS antes (Mi) e depois (Mf) das intervenções de enfermagem implementadas no ensino clínico.

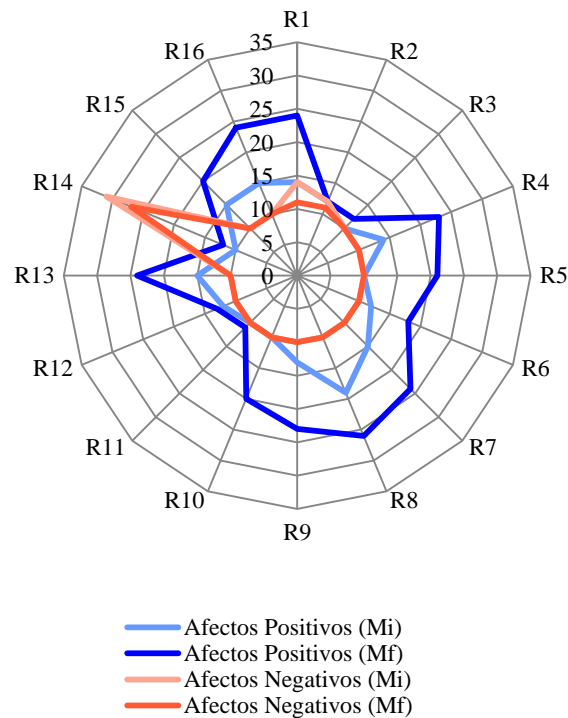
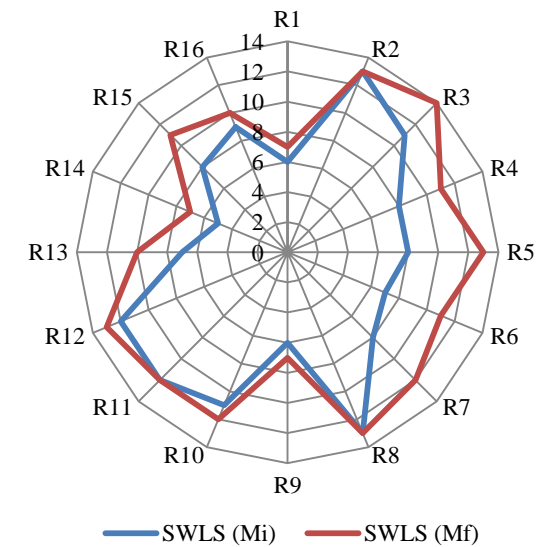
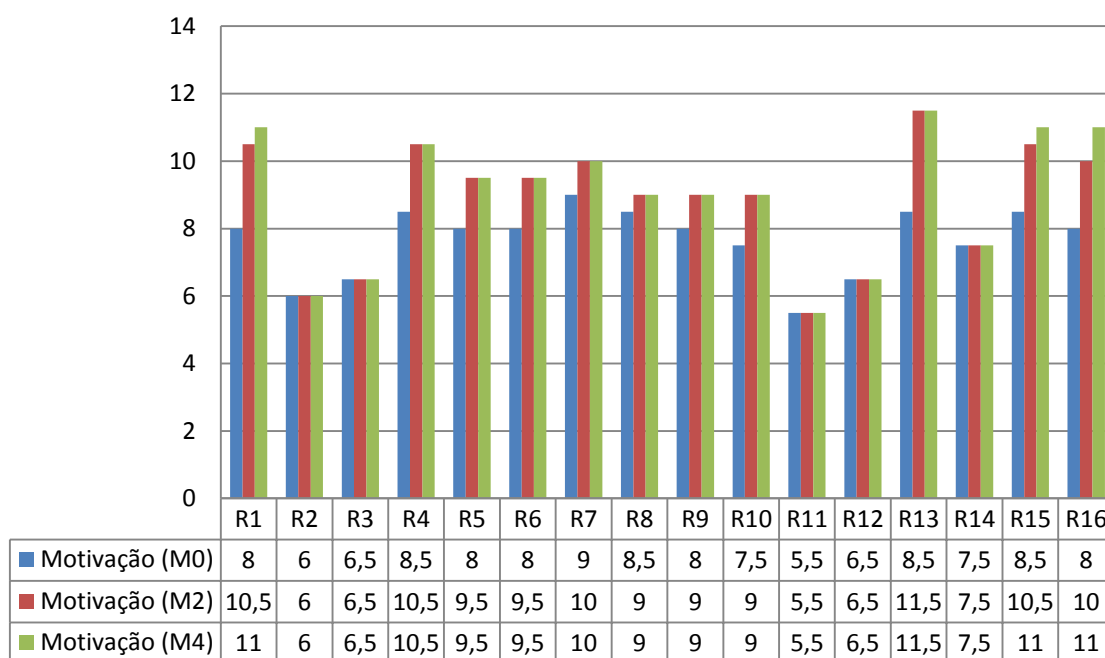


Gráfico 6 – Representação gráfica dos resultados de todos os reabilitandos (R1 a R16) obtidos pela aplicação da Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) antes (Mi) e depois (Mf) das intervenções de enfermagem implementadas no ensino clínico.



Na perspetiva da NOC 4th (MOORHEAD [et al], 2010) o bem-estar é determinado também pelos comportamentos de motivação apresentados pela pessoa com esquizofrenia. Pela apreciação do **Gráfico 7**, verificamos que a maioria dos reabilitandos (14) apresentou ganhos ao nível dos comportamentos de motivação observados ao longo do ensino clínico. Como já tínhamos referido, este aspeto surpreendeu-nos pela positiva uma vez que a maioria dos reabilitandos, nos vários momentos de interação, expressou intenção de agir, colaborou na elaboração do seu plano de cuidados, autoiniciou comportamentos dirigidos a objetivos e mostrou boa recetividade quanto teve oportunidade de dar o seu contributo. As maiores dificuldades foram encontradas na planificação do seu futuro a médio/longo prazo (o que talvez esteja relacionado com a deterioração cognitiva apresentada, nomeadamente ao nível das funções executivas) e em acreditar que são capazes de desempenhar as ações necessárias para concretizar determinado objetivo proposto (aspetos que expressam uma autoestima diminuída).

Gráfico 7 – Representação gráfica da performance de todos os reabilitandos (R1 a R16) ao nível do resultado de enfermagem “ motivação” que beneficiaram das intervenções de enfermagem implementadas no ensino clínico.

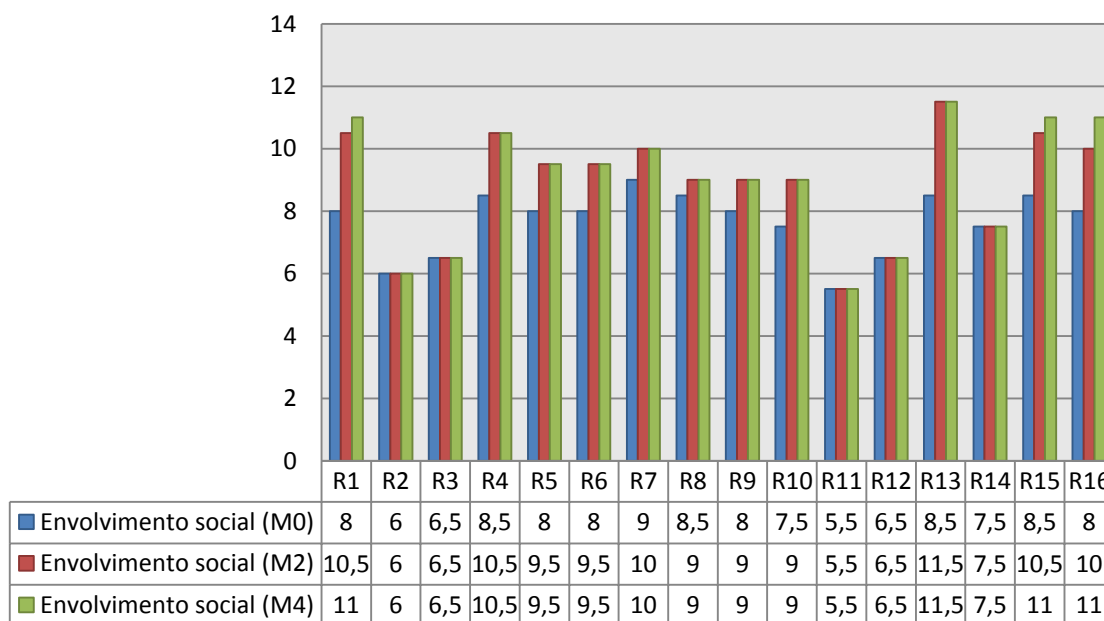


8.3.3. Interação social

Os ganhos ao nível da interação social foram por nós avaliados em função dos comportamentos de envolvimento social observados (por nós e pela equipa) e medidos pelos indicadores do resultado de enfermagem “envolvimento social” sugerido pela NOC 4th (MOORHEAD [et al], 2010).

No **Gráfico 8** podemos observar que a maioria dos reabilitandos (11) apresentou uma melhoria do envolvimento social sobretudo após 2 meses de contacto, embora os ganhos adquiridos tenham ficado como estagnados a partir daí (com exceção de R1, R15 e R16). Os piores resultados apresentados pelos reabilitandos R2, R3 e R11 podem estar relacionados com a deterioração cognitiva apresentada, talvez até da cognição social que não avaliámos de uma forma objetiva, mas que a literatura aponta. Relativamente ao reabilitando R14, o agravamento da sua situação clínica ao longo do estágio, limitou o seu envolvimento social e impediu-o de beneficiar de outras intervenções para além das desenvolvidas na consulta de ESMP.

Gráfico 8 – Representação gráfica da performance de todos os reabilitandos (R1 a R16) ao nível do resultado de enfermagem “envolvimento social” que beneficiaram das intervenções de enfermagem implementadas no ensino clínico.



No que respeita aos ganhos na interação social em virtude do desenvolvimento de competências intrapessoais, interpessoais e profissionais, podemos constatar através da observação dos **Gráficos 9 a 14**, que apresentam os resultados obtidos nas várias escalas do QCIIP pelos reabilitandos (R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R13, R15 e R16) antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem do PDCIIP, o desenvolvimento das competências foi modesto para a generalidade dos reabilitandos, com exceção da autoestima e especialmente da assertividade. Os resultados obtidos na Escala de Autoestima vão ao encontro do que já tínhamos verificado atrás no âmbito da avaliação dos ganhos em bem-estar. No que respeita ao desenvolvimento da competência assertividade todos os reabilitandos que beneficiaram do PDCIIP ganhos dignos de registo.

Aquando do desenvolvimento do programa pareceu-nos que o número de sessões e a sua frequência foi desadequado para a nossa população-alvo. Tal como nos alerta CABALLO (2008), pelas características clínicas presentes, o número de sessões e a sua frequência deveria ser aumentado, uma vez que na sua forma original o PDCIIP está vocacionado para jovens adultos saudáveis, à partida sem deficits cognitivos (por exemplo, diminuição da velocidade de processamento, alterações ao nível da aprendizagem e da memória verbal e visual) entre outros, que talvez prejudiquem o rendimento dos participantes. Seria interessante, num futuro próximo, no nosso percurso académico, validar a adequabilidade do PDCIIP, numa investigação em contexto clínico que contemplasse, por exemplo, as características da nossa população-alvo, e determinar então os fatores que possam explicar tais resultados.

Gráfico 9 – Representação gráfica dos resultados dos reabilitandos (R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R13, R15 e R16) obtidos na Escala Cooperação do QCIIP antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem do PDCIIP.

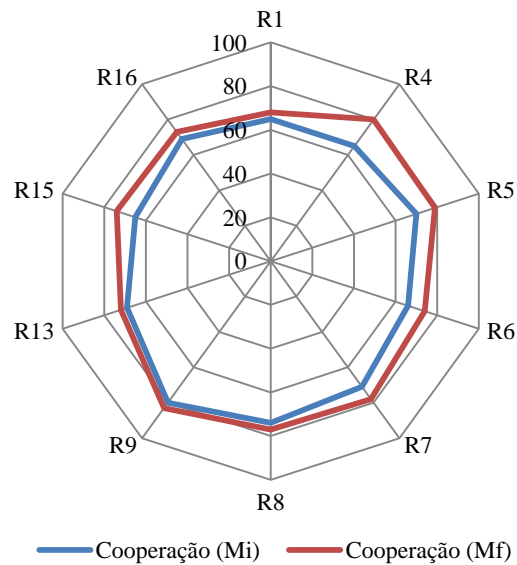


Gráfico 10 – Representação gráfica dos resultados dos reabilitandos (R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R13, R15 e R16) obtidos na Escala Autorrealização do QCIIP antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem do PDCIIP.

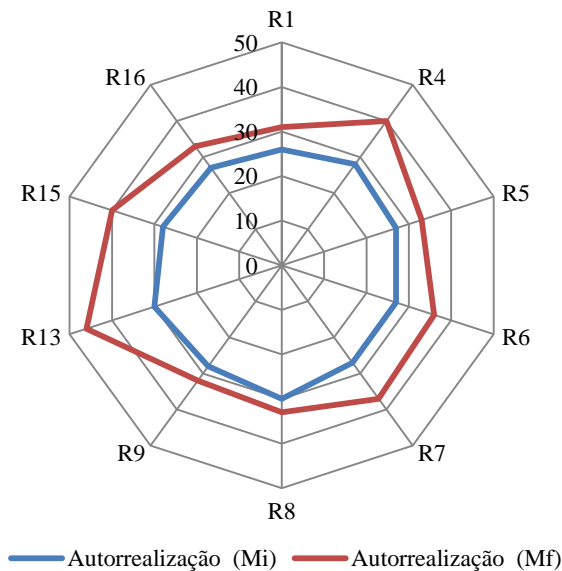


Gráfico 11 – Representação gráfica dos resultados dos reabilitandos (R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R13, R15 e R16) obtidos na Escala Autoestima do QCIIP antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem do PDCIIP.

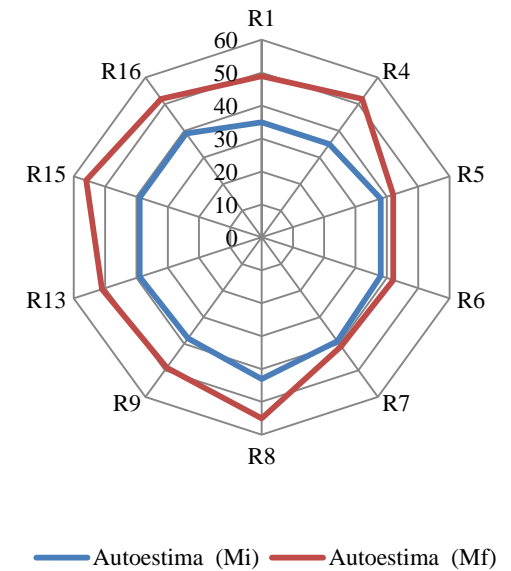


Gráfico 12 – Representação gráfica dos resultados dos reabilitandos (R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R13, R15 e R16) obtidos na Escala Suporte Social do QCIIP antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem do PDCIIP.

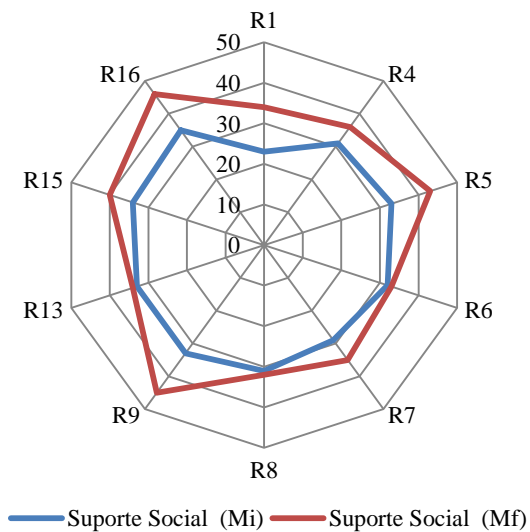


Gráfico 13 – Representação gráfica dos resultados dos reabilitandos (R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R13, R15 e R16) obtidos na Escala Assertividade do QCIIP antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem do PDCIIP.

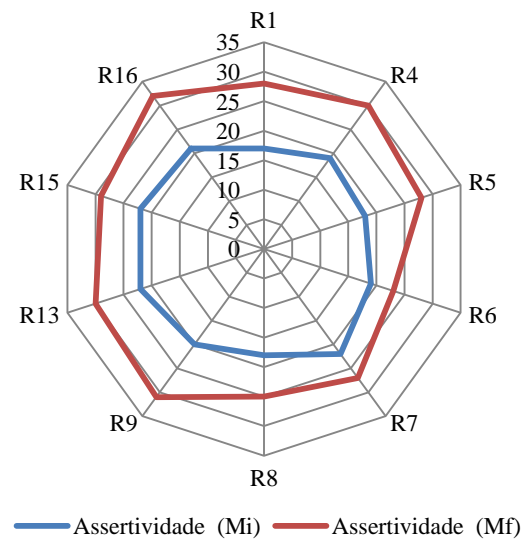
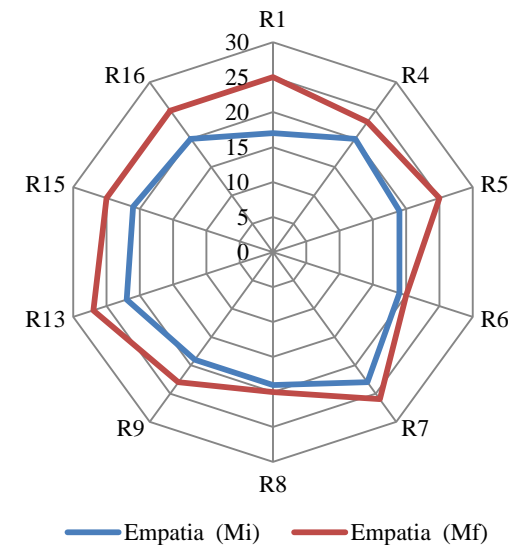


Gráfico 14 – Representação gráfica dos resultados dos reabilitandos (R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R13, R15 e R16) obtidos na Escala Empatia do QCIIP antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem do PDCIIP.



8.4. SAÚDE PERCEBIDA

A saúde psicossocial, tal como perspectivada pela NOC 4th (MOORHEAD [et al], 2010), descreve ganhos ao nível satisfação com a saúde e com a qualidade de vida, e ainda com a satisfação com a assistência, como exploramos adiante.

8.4.1. Saúde e qualidade de vida

No que respeita aos ganhos ao nível da qualidade de vida, podemos constatar através da observação dos *Gráficos 15 a 20*, que apresentam os resultados obtidos nos vários domínios do instrumento WHOQOL-Bref pelos reabilitandos, antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem da intervenções de enfermagem implementadas no ensino clínico, o seguinte:

- Aparentemente contribuímos para melhorar a avaliação global da qualidade de 7 reabilitandos (R1, R4, R5, R9, R10; R13 e R16) e pelo menos manter a dos restantes; verificando-se uma certa tendência para a concordância dos resultados no nível 3 (“nem boa nem má”);
- Aparentemente contribuímos para melhorar a satisfação com a saúde de 5 reabilitandos (R1, R3, R8, R9, R11; R15) e pelo menos manter a dos restantes; verificando-se uma certa tendência para a concordância dos resultados no nível 3 (“nem boa nem má”);
- Nos vários domínios da QdV medidos pelo instrumento WHOQOL-Bref encontramos diferenças positivas para cada um deles, nomeadamente:
 - Domínio físico – neste domínio elevaram a QdV 8 (em especial R13) e mantiveram a QdV os restantes 8 reabilitandos;
 - Domínio psicológico – elevaram a QdV neste domínio 13 (em especial R1, R7 e R13) e mantiveram a QdV 3 (R11, R12 e R14);
 - Domínio social – neste domínio elevaram a QdV 8 (em especial R1, R7, R9, R11) e mantiveram a QdV os restantes 8 reabilitandos;
 - Domínio ambiental – neste domínio elevaram a QdV 12 (em especial R9 e R10) e mantiveram a QdV os restantes 4 reabilitandos.

A globalidade e a própria natureza das nossas intervenções poderá ter contribuído para ganhos mais significativos no domínio psicológico, ao explorarmos e promovermos um sentido para a vida de cada reabilitando, ajudando a esclarecer e fortalecer o seu papel no âmbito do

seu projeto de vida e atualmente no contexto do processo de reabilitação psicossocial em curso. Por outro lado, a participação nos vários programas por nós implementados possibilitaram aos reabilitandos experimentar uma vasta gama de afetos positivos em detrimento dos negativos como já tínhamos descrito atrás no âmbito dos ganhos em bem-estar psicológico.

No domínio ambiental, acreditamos ter contribuído para elevar os ganhos a este nível em virtude da segurança proporcionada durante a prestação de cuidados nos vários momentos de contacto, as informações disponibilizadas para melhorar a organização pessoal da vida diária, o acesso facilitado à equipa de saúde multidisciplinar (pois fizemos de intermediários em algumas situações que necessitavam de intervenção de outros elementos da equipa) e no enriquecimento do seu dia a dia com algumas atividades que os próprios reabilitandos consideraram também de lazer (por exemplo: os trabalhos para a casa no âmbito do AEC, no programa “Sa-ber+” e no PDCIIP).

Gráfico 15 – Representação gráfica dos resultados da avaliação global da qualidade de vida dos reabilitandos (R1 a R16) obtidos pela aplicação da WHOQOL-Bref antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem das intervenções de enfermagem desenvolvidas no ensino clínico.

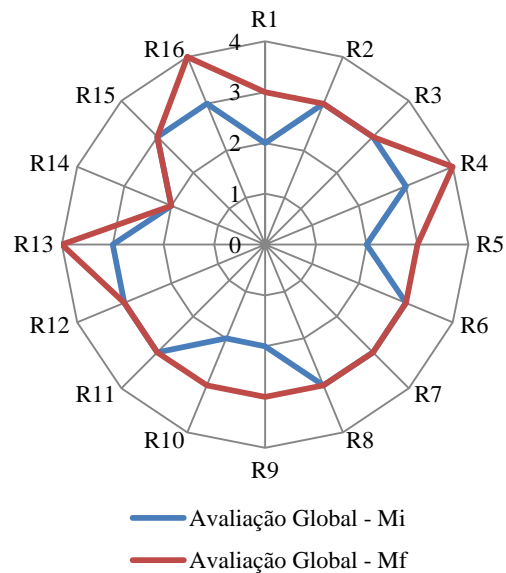


Gráfico 16 – Representação gráfica dos resultados da satisfação com a saúde dos reabilitandos (R1 a R16) obtidos pela aplicação da WHOQOL-Bref antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem das intervenções de enfermagem desenvolvidas no ensino clínico.

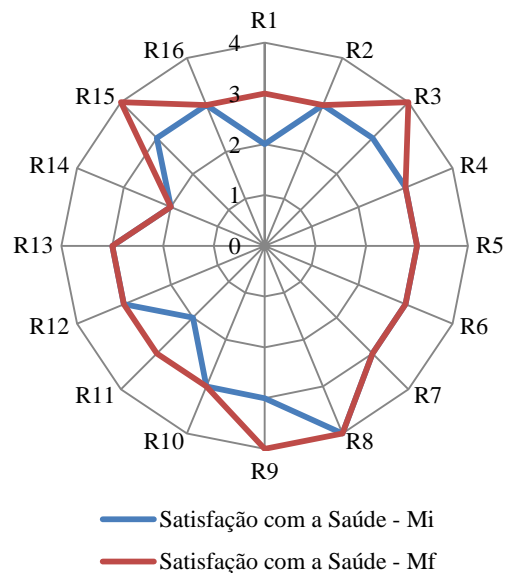


Gráfico 17 – Representação gráfica dos resultados do domínio físico da QdV dos reabilitandos (R1 a R16) obtidos pela aplicação da WHOQOL-Bref antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem das intervenções de enfermagem desenvolvidas no ensino clínico.

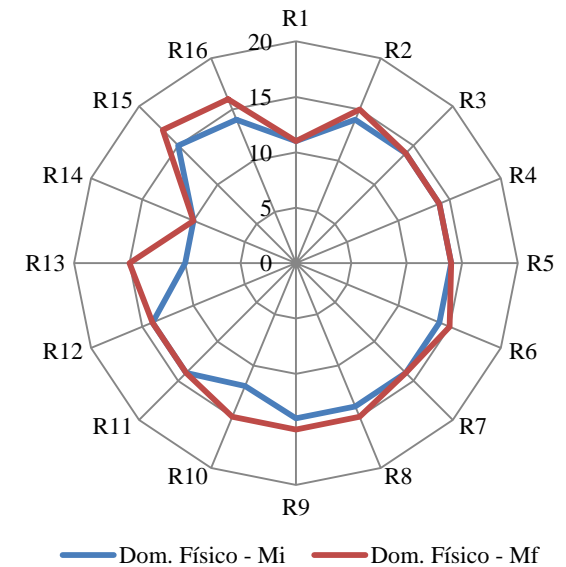


Gráfico 18 – Representação gráfica dos resultados do domínio psicológico da QdV dos reabilitandos (R1 a R16) obtidos pela aplicação da WHOQOL-Bref antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem das intervenções de enfermagem desenvolvidas no ensino clínico.

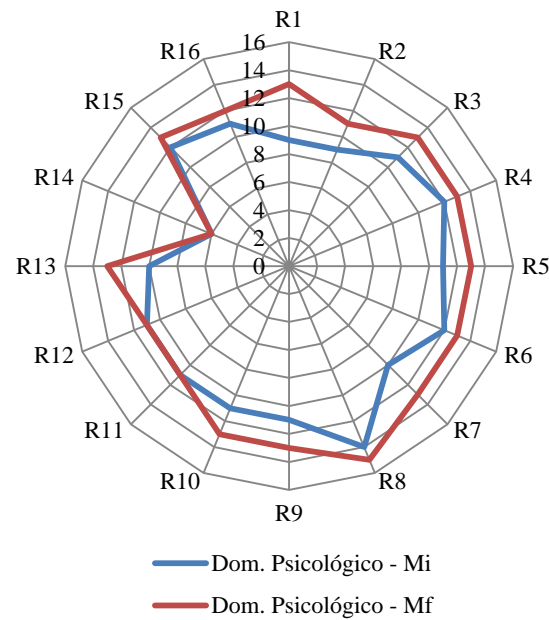


Gráfico 19 – Representação gráfica dos resultados do domínio das relações da QdV dos reabilitandos (R1 a R16) obtidos pela aplicação da WHOQOL-Bref antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem das intervenções de enfermagem desenvolvidas no ensino clínico.

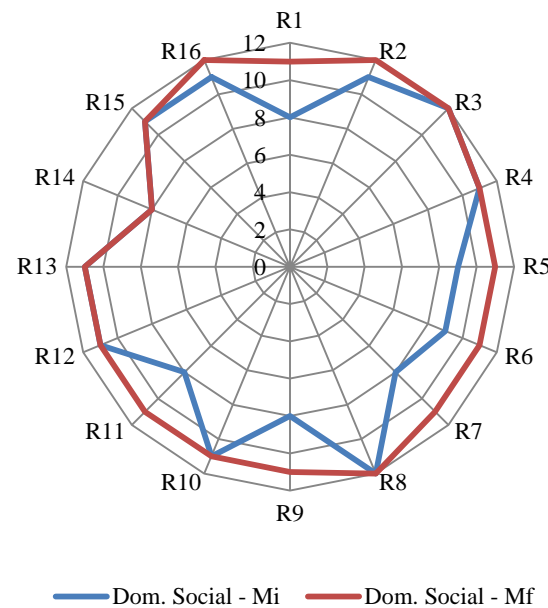
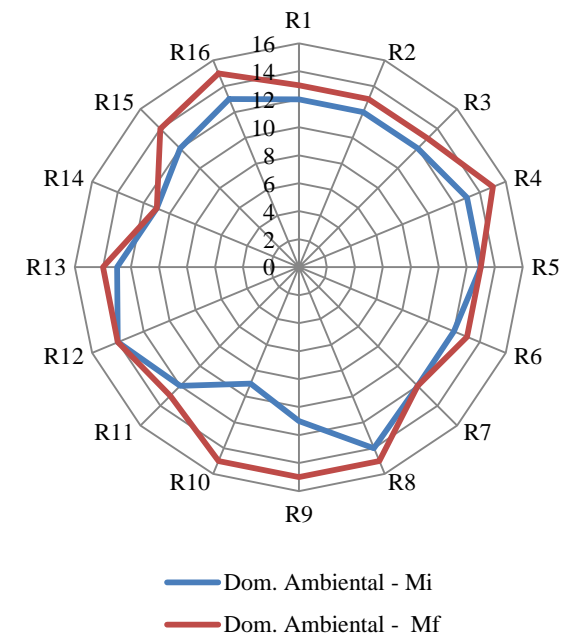


Gráfico 20 – Representação gráfica dos resultados do domínio do ambiente da QdV dos reabilitandos (R1 a R16) obtidos pela aplicação da WHOQOL-Bref antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem das intervenções de enfermagem desenvolvidas no ensino clínico.



8.4.2. Satisfação com a assistência

Como já havíamos feito referência na avaliação global dos vários momentos de contacto com que iniciámos o capítulo 8, deparamo-nos com um nível de satisfação global elevado face aos vários programas implementados, contudo pareceu-nos importante perceber qual era a satisfação dos formandos face a algumas dimensões da assistência de enfermagem que foi por nós proporcionada, neste ensino clínico.

Assim, no **Quadro 16** apresentamos a síntese dos resultados obtidos através da monitorização dos indicadores de cada um dos resultados de enfermagem “Satisfação com os aspetos técnicos dos cuidados”, “Satisfação com a comunicação”, “Satisfação com o ensino”, propostos pela NOC 4th (MOORHEAD [et al], 2010). Deste quadro podemos concluir que para um máximo de 20 em cada um dos vários resultados apresentamos valores médios acima de 18 em todos eles, o que nos deixou também satisfeitos, confirmando a qualidade das aprendizagens proporcionadas neste ensino clínico, isto é, a oportunidade de treinar as várias competências a que nos havíamos proposto deste a conceção do nosso projeto.

Quadro 16 – Resultados da satisfação de todos os reabilitandos (R1 a R16) com os cuidados de enfermagem (aspetos técnicos, comunicação e ensino) por nós proporcionados

Resultados de enfermagem	M	Me	DP	Min	Max
Satisfação com os aspetos técnicos dos cuidados	19,16	19,45	1,08	15	20
Satisfação com a comunicação	18,93	19,33	0,93	16	20
Satisfação com o ensino	18,99	18,93	0,53	18	20

Devemos ainda referir que o Jogo de Cartas que concebemos para facilitar a avaliação da satisfação com a assistência não revelou qualquer dificuldade, os indicadores foram facilmente compreendidos e constituiu na nossa perspectiva uma excelente estratégia, dinâmica e interativa, para fugir ao tradicional questionário de satisfação.

8.5. CONHECIMENTO E COMPORTAMENTO EM SAÚDE

O conhecimento e comportamento em saúde representam ganhos sugeridos pela NOC 4th (MOORHEAD [et al], 2010), descrevendo um conjunto amplo de resultados de enferma-

gem, dos quais destacamos o conhecimento relacionado com a gestão da doença (nomeadamente, processo da doença, aos cuidados na doença, e ao tratamento da doença) e a adesão à terapêutica.

Em função dos objetivos específicos do programa de psicoeducação “Saber+” conseguimos medir os ganhos em conhecimento dos reabilitandos (R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R13, R15 e R16) que beneficiaram das intervenções de enfermagem implementadas durante o mesmo

Nos **Gráficos 21 a 23** (página seguinte) apresentamos estes resultados e destes podemos reter que todos os reabilitandos elevaram o seu nível de conhecimentos nos 3 eixos em que se estruturou o programa de psicoeducação: processo da doença, cuidados na doença, tratamento da doença.

Para avaliarmos o comportamento que resulta da transferência do conhecimento para vida prática na gestão da doença, decidimos colher informação relativa aos ganhos na adesão à medicação obtidos pela aplicação da Medication Adherence Rating Scale (MARS), uma vez que a intervenção “promover a adesão a regime terapêutico” foi transversal a todos os programas ou momentos de contacto, e avaliar os comportamentos de adesão através dos indicadores do resultado “comportamento de adesão” sugeridos pela NOC 4th (MOORHEAD [et al], 2010).

Os resultados relativos à adesão à medicação são apresentados no **Gráfico 24** e dele podemos inferir que todos os reabilitandos apresentaram ganhos a este nível, contudo, na sua generalidade, como pudemos constatar ao longo do ensino clínico, os reabilitandos tendem a necessitar de ajuda parcial para conseguir verbalizar e/ou demonstrar o conhecimento no cumprimento do esquema terapêutico, estando todos eles envolvidos em treinos de preparação e autoadministração supervisionados pelo EESMP da URIC, não sendo nenhum deles independente a este nível. Deve-se destacar os ganhos modestos dos reabilitandos R2, R3, R10 e R11 e ainda que os maiores ganhos foram conseguidos pelos reabilitandos que beneficiaram do programa de psicoeducação “Saber+” (R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R13, R15 e R16).

Gráfico 21 – Representação gráfica dos ganhos dos reabilitandos (R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R13, R15 e R16) ao nível do resultado de enfermagem “conhecimento: processo de doença” antes (Mi) e depois (Mf) das intervenções de enfermagem implementadas durante o programa de psicoeducação “Saber+”.

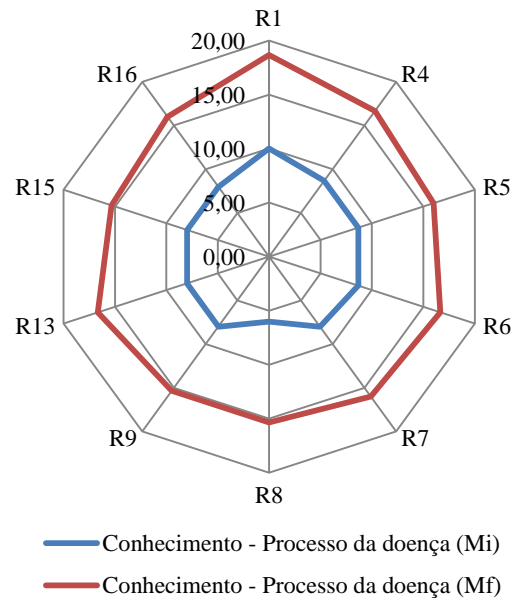
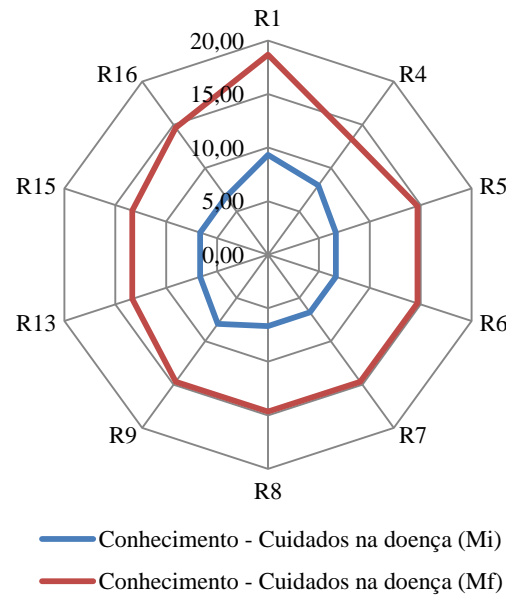


Gráfico 22 – Representação gráfica dos ganhos dos reabilitandos (R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R13, R15 e R16) ao nível do resultado de enfermagem “conhecimento: cuidados na doença” antes (Mi) e depois (Mf) das intervenções de enfermagem implementadas durante o programa de psicoeducação “Saber+”.



R8, R9, R13, R15 e R16) ao nível do resultado de enfermagem “conhecimento: tratamento da doença” antes (Mi) e depois (Mf) das intervenções de enfermagem implementadas durante o programa de psicoeducação “Saber+”.

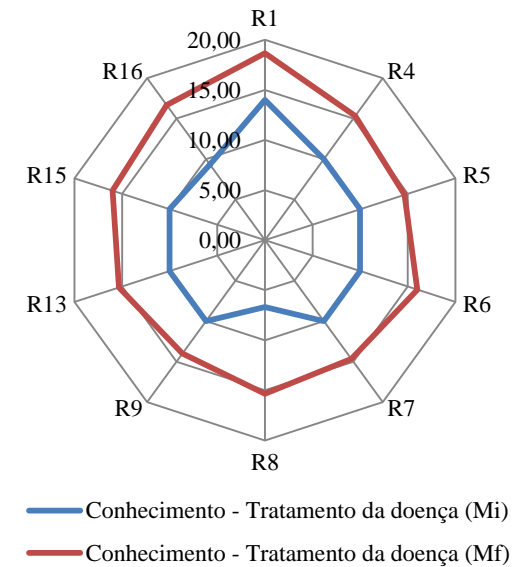
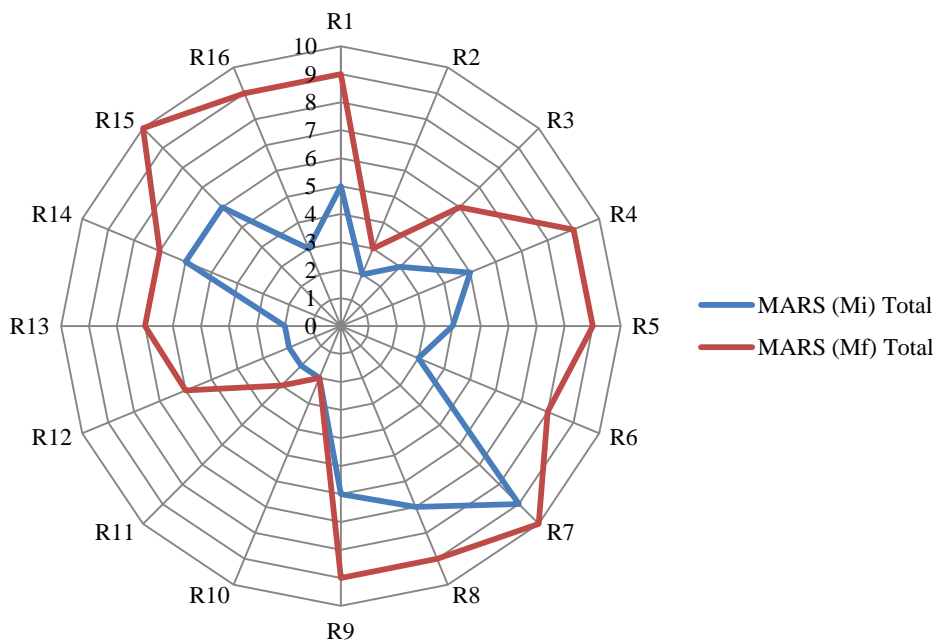


Gráfico 23 – Representação gráfica dos ganhos dos reabilitandos (R1, R4, R5, R6, R7,

Gráfico 24 – Representação gráfica dos resultados todos os reabilitandos (R1 a R16) obtidos pela aplicação da Medication Adherence Rating Scale (MARS) antes (Mi) e depois (Mf) de beneficiarem das intervenções de enfermagem implementadas no ensino clínico.



9. REFLEXÃO: A ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL – RISCOS, BENEFÍCIOS E CONTRADIÇÕES

As teorias da aprendizagem humana contribuíram, de forma inequívoca, para o desenvolvimento da reabilitação psicossocial há quase 50 anos. Constatou-se na altura que o recurso ao reforço de comportamentos positivos e funcionais e a desvalorização dos comportamentos e sintomas anormais pareciam trazer resultados bastante promissores. Os princípios e as técnicas do condicionamento operante utilizados hoje em dia, em toda a reabilitação física e mental pareciam fazer todo o sentido e eram bastante simples. Esses mesmos princípios eram vistos, há aproximadamente 60 anos atrás, como a chave que está na origem do desenvolvimento dos processos de aprendizagem em crianças normais e na aquisição de competências em adultos também normais. Foi a partir destes pressupostos que se esboçou e desenvolveu a reabilitação psicossocial nas últimas décadas (MOREIRA e MELO, 2005).

Contudo, apesar de, passados todos estes anos, hoje em dia as intervenções são, na sua maioria, orientadas para o problema e centram-se naquilo que o doente não consegue fazer. Por outro lado, a reabilitação psicossocial procura áreas de bom funcionamento para trabalhar a partir daí, assumindo um papel muito mais reforçador, motivador e representando um fator determinante de sucesso. Afinal todos nós temos como referência no nosso agir, promover a qualidade de vida com respostas à sua condição de doença nas diferentes dimensões, biopsicossocial, espiritual e cultural. Cabe-nos proporcionar à pessoa com doença mental a capacidade de responder ao desafio: viver o seu projeto pessoal. Se reabilitar inclui a dimensão de capacitar ou a tentativa de tornar a pessoa capaz de assumir o seu projeto de vida, implica, para todos, que, aliado ao conceito da nossa responsabilidade profissional esteja subjacente a dimensão do exercício de uma cidadania ativa. Nós não devemos viver no individualismo profissional, tentando estar bem, sem que o façamos de uma forma pró-ativa, orientada para o outro. Assim, deveremos assumir, de modo vinculativo, que ser-se humano é muito mais que um direito, um dever de missão a cumprir no respeito pelo que nos rodeia. A ética no seu conceito de procura de viver bem, apela para o facto de que viver bem é também viver com o outro, para que este

também possa viver bem. A reabilitação psicossocial nestes moldes surge como um novo paradigma, uma nova filosofia de encarar o ser humano com doença mental, mais otimista e humanista nas intervenções.

Se pensarmos nos riscos e benefícios procuramos colocar a reabilitação psicossocial numa plataforma prática de discussão. Aquilo que parece ser um paradigma perfeito, reveste-se de algumas incorreções uma vez que a sua aplicabilidade, operacionalização, depende também de outros humanos (os técnicos), que têm vícios, imperfeições e utopias. Refletir sobre isto nunca é demais uma vez que, ao falarmos dos problemas, tomamos consciência deles e procuraremos corrigi-los na praxis do dia a dia.

9.1. FORMAÇÃO ADEQUADA

O presente estágio na URIC permitiu desenvolver as competências específicas do EESMP no contexto da reabilitação psicossocial. A nossa experiência profissional em Saúde Mental e Psiquiatria tem cerca de 12 anos, contudo a formação na área da reabilitação psicossocial constituía para nós um handicap, pois já havíamos trabalhado ao nível da Prevenção Primária e Secundária em Saúde Mental e Psiquiatria, mas nunca na Prevenção Terciária com esta especificidade.

Sejamos modestos e saibamos reconhecer as nossas limitações. A reabilitação psicossocial é baseada em intervenções multidisciplinares. Isso não quer dizer que basta juntar médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, monitores de atividades ocupacionais, famílias, utentes, etc., e já está: temos reabilitação psicossocial! Onde está a Liga que une tudo isto?

Essa liga é formada pelos conhecimentos próprios, específicos da reabilitação psicossocial, os seus fundamentos que permitem que cada um na sua especificidade contribua para um objetivo comum. Só assim se atinge a transdisciplinaridade. Essa é adquirida pela formação e não pelo cargo que ocupamos.

Na URIC, o EESMP deu esse testemunho baseado na sua experiência e conhecimentos aprofundados nesta área tão específica. Na sua qualidade de Supervisor Clínico esteve ao nosso lado nos momentos adequados, fazendo-nos valorizar a prática baseada na evidência, pela suas palavras "não necessitamos inventar a Lâmpada porque ela já foi inventada há muito tempo. Se existem programas com provas dadas vamos replicá-los. Se houver melhorias a fazer que sejam feitas, mas só após a aquisição de experiência em modelos com provas dadas". Partilho da sua opinião quando devemos "reinventar" com fundamentação científica atual, estando a par das novidades a nível nacional e internacional.

9.2. ABVD + AIVD + AAVD: POR ONDE SE COMEÇA?

Temos o hábito de dividir as Atividades de Vida Diária, objeto base da nossa intervenção, em Atividades Básicas de Vida Diária (higiene, alimentação e vestuário), Atividades Instrumentais de Vida Diária (conhecidas como treinos de autonomia, ou seja, aprender a utilizar um transporte público, realizar tarefas domésticos, fazer pequenas compras) e Atividades Avançadas (ou Complexas) de Vida Diária conhecidas como competências sociais (conhecer os componentes comportamentais, cognitivos e fisiológicos das habilidades sociais e treiná-los). Muitas vezes consideramos estas últimas, as Atividades Avançadas de Vida Diária, como as que atuam como fatores determinantes em todo o processo, como a verdadeira razão de ser da reabilitação psicossocial.

No entanto, de que serve um indivíduo socialmente hábil se não é hábil no desempenho das competências básicas de vida diária, se tem a higiene descuidada, se se apresenta mal vestido ou sujo e não possui as competências básicas à mesa? Não podemos dar estas competências como adquiridas à partida neste tipo de população porque a verdade é que não estão. Encaremos a situação de forma realista e desçamos as nossas metas para as metas dos nossos doentes e comecemos a construir a casa pelos alicerces e não pelo telhado.

Ao abordar novamente os 3 grandes grupos de Atividades de Vida Diária, verificamos que os objetivos, habilidades, metas, competências que nunca mais acabam. Fizemos o seguinte exercício mental: quantos de nós sabem passar a ferro? e utilizar um transporte público e ir a uma repartição pública? Se não sabemos deveríamos sabê-lo! Claro que tal não serve de desculpa. Mas não estaremos a cair no erro de exigir de mais e procurar criar super homens e não seres humanos? Ao estabelecermos metas elevadas podemos estar a incutir fatores de stresse nos indivíduos e assim provocar situações de crise. Além do referido devemos ter em atenção os períodos temporais necessários para a aquisição das competências.

Neste âmbito a equipa da URIC tem desempenhado um trabalho excelente, estabelecendo prioridades, começando efetivamente pela aquisição e treino das ABVD, não as suprime ou relega para outro plano, sendo as metas bem altas para todos os reabilitandos e os resultados têm superado as expectativas. Neste momento, a URIC está a amadurecer o seu percurso recente de aprendizagem e desenvolvimento no que respeita ao treino das AIVD. Os projetos de reabilitação individuais nesta vertente são ainda heterogéneos, organizam-se esforços, reforçam-se

compromissos para continuar a avançar, as sequelas da institucionalização prolongada, faz-se sentir de forma mais marcada, dificultando o processo.

A nossa presença na URIC, na perspectiva do nosso supervisor e também na nossa, veio abrir caminho ao próximo passo, testando abordagens, demonstrando o que esperar de um EESMP, elevando as metas, mas mantendo-as realistas e exequíveis. O início do nosso treino das AAVD foi considerado pertinente e oportuno nesta fase de revisão dos projetos individuais de reabilitação, quer para os técnicos, quer para os próprios reabilitandos, o que foi para nós motivo de grande satisfação.

9.3. CRIAR FALSAS EXPECTATIVAS: A ATIVIDADE LABORAL

Crença partilhada por muitos de nós: "Vamos dotar o indivíduo de competências para ele arranjar um emprego e sair da instituição!". Estaremos a ser realistas? Será que não estamos a criar falsas expectativas em nós e nos reabilitandos? Depois surge a frustração laboral e as recaídas.

Quando ouvimos falar em reintegração social estamos a falar em muito mais do que reintegração laboral. Pode-se fazer muito pela pessoa que sofre de doença mental sem que ela tenha emprego, e isso não significa necessariamente que ela não esteja integrada socialmente. Com as taxas de desemprego a crescerem, com a necessidade crescente de mão de obra especializada, será realista que a reabilitação psicossocial se centre tão fortemente na atividade laboral?

Passamos grande parte da nossa vida geral a trabalhar para podermos gozar a reforma e a realizar projetos que até então não podíamos. Contudo parece que passamos a nossa vida laboral a tentar pôr a trabalhar indivíduos que já estão reformados. Não estaremos a confundir atividade laboral com atividade ocupacional? A afirmação, à partida, pode ser bastante polémica, contudo, verifica-se em muitos casos que o prognóstico de integração laboral é limitado, o que poderá contribuir, de forma indireta, para um desinvestimento reabilitador.

Na URIC aposta-se na atividade ocupacional, estando muito claras para todos as expectativas em relação ao emprego e as mais valias de estar ocupado. Verificámos a grande responsabilidade demonstrada pelos reabilitandos em dar resposta aos compromissos nos centros de ocupação, tentando gerir a sua agenda por forma a dar resposta quer a estas quer às atividades por nós propostas.

9.4. A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DENTRO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

A reabilitação psicossocial se estivesse disseminada como o vírus da gripe o mundo sofreria muito menos. A reabilitação psicossocial é uma filosofia otimista de percepção do ser humano, logo pode ser aplicada em todo o lado. Deve ser aplicada onde estão as pessoas. Devemos aproveitar para mudar mentalidades. Haverá melhor sítio para reabilitar doentes mentais do que um hospital psiquiátrico? É lá que eles estão. Mudar a filosofia de trabalho e não o local não será menos complicado e dispendioso?

O ideal seria não existirem hospitais psiquiátricos, contudo, a verdade é que eles existem e deles beneficiem um vastíssimo número de doentes de evolução prolongada. Parcimónia na utilização do conceito "doente mental de evolução prolongada"! Diz-se dos hospitais psiquiátricos: "Lá, a maioria dos doentes são de evolução prolongada". Porquê? Os que estão aqui fora não o são? Não nos lembramos de ver um doente na rua que pelo simples facto de não estar no Hospital Psiquiátrico ficasse curado! Doentes mentais crónicos há em todo o lado e é onde eles estão os que devem ser reabilitados.

Valorizemos as qualidades do ambiente em que doente deverá estar inserido: enfatizemos e incrementemos os protetores sociais, alarguemos a rede social, potenciemos fatores de melhor prognóstico... transformemos a Reabilitação Psicossocial num vírus altamente contagiado e sem vacina!

NOTA FINAL

Este período de ensino clínico deu resposta não só às nossas necessidades de desenvolvimento profissional através do treino das competências específicas do EESMP, mas julgamos que o seu contributo efetivo foi para o processo terapêutico daqueles para os quais dirigimos a nossa intervenção: os cidadãos com esquizofrenia em processo de reabilitação psicossocial na URIC.

Creemos que o imbrincado de estratégias implementadas em função dos diagnósticos de enfermagem encontrados influenciou positivamente a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo dos seus beneficiários, resultados que destacamos de entre outros que monitorizámos e que se mostraram sensíveis às intervenções de enfermagem autónomas realizadas, confirmando o que a literatura científica mais atual aponta no âmbito da reabilitação psicossocial das pessoas com esquizofrenia. De certa forma, cremos também que a revisão e documentação destas intervenções contribuiu ainda para o desenvolvimento científico da disciplina de Enfermagem, divulgando objetivamente o que se pode esperar do desempenho do EESMP.

Antevíamos que ao longo da conceção do projeto de estágio poderia não ter ficado clara a abordagem compreensiva, personalizada e integral das necessidades em cuidados de enfermagem dos indivíduos com esquizofrenia, que esteve subjacente na nossa abordagem em contexto clínico. Embora haja um esforço de sistematização da nossa abordagem por nos centrarmos nos focos particulares de dificuldade (e mais comuns) que a literatura científica sinaliza entre as pessoas com esquizofrenia e que possa pender para uma perspetiva positivista ou para um paradigma mais quantitativo de sistematização do conhecimento, não foi nossa intenção abandonar uma ótica mais compreensiva e integral da prestação de cuidados de enfermagem e que foi oportunamente documentada durante a elaboração deste relatório. Mas agora, após o trabalho desenvolvido julgamos ser evidente que cada ser humano é único, independentemente onde se situe no continuum saúde-doença e que as suas idiossincrasias têm que ser forçosamente equacionadas em qualquer fase do processo de prestação de cuidados de enfermagem. A standardização poderá encontrar-se na sua documentação, mas jamais na prestação direta de cuidados. Estes são aspetos transversais à prática de enfermagem, mas revelam-se de extrema importância para a ESMP no contexto da Reabilitação Psicossocial.

REFERÊNCIAS

- ACKLEY, Betty; GAIL, Ladwig – **Nursing diagnosis handbook: an evidence-based guide do planning care. 9th edition.** St Louis, Missouri: Mosby Elsevier, 2011. ISBN 978-0-323-07150-5.
- AFONSO, Pedro – **Esquizofrenia: para além dos mitos descobrir a doença.** Cascais: Princípia, 2010. ISBN 978-989-8131-63-8.
- ALMEIDA, Andreia Marcela Nogueira – **Do universo ao multiverso da esquizofrenia: estudo de caso.** Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2009. Dissertação de Mestrado.
- ÁLVAREZ, Ramiro J. – **Como sair do labirinto: uma filosofia para viver melhor.** Coimbra: Edições Tenacitas, 2007. ISBN 978-972-8758-38-7.
- ALVES, Fátima – **A doença mental nem sempre é doença. Racionalidades leigas sobre saúde e doença mental.** Porto: Edições Afrontamento, 2011. ISBN 978-972-3611-33-5.
- AMARAL, Carlos António – **Prescrições de enfermagem de saúde mental mediante a CIPE.** Mem-Martins: Lusociência, 2010. ISBN 978-972-8930-55-4.
- AMARO, Fausto – **Fatores sociais e culturais da esquizofrenia.** Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2005. ISBN 972-8726-54-6.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – **DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais.** 4ª Ed.. Lisboa: Climepsi Editores, 2002. ISBN 978-97-279-6020-0.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – **Referência rápida às diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos. Compêndio 2006.** Porto Alegre: Artmed, 2007. ISBN 978-85-363-0738-1.
- BAHLS, Saint-Clair; BAHLS, Flávia Rocha Campos; ZACAR, Flávia Maria Hasegawa. – A psicoeducação no tratamento da esquizofrenia. **Revista Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal.** [Em linha]. 98:1 (2004), 233-239. [Consult. 07 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<<http://www.aperjrio.org.br/publicacoes/revista/2004/psico.asp>>. ISSN 1518-3327.
- BAHLS, Saint-Clair; ZACAR, Flavia Maria Hasegawa – As intervenções psicossociais no tratamento da esquizofrenia. **Revista RUB.** [Em linha]. 2(1) 2006, 24-33. [Consult. 14 Fev.2011].Disponível em WWW:<<http://rubs.up.edu.br/arquivos/rubs/RUBS%20VI/ARTIGO%202.pdf>>. ISSN 1981-3880.
- BARRACLOUGH, Jennifer; GILL, David – **Bases da psiquiatria moderna.** 2ª ed.. Lisboa: CLIMEPSI Editores, 2004. ISBN 972-796-124-X.
- BASTABLE, Susan – **O enfermeiro educador.** 3ªed.. Porto Alegre: Artmed, 2010. ISBN 978-85-363-2215-5.
- BASTOS, Claudio Lyra – **Manual de exame psíquico.** 3ª ed.. Rio de Janeiro: Revinter, 2011. ISBN 978-85-372-0372-9.
- BECK, Aaron T. [et al.] – **Terapia cognitiva da esquizofrenia.** Porto Alegre: Artmed, 2010. ISBN 978-85-363-2180-6.

- BEEBE, L – Beyond the prescription pad: psychosocial treatments for individuals with schizophrenia. **Journal of Psychosocial Nursing e Mental Health Services**. [Emlinha]. 23 (2010), 1043-1058. [Consult. 21 abril 2011]. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009546289&lang=pt-br&site=ehost-live>>. ISSN 1938-2413.
- BENJAMIN, Alfred – A entrevista de ajuda. 12ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008. ISBN 978-85-336-2406-1.
- BULECHEK, Gloria M.; BUTCHER, Howard K.; DOCHTERMAN, Joanne McCloskey – **NIC: Classificação das intervenções de enfermagem**. 5ª ed.. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. ISBN 978-85-352-3442-8.
- BURNS, Nancy; GROVE, Susan K. – **The practice of nursing research: conduct, critique e utilização**. 4ª ed.. New York: W.B. Saunders Company, 2001. ISBN 0-72169177-3.
- CABALLO, Vicente E. – **Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais**. São Paulo: Santos Editora, 2008. ISBN 978-85-7288-447-1.
- CAMPOS, Luísa Vieira de – **Doença mental e prestação de cuidados**. Universidade Católica Portuguesa: Lisboa, 2009. ISBN: 978-97-2540-240-5.
- CANAVARRO, Maria Cristina; VAZ-SERRA, Adriano (coord.) – **Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2010. ISBN 978-972-31-1334-1
- CARLAT, Daniel J. – **Entrevista psiquiátrica**. 2ª ed.. Porto Alegre: Artmed, 2006. ISBN 85-363-0764-1.
- CARPENITO-MOYET, Linda Juall – **Diagnósticos de enfermagem**. 13ª ed.. Porto Alegre: Artmed, 2009. ISBN 978-85-363-2601-6.
- CARPENITO-MOYET, Linda Juall – **Manual de diagnósticos de enfermagem**. 13ª ed.. Porto Alegre: Artmed, 2011. ISBN 978-85-363-2557-6.
- CHALIFOUR, Jacques – **A intervenção terapêutica: estratégias de intervenção**. Vol.2. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-21-5.
- CHALIFOUR, Jacques – **A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda**. Vol.1. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-05-5.
- CHIEN, H.[et al.] – Effects of social skills training on improving social skills of patients with schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing**. [Em linha] 17:5 (2010), 228-236. [Consult. 27 Dez. 2010]. Disponível em WWW: <www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=466&accno=2004042315>. ISSN: 0883-9417.
- CORDÁS, Táki Athanássios [et al.] – **Condutas em psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2008. ISBN 978-85-363-1322-1.
- CORDIOLI, Aristides Volpato – **Psicoterapias abordagens atuais**. 3ª ed.. Porto Alegre: Artmed, 2008. ISBN 978-85-363-1123-4.
- CRUZ, Breno Fiuza; SALGADO, João Vinícius; ROCHA, Fábio Lopes. – Associações entre déficits cognitivos e qualidade de vida na esquizofrenia. **Rev. Psiquiatr. Clín.** [Em linha]. 37:5 (2010), 233-239. [Consult. 07 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n5/a09v37n5.pdf>>. ISSN 0101-6083.
- CULLUM, Nicki [et al.] – **Enfermagem baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2010. ISBN 978-85-363-2216-2.

- DALGALARRONDO, Paulo – **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ª ed.. Porto Alegre: Artmed, 2008. ISBN 987-85-363-1332-0.
- DALTIO, Claudiane Salles; MARI, Jair de Jesus; FERRAZ, Marcos Bosi. – Estudos farmacoeconômicos e carga da doença em esquizofrenia. **Rev. Psiquiatr. Clín.** [Em linha]. 34(2) 2007, 208-212. [Consult. 01Fev.2011].Disponível em WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s2/a12v34s2.pdf>>. ISSN 0101-6083.
- DOENGES, MarilynnE.; MOORHOUSE, Mary Frances – **Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: um texto interativo para o raciocínio diagnóstico**. Mem-Martins: Lusociência, 2010. ISBN 978-972-8930-57-8.
- DOWD, Sheila M.; JANICAK, Philip G. – **Terapias psicológica e biológica integradas**. Porto Alegre: Artmed, 2009. ISBN 978-85-363-2041-0.
- FAZENDA, Isabel – **O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania**. Lisboa: CLIMEPSI Editores, 2008. ISBN 978-972-796-291-4.
- FERREIRA JUNIOR, Breno de Castro [et al.] Alterações cognitivas na esquizofrenia: atualização. **Revista Psiquiatria Rio Grande do Sul** [Emlinha]. 32:2 (2010), 233-239. [Consult. 07 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v32n2/v32n2a06.pdf>>. ISSN 0101-8108.
- FUENTES, Daniel [et al.] – **Neuropsicologia: terapia e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2008. ISBN 978-85-363-1119-7.
- GONÇALVES-PEREIRA, Manuel [et al.] – Intervenções familiares na esquizofrenia: dos aspetos teóricos à situação em Portugal. **Ata Med. Port.** [Emlinha]. 19 (2006), 18. [Consult. 01 Fev. 2011]. Disponível em WWW:<<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/1/001-008.pdf>>. ISSN 1646-0758.
- GONÇALVES, Ana Luísa de Pinho – **O apoio do serviço social aos doentes com esquizofrenia: o caso do Hospital de S. João do Porto**. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2008. Dissertação de Mestrado.
- HARRISON, Paul; GEDDES, John; SHARPE, Michael – **Guia prático Climepsi de psiquiatria**. Lisboa: CLIMEPSI, 2006. ISBN 972-796-237-8.
- HELDER, Sylvia Melanie Sotto Maior – **Qualidade de Vida dos doentes com Esquizofrenia da Região da Cova da Beira**. Covilhã: Universidade da Beira Interior, 2010. Dissertação de Mestrado.
- ICN – INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – **CIPE® versão 1: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Lisboa: ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2006. ISBN 978-92-95094-35-2.
- ICN – INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – **CIPE® versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Edição Portuguesa: ORDEM DOS ENFERMEIROS. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-92-95094-35-2.
- ICN – INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – **Servir a comunidade e garantir qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica**. Lisboa: ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010 ISBN 978-989-96021-9-9.
- JARDIM, Jacinto. – **Programa de desenvolvimento de competências pessoais e sociais: estudo para a promoção do sucesso académico**. Aveiro: Departamento de Ciências e Educação da Universidade de Aveiro. 2007. Tese de doutoramento.

- JARDIM, Jacinto; PEREIRA, Anabela. – **Competências pessoais e sociais. Guia prático para a mudança positiva.** Porto: Edições ASA, 2006. ISBN 9789724147871.
- JOHNSON, Marion [et al.] – **Ligações entre NANDA, NOC e NIC.** 2ª ed.. Porto Alegre: Artmed, 2009. ISBN 978-85-363-1769-4.
- LEFF, Julian; WARNER, Richard – **Inclusão social de pessoas com doenças mentais.** Coimbra: Almedina, 2008. ISBN 978-972-40-3556-7.
- LI, A.; LIN, C. – A nursing experience of applying social skill training to a patient with schizophrenia [Chinese]. **Tzu Chi Nursing Journal**, [Em linha]. 8:4 (2009), 111-119 [Consult. 10 Out. 2010], Disponível em WWW: <URL: www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=3309&accno=2010388673>. ISSN 1683-1624.
- LOPES, Manuel José – **A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica.** Coimbra: FORMASAU, Formação e Saúde Lda., 2006. ISBN 972-848562-X.
- MACHADO, Márcia; LEITAO, Glória; HOLANDA, Francisco. – O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Emlinha]. 13:5 (2005), 723-728. [Consult. 07Jan.2011]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a17.pdf>>.ISSN 0104-1169.
- MANN, N. [et al.] – Psychosocial rehabilitation in schizophrenia: beginnings in acute hospitalization. **Archives of Psychiatric Nursing**, [Em linha]. 7:3, (1993) 154-162 [Consult. 10 Out. 2010], Disponível em WWW:<URL: www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=466&accno=1993166651>. ISSN 0883-9417.
- MARENTE, Maria Alice de Mattos Pimenta – **Cognição e envelhecimento.** Porto Alegre: Artmed, 2006. ISBN 978-85-363-0689-6.
- MARI, Jair J; LEITAO, Raquel J. – A epidemiologia da esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** [Em linha]. 22:1 (2000), 15-17. [Consult. 10 Out. 2010], Disponível em WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a06v22s1.pdf>>.ISSN 1516-4446.
- MARQUES-TEIXEIRA, J. – **Défice cognitivo na esquizofrenia: dos consensus às intercertezas.** Linda-a-Velha: Vale e Vale Editores Lda., 2003. ISBN 972-8652-14-3.
- MARQUES-TEIXEIRA, J. – **Manual de avaliação da disfunção cognitiva na esquizofrenia.** Linda-a-Velha: Vale e Vale Editores, 2005. ISBN 972-8652-17-8.
- MATOS, Manuel Bartilotti; BRAGANÇA, Miguel; SOUSA, Rui – **Esquizofrenia de A a Z.** Lisboa: CLIMEPSI Editores, 2003. ISBN 972-796-090-1.
- MEIJEL, B [et al.] – Effective interaction with patients with schizophrenia: qualitative evaluation of the interaction skills training programme. **Perspectives in Psychiatric Care.** [Em linha]. 45:4 (2009), 15-17. [Consult. 10 Out. 2010], Disponível em WWW: < www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=1391&accno=2010434225>. 0031-5990.
- MONTEIRO, Luciana de Carvalho; LOUZÃ, Mário Rodrigues – Alterações cognitivas na esquizofrenia: consequências funcionais e abordagens terapêuticas. **Rev. Psiquiatr. Clín.** [Em linha].34:2 (2007), 179-183. [Consult. 07Jan.2011]. Disponível em WWW:<<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s2/a06v34s2.pdf>>. ISSN 0101-6083.

- MOORHEAD, Sue [et al] – **NOC: Classificação dos resultados de enfermagem**. 4ª ed.. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. ISBN 978-85-352-3443-5.
- MOREIRA, Paulo; MELO, Ana [orgs.] – **Saúde Mental do tratamento à prevenção**. Porto: Porto Editora, 2005. ISBN 972-0-34751-1.
- MORRISON, James – **Entrevista inicial em saúde mental**. 3ª ed.. Porto Alegre: Artmed, 2010. ISBN 978-85-363-2099-1.
- MORRISON, Paul – **Para compreender os doentes**. Lisboa: CLIMEPSI Editores, 2001. ISBN 972-8449-97-6.
- NANDA International – **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I**. Porto Alegre: Artmed, 2010. ISBN 978-85-363-2104-2.
- NOTO, Cristiano S.; BRESSAN, Rodrigo A. – **Esquizofrenia, avanços no tratamento interdisciplinar**. 2ª ed.. Porto Alegre: Artmed, 2012. ISBN 978-85-363-2780-8.
- NUNES, Belina (coord.) – **Memória: funcionamento, perturbações e treino**. Lisboa: LIDEL, 2008. ISBN 978-972-757-513-8.
- NUNES, Belina ; PAIS, Joana – **Doença de Alzheimer. Exercícios de estimulação (atenção, linguagem, gnosias)**. Vol. 1. Lisboa: LIDEL, 2006. ISBN 978-972-757-393-6.
- NUNES, Belina; PAIS, Joana – **Doença de Alzheimer. Exercícios de estimulação (memória, praxias, funções executivas)**. Vol. 2. Lousã: LIDEL, 2007. ISBN 978-972-757-394-3.
- OMS – **Relatório Mundial da Saúde 2001: saúde mental, nova compreensão, nova esperança**. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2002.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE). Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista**. Lisboa: ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009. [Consult. 21 Out. 2010] Disponível em WWW:<URL: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/cadernostematicos2.pdf>>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. Lisboa: ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2001. [Consult. 21 Out. 2010] Disponível em WWW:<URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Proposta de Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental**. Lisboa: ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010 [Consult. 11 maio 2011] Disponível em WWW:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf>
- PALHA, Filipa – O papel da terapia de remediação cognitiva na reabilitação de pessoas com esquizofrenia. In **Atas do Primeiro Congresso de Reabilitação e Inclusão na Saúde Mental - O Papel das Famílias e das Redes de Apoio Social**. Coimbra: Almedina, 2008. ISBN 978-972-403-709-7. p. 101-115.
- PEARSON, Alan; FIELD, John; JORDAN, Zoe – **Prática clínica basada en la evidencia en enfermeira y cuidados de la salud: integrando la investigación, la experiencia y la excelência**. Madrid: McGraw-Hill, 2008. ISBN 978-84-481-6398-3.

- PÉRSICO, Lucrecia – **Como melhorar a sua capacidade mental**. Lisboa: Plátano Editora, 2011a. ISBN 978-972-770-780-5.
- PÉRSICO, Lucrecia – **Testes e jogos de treino mental**. Lisboa: Plátano Editora, 2011b. ISBN 978-972-770-816-1.
- PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972, 8383-84-3.
- PREDA [et al] – MoCA: A screening instrument for the assessment of cognition in schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**. ISSN 0586-761437. S1 (2011) 225-226.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental. – **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo Executivo**. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008. ISBN 978-989-95146-6-9.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (DGS) – **Relatório Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental 2007-2016**. [Em linha]. 2007. [Consult. 27 Dez. 2010]. Disponível em WWW:<http://www.sppsm.org/cms/wp-content/uploads/2011/06/RELA_TORIOFINAL-Comiss%C2%8Bo-ree-struturaçãoSM_ABRIL2007.pdf>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (DGS) – **Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010: mais saúde para todos. Volume II - Orientações Estratégicas**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2004. ISBN 972-675-110-1
- PUIG, Anna – **Exercícios para manter a mente ativa**. 2ª ed.. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2010. ISBN 978-85-326-4019-2.
- RAMALHO, Anabela – **Manual para redação de estudos e projetos de revisão sistemática com e sem metanálise: estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem**. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Lda., 2005. ISBN 972-8485-54-9.
- RIBEIRO, Óscar; PAÚL, Constança [coord.] – **Manual de envelhecimento ativo**. Lisboa: LIDEL, 2011. ISBN 978-972-757-739-2.
- SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott – **Manual de Psiquiatria Clínica - Referência Rápida**. 5ª ed.. Porto Alegre: Artmed, 2012. ISBN 978-85-363-2628-3.
- SANTOS, P. J., e MAIA, J. (2003). Análise fatorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de Autoestima de Rosenberg. **Psicologia: Teoria, Investigação e Prática**. ISSN 0873-4976. 2 (2003). 253-268.
- SEMPLE, David [et al.] – **Oxford Handbook of Psychiatry**. 2nd ed. New York: Oxford University Press., 2009. ISBN 978-0-19-923946-7.
- SEO, Ji-Min [et al.]. – Social skills training as nursing intervention to improve the social skills and self-esteem of inpatients with chronic schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing**. [Em linha]. 21: 6 (2007), 317-326. [Consult. 11Nov.2010]. Disponível em WWW: <www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=466&ac-cno=2009736297>. ISSN 0883-9417.

- SEQUEIRA, Carlos – **Introdução à prática clínica**. Coimbra: Quarteto Editora, 2006. ISBN 978-989-558-083-5.
- SIMÕES, A. Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). **Revista Portuguesa de Pedagogia**. ISSN 0870-418. 26 (3) (1992). 503-515.
- SIMÕES, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres? **Revista Portuguesa de Pedagogia**. ISSN 0870-418. 27 (3) (1992). 387-404.
- STUART, Gail W – **Principles and practice of Psychiatric Nursing**. 9ª ed. St.Louis, Missouri: Mosby Elsevier, 2009. ISBN 978-0-323-05256-6.
- STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. [coord.] – **Enfermagem psiquiátrica**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. ISBN 85-7307-713-1.
- TOWNSEND, Mary C. – **Enfermagem de saúde mental e psiquiatria: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência**. 6ª ed.. Loures: Lusociência, 2010. ISBN 978-972-8930-61-5.
- TREPACZ, Paula T.; BAKER, Robert W. – **Exame psiquiátrico do estado mental**. Lisboa: CLIMEPSI Editores, 2001. ISBN 972-8449-77-1.
- VANELLI [et al] – Adaptação para português da Escala de Insight Marková e Berrios. **Ata Médica Portuguesa**. ISSN: 0870 – 399X. 23(6) (2010). 1011-1016.
- VANELLI [et al] – Adaptação e validação da versão portuguesa da escala de adesão à terapêutica, **Ata Médica Portuguesa**. ISSN: 0870 – 399X. 24(1) (2011). 017-020
- VAZ-SERRA, Adriano – Qualidade de vida e saúde. In CANAVARRO, Maria Cristina; VAZ-SERRA, Adriano (coord.) – **Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2010. ISBN 978-972-31-1334-1. Parte I, Cap. 2, p. 23-53.
- VAZ-SERRA, Adriano [et al.] – Cognição, cognição social e funcionalidade na esquizofrenia. **Ata Med. Port.** [Em linha]. 23 (2010), 1043-1058. [Consult. 01 Fev. 2011]. Disponível em WWW: <<http://www.atamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/1/001-008.pdf>>. ISSN 1646-0758.
- VAZ-SERRA, Adriano; PEREIRA, Marco; LEITÃO, João Pedro – Qualidade de vida em doentes esquizofrénicos. In CANAVARRO, Maria Cristina; VAZ-SERRA, Adriano (coord.) – **Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2010. ISBN 978-972-31-1334-1. Parte III, Cap. 10, p. 271-282.
- VIDEBECK, Sheila – **Enfermagem em Saúde Mental e psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2010. ISBN 978-85-363-2728-0.
- WHETSTONE, W. – Social dramatics: social skills development for the chronically mentally ill. **Journal of Advanced Nursing**. [Em linha]. 11:1 (1986), 67-74. [Consult. 11 Nov. 2010]. Disponível em WWW: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=13112616&lang=pt-br&site=ehost-live>>. ISSN 03092402.