



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**A GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO,
POR PESSOAS COM DOENÇA MENTAL NO
DOMICÍLIO, NA PERSPECTIVA DO
CUIDADOR PRINCIPAL**

Maria do Céu Coelhas Rodrigues

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIATRIA**

Este Relatório não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri

Orientadora

Prof. (a) Maria de Fátima dos Santos Rosado Marques

2011



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**A GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO,
POR PESSOAS COM DOENÇA MENTAL NO
DOMICÍLIO, NA PERSPECTIVA DO
CUIDADOR PRINCIPAL**

Maria do Céu Coelhas Rodrigues

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

Este Relatório não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri

Orientadora

Prof. (a) Maria de Fátima dos Santos Rosado Marques

2011

Resumo

Este relatório foi desenvolvido, tendo por base um diagnóstico de situação relativo à Gestão do Regime Terapêutico, realizado numa Unidade de Internamento de Psiquiatria.

O diagnóstico tinha como objectivos:

- Conhecer a perspectiva do cuidador principal, relativamente à forma como o seu familiar com doença mental faz a gestão do regime terapêutico no domicílio;
- Contribuir para a definição de estratégias direccionadas aos utentes e cuidadores principais, para a melhoria da Gestão do Regime Terapêutico.

Foram entrevistados sete cuidadores principais, na Unidade de Internamento onde os seus familiares estavam internados, sendo possível inferir da informação obtida, que os mesmos não gerem o seu regime terapêutico de forma adequada. Emerge daqui a necessidade de implementar estratégias direccionadas, quer aos cuidadores principais quer aos seus familiares doentes.

As estratégias a ser implementadas, deverão ser psicoterapêuticas e psicoeducativas, com o objectivo de fornecerem ferramentas e autonomia, diminuindo assim o impacto negativo da doença na qualidade de vida do doente e do seu cuidador.

Palavras-chave: Gestão do Regime Terapêutico; Adesão Terapêutica; Cuidador Principal; Doença Mental.

Abstrac

“The Management of the Therapeutic Regime, by Mentally Ill People Living at Home, in the Prespective of the Main Caregiver”

This report was developed having for base a diagnosis of the situation in relation to the management of the therapeutic regime, which took place in a unit of psychiatric internment.

The diagnosis had the following objectives:

- To know the perspective of the main caregiver in relation to the way their mentally ill family member manages the therapeutic regimen at home.
- To contribute to the definition of strategies directed at patients and their main caregivers for the improvement of the management of the therapeutic regime.

Seven main caregivers were interviewed in the internment unit where their family members were interned. From the information obtained in the interviews it is possible to infer that these family members don't manage their therapeutic regime adequately, making it necessary to implement strategies directed at the main caregivers and their mentally ill family members. The strategies to be implemented should be psycho-therapeutic and psycho-educational in order to provide the right tools and the autonomy needed and, therefore, reduce the negative impact of the illness in the lives of the patient and caregiver.

Keywords: Management of the therapeutic regime; Therapeutic adherence; Main caregiver; Mental illness.

AGRADECIMENTOS

À Professora Maria de Fátima Marques pela sua orientação e apoio incondicional em todos os momentos.

A todos os cuidadores que aceitaram participar no diagnóstico, tornando assim possível a sua realização.

A todos os meus colegas de trabalho e amigos que me incentivaram e motivaram para chegar ao fim.

A toda a minha família, em especial aos meus filhos André e Tomás.

SIGLAS E ABREVIATURAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CP – Cuidador Principal

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

E – Entrevista

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

HESE, E.P.E. – Hospital do Espírito Santo Évora, E.P.E.

U – Utente

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO.....	10
2 – ANÁLISE DO CONTEXTO.....	13
3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES.....	20
3.1 – DADOS SÓCIO – DEMOGRÁFICOS.....	21
4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES.....	28
4.1 – CONHECIMENTOS DOS CUIDADORES PRINCIPAIS EM RELAÇÃO À DOENÇA DOS SEUS FAMILIARES.....	29
4.2 – PERSPECTIVA DOS CUIDADORES PRINCIPAIS EM RELAÇÃO À PERCEPÇÃO/ACEITAÇÃO DA DOENÇA POR PARTE DOS DOENTES.....	31
4.3 – PERSPECTIVA DOS CUIDADORES PRINCIPAIS EM RELAÇÃO À GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO POR PARTE DOS DOENTES.....	36
4.4 – RELAÇÃO DOS DOENTES COM OS PROFISSIONAIS DA EQUIPA DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS CUIDADORES PRINCIPAIS.....	39
5 – ESTRATÉGIAS A IMPLEMENTAR FUTURAMENTE.....	42
6 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS.....	45
CONCLUSÃO.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
ANEXOS.....	55
ANEXO I – Pedido de autorização ao Conselho de Administração do HESE, E.P.E.....	56
ANEXO II – Guião da Entrevista.....	58
ANEXO III – Consentimento Informado.....	62

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1 – Dados Sócio -Demográficos dos Cuidadores Principais.....	21
Tabela n.º 2 – Dados Sócio -Demográficos dos Cuidadores Principais.....	22
Tabela n.º 3 – Dados Sócio -Demográficos dos Utentes.....	24
Tabela n.º 4 – Conhecimento dos Cuidadores sobre os Dados Clínicos dos Familiares.....	30

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – Escolaridade dos Doentes.....	25
Gráfico nº 2 – Situação Profissional dos Doentes.....	26
Gráfico nº 3 – Estado Civil dos Doentes.....	27
Gráfico nº 4 – Diagnósticos dos Utentes segundo os Cuidadores.....	29

1 – INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no âmbito da obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Foi desenvolvido baseado num diagnóstico de situação relativo à problemática,

“A Gestão do Regime Terapêutico, por Pessoas com Doença Mental no Domicílio, na Perspectiva do Cuidador Principal”.

Tendo em conta o que diz a Ordem de Serviço nº 18 de 2010 da Universidade de Évora (2), “...Relatório é um trabalho de descrição e reflexão pormenorizada e fundamentada, com recurso aos métodos de recolha e tratamento de dados, das actividades desenvolvidas...”, pelo que ao apresentá-lo pretendi descrever o caminho que percorri, comunicar os resultados encontrados e poder num futuro próximo contribuir para a definição de possíveis estratégias de intervenção no âmbito da problemática trabalhada.

Tendo por base a minha experiência de 7 anos, como enfermeira numa unidade de internamento de psiquiatria, comecei a constatar que para algumas das pessoas internadas, se tratava de um reinternamento. Ao reflectir acerca dos vários factores que podem levar ao mesmo, e do contacto com os familiares, muitas vezes surge um dado em comum, o cumprimento inadequado da prescrição acompanhado ainda por vezes da adopção de hábitos prejudiciais à sua saúde física e mental, tal como o consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e o sedentarismo. Assim, não pretendendo limitar-me ao porquê do não cumprimento da prescrição medicamentosa, comecei por desenvolver a minha pesquisa bibliográfica no âmbito da adesão terapêutica.

Ao mesmo tempo, enquanto utente dos serviços de saúde, tomei consciência do interesse da capacidade de gestão do regime terapêutico para o controle de doenças crónicas, tendo sido para mim da maior importância, as ferramentas que me foram disponibilizadas pelos profissionais de saúde com quem contactei. Tal facto, que se revelou pertinente, levou-me a tomar a decisão de optar por direccionar o diagnóstico para o âmbito da gestão do regime terapêutico.

Como outro aspecto que os familiares habitualmente se queixam durante o internamento dos familiares, é a falta de crítica que estes apresentam para o facto de terem uma doença mental e a não-aceitação da mesma, e tendo em conta que o diagnóstico iria decorrer num período de crise, fez-me sentido conhecer a perspectiva dos cuidadores, relativamente à forma como os seus familiares gerem o seu regime terapêutico no domicílio.

A doença mental está relacionada com a presença de alterações na forma e/ou conteúdo do pensamento, alterações do humor ou ainda do comportamento. Para se poder classificar como perturbação mental, é necessário que essas alterações ou desvios ao “normal”, aconteçam de uma forma continuada ou recorrente, e que provoquem perturbação ou degradação do funcionamento da pessoa, nos vários componentes da sua vida. (OMS, 2002)

Ao realizar o diagnóstico trabalhei com os cuidadores que aceitaram colaborar, independentemente da doença do seu familiar, uma vez que as perturbações mentais que habitualmente causam incapacidade grave, incluem de entre outras, as perturbações depressivas, as perturbações causadas pelo uso de substâncias e a esquizofrenia. (OMS, 2002)

Optei pela perspectiva do cuidador principal, tendo em conta o facto de a doença mental levar muitas vezes a uma grande dependência por parte do doente, necessitando este de apoio e ajuda de quem vive ou está mais próximo dele. (Silva, 2008)

Com os processos de desinstitucionalização levados a cabo em vários países e com a diminuição dos dias de internamento, passou a ser dada maior importância aos cuidados de saúde mental prestados em ambulatório e passou a ser dado maior valor ao papel da família como parceira dos profissionais de saúde mental. (Barroso *et al*, 2007)

Segundo McCloskey e Bulechek (2004: 899) o controle eficaz do regime terapêutico é, “...um padrão de regulação e interacção à vida diária de um programa de tratamento de doença e de suas sequelas que seja satisfatório para atender às metas específicas de saúde...”

As dificuldades que as pessoas ou os seus familiares cuidadores, poderão sentir para gerir de forma adequada o regime, estão na maioria das vezes relacionadas com a complexidade do esquema terapêutico, com a falta de conhecimentos e capacidades para integrar no seu dia-a-dia as orientações dos profissionais de saúde. (Machado, 2009)

Sendo assim, a pessoa ou o seu cuidador, tendo-lhe sido disponibilizadas ferramentas pelos profissionais de saúde (por exemplo um esquema de medicação em SOS para as insónias), tem capacidade para adequar ao seu dia-a-dia e às suas necessidades o regime terapêutico proposto. O facto de ter a percepção que a pessoa e/ou a sua família, nem sempre são agentes activos no processo de saúde/doença, faz-me pensar que se os mesmos se sentirem implicados irão também ter uma postura mais proactiva em todo o processo.

A pertinência da gestão do regime terapêutico assenta no facto de que, se a pessoa tiver capacidade, ferramentas e autonomia para a fazer estará a ser promovida a adesão terapêutica, diminuindo assim o impacto negativo da doença na sua qualidade de vida. De acordo com a OMS (2003), os enfermeiros têm um papel fulcral na gestão terapêutica. As intervenções de enfermagem devem basear-se na prescrição de enfermagem, na participação do doente no auto-cuidado e na avaliação e monitorização dos regimes terapêuticos.

Para que as intervenções de enfermagem sejam eficazes, é fundamental que os profissionais não se limitem a fornecer à pessoa e à família uma lista padrão de procedimentos e comportamentos que deve seguir. Devem ter em atenção as necessidades e preocupações, relacionadas com o regime terapêutico, de cada pessoa individualmente. Este processo é fundamental, porque muitas vezes os doentes ficam frustrados por as suas preferências em relação ao tratamento instituído não serem tidas em conta. No processo de avaliação diagnóstica o enfermeiro deve compreender o que é que a pessoa sabe, o que a preocupa e ainda quais as suas estratégias e capacidades para gerir a sua doença. (Lopes, 2006)

Os enfermeiros no decorrer deste processo, devem ainda envolver a família do doente e a comunidade, caso seja necessário e se revele pertinente para o caso.

2 – ANÁLISE DO CONTEXTO

Este diagnóstico tem como foco de atenção, a perspectiva dos cuidadores principais de pessoas com doença mental, face à forma como estes gerem o seu regime terapêutico no domicílio. Não é possível separá-los, uma vez que as necessidades de uns (cuidadores) decorrem das necessidades dos outros (doentes).

A realização de um diagnóstico é o primeiro passo para se poder intervir de forma mais direccionada, pois sem se perceber da existência ou não de uma problemática ou sem se compreender a sua dimensão, é difícil planear intervenções específicas e adequadas. De acordo com Lopes (2006), o processo de avaliação diagnóstica tem um cariz terapêutico, uma vez que se trata de uma manifestação de interesse pela outra pessoa e permite ainda compreender a ajuda que a pessoa precisa para melhor lidar com as dificuldades que enfrenta com a doença.

A recolha de informação decorreu na Unidade de Internamento do DPSM, do HESE E.P.E.

Trata-se de uma Unidade de Internamento mista, de adultos com doença mental em fase aguda. Fica situada no Edifício do Patrocínio (parte integrante do HESE, E.P.E), no 4.º piso do mesmo.

O Departamento responde às necessidades da população do distrito de Évora, na área dos cuidados em saúde mental e psiquiatria, abrangendo cerca de 173.654 pessoas. Os internamentos são na sua grande maioria devido a perturbações do humor (perturbação depressiva, perturbação bipolar), esquizofrenia e problemas ligados ao álcool.

A unidade tem actualmente lotação para 23 utentes, existindo 7 quartos de 3 camas e 2 individuais. As vagas distribuem-se por sexo conforme a disponibilidade de camas.

Quatro dos quartos estão equipados com rampas de Oxigénio e de vácuo. Em cada quarto existem roupeiros para os utentes guardarem os seus objectos pessoais, o que lhes permite manter uma relação com os seus pertences significativos, bem como a arrumação da sua roupa pessoal. Uma das características particulares desta unidade de internamento, reside precisamente no facto dos utentes permanecerem com a sua roupa pessoal e raramente utilizarem o pijama durante o dia. Contribui-se desta forma para a preservação da sua individualidade e identidade, o que estimula o auto-cuidado e favorece a auto - estima.

Existem 2 casas de banho disponíveis para os utentes, e ainda uma em cada quarto individual.

No serviço existem ainda:

- 1 Sala de Trabalho e Tratamentos de Enfermagem;
- 1 Gabinete de Enfermagem;
- 1 Gabinete do Enfermeiro Chefe;
- 3 Gabinetes para entrevistas e consultas;
- Secretaria;
- Sala polivalente;
- Gabinete do Director de Serviço;
- 1 Casa de banho para o pessoal do serviço;
- 1 Vestiário;
- 1 Copa;
- 1 Refeitório;
- 1 Sala de convívio.

A equipa de saúde da Unidade de Internamento é constituída por 16 enfermeiros, 9 assistentes operacionais, 1 terapeuta ocupacional e 2 psiquiatras.

A organização do trabalho de enfermagem é por turnos de oito horas, pelo método individual, e são desenvolvidas actividades terapêuticas de uma forma sistemática e organizada, sempre que possível. Relativamente ao método de trabalho, em cada turno os doentes são distribuídos pelos enfermeiros afectos à prestação de cuidados, sendo cada enfermeiro responsável por prestar todos os cuidados aos doentes que lhe foram atribuídos.

Em relação às actividades terapêuticas destaco: os passeios terapêuticos, sessões de relaxamento, dinâmicas de grupo, sessões de educação para a saúde para utentes e familiares.

São desenvolvidas todas as outras intervenções terapêuticas do âmbito da enfermagem nomeadamente; presença, escuta activa, orientação para a realidade e entrevistas de ajuda, através da operacionalização do Processo de Enfermagem, sendo realizados todos os passos a ele respeitantes, nomeadamente, colheita de dados de cada utente, identificação de problemas, planeamento de intervenções de enfermagem, execução das intervenções e avaliação dos resultados.

Encontra-se ainda implementado o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem, com os objectivos de otimizar os recursos disponíveis, adequar a dotação de enfermeiros na unidade e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

A operacionalização do processo de enfermagem tem por base o Modelo Teórico de Roper- Logan- Tierney. Segundo Roper *et al.* (2001) este modelo é baseado no modelo de vida e é constituído por cinco elementos principais:

- ✚ Doze Actividades de Vida (Manter um ambiente seguro; Comunicar; Respirar; Higiene pessoal e vestir-se; Comer e beber; Eliminar; Controlar a temperatura do corpo; Mobilizar-se; Trabalhar e distrair-se; Expressar sexualidade; Dormir; Morrer);
- ✚ Ciclo de Vida;
- ✚ Continuum Dependência/ Independência;
- ✚ Factores que influenciam as Actividades de Vida (biológicos; psicológicos; socioculturais; ambientais; politico económicos);
- ✚ Individualidade de Vida.

As actividades de vida, são todas as acções do dia-a-dia que se relacionam entre si e contribuem para o processo de vida de cada pessoa, facto que as torna no componente central do modelo. Em relação ao ciclo de vida, a sua pertinência no modelo, prende-se com o facto de ao longo das várias etapas da vida (desde o nascimento até à velhice), existir mudança e alteração contínua nas necessidades de cada pessoa.

O continuum Dependência / Independência, está intimamente relacionado com as actividades de vida e as etapas do seu ciclo. Assim pode variar entre a dependência total e a independência total, sendo que em alguns estádios de desenvolvimento é esperado que a pessoa não consiga desenvolver algumas actividades de forma independente. Este continuum está ainda associado aos vários factores que influenciam as actividades de vida, nomeadamente, factores biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos, os quais se influenciam entre si e irão contribuir para que cada indivíduo desenvolva as suas actividades de vida de forma diferente.

No que diz respeito aos factores biológicos, estão relacionados com o desempenho em termos anatómicos e fisiológicos do corpo humano, sendo que por sua vez o desempenho físico vai variando conforme a etapa da vida em que a pessoa se encontra.

Por sua vez os factores psicológicos, referem-se aos aspectos cognitivos como o raciocínio, pensamento e capacidade de resolução de problemas e os aspectos emocionais, nomeadamente as diferentes necessidades e manifestações de afecto ao longo do ciclo de vida de cada pessoa.

Relativamente aos factores socioculturais, abrangem os aspectos culturais, espirituais, religiosos e éticos que influenciam o desenvolvimento da pessoa enquanto indivíduo integrado numa sociedade, assim como o seu papel e classe social nessa mesma sociedade.

Os factores ambientais têm a ver com o ambiente que rodeia as pessoas e que pode interferir na sua qualidade de vida, tais como as condições habitacionais, poluição e o saneamento básico.

Por último os factores político-económicos estão relacionados com o estado em que cada um vive enquanto cidadão, estado este que regula a vida em sociedade com recurso a normas e legislação. Num estado democrático, o mesmo assume que os cidadãos têm por exemplo o direito de viver em segurança, de trabalhar para assegurarem a sua subsistência, de ter acesso a serviços de saúde e de educação.

Os quatro primeiros conceitos do modelo de vida abordados, contribuem para o quinto que é a individualidade de vida. O modelo preocupa-se não apenas com o processo de viver, mas com a vida tal como ela é vivenciada por cada indivíduo. As actividades de vida são a base do modelo, contudo cada pessoa desempenha-as de forma diferente, daí a pertinência da individualidade de vida.

Relativamente às actividades desenvolvidas na Unidade, é de realçar a elaboração e envio de Carta de Alta de Enfermagem de todos os utentes para a equipa de enfermagem da Consulta Externa do DPSM, com o objectivo de dar continuidade às intervenções de enfermagem desenvolvidas no internamento.

Aquando da alta dos doentes é feita entrevista de preparação para alta, com os próprios e com os familiares (em separado ou em simultâneo), durante a qual lhes são explicados os esquemas terapêuticos, é reforçada a importância da adopção de hábitos de vida saudáveis ou mudança de comportamentos (principalmente relacionados com o tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, sedentarismo) e é explicada a forma como serão acompanhados/ contactados pelos profissionais de saúde do DPSM que trabalham no ambulatório. Sempre que possível, são informados do nome do enfermeiro e do médico que os irão acompanhar no ambulatório, ficando assim com a referência do profissional que podem contactar na Consulta Externa do DPSM (por telefone ou pessoalmente), no caso de terem dúvidas ou em situação de crise.

Havendo uma gestão adequada do regime terapêutico por parte das pessoas com doença mental, potencia-se a prevenção de recaídas e os reinternamentos em unidades de psiquiatria, esperando-se idealmente que cada pessoa tenha capacidade para gerir o

seu regime, tendo um papel activo na construção do mesmo com os profissionais de saúde.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros e a Versão Beta2 da CIPE (2002:58), a Gestão do Regime Terapêutico "...é um tipo de comportamento de Adesão com as características específicas: executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrar as actividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária."

Para Bennett e Murphy (1999), referido por Pestana (2008), a gestão eficaz do regime terapêutico, depende no essencial da relação de cada pessoa com as características e exigências dos comportamentos que lhe são pedidos. Depende pois da capacidade de cada um conseguir alterar comportamentos e conseguir comportamentos de procura de saúde, que são definidos, de acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros e a Versão 1 da CIPE (2006:44), como uma "...Actividade executada pelo Próprio com as características específicas: Forma previsível de identificar, usar, gerir e assegurar recursos de cuidados de saúde, expectativas relacionadas com formas aceitáveis de requerer e conseguir assistência de outros".

Para uma efectiva gestão do tratamento, pressupõe-se que a pessoa possui ferramentas que a ajudam no seu dia-a-dia e no seu contexto, a adequar esse tratamento às suas necessidades, não se limitando apenas ao papel passivo de cumpridor da medicação. Necessita de o compreender, interpretá-lo e ter capacidade para o manusear de acordo com as suas necessidades e a sua realidade.

Essas ferramentas e a possibilidade de participar na construção do seu regime terapêutico, deverão ser-lhe facilitadas pelos profissionais de saúde.

Para a gestão adequada do regime de tratamento, é fundamental que se verifique adesão terapêutica por parte das pessoas envolvidas no processo, doentes e os seus cuidadores.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros e a Versão 1 da CIPE (2006:81) a adesão terapêutica pode ser definida como uma "...Acção auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento..."

De acordo com a OMS (2003) a adesão terapêutica é influenciada por vários factores: económicos e sócias; relacionados como sistema de saúde e com a equipa de saúde; as características da doença; o tipo de regime terapêutico e ainda os relacionados com o próprio utente.

A problemática da não adesão à medicação em pessoas com doença mental, assim como os vários factores que podem levar à mesma têm vindo a ser estudados, sendo que os estudos apontam como caminho a seguir as intervenções que combinem estratégias educacionais e comportamentais, e não apenas a educação. (Cardoso e Galera, 2006)

De acordo com Taj *et al.* (2008), os principais factores que têm influência na não adesão à medicação são então: a relação terapêutica entre o doente e o médico, os efeitos secundários dos medicamentos e ainda as crenças e o estigma relacionados com a doença mental.

A adesão está por isso associada e é potenciada, pela relação entre a pessoa e o profissional de saúde, pelo seu conhecimento acerca dos medicamentos e da doença e pela sua própria motivação e também pelo apoio da família ou pessoas próximas da mesma. (CIPE, 2006)

Nas palavras de Hesbeen (2001: 25) “...só um caminho com sentido – que faça sentido para a vida de alguém – obterá a adesão e a participação da pessoa que o prestador de cuidados pretende acompanhar.”

Assim deve-se ter em conta não só a adesão ao regime farmacológico, mas também a adopção de comportamentos saudáveis, pelo que deve haver a preocupação por parte do enfermeiro, de perceber como é que o tratamento que se pretende implementar se pode enquadrar na vida de cada utente, tendo em conta a individualidade de cada um. (Catela e Amendoeira, 2010)

O outro factor que conduziu à opção pela perspectiva do cuidador, foi o facto de que, estando o seu familiar internado, o mesmo poderia não ter capacidade para participar no diagnóstico, uma vez que estava numa fase de crise.

O cuidador principal pode ser definido, como a pessoa que dentro da família assume a responsabilidade principal relativamente às necessidades do doente. (Ferreira e Wong, 2008).

Trata-se de uma pessoa, que vivendo ou não com o doente, lhe proporciona ou coordena os cuidados que este necessita, não tendo formação na área da saúde e não recebendo remuneração. (Neves, 2007)

Assim o diagnóstico de situação tem como objectivos:

- Conhecer a perspectiva do cuidador principal, relativamente à forma como o seu familiar com doença mental faz a gestão do regime terapêutico no domicílio;
- Contribuir para a definição de estratégias direccionadas aos utentes e cuidadores principais, para a melhoria da Gestão do Regime Terapêutico.

3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/ UTENTES

De acordo com o Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em Portugal (2007), o impacto das doenças psiquiátricas verifica-se ao nível do sofrimento e incapacidade da pessoa doente, o que vai ter repercussões negativas na dinâmica familiar e também na esfera do trabalho, levando por vezes à total incapacidade para o mesmo. Uma melhor gestão da situação de doença do seu familiar, surge quando o cuidador recebeu informação, educação e apoio.

No seu dia-a-dia ao lado do familiar com doença mental, uma das dificuldades que causa maior sobrecarga ao cuidador principal, é a gestão de comportamentos problemáticos (agitação, auto e heteroagressividade ou insónias), sendo por isso necessário que os profissionais de saúde mental os ensinem a gerir estes comportamentos. Para que isso aconteça é essencial que se desenvolvam programas de informação, orientação e apoio dirigidos aos cuidadores (Barroso *et al.*, 2007)

É importante que se encontrem estratégias para gerir a doença mental, não só direccionadas ao doente mas também ao seu cuidador. As mesmas devem incluir intervenções psicossociais, que visem promover o acolhimento, empatia e escuta terapêutica, para que o cuidador possa expressar os seus sentimentos e compreenda melhor as suas próprias necessidades. Estas intervenções podem diminuir o impacto da sobrecarga provocada pelos cuidados prestados ao seu familiar no quotidiano e preocupações com o mesmo. (Souza Filho *et al.*, 2010)

Foram definidos critérios de pertença para a realização do diagnóstico, relativos ao cuidador e também aos utentes.

Em relação aos cuidadores, os critérios de pertença incluíam, o serem cuidadores principais de um utente com doença mental e aceitarem participar no trabalho.

Relativamente aos utentes, foram definidos como critérios de pertença terem um ou mais internamentos anteriores em Unidade de Psiquiatria e terem um regime terapêutico instituído no domicílio. A informação relativa à existência de internamento anterior e regime terapêutico no domicílio, foi recolhida junto dos próprios doentes, da sua família e ainda com recurso ao processo clínico.

O recrutamento dos cuidadores principais foi feito pessoalmente, na Unidade de Internamento onde o seu familiar estava internado, ou por telefone.

3.1 – DADOS SÓCIO – DEMOGRÁFICOS

Para melhor se conhecerem os cuidadores principais e os doentes, irei passar a apresentar a análise dos seus dados sócio-demográficos, uma vez que estes permitem fazer uma caracterização geral dos indivíduos em análise.

Dos sete cuidadores, seis eram mulheres e apenas um era homem, com idades que variavam entre os 28 e os 77 anos de idade, o que representa uma média de idades de 54 anos.

Tabela n.º 1 – Dados Sócio -Demográficos dos Cuidadores Principais

Cuidadores Principais	Idade	Sexo	Estado Civil	Grau de Parentesco	Vive com o Doente
CP1	48	F	Casada	Irmã	Sim
CP2	63	F	Casada	Cunhada	Não
CP3	59	F	Casada	Esposa	Sim
CP4	77	M	Casado	Marido	Sim
CP5	50	F	Casada	Esposa	Sim
CP6	56	F	Casada	Mãe	Sim
CP7	28	F	União de facto	Filha	Não

Também na literatura consultada a maioria dos cuidadores principais são do sexo feminino. (Amendola *et al.*, 2008; Barroso *et al.*, 2007; Guerra *et al.*, 2008; Beuter *et al.*, 2009). Historicamente, em termos sociais é esperado que seja a mulher a cuidadora principal, uma vez que pela antiquíssima divisão sexual do trabalho, os cuidados ao corpo estavam associados às mulheres. Para estarem preparadas para esses cuidados, contavam com a experiência do parto, da maternidade, dos cuidados aos recém-nascidos e às crianças. (Collière, 1989)

Todos os cuidadores tem uma relação conjugal estável, sendo que seis são casados e uma vive em união de facto. Dos 7 cuidadores, 3 têm laços conjugais com os utentes internados (CP3, CP4, CP5).

No estudo de Amendola *et al.* (2008), a existência de um companheiro (o doente ou não), parece ser um factor positivo para o bem-estar e qualidade de vida dos cuidadores principais, uma vez que pode ajudar a diminuir sentimentos de solidão e ser uma base de apoio.

Quanto ao grau de parentesco com os doentes internados, existia uma grande diversidade dos mesmos. Uma cuidadora era irmã, uma era cunhada, duas eram esposas, um era marido, uma era mãe e uma era filha.

Em relação à cunhada, era ela a cuidadora principal, uma vez que era a pessoa que tomava as decisões em relação às necessidades de cuidados de saúde da doente. Mesmo existindo outros familiares, há um que assume a responsabilidade principal em relação ao doente, razão pela qual se chama cuidador principal (Ferreira e Wong, 2008),

Dos 7 cuidadores principais, 5 vivem com o seu familiar doente. Relativamente aos que vivem separados do doente, recorrem à ajuda de outras pessoas para conseguirem exercer o seu papel de cuidadores. De acordo com Ciambrone (2002), citado por Pereira (2011), a rede informal tem um papel fundamental no apoio ao cuidador principal, podendo ser sendo constituída por familiares, amigos e vizinhos.

A cuidadora CP2, cunhada da utente, recorre aos contactos telefónicos com a sogra e ainda realiza visitas regulares ao fim de semana, para poder acompanhar de perto o estado clínico da sua familiar.

Por sua vez a cuidadora CP7, filha do doente, tem o apoio dos vizinhos do pai, os quais a contactam telefonicamente sempre que ele entra em crise ou começa a ter comportamentos menos ajustados. Mantém a proximidade falando com o pai ao telefone e visita-o ainda regularmente ao fim de semana, “...para fazer limpeza e estar com ele um bocadinho...”E7.

Tabela n.º 2 – Dados Sócio -Demográficos dos Cuidadores Principais

Cuidadores Principais	Escolaridade	Profissão	Situação Profissional
CP1	9º Ano	Comerciante	Profissionalmente activa
CP2	4º Ano	Empregada comércio	Reformada

CP3	4º Ano	Trabalhadora agrícola	Reformada
CP4	11º Ano	Observador meteorologia	Reformado
CP5	6º Ano	Doméstica	Desempregada
CP6	4º Ano	Operária fabril	Reformada
CP7	6º Ano	Trabalhadora agrícola	Desempregada

Em termos de escolaridade, 3 cuidadoras possuem apenas o 4º ano (CP2, CP3, CP6), 2 cuidadoras têm o 6º ano (CP5, CP7), uma o 9º ano e um único cuidador o 11ºano de escolaridade. Dos sete entrevistados, apenas uma se encontra profissionalmente activa. Relativamente aos outros, quatro estão reformados e duas desempregadas.

As oportunidades perdidas pelas famílias devido às perturbações mentais de um dos seus elementos são difíceis de avaliar e quantificar. As famílias muitas vezes fazem alterações na sua vida para poderem ajudar e dar apoio ao elemento doente, o que lhe traz impactos negativos a nível social e económico, podendo significar a impossibilidade de trabalhar ou atingir o seu máximo potencial em termos de trabalho. (OMS, 2002)

Em relação aos utentes, 4 eram do sexo masculino e 3 do sexo feminino, com uma média de idades de 57 anos. Segundo a OMS (2002: 86), “...A prevalência geral de perturbações mentais e comportamentais não parece ser diferente entre homens e mulheres...”, situação que foi possível constatar.

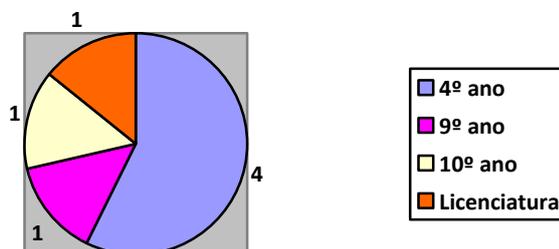
Tabela n.º 3 – Dados Sócio -Demográficos dos Utentes

Utentes	Escolaridade	Profissão	Situação Profissional
U1	Licenciatura	Professor	Reformado
U2	4º Ano	Sem profissão	Reformada
U3	4º Ano	Trabalhador agrícola	Reformado
U4	10º Ano	Tradutora Inglês	Reformada
U5	4º Ano	Comerciante	Profissionalmente Activo
U6	9º Ano	Empregada Comércio	Desempregada
U7	4º Ano	Trabalhador agrícola	Reformado

Irei em seguida abordar os aspectos relacionados com a escolaridade, profissão e situação profissional actual dos utentes. Estes três factores relacionam-se intimamente entre si, uma vez que do grau de ensino que se possui depende quase sempre o tipo de profissão que se tem. Também o facto de se ter uma profissão mais ou menos diferenciada irá interferir no montante mais ou menos elevado dos rendimentos e no valor da reforma.

Serão também analisados os dados relativos ao estado civil dos utentes.

Gráfico nº 1 – Escolaridade dos Doentes



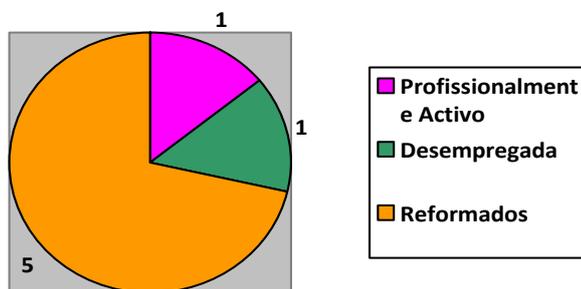
No que se refere à escolaridade, verificou-se entre estes utentes um baixo nível de escolaridade, quatro deles tem apenas o quarto ano e apenas um a licenciatura, situação esta que pode estar relacionada com o facto de algumas perturbações mentais surgirem na adolescência e início da idade adulta (como é o caso da esquizofrenia), interferindo com o normal funcionamento da pessoa a nível social. (OMS, 2002)

Pelo facto de a escolaridade ser baixa, também aqueles que trabalharam, tiveram profissões não diferenciadas.

Não nos podemos esquecer também que são na sua maioria pessoas oriundas do meio rural e com poucos recursos económicos, que dada a sua idade, quando poderiam ter estudado essa oportunidade apenas existia para um número reduzido de pessoas.

Também Hélder (2010), no seu trabalho com uma amostra de 50 pessoas com esquizofrenia, verificou que 42% destes tinham habilitações académicas entre o 1º e o 4º ano.

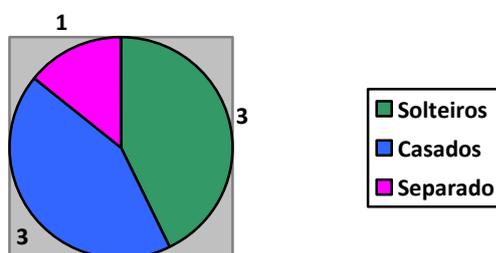
Gráfico n° 2 – Situação Profissional dos Doentes



Apenas um dos utentes trabalha, encontrando-se um desempregado e os restantes cinco reformados. Também em vários estudos consultados, realizados com pessoas com esquizofrenia, se verificou que a maioria destes não trabalhava ou estava reformado. (Castresana e Riviera, 1993; Cesari e Bandeira, 2010; Hélder, 2010)

De acordo com a OMS (2002) as perturbações mentais trazem perda de produtividade quer para os doentes, quer para os seus familiares e podem levar mais frequentemente à incapacidade para trabalhar. Neste caso, dos 5 doentes reformados, 3 ainda poderiam estar neste momento no activo, tendo em conta sua idade (53, 59 e 50 anos). Ainda segundo a OMS (2003), verifica-se frequentemente um ciclo difícil de quebrar entre a pobreza económica e as doenças crónicas, que acaba por influenciar negativamente a adesão terapêutica. Se por um lado, para ter saúde é necessário dinheiro para comida, saneamento e cuidados médicos, por outro para ganhar dinheiro é necessário ter saúde. Ainda Oliveira *et al.* (2004) diz que, as perturbações mentais dificultam o encontrar de um emprego remunerado por parte dos seus portadores, quer pela incapacidade provocada pela doença, quer ainda pela discriminação por parte dos empregadores.

Gráfico nº 3 – Estado Civil dos Doentes



A maioria dos doentes não vive maritalmente com ninguém, nem tem qualquer tipo de relacionamento sentimental, sendo que três são solteiros e um é separado. Três dos utentes são casados. Cesari e Bandeira (2010), num estudo com 72 pessoas com esquizofrenia, constataram que 83,3% vivam sem companheiro. De acordo com Ramos (2002), a existência de vínculo afectivo conjugal é um factor positivo em termos de saúde, uma vez que a existência dos cônjuges permite que exista um maior apoio e controle sobre eventuais comportamentos prejudiciais, tais com o consumo de bebidas alcoólicas.

Em pessoas com esquizofrenia, ser solteiro, ter baixa escolaridade e estar desempregado, são factores que afectam de forma negativa a capacidade de integração social das mesmas. (Silva *et al.*, 2010)

A doença mental tem um impacto negativo na vida dos doentes, quer ao nível familiar por maior necessidade de cuidados por parte da família e limitações ao nível social, quer ao nível económico, porque existe maior dificuldade em conseguir um emprego, tanto pela própria incapacidade da pessoa, como pela discriminação do empregador. (Oliveira *et al.*, 2004).

O aparecimento de uma doença mental leva, por vezes, à dificuldade de integração no mundo do trabalho e ainda à diminuição dos laços sociais (família, amigos, vizinhos) do doente. (Salles e Barros, 2009)

4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Inicialmente prevista para o período de 1 de Maio a 30 de Junho, a recolha dos dados decorreu entre 1 de Junho e 16 de Julho de 2010, devido ao reduzido número de internamentos na Unidade durante esse período assim como à recusa de um cuidador em participar no trabalho. Foi feito pedido de autorização para a realização da recolha de informação ao Conselho de Administração da instituição (Anexo I), sendo a mesma feita através de entrevista estruturada aos cuidadores principais, com recurso à gravação áudio, após assinatura do consentimento informado. (Anexo II)

Foram contactados pessoalmente 8 cuidadores principais, na Unidade de Internamento ou por telefone, como já referi anteriormente, tendo-lhe sido explicado qual o objectivo da entrevista e assegurado desde logo o carácter voluntário da sua participação e ainda o anonimato e a confidencialidade das suas informações. Foram também informados nesta altura da necessidade de gravação das entrevistas e como tal iria ser feito.

Este primeiro contacto foi fundamental, permitindo estabelecer desde logo uma relação de proximidade e confiança com os mesmos, o que se reflectiu posteriormente em ganhos na relação terapêutica, quer com os cuidadores quer com os utentes seus familiares.

Foram feitas sete entrevistas, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados, na Unidade de Internamento, em gabinete próprio, de forma a preservar a intimidade dos mesmos. Cada um deles assinou um consentimento informado. (Anexo III)

O gabinete onde decorreu a entrevista, possui quatro sofás individuais, uma secretária e duas cadeiras junto da mesma. Cada uma das pessoas foi convidada a sentar-se onde desejasse tendo os sete informantes optado pela cadeira junto à secretária. O suporte de gravação áudio ficou em cima da secretária, tendo sido preparado antes do início da entrevista com o objectivo de não dispersar a atenção dos entrevistados e também para estes não se sentirem constrangidos.

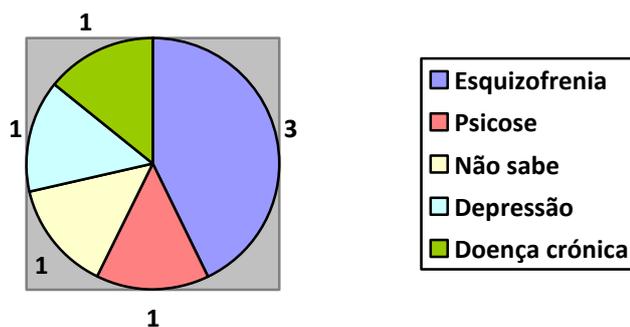
A análise da informação ocorreu entre 15 de Junho e 15 de Agosto de 2010.

4.1 – CONHECIMENTOS DOS CUIDADORES PRINCIPAIS EM RELAÇÃO À DOENÇA DOS SEUS FAMILIARES

Para perceber os conhecimentos que o cuidador tinha acerca da doença do seu familiar e evolução da mesma, foram feitas quatro perguntas relativamente: ao diagnóstico; período de evolução da doença; duração do regime terapêutico e número de reinternamentos.

Em relação ao diagnóstico, de acordo com o conhecimento dos cuidadores principais, distribuem-se da seguinte forma pelos sete utentes:

Gráfico nº 4 – Diagnósticos dos Utentes segundo os Cuidadores



De realçar o facto de uma das cuidadoras não saber qual o diagnóstico do seu familiar, tendo referido não ter sido informada pelos vários médicos a que tinha recorrido com o marido, no decorrer dos últimos 6 anos, “...não, nunca disseram nada... este senhor tem que ser acompanhado pelo psiquiatra porque lhe vamos tirar o tabaco, vamos tirar-lhe a bebida, o tabaco e se calhar o café também. Nunca ninguém disse nada.”E6

Uma outra cuidadora, apenas soube responder que o pai tinha uma doença crónica, não sabendo referir o nome. Quando questionada se tinha perguntado directamente ao médico assistente qual era a doença do pai, respondeu que não.

Verificamos nestes dois casos a existência de falta de informação por parte das cuidadoras principais, o que sugere que poderão existir falhas na forma como os profissionais de saúde comunicam com os utentes e os seus familiares. É visível

também a adoção de uma postura passiva perante os profissionais de saúde, neste caso o médico, por parte dos utentes.

Os cuidadores sentem necessidade de compreender a doença mental do seu familiar, para terem capacidade para gerir da melhor forma o seu dia-a-dia e o seu relacionamento com este. Este conhecimento dá-lhes um sentimento de maior bem-estar e diminui a ansiedade, aliviando também possíveis tensões e conflitos com o doente (Navarini e Hirdes, 2008)

A uma das utentes, ao longo dos 17 anos de evolução do seu quadro clínico, foram-lhe feitos sucessivamente vários diagnósticos: anorexia; bulimia, doença bipolar e por ultimo esquizofrenia.

Em relação à doença do seu familiar, quatro cuidadores dizem que a mesma se enquadra no âmbito das psicoses.

Tabela nº 4 – Conhecimento dos Cuidadores sobre os Dados Clínicos dos Familiares

<i>Conhecimento Cuidador Principal</i>	<i>Diagnóstico</i>	<i>Período Evolução Doença</i>	<i>Período Regime Terapêutico Prescrito</i>	<i>Número de Reinternamentos</i>
<i>CP1</i>	Esquizofrenia	36 Anos	36 Anos	4
<i>CP2</i>	Psicose	42 Anos	42 Anos	3
<i>CP3</i>	Depressão	7 Anos	7 Anos	3
<i>CP4</i>	Esquizofrenia	30 Anos	30 Anos	20
	Paranoide			
<i>CP5</i>	Não sabe	6 Anos	6 Anos	1
<i>CP6</i>	Anorexia, bulimia, doença bipolar, esquizofrenia	17 Anos	17 Anos	1
<i>CP7</i>	Doença Crónica	22 Anos	22Anos	“Quase todos os anos”

De acordo com os cuidadores, cinco pessoas têm doença psiquiátrica há mais de 17 anos, sendo que todos iniciaram um regime terapêutico nessa altura.

Verifica-se ainda, que destes cinco utentes apenas uma é casada, o que aponta para a dificuldade em manter um relacionamento emocional estável, quando a doença mental surge numa idade jovem.

Em relação aos reinternamentos, só dois utentes têm apenas um. Os restantes cinco, têm 3 ou mais reinternamentos, destacando-se pelo elevado número de internamentos, os familiares de CP4 e CP7. Esta situação aponta para a incapacidade destes utentes e das suas famílias em gerirem as manifestações da doença mental em ambulatório, necessitando os utentes de reinternamentos sucessivos para controlo da sintomatologia da doença.

Outro dado a realçar é o facto de a filha de CP6, embora com uma história de doença mental de 17 anos, ter tido apenas um reinternamento. Verificou-se neste caso que houve capacidade para gerir os episódios de crise no domicílio, apenas com recurso ao acompanhamento em ambulatório.

4.2 – PERSPECTIVA DOS CUIDADORES PRINCIPAIS EM RELAÇÃO À PERCEPÇÃO /ACEITAÇÃO DA DOENÇA POR PARTE DOS DOENTES

Uma das primeiras e maiores dificuldades com a qual os familiares cuidadores de pessoas com perturbação psiquiátrica se deparam, é a não-aceitação da doença pelo seu familiar. Segundo Spadini e Souza (2006), a aceitação da existência de uma doença psiquiátrica é fundamental, para que a pessoa encare como fundamental a manutenção de um regime de tratamento, para poder também melhorar o seu bem-estar e qualidade de vida.

Relativamente ao facto de terem uma doença psiquiátrica, dos 7 cuidadores entrevistados, 5 dizem que os seus familiares não o reconhecem.

Quando questionada em relação à percepção da doença por parte da sua cunhada CP2 respondeu “...do foro psiquiátrico não propriamente, dá-me a sensação que ela psiquiátrico, ela diz que é muito doente, que dói-me isto, dói-me aquilo. Não, quando está mais estabilizada é quando deixa de tomar a medicação. Ela não tem uma percepção da doença, porque diz “eu não preciso de medicamentos, eu estou bem.” E2

Pelo relato da cuidadora é possível perceber que mais facilmente as pessoas assumem e aceitam qualquer outra doença, que não uma doença mental.

Já o cuidador CP4 afirma que, “...*não, ela diz que está boa, ela nunca diz que está doente, porque ela sabe bem porque é que está a acontecer tudo isto.*” E4. Neste caso para o próprio cuidador a doença da esposa é encarada e aceite com base em crenças, uma vez que este justifica o seu aparecimento com a colocação de “remédios” na comida, por pessoas de quem eram hóspedes e que “queriam mal” ao casal.

Na perspectiva da cuidadora CP5, também o seu marido não reconhece o facto de ter uma doença, “...*ele diz que para ele está tudo bem, diz a tonta sou eu, eu é que tenho que me internar...*” E5. Esta postura provoca-lhe frustração e sentimentos de impotência devido à dificuldade que tem em controlar os comportamentos do marido em fases de crise, o que inclusive já trouxe prejuízos financeiros no negócio que o próprio gere.

Nem sempre é fácil perceber o que o doente sabe ou a percepção que tem acerca da sua doença, como relata uma cuidadora “...*ele não fala, se nós não falarmos ele não diz nada.*”CP7,E7, o que é sugestivo de uma postura passiva e talvez dificuldade em compreender o que representa a doença, uma vez que a própria cuidadora não sabe qual a doença do pai.

De acordo com o que anteriormente referi, apenas dois cuidadores afirmam que os seus familiares admitem ter uma doença do foro psiquiátrico.

Para a cuidadora principal CP3, quando o seu marido entra em crise “...*, ele diz, diz que é nervoso, “estou nervoso, eu tenho nervos”.*”E3, o que revela da parte do seu marido a percepção da existência de uma doença psiquiátrica.

Para outra cuidadora (CP6), a filha “... *sabe a doença que tem, informou-se na internet, esteve a pesquisar na internet...*”, acrescentando ainda que “... *em estando melhor tem consciência da doença que tem.*”E6, o que pode ser um factor facilitador para envolver esta doente na melhoria da gestão do seu regime terapêutico.

Uma cuidadora não respondeu, mas quando questionada anteriormente em relação ao diagnóstico médico do irmão, diz-nos que, “...*olhe não sei, ele diz que é esquizofrenia, ele fala nisso...*”E1, o que pode levar a perceber por parte da cuidadora algum desinteresse por este aspecto, dando-lhe a mesma pouca relevância.

De acordo com Spadini e Souza (2006: 126), “...O reconhecer e aceitar a doença fazem a diferença, pois o tratamento é entendido como necessário para a melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares”.

Se saber o nome da doença pode ser importante, não é menos importante reconhecer os seus sintomas, na medida em que permite ao indivíduo identificar os períodos de descompensação e assim gerir a sua própria crise.

No que diz respeito ao reconhecimento dos sintomas, de acordo com os familiares, quatro utentes não reconhecem os sintomas da doença.

Relativamente aos utentes, que de acordo com os familiares os reconhecem (3), dois deles são os mesmos que admitem ter uma doença psiquiátrica.

Para a cuidadora principal CP3, o marido tem consciência dos sintomas da doença, uma vez que, “... começa a implicar comigo, apercebe-se, fala o menos possível comigo, tem-me aquele ódio.”, E3. Ao falar, o tom de voz e fâcias da cuidadora, revelavam uma expressão sugestiva de cansaço e preocupação pela situação de instabilidade conjugal que vive devido às alterações de conduta do marido, consequência da doença. Este sofrimento vivido pelo cuidador deve ser objecto de preocupação por parte dos técnicos de saúde, pois também ele pode levar ao surgir de doença mental no cuidador.

Na perspectiva de CP6, a sua filha por vezes tem consciência da sintomatologia da doença, uma vez que “...em andando melhor reconhece, ela às vezes pergunta “ó mãe isto é mesmo a realidade ou é da minha cabeça, isto deve ser da minha cabeça, diz-me lá se é ou não”, por isso sabe”E6

De realçar a estratégia que a utente utiliza, recorrendo a uma pessoa em quem confia (a mãe), para a ajudar a separar a realidade, daquilo que poderá ser um delírio ou alucinação.

O terceiro utente, embora não reconheça perante a cuidadora que tem uma doença psiquiátrica, reconhece os sintomas uma vez que lhe pede para o levar ao hospital, devido ao sofrimento que sente, afirmando a mesma “...eu acho que sim, porque ele diz-me assim, mana vamos lá ao hospital” E1

Não menos necessário que o reconhecer dos sintomas da doença, importa ter um comportamento proactivo, a procura de ajuda por exemplo, perante o aparecimento dos mesmos.

No que se refere a este aspecto, cinco cuidadores, dizem que os seus familiares não fazem nada.

Por sua vez, dois deles pedem aos cuidadores e restante família, para os levarem ao hospital. Assim, perante uma situação de crise, o cuidador recorre ao hospital, verificando-se como descrito na literatura “...a manutenção de um modelo biomédico,

que encontra na medicalização e na hospitalização seus recursos terapêuticos predominantes.” (Severo *et al*, 2007: 150)

É de realçar o facto de para estes dois doentes e cuidadores, a primeira atitude ser recorrer ao hospital e o médico ser o técnico de saúde de referência, não havendo alusão a outros profissionais da equipa de saúde, nomeadamente enfermeiros.

Para a cuidadora CP1 o irmão “...quando entra nestas depressões, começa logo todo a tremer, todo frio...” dizendo-lhe “...mana leva-me já para o hospital que eu não posso estar, que eu não posso estar...”. Por sua vez, ela identifica como sinais de descompensação, o caso do irmão começar “... todo a tremer e gelado...” E1

Já a cuidadora CP3, diz que o marido, “...pede ao médico para vir ser internado, pede ajuda ao filho mais novo.” E3. Sendo o internamento um recurso de ultima linha, não deixa de ser curioso o facto de este doente o solicitar, o que nos leva a inferir que provavelmente aí se sente seguro ao mesmo tempo que poderá recuperar novamente o seu equilíbrio.

Em relação aos que não fazem nada, são os cuidadores que têm que pedir ajuda, e mobilizar os recursos que conhecem.

Destes, quatro identificam como recursos terapêuticos de resposta à agudização dos sintomas da doença, a medicação, o médico e o serviço de urgência do hospital. Na verdade, o serviço de urgência funciona como forma de ter acesso ao médico, e em última instância o internamento do seu familiar, na Unidade de Internamento do DPSM. Quando abordada em relação a esta problemática a cuidadora principal CP2 explicou que, “...se entra em crise, a minha sogra tenta dar-lhe os medicamentos ou então nós resolvemos a situação...”. O “nós”, referia-se a ela e ao seu marido, irmão da doente, dando o exemplo de uma das situações que necessitaram de resolver, “... telefonámos para os bombeiros e foi transportada ao hospital do Redondo, e a partir daí passou a ser acompanhada pelo Dr. M.” E2

Por sua vez CP4, o único cuidador do sexo masculino, também ele o mais idoso, deixou transparecer ao longo do discurso uma grande angústia e sofrimento, devido ao comportamento que tinha de adoptar, para que a sua esposa tivesse os cuidados de saúde que necessitava, mas que recusava, dizendo, “...sou eu, cria um grande problema porque eu não sei como tirar ela de casa, só à força, só de ver aquilo, policia, bombeiros, tive que vir ao delegado de saúde para a policia poder intervir, tenho que usar estes meios para poder tirar ela de casa, é a única forma e foi sempre assim, todas as vezes que foi ao hospital.” E4

Quanto a CP5, sempre que o marido apresenta sinais de descompensação faz uma supervisão mais apertada da ingestão da medicação, “...faço eu, vejo se ele toma os medicamentos.” E5

Por sua vez a cuidadora CP7 referiu em relação ao pai que, “... quando ele está pior vou eu com ele ao médico” E7

Dos cinco entrevistados, apenas uma cuidadora nomeia como primeiro recurso a enfermeira da equipa de saúde mental, em que a sua filha está inserida, recorrendo a ela pessoalmente sempre que a filha necessita, dizendo a mesma que “...tem de ser a gente, falo com a enfermeira para ver o que é que ela diz e depois é tentar que ela tenha consulta a ver o que é que o médico resolve.” E6

Segundo Arnold e Boggs (1999), para que a relação enfermeiro – utente se desenvolva de forma consistente, é necessário que a mesma tenha bases sólidas, recorrendo nomeadamente ao cuidar, à confiança e ao empoderamento.

Para terem um comportamento adequado perante uma situação de crise, os utentes e os seus familiares deverão ser alertados pelos técnicos de saúde que lhes são próximos, primeiro para o risco de essa crise ocorrer e comportamentos para a prevenir e ainda para o que fazer quando em presença da mesma.

Dos dados obtidos, foi possível constatar que a maioria dos cuidadores não recebeu qualquer informação acerca da atitude a tomar e dos recursos a utilizar, perante uma descompensação da doença do seu familiar. Os relatos são claros e alguns muito concisos, expressos em frases curtas e directas, quando se pergunta se algum profissional de saúde tinha dado orientações “...nunca, nem médico nem enfermeiros.” CP5,E5; “...nada, não.” CP7,E7.

Outro dos cuidadores (CP1) sabe que não foi informado, mas fica na dúvida se essa informação terá sido dada ao próprio doente “.... a ele não sei, essas coisas não aprofundei tá a ver, como eu tenho a minha vida tão ocupada ainda não falei essas coisas com ele.” E1, justificando-se com o muito trabalho e pouca disponibilidade para falar com o irmão relativamente à doença.

Já a cuidadora CP2 utiliza outras estratégias e refere que as medidas adoptadas têm sido decididas no seio da família por ela e pelo marido, de modo a estarem atentos e agirem quando necessário, “...há coisas que temos decidido na altura, tentamos resolver na altura que ela tenha tratamento e faça a medicação.” E2

Verifica-se, em relação a estes utentes e seus cuidadores, que será difícil orientar as situações de crise, uma vez que não dispõem de ferramentas para tal. Cabe aos

profissionais de saúde fornecer esses mesmos instrumentos, informação e estratégias, tendo em conta as particularidades de cada pessoa/ família, de forma a responder às expectativas e necessidades de cada um, de forma personalizada.

A falta de informação e orientação aos cuidadores, por parte dos profissionais de saúde mental, pode fazer com que ocorram conflitos entre os doentes e os cuidadores, o que influencia negativamente o processo terapêutico. (Pereira e Pereira Jr., 2003)

Relativamente aos dois cuidadores a quem foi dada orientação, a um (CP6), foi-lhe dito que se deveria dirigir à consulta externa do DPSM ou ir ao Serviço de Urgência do HESE, E.P.E., enquanto ao outro (CP4), foram os enfermeiros da equipa da Consulta Externa que acompanham a sua esposa, que lhe explicaram aquando da realização de uma visita domiciliária, quais os passos a dar para a conseguir levar ao Serviço de Urgência, uma vez que para tal tem sido sempre necessário o recurso a mandato de condução.

É de salientar o facto de estas orientações serem dadas directamente aos cuidadores e não aos doentes, não existindo por isso neste processo, um envolvimento seu na gestão do regime terapêutico, com a agravante que os cuidadores adoptam uma postura protectora. De facto, não se sentindo directamente implicado no seu processo terapêutico o doente terá maior dificuldade em o aceitar e compreender a sua necessidade.

4.3 – PERSPECTIVA DOS CUIDADORES PRINCIPAIS EM RELAÇÃO À GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO POR PARTE DOS DOENTES

Vários factores contribuem para a maior ou menor eficácia da gestão do regime terapêutico. A análise da perspectiva dos cuidadores no que se refere à ingestão da medicação, a omissão das suas tomas, os seus efeitos secundários, as orientações dos técnicos de saúde e a complexidade do regime terapêutico, são os aspectos que de seguida analisarei.

No que diz respeito à ingestão da medicação, relativamente a três doentes, fica à sua total responsabilidade fazê-lo, não existindo supervisão dos cuidadores ou ajuda para tal. De salientar que em relação a um deles isso acontecia porque na altura da entrevista estava a viver sozinho. Sempre que está a viver com a filha (CP7), é ela que lhe fornece e tenta controlar a ingestão da medicação. Quanto a este procedimento a mesma relatou que quando morava com ele era sempre ela que lhe dava a medicação, “...sempre,

sempre, era sempre eu. Por iniciativa não tomava nada. Não deve tomar nada, não estou lá, não vejo.” E7, revelando com estas palavras falta de confiança no modo como o doente procede. É no entanto compreensível esta postura, tendo em conta que os papéis se inverteram desde muito cedo na vida desta cuidadora, e ao longo dos últimos 22 anos assistiu aos reinternamentos sucessivos do pai, por incapacidade de gerir e aderir ao esquema terapêutico.

Por sua vez, um dos cuidadores (CP1) referindo-se ao irmão, diz que, “...quando está bem sem ajuda, nunca lhe dei um comprimido ele consegue fazer pelo mapa... quando ele se sente melhor começa a fazer redução dos medicamentos, ... a única coisa que ele faz é isto e eu acho que ele não o devia fazer...” E1. É notória aqui a consciência do cuidador acerca da importância do cumprimento da medicação, bem como uma passividade na sua postura face ao comportamento de incumprimento da parte do irmão, uma vez que não refere qualquer tipo de intervenção junto do mesmo.

Já CP2 diz que é a sua cunhada que controla de forma autónoma e sem interferência ou supervisão a medicação, situação que acontece por se tratar de uma utente que vive apenas com a mãe muito idosa (a mãe têm 92 anos), dependendo a ingestão dos medicamentos apenas da sua vontade. A cuidadora revelou ainda que sempre que está com a doente a estimula a cumprir o esquema terapêutico, recorrendo a si própria (também ela necessita de tomar medicação de forma continuada) como exemplo da necessidade de o fazer para melhorar o seu bem-estar e qualidade de vida. De acordo com as suas palavras “...quando toma é ela, é só uma questão de ela os querer tomar...toma conta da medicação, se pensasse tomar tomava”E2, o que deixa transparecer ainda alguma incompreensão pela razão da não adesão da cunhada ao esquema terapêutico. O comportamento da doente pode resultar da não percepção da doença mental.

De acordo com os cuidadores principais anteriormente referidos, a ingestão dos medicamentos fica à responsabilidade dos doentes de quem cuidam e nenhum deles cumpre a prescrição terapêutica. De salientar que, destes três doentes, dois deles não vivem com os cuidadores principais, o que impede os respectivos cuidadores de fazerem a supervisão da toma dos medicamentos. Para tentar colmatar este facto, dever-se-ia trabalhar com os cuidadores estratégias alternativas, como por exemplo o uso de caixa de medicamentos preparados com antecedência pelo cuidador, a simplificação da prescrição terapêutica em colaboração com o médico assistente ou o recurso a apoios sociais na comunidade em que o doente está inserido.

A não adesão ao regime terapêutico pode surgir devido ao facto de o doente não compreender a informação transmitida pelos profissionais de saúde, pelo que é fundamental que os mesmos a tornem compreensível para quem dela necessita, adequando por exemplo a linguagem, tendo atenção na utilização de termos técnicos. (OMS, 2003)

De destacar ainda que destes três utentes, nenhum tem a percepção ou aceita o facto de ter uma doença psiquiátrica, daí também não encontrarem necessidade de cumprir o regime terapêutico.

O reconhecer a existência de uma doença e a sua aceitação pode fazer a diferença, pois assim o tratamento começa a ser visto como necessário, indo influenciar de forma positiva a sua qualidade de vida assim como da sua família. (Spadini e Souza, 2006)

Os restantes quatro tomam a medicação com a ajuda e vigilância dos cuidadores, “...ponho os medicamentos todos numa caixinha” CP5,E5, mas mesmo com esta supervisão, nem sempre cumprem o regime prescrito. “...troca os comprimidos, outras vezes toma todos.”CP5,E5.

No caso de outro cuidador (CP4), o tipo de medicação foi acordada entre ele e a médica assistente com exclusão deliberada da sua esposa “...não sabe nada, até hoje em casa não sabe nada. Falei com a Dr.^a que comprimidos ela não toma, então ela deu solução oral para dar com bebida...”E4. O facto de a esposa recusar tomar comprimidos, gerou a necessidade de definir estratégias que garantissem o cumprimento da terapêutica, passando estas pela ocultação da medicação nos líquidos que a própria ingere. Contudo e apesar da negociação terapêutica, é o próprio cuidador que altera a prescrição, “...não dou a quantidade que eles recomendaram, disseram que era para dar 6 mg e eu só dou 2mg que é á noite quando vai dormir, mesmo assim estava mais calma, não é suficiente se fosse 6 já dava mas como é que vou fazer?” E4

Percebe-se aqui, que o cuidador tem este comportamento para evitar o confronto com a esposa, ficando numa situação de grande ambivalência e sofrimento. É difícil avaliar a magnitude do sofrimento deste cuidador, que ao longo de mais de 40 anos se debate com a doença da esposa. Segundo Gravitz (2001) a convivência constante com a pessoa doente, pode levar os familiares a minimizar e tolerar comportamentos inadequados e ainda a sentirem-se confusos e com dúvidas, podendo também eles desenvolver problemas físicos e emocionais. (Soares e Munari, 2007)

Relativamente à omissão de tomas da medicação por esquecimento, cinco cuidadores dizem que os familiares não se esquecem. Se por um lado dizem que o

doente não cumpre a prescrição, por outro dizem que ele não se esquece de tomar a medicação, deixando implícito que o não cumprimento da prescrição é uma decisão do doente, não existindo interferência do cuidador perante este fenómeno.

No que diz respeito aos efeitos secundários da medicação, aspecto apontado por alguns autores (Cabral e Silva, 2010; Silva, 2010) como um dos factores que interfere na adesão terapêutica, 5 cuidadores dizem que os seus familiares têm conhecimento dos mesmos, nomeando alguns desses efeitos (sonolência, disfunção sexual, dificuldades concentração). Na presença dos mesmos, três deles recorrem ao médico assistente para pedir ajuda.

A disfunção sexual é apontada por duas cuidadoras, como o factor que leva à maior resistência à adesão ao regime terapêutico por parte dos seus maridos. Tratam-se dos únicos utentes, do sexo masculino, casados.

Segundo Cordás e Larangeiras (2006: 172), “Apesar da existência de poucos estudos controlados sobre o tema, os efeitos colaterais na esfera sexual devem merecer maior atenção, na medida em que constituem um dos principais fatores de abandono do tratamento e, conseqüentemente, de recaída.”

Segundo os familiares, nenhum utente segue na íntegra as orientações dos técnicos de saúde em relação ao regime terapêutico proposto. De notar que o maior ênfase dado pelos cuidadores é nas consultas médicas e medicação.

Apenas 3 familiares referiram que o médico assistente abordou expressamente a necessidade de o utente adoptar comportamentos de vida saudáveis (alimentação, exercício físico, não fumar e não ingerir bebidas alcoólicas).

Em relação à complexidade do regime terapêutico, apenas um cuidador diz que o doente o considera difícil de seguir por achar que tem muitas restrições (não dever fumar, beber bebidas alcoólicas, comer alimentos com sal e gordura).

4.4 – RELAÇÃO DOS DOENTES COM OS PROFISSIONAIS DA EQUIPA DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS CUIDADORES PRINCIPAIS

Em termos da relação com os profissionais de saúde, começo por realçar o facto de quatro dos cuidadores identificarem apenas o médico como profissional de referência, levando-me a questionar o porquê nomeadamente das intervenções dos enfermeiros não serem, aparentemente valorizadas pelos familiares cuidadores. Poderá tal facto estar relacionado com as representações associadas a cada um dos profissionais

em termos sociais, ou não existirá efectivamente um papel activo/ proactivo destes profissionais na relação profissional com estes utentes e as suas famílias?

Segundo Craven e Bland (2006), a colaboração entre os vários profissionais de saúde mental, nomeadamente os enfermeiros, pode trazer resultados positivos para os utentes, concretamente em relação à adesão à terapêutica.

Dos sete entrevistados, uma cuidadora, (CP 2) referiu nunca ter ido com a sua familiar às consultas do actual médico assistente, pelo que dispunha apenas da informação da sogra, “...segundo diz a minha sogra ele fala muito com ela, conversa muito com ela...”, considerando por isso que a relação da cunhada com o médico era positiva.

Duas cuidadoras dizem que a relação com o médico assistente, na sua perspectiva, não é a desejada, uma (CP5) por considerar o profissional pouco autoritário e a outra (CP3) por reconhecer que este não demonstra disponibilidade para falar com o seu familiar e com ela própria. Também num estudo de Nicholls e Pernice (2009), as percepções e experiências dos cuidadores, no que se refere à sua relação com os profissionais de saúde, eram negativas devido à dificuldade que tinham em comunicar e serem ouvidos por estes.

Um dos cuidadores (CP4) afirmou que os profissionais (médicos e enfermeiros) apenas conseguiam estabelecer uma relação terapêutica com a sua esposa durante o período de tempo em que decorriam os internamentos, uma vez que após os mesmos esta recusa seguir o regime terapêutico e isola-se em casa, não saindo nem aceitando a visita de ninguém.

Apenas uma cuidadora (CP6) considerou que a relação da sua filha era boa quer com o médico quer com a equipa de enfermagem que a acompanhava. Nas suas palavras, a relação “...é boa com o médico e com as enfermeiras, e elas são muito amáveis, a minha S. isto, a minha S. aquilo, em lá a vendo, então S. já cá estás outra vez.”E6

De realçar o facto de ser a enfermeira da equipa de saúde que acompanha a sua filha, o profissional de referência para esta cuidadora, sempre que ela entra em crise “... falo com a enfermeira para ver o que é que ela diz e depois é tentar que ela tenha consulta a ver o que é que o médico resolve.”E6

Duas entrevistadas (CP2, CP7) referiram apenas que a relação era boa com o médico não explanando o significado nem a dimensão dessa relação.

Todos os cuidadores verbalizaram que os familiares nunca tinham falado com os técnicos de saúde sobre a forma como faziam o seu tratamento (nomeadamente sugerindo outros horários ou questionando os médicos em relação a medicamentos

alternativos), limitando-se a seguir ou não o regime terapêutico proposto, não o questionando perante os profissionais. Na perspectiva dos cuidadores não existe portanto participação dos utentes no seu projecto/ regime terapêutico. De acordo com Craven e Brant (2006), é importante os profissionais terem em conta as preferências dos utentes em relação ao tratamento instituído, sempre que tal for possível.

De acordo com Teixeira (2004), a comunicação entre os utentes e os profissionais de saúde é um factor que tem grande influência na capacidade de gestão do tratamento, pois sendo efectiva, promove a adesão terapêutica, a adopção de comportamentos de vida saudáveis e potencia a auto-eficácia. Segundo o mesmo autor, por vezes os profissionais de saúde falam mais do que ouvem, não deixando espaço para as pessoas exporem as suas dúvidas e os seus receios e acima de tudo sentirem que são os principais actores naquela relação.

Também os cuidadores, juntamente com os doentes e os profissionais de saúde, devem ser parceiros na construção do regime terapêutico dos doentes, contudo isso nem sempre se verifica. Por vezes os profissionais limitam-se a utilizá-los apenas como fonte de informação, não lhe dando um papel mais relevante e não os envolvendo mais no processo terapêutico do seu familiar. (Navarini e Hirdes, 2008)

5 – ESTRATÉGIAS A IMPLEMENTAR FUTURAMENTE

Após a análise dos dados fornecidos pelos cuidadores principais, o denominador comum é a incapacidade dos seus familiares doentes para gerirem o seu regime terapêutico no domicílio. Emerge daqui a necessidade de serem pensadas estratégias direccionadas aos utentes e aos cuidadores, com o objectivo de melhorar a gestão do regime terapêutico, as quais deverão estar relacionadas com os vários factores que influenciam essa mesma gestão, feita por pessoas com doença mental, em ambulatório. Embora outros profissionais de saúde se preocupem e trabalhem esta problemática com os utentes e as suas famílias, os enfermeiros têm aqui um espaço que devem ocupar tendo em conta o que são os conceitos fundamentais do domínio da enfermagem. Esses conceitos são: cliente de enfermagem, transições, interacção, processo de enfermagem, ambiente, intervenções de enfermagem e a saúde. A enfermagem lida com pessoas que estão em constante interacção com o ambiente que as rodeia, que por não conseguirem satisfazer necessidades relacionadas com a sua saúde ou por estarem doentes, não conseguem cuidar de si próprias. (Meleis, 1991)

O cuidador principal e o doente constituem-se então aqui como os clientes de enfermagem, uma vez que são eles o objecto dos cuidados de enfermagem. Confrontados com o surgir de uma doença mental, as suas vidas vão sofrer alterações, podendo ser necessário a intervenção da enfermagem para os ajudar a integrar e adaptar-se às mesmas. Uma das mudanças que ocorre é a necessidade do doente iniciar um regime terapêutico e aprender a geri-lo, ele e/ou o cuidador principal quando necessário, da melhor forma possível. São a estas alterações que Meleis (1991) chama as transições, as quais estão relacionadas com todas as mudanças que uma pessoa tem que integrar ao longo da sua vida, por exemplo a passagem da infância para a adolescência, a maternidade, a entrada na universidade ou ainda a passagem de uma situação de saúde para uma situação de doença.

As intervenções de enfermagem passam pela abordagem e explicação, ao utente e à sua família, do que é a doença e qual o regime terapêutico proposto e a partir daí ajudá-los a adaptar o regime à sua realidade, tendo em conta por exemplo, o tipo de trabalho do doente e a interferência que o esquema de medicação pode ter no seu desempenho profissional. As intervenções de enfermagem são pois todas as actividades realizadas pelo enfermeiro junto dos utentes e/ou dos seus familiares, com um objectivo terapêutico. (Meleis, 1991)

Os enfermeiros, enquanto elementos da equipa multidisciplinar devem ter um papel activo na implementação das estratégias necessárias, para a melhoria da gestão do regime terapêutico dos doentes.

Em relação aos cuidadores seria importante implementar intervenções psicoeducativas, com os seguintes objectivos:

- ✚ Melhorar os conhecimentos e compreensão da doença;
- ✚ Explicar o regime terapêutico proposto ao seu familiar;
- ✚ Orientar e capacitar para a utilização dos recursos disponíveis em situação de crise.

As intervenções psicoeducativas pretendem ajudar, neste caso, as pessoas com doença mental e os seus familiares a aprenderem tudo o que necessitam sobre a doença e a dominar formas alternativas de gerir a doença e os problemas do dia-a-dia e dar suporte social e encorajamento, o que permite aos doentes e aos familiares centrarem-se no futuro. (Gonçalves-Pereira *et al*, 2006)

As intervenções psicoeducativas com os cuidadores principais podem contar ou não com a participação dos doentes (uma vez que os doentes podem recusar), sendo que a intervenção com a família, de acordo com Gonçalves-Pereira (2006), tem-se mostrado eficaz em situações de esquizofrenia.

De acordo com Rummel- Kluge *et al* (2006), a psicoeducação é uma intervenção que fornece informação sistemática, estruturada e didáctica relativa à doença e ao seu tratamento, tendo em conta os aspectos emocionais do doente e dos seus familiares, estimulando-os e capacitando-os para lidar com a doença de modo adequado. Segundo os mesmos autores, este tipo de intervenções pode reduzir os reinternamentos de pessoas com esquizofrenia.

Para Brito (2005: 35) “...as intervenções psicoeducativas têm como objectivo a redução do nível de stress das relações interpessoais, do ambiente e dos acontecimentos de vida, através do ensino...”

Consegue-se assim consciencializar os cuidadores para o facto de serem, cuidador e doente, os elementos principais do processo terapêutico, podendo adoptar uma postura mais activa na construção do mesmo. (Brito, 2005)

Relativamente aos doentes, as estratégias a implementar deverão ser psicoterapêuticas e psicoeducacionais.

A psicoterapia, segundo Holmes (1991), citado por CREMESP (2007: 72), “...é uma forma de tratamento baseado no uso sistemático do relacionamento entre terapeuta e paciente para produzir mudanças na cognição, sentimentos e comportamento.”

As estratégias psicoterapêuticas passam pela construção de uma relação terapêutica, para a partir daí se poder trabalhar a aceitação da doença.

Em termos de estratégias psicoeducativas, também aqui é fundamental: melhorar os conhecimentos e compreensão da doença; promover a adesão ao regime terapêutico; orientar e capacitar para a utilização dos recursos disponíveis. É irreal pensar que uma pessoa irá gerir de forma adequada um regime terapêutico, antes de ter percepção e aceitar a necessidade do mesmo.

Para desenvolver estas intervenções é necessário dar a conhecer os resultados do diagnóstico à equipa de saúde do DPSM, com o objectivo de a envolver na implementação e operacionalização de um projecto de melhoria contínua da qualidade no âmbito da gestão do regime terapêutico.

Este projecto de melhoria contínua da qualidade, terá que necessariamente ser apresentado e pedida autorização para a sua implementação e desenvolvimento às estruturas hierárquicas da instituição.

Em termos práticos será necessário, no momento em que a pessoa é internada (durante a entrevista de avaliação diagnóstica) saber qual a capacidade, que esta ou o seu cuidador tem para gerir o regime terapêutico, para se poder planear posteriormente as intervenções de acordo com as necessidades encontradas.

6 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Ao desenvolver este trabalho, e ao longo de todas as fases do mesmo necessitei de mobilizar várias competências clínicas. Como enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental recorri, quer a competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, quer a competências específicas ao EESM.

Quando falo de competências comuns refiro-me a “... competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade...” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 122/2011).

As competências específicas “...são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e de campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstrada através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 122/2011).

Passarei a descrevê-las tendo por base os Regulamentos nº 122/2011 das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas e nº 129/2011 das Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental, da Ordem dos Enfermeiros.

Relativamente às competências comuns, desenvolvi o trabalho tendo em conta as questões éticas e deontológicas, nomeadamente dos valores humanos, dever de informação e de sigilo. (Nunes *et al*, 2005)

Assim, tendo abordado os cuidadores principais solicitando a sua colaboração no diagnóstico de situação, tive que respeitar e abster-me de juízos, quando a tal alguém se recusou. Tive nesta altura de deixar claro a esse cuidador, que respeitava a sua recusa em colaborar, e que tal não iria interferir na qualidade dos cuidados prestados ao seu familiar.

No que respeita ao dever de informação e sigilo, foi explicado aos cuidadores o objectivo do trabalho e fornecido consentimento informado onde se salvaguardava a confidencialidade, que os mesmos assinaram.

Tive que ter ainda em conta a criação e manutenção de ambiente terapêutico, que proporcionasse aos cuidadores uma sensação de segurança, nomeadamente no decorrer das entrevistas. Nessa altura, assegurei que as mesmas decorreriam num espaço com privacidade, tranquilo e confortável, que permitisse às pessoas sentirem-se á vontade no

seu decorrer. O início da relação é de toda a importância, uma vez que se trata do passo no desenvolvimento de uma relação que se pretende terapêutica. (Lopes, 2006)

Em relação às competências específicas, mobilizei e desenvolvi o conhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira e ainda realizei um diagnóstico de situação relativo à problemática específica da Gestão do Regime Terapêutico.

No que diz respeito ao conhecimento e consciência de mim, foi imprescindível perceber quais os factores que poderiam interferir na relação com os cuidadores, e não permitir conscientemente que isso acontecesse. De entre outros destaco a possibilidade de algum familiar recusar colaborar no diagnóstico (o que veio a acontecer).

A outra situação que me levou a reflectir acerca da minha prática, foi a verbalização por parte dos cuidadores da pouca informação que recebem da parte dos profissionais de saúde mental, dos quais faço parte, sobre como gerir o regime terapêutico dos seus familiares. Para melhorar esta situação é importante saber quais são as dúvidas e necessidades de cada cuidador em particular, pois nem sempre o que os profissionais pensam ser as necessidades da pessoa, são efectivamente as suas reais preocupações. Por vezes os técnicos de saúde mental, pensam estar a fazer um bom trabalho em termos de comunicação, contudo a perspectiva dos cuidadores é contrária à sua. (Nicholls e Pernice, 2009)

Relativamente ao diagnóstico de situação, considero tratar-se da aquisição e desenvolvimento de uma competência, uma vez que identifiquei um problema específico de um grupo de pessoas pelo olhar dos seus cuidadores, no âmbito da saúde mental.

CONCLUSÃO

Ao concluir este relatório considero ter atingido os objectivos inicialmente propostos para o mesmo. As principais limitações do trabalho estiveram relacionadas com o número reduzido de cuidadores e doentes que estivessem de acordo com os critérios definidos, no período em que decorreu a recolha de informação.

Existindo uma gestão eficaz do regime terapêutico em pessoas com perturbação psiquiátrica, está-se a concorrer para a diminuição do número de recaídas e consequentemente para a melhoria da sua qualidade de vida. De acordo com Bodenheimer (2002), citado por Osinaga (2004) a capacidade de gerir a sua doença, permite à pessoa com doença mental melhorar a sua qualidade de vida e melhorar por isso a confiança em si próprio.

Na realidade, na perspectiva dos cuidadores principais entrevistados, os seus familiares não efectuem uma gestão adequada do seu regime terapêutico no domicílio. A principal razão que para isso concorre é o facto de não existir percepção e aceitação da verdade de terem uma perturbação psiquiátrica, pelo que não encontram razão para a necessidade de seguirem e aderirem a um regime terapêutico. Devido a isso são os cuidadores que assumem, de forma mais ou menos activa, essa função. Contudo ao tentar fazê-lo, alguns deles sentem maior dificuldade devido à falta de conhecimentos em relação à problemática de saúde do seu familiar.

Para evitar o confronto com os seus familiares, por vezes só agem em situação de crise, acabando por ser inevitável o reinternamento dos mesmos.

Como forma de melhorar a gestão do regime terapêutico destes doentes, é fundamental implementar de futuro estratégias psicoeducativas e psicoterapêuticas direccionadas, quer a estes quer aos seus cuidadores.

Para a sua implementação é fundamental num primeiro momento dar a conhecer à equipa do DPSM os resultados do diagnóstico de situação realizado, para que a mesma integre as estratégias como uma necessidade e se sinta implicada na sua operacionalização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amendola, F., Oliveira, A. C. e Alvarenga, M. R. M. (2008). Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde de família. *Texto Contexto Enferm.*, 17: 266-272. Acedido em 10 de Março de 2011, em:
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71417207>.
- Arnold, E. e Boggs, K.U. (1999). *Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses*. 2ª edição. W.B. Saunders Company. Philadelphia.
- Cabral, M. V. e Silva, P. A. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal*. Imprensa de Ciências Sociais. Lisboa.
- Barroso, S. M., Bandeira, M. e Nascimento, E. (2007). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (6): 270-277. Acedido em 10 de Março de 2001, em:
<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/n6/270.html>.
- Beuter, M., Rossi, J. R., Neves, E. T. e Brondani, C. M. (2009). A sobrecarga do familiar no cuidado domiciliar. *Revista de Enfermagem UFPE*, 3 (3): 256-262. Acedido em 11 de Março de 2011, em:
<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/181/181>.
- Brito, M. L. S. (2005). *Intervenções Psicoeducativas para Famílias de Pessoas com Esquizofrenia. Programa de Doutoramento em Enfermagem – Revisão Sistemática da Literatura*. Universidade de Lisboa, Lisboa Acedido em 15 de Março de 2011, em:
<http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/169674.PDF>.
- Cardoso, L. e Galera, S. A. F. (2006). Adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19 (3): 343-348. Acedido em 29 Março de 2010, em
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a15v19n3.pdf>.
- Castresana, C. C. e Rivera, J. L. G. (1993). Historia natural de la esquizofrenia. *Anales de Psiquiatria*, 9 (7): 279-281. Acedido em 26 de Setembro de 2011, em:
http://www.psicoter.es/_arts/93_A124_10.pdf.
- Catela, A. I. e Amendoeira, J. (2010). Viver a adesão ao regime terapêutico: Experiencias vividas do doente Submetido a transplante cardíaco. *Pensar Enfermagem*, 14 (2): 39-54. Acedido em 15 de Fevereiro de 2011, em:
[http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_39-54\(1\).Pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_39-54(1).Pdf).

Cesari, L. e Bandeira, M. (2010). Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59 (4): 293-301. Acedido em 26 de Setembro de 2011, em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852010000400005&script=sci_arttext.

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão Beta2 (CIPE) (2002). Associação Portuguesa de Enfermeiros. Lisboa.

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 1.0 (CIPE) (2006). Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Collière, M. F. (1989). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Damaia.

Comissão Nacional Para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. (2007). *Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal*. Lisboa. Acedido em 15 de Março de 2011, em:

http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/CC4ABF07-1E93-4181-9E9E-3B54D4C6C6A6/0/RELAT%C3%93RIOFINAL_ABRIL2007.pdf.

Conselho Nacional de Medicina do Estado de São Paulo (2007). *Ética e Psiquiatria. Cadernos Cremesp*. 2ª edição. Acedido em 1 de Outubro de 2011, em:

http://visumconsultoria.com.br/docs/edicao2_etica_psiquiatria.pdf#page=67.

Cordas, T. A. e Laranjeiras, M. (2006). Efeitos colaterais dos psicofármacos na esfera sexual. *Revista de Psiquiatria Clínica*: 33(3): 168-173. Acedido em 22 de Fevereiro de 2011, em:

<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n3/a07v33n3.pdf>.

Craven, M. A. e Bland, R. (2006). Better practices in collaborative mental health care: an analysis of evidence base. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51 (6 Suppl 1): 7S-72S. Acedido em 13 de Setembro 2001, em:

<http://web.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=32&hid=18&sid=c9b5f0ae-d66e-412b-a969-53c7f85b8540%40sessionmgr10>.

Ferreira, A. R. S. e Wong, L. R. (2008). Perspectiva da oferta de cuidadores informais da população idosa: uma análise comparativa entre Brasil e México, 2000-2015. *III Congresso da Associação Latino Americana de População*, Córdoba, Argentina, 24-26 Setembro 2008. Acedido em 20 de Fevereiro de 2011, em

http://www.alapop.org/2009/images/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2008_FINAL_293.pdf

Gonçalves-Pereira, M. et al (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia. Dos aspectos teóricos à situação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 19: 1-8. Acedido em 29 de Setembro de 2011, em:

http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/903/sylviahelder_pdf.pdf.

Guerra, J. C.L., Hernández, M. A. G. e Miniét, E. P. (2008). Impacto psicossocial del síndrome demencial en cuidadores cruciales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24: 1-15. Acedido em 8 de Fevereiro de 2011, em:

<http://content.ebscohost.com/pdf9/pdf/2008/HBI/01Jan08/34071172.pdf?T=P&P=AN&K=34071172&EbscoContent=dGJyMNLr40SeprY4xNvgOLCmr0meprdSs6i4TLeWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkiuqLdIuePfgeyx%2BEu3q64A&D=a9h>.

Hélder, S. M. S. M. (2010). *Qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia da Região da Cova da Beira*. Tese de Mestrado. Universidade da Beira Interior, Covilhã. 52 pp. Acedido em 26 de Setembro de 2011, em:

http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/903/sylviahelder_pdf.pdf.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Lusociência. Loures.

Lopes, J. L. (2006). *A relação enfermeiro - doente como intervenção terapêutica*. Formasau. Coimbra.

Leite, S. N. e Vasconcellos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8 (3): 775-782. Acedido em 20 Setembro de 2010, em:

<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n3/17457.pdf>.

Machado, M. M. P.(2009). *Adesão ao regime terapêutico. Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. Tese de Mestrado. Universidade do Minho. 272 pp. Acedido em 15 Maio de 2010, em:

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Ades%20ao%20Regime%20Terap%20-%20Representa%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf>.

Meleis, A. I. (1991). *Theoretical nursing: Development & progress*. 2ª edição, J. B. Lippincott Company. Philadelphia.

McCloskey, J. C. e Bulechek, G. M. (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. Artmed. Porto Alegre.

Navarini, V. e Hirdes, A. (2008). A família do portador de transtorno mental: Identificando recursos adaptativos. *Texto Contexto Enfermagem*, 17 (4): 680-688. Acedido em 16 de Setembro de 2011, em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400008.

Neves, S. C. S. (2007). *Impacto no cuidador principal, do cuidado ao doente paliativo no domicílio*. Tese de Mestrado. Universidade de Lisboa, Lisboa. 244 pp. Acedido em 13 de Março de 2011, em:

http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1976/1/595535_Tese.pdf.

Nicholls, E. e Pernice, R. (2009). Perceptions of the relationship between mental health professionals and family caregivers: has there been any change?. *Issues in Mental Health Nursing*, 30 (8): 474-481. Acedido em 10 de Fevereiro de 2011, em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=113&sid=8c9c3aca-898d-40ee-912f-8bf94a1465f8%40sessionmgr114&vid=49>.

Nunes, L., Amaral, M. e Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Oliveira, A. G. B., Ataíde, I. F. C. e Silva, M. A. (2004). A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipas de saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem*, 13 (4): 618-624. Acedido em 18 de Julho de 2011, em

<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71413415.pdf>.

Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório mundial da saúde 2001 – Saúde mental: Nova compreensão, nova esperança*. Direcção Geral de Saúde. Lisboa.

Organização Mundial de Saúde (2003). *Adherence to long - term therapies: Evidence for action*. Acedido em 22 de Janeiro de 2010, em:

http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf.

Osinaga, V. L. M. (2004). Estudo comparativo entre os conceitos de doença mental e a assistência psiquiátrica, segundo portadores e familiares. Tese de Doutoramento. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto. 142 pp. Acedido em 18 de Julho de 2011, em:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-27102004-152642/pt-br.php>.

Pereira, M. A. O. e Pereira Jr., A. (2003). Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. *Revista Escola Enfermagem da Universidade São Paulo*, 37 (4): 92-100. Acedido em 15 de Setembro de 2011, em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/11.pdf>.

Pereira, M. F.C. (2011). *Cuidadores informais de doentes de alzheimer: Sobrecarga física, emocional e social e psicopatologia*. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto. 204 pp. Acedido em 4 de Junho de 2011, em:

<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7152/2/Cuidadores%20Informais%20de%20Doentes%20de%20Alzheimer%20Sobrecarga%20Fis.pdf>.

Pestana, H. C. F. C. (2008). *A auto – eficácia na asma: Papel da comunicação entre os doentes e os profissionais de saúde*. Tese de Mestrado. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa. 133 pp. Acedido em 11 de Setembro de 2011, em:

http://repositorio-iul.iscte.pt/bitstream/10071/1471/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_Auto-efic%c3%a1cia%20na%20Asma.pdf.

Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 4 (7): 156-175. Acedido em 25 de Setembro de 2011, em:

<http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a07n7.pdf>.

Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República nº 35 - II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Acedido em 14 de Março de 2011, em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf.

Regulamento 129/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República nº 35 - II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Acedido em 14 de Março de 2011, em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129_2011_CompetenciasEspecifEnfSMental.pdf.

Roper, N., Logan, W. e Tierney, A. (2001). *O modelo de enfermagem Roper- Logan-Tierney*. Climepsi Editores. Lisboa.

Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Bäuml, J. e Kissling, W. (2006). Psychoeducation in schizophrenia - Results of a survey of all Psychiatric Institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (4): 765-775. Acedido em 3 de Outubro de 2011, em:

<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/32/4/765.full.pdf+html>.

Salles, M. M. e Barros, M. (2009). Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22 (1): 11-16. Acedido em 11 de Setembro de 2011, em:

http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/en_a02v22n1.pdf.

Severo, A. K. S., Dimenstein, M., Brito, M., Cabral, C. e Alverga, A. R. (2007). A experiência de familiares no cuidado em saúde mental. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59 (2): 143-155. Acedido em 16 de Fevereiro de 2011, em:

<http://seer.psicologia.ufrj.br/seer/lab19/ojs/viewarticle.php?id=104&layout=html&locale=fr>.

Silva, M. J. R. (2008). *O ser humano e a adesão ao regime terapêutico, um olhar sistémico sobre o fenómeno*. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. 167 pp. Acedido em 26 de Janeiro de 2011, em:

http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/124/1/Tese_Mario_Silva.pdf.

Silva, M. J. R. (2010). *Adesão ao regime terapêutico - O ser humano e a adesão ao regime terapêutico, um olhar sistémico sobre o fenómeno*. Formasau. Coimbra.

Silva, T. F. C. et al (2010). Avaliação do ajustamento social em pacientes portadores de esquizofrenia atendidos em um ambulatório de hospital geral do Rio de Janeiro. *Cadernos Saúde Coletiva*, 18 (4): 587-596. Acedido em 11 de Setembro de 2011, em:

http://www.iesc.ufrj.br/caderno/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_587-596.pdf.

Soares, C. B. e Murani, D. B. (2007). Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. *Ciência Cuidado Saúde*, 6 (3): 357-362. Acedido em 11 de Setembro de 2011, em:

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4024/2717>.

Souza Filho, M. D., Sousa, A. O., Parente, A. C. B. V. C. e Martins, M. C. (2010). Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos adultos. *Psicologia em Estudo*, 15 (3): 639-647. Acedido em 21 de Fevereiro de 2011, em:

<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n3/v15n3a22.pdf>.

Spadini, L. S. e Souza, M. C. B. M. (2006). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 40 (1): 123-127. Acedido em 30 de Janeiro de 2011, em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a17v40n1.pdf>.

Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde - utentes. *Análise Psicológica*, 22 (3): 615-620. Acedido em 11 Setembro de 2011, em:

http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300021&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0870-8231.

ANEXOS

ANEXO I – Pedido de autorização ao Conselho de Administração do HESE, E.P.E.

Exma. Sra. Presidente
Conselho de Administração
Do Hospital do Espírito Santo E.P.E.

Assunto: Autorização de recolha e utilização de dados clínicos para trabalho académico.

Évora, 12 de Abril de 2010

Maria do Céu Coelhas Rodrigues, enfermeira a exercer funções no DPSM, com o nº mec. 1955, aluna nº 6889, do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, vem por este meio solicitar a V. Ex.^a autorização para realizar recolha de informação junto dos utentes internados e seus familiares, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental – Serviço de Internamento, no período de 1 de Maio a 30 de Junho de 2010, sobre o tema da Não Adesão à Medicação, com vista à elaboração de relatório final de mestrado sobre a temática.

Mais informo que a recolha de informação será feita através de entrevista, e serão tidas em conta as questões éticas e legais.

Grata pela atenção dispensada,
Atenciosamente,
Maria do Céu Coelhas Rodrigues

ANEXO II – Guião da Entrevista

Guião de entrevista

Entrevista nº _____

INTRODUÇÃO

. Apresentação e explicação do trabalho

ENTREVISTA

. Objectivo

. Gravação dos dados

. Confidencialidade

. Assinar consentimento informado

Dados sócio demográficos do Entrevistado

1) Idade: _____ anos

2) Sexo: Masculino Feminino

3) Estado Civil: Solteiro Casado União de Facto Divorciado

Separado Viúvo

4) Escolaridade:

- Não sabe ler nem escrever
- Nunca andou na escola, mas sabe ler e escrever
- Frequentou a escola primária
- Frequentou o ciclo preparatório
- Frequentou a escola secundária
- Frequentou o ensino superior

5) Profissão: _____

6) Situação profissional/ ocupacional actual:

Profissionalmente activo

Desempregado

Reformado/ pensionista

Incapacidade temporária

7) Composição do agregado familiar

8) Grau de parentesco_____

Dados sócio demográficos do Doente

9) Idade: _____ anos

10) Sexo: Masculino Feminino

11) Estado Civil: Solteiro Casado União de Facto Divorciado

Separado Viúvo

12) Escolaridade:

- Não sabe ler nem escrever
- Nunca andou na escola, mas sabe ler e escrever
- Frequentou a escola primária
- Frequentou o ciclo preparatório
- Frequentou a escola secundária
- Frequentou o ensino superior

13) Profissão: _____

14) Situação profissional/ ocupacional actual:

Profissionalmente activo

Desempregado

Reformado/ pensionista

Incapacidade temporária

Caracterização do estado de saúde do doente

15) Qual o diagnóstico feito pelo médico ao seu familiar?

16) Há quanto tempo lhe apareceu a doença?

17) Há quanto tempo é que ele faz tratamento?

18) Quantas vezes mais, já esteve ele internado?

Dados relativos à percepção da doença e regime terapêutico

- 19) O seu familiar acha que tem uma doença psiquiátrica?
- 20) Ele reconhece os sintomas da doença?
- 21) O que é que ele faz quando piora?
 - 21.1) Se ele não faz, quem é que faz e o quê?
 - 21.2) O médico e /ou os enfermeiros explicaram-lhe o que deve/pode fazer se sentir pior?
- 22) Como é que ele toma os medicamentos? Toma sem/com ajuda?
 - 22.1) Com ajuda (porquê e que tipo de ajuda)
 - 22.2) Toma como lhe foi receitado?
- 23) Já se esqueceu de tomar os medicamentos?
 - 23.1) Com que frequência é que acontece o esquecimento?
 - 23.2) Em que alturas é que acontece mais?
- 24) O seu familiar sabe quais são os efeitos secundários dos medicamentos?
- 25) O que é que ele faz quando aparecem?
- 26) O seu familiar faz o que o médico e os enfermeiros lhe recomendam (consultas, dieta, exercício, medicação)?
- 27) Ele acha o tratamento difícil de seguir?
 - 27.1) Porquê?

Dados relativos à relação com os profissionais de saúde

- 28) Como é a relação do seu familiar com o médico, com os enfermeiros e com os administrativos das consultas?
- 29) Quando ele vai às consultas, diz aos enfermeiros ou ao médico como gostaria de fazer o seu tratamento (horários, tipo de medicamentos)?

ANEXO III – Consentimento Informado

Consentimento Informado

Sou a enfermeira Maria do Céu Rodrigues, aluna do Mestrado de Saúde Mental e Psiquiatria da Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus e trabalho no Serviço de Internamento do DPSM do HESE, E.P.E.

Vou realizar um trabalho projecto sobre o tema “A Gestão do Regime Terapêutico em Pessoas Internadas numa Unidade de Psiquiatria ”

A orientação do mesmo é da responsabilidade da Professora Fátima Marques, docente da Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus.

A intenção deste estudo é perceber como é que o seu familiar faz a gestão do seu regime terapêutico. Este conhecimento poderá ser utilizado no desenvolvimento de novas estratégias de intervenção terapêutica com o seu familiar, permitindo aos técnicos adequar melhor a sua acção, aumentando a possibilidade de sucesso no tratamento.

A sua participação é muito importante, pois é a sua resposta que permitirá melhorar a prestação dos técnicos de saúde na ajuda a quem precisa. A sua participação para além de ser importante também é voluntária, não existindo nenhum tipo de consequências se decidir não participar. Se participar os dados recolhidos são confidenciais.

É de toda a importância que todos nós possamos contribuir para a melhoria da forma de tratamento na saúde, independentemente do papel que desempenhemos.

Após o estudo concluído terei todo o gosto em lhe comunicar os resultados, se assim o desejar.

Se concordar em participar neste trabalho por favor assine no espaço abaixo e obrigado por aceitar dar a sua importante contribuição para este trabalho.

Eu _____, tomei conhecimento do objectivo do trabalho e do que tenho de fazer para participar no mesmo. Fui esclarecido sobre todos os aspectos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas.

Fui informado que tenho direito de recusar-me a participar, e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim. Assim, declaro que aceito participar no trabalho.

Assinatura _____ Data _____