

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**O DOENTE MENTAL GRAVE NO DOMICÍLIO/  
GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO**

**Maria Catarina Valverde Vidigal Mendes**

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

**Orientadora**

**Maria de Fátima dos Santos Rosado Marques**

**2011**

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**O DOENTE MENTAL GRAVE NO DOMICÍLIO/  
GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO**

**Maria Catarina Valverde Vidigal Mendes**

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

**Orientadora**

**Maria de Fátima dos Santos Rosado Marques**

**2011**

*“Conhecer alguém aqui e ali  
que pensa e sente como nós,  
e que embora distante perto  
em espírito,  
eis o que faz da terra um jardim habitado”*

Goethe

## **RESUMO**

### **O Doente Mental Grave no domicílio/ Gestão do Regime Terapêutico**

O presente relatório incide sobre a realização da avaliação diagnóstica ao doente mental grave no domicílio, quanto há forma como estes fazem a gestão do seu regime terapêutico.

Os objectivos são: descrever o modo como os doentes mentais graves gerem o seu regime terapêutico no domicílio e identificar os factores que interferem nesse processo.

Os dados foram obtidos através de entrevista realizadas, a sete utentes acompanhados em ambulatório, que reuniam os critérios previamente definidos.

Observamos que todos os participantes tomam a terapêutica de forma irregular, com todos os riscos para a ocorrência de recaídas e internamentos, e identificamos os factores que poderão influenciar com este comportamento.

Este trabalho remete-nos para a reflexão, sobre novas medidas a implementar no tratamento de manutenção do doente mental grave seguido no domicílio.

**Palavras-chave:** Doente mental grave, domicílio, gestão do regime terapêutico

## **ABSTRACT**

### **The Severe mental patient at home / Management of the Therapeutic Regimen**

The present report aims at conducting a diagnostic assessment of the severe mental patient at home, focusing on the way those patients manage their therapeutic regimen.

The goals are: to describe how the severe mental patients manage their therapeutic regimen at home and to identify the elements which interfere in that process.

The data was collected through interviews conducted with seven individuals who were being provided with ambulatory care and who complied with the previously established criteria.

We observed that all the participants take their medication irregularly, with the accompanying risks of relapses and hospital admissions. We also identified the elements which may influence this behavior.

This work leads us to reflect upon new steps to implement in the care of the severe mental patient who is provided with ambulatory care at home.

**Key words:** Severe mental patient, at home, management of therapeutic regimen.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família pelo apoio e compreensão e que nunca me fizeram desanimar e são grandes exemplos de persistência, carácter, seriedade e vontade de crescer principalmente á minha filha Raquel e ao Zé o meu companheiro de jornada de vida.

À minha orientadora Sr.<sup>a</sup> Prof. Fátima Marques, pela orientação segura, eficiente, pela referência como professora, pelas valiosas contribuições e pelo carinho, paciência e atenção a mim dispensados.

Aos Utentes que participaram neste relatório pela sua disponibilidade e simpatia;

Aos colegas que directa ou indirectamente colaboraram neste relatório;

Aos que não participaram, mas permitiram que este relatório fosse uma realidade.

**A todos o meu profundo reconhecimento pela inegável  
importância na minha vida e na pessoa que sou ...**

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

A.O. – Assistente Operacional

ARSA - Administração Regional de Saúde do Alentejo

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de enfermagem

D.P.S.M. – Departamento Psiquiatria Saúde Mental

Hab. – Habitantes

HES, EPE – Hospital Espírito Santo, Empresa Pública

ICNP – International Classification for Nursing Practice

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde

Nº - Numero

Sr<sup>a</sup> - Senhora

Sr. – Senhor

OMS – Organização Mundial de Saúde

Prof. – Professor

T.O. – Terapeuta Ocupacional

## Índice

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1-ANÁLISE DO CONTEXTO .....</b>	<b>13</b>
1.1- CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE .....	13
1.2 - COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER .....	15
<b>2- ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES .....</b>	<b>18</b>
2.1- CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS PARTICIPANTES .....	18
2.2- SELECÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	24
<b>3 - TRAJECTÓRIA DE TRABALHO .....</b>	<b>27</b>
<b>4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS RESULTADOS .....</b>	<b>30</b>
4.1- CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA .....	30
4.2 - POSTURA DOS PARTICIPANTES FASE À GESTÃO DO.....	35
REGIME TERAPÊUTICO.....	35
<b>5 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E</b>	
<b>ADQUIRIDAS .....</b>	<b>49</b>
<b>6- OLHAR FUTUROS PROCEDIMENTOS.....</b>	<b>53</b>
<b>7 – CONCLUSÃO.....</b>	<b>57</b>
<b>8 -REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO I (Autorização para a colheita de dados) .....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO II (Ficha Individual).....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO III (Termo de consentimento informado) .....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO IV (Instrumento de colheita de dados – Guião da Entrevista) .....</b>	<b>72</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
<b>Gráfico nº 1</b> – Escolaridade dos indivíduos inquiridos.....	32
<b>Gráfico nº 2</b> – Conhecimento do nome dos medicamentos.....	40
<b>Gráfico nº 4</b> – Dúvidas sobre o nome da medicação.....	38

## ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
<b>Quadro 1</b> – Idade e Sexo.....	30
<b>Quadro 2</b> – Estado Civil e Sexo.....	31
<b>Quadro 3</b> – Composição do agregado familiar.....	33
<b>Quadro 4</b> – Conhecimento do diagnóstico médico.....	34
<b>Quadro 5</b> – Escolaridade /Conhecimento do nome da doença.....	36
<b>Quadro 6</b> – Nº Internamentos.....	38
<b>Quadro 7</b> – Tipo de terapêutica.....	40
<b>Quadro 8</b> – Técnicos a quem os participantes pedem ajuda para esclarecer dúvidas sobre medicação.....	41
<b>Quadro 9</b> – Aspectos de vida afectados pela medicação.....	44
<b>Quadro 10</b> – Pedidos de ajuda.....	46

## INTRODUÇÃO

Na vida quotidiana de qualquer ser humano, existem algumas fases da vida como a entrada na escola, a adolescência, a menopausa, o envelhecimento, ou acontecimentos e dificuldades de vária natureza, tais como a perda de familiar próximo, o divórcio, o desemprego, a reforma e/ou a pobreza, que podem ser a causa de perturbações de saúde mental, de maior ou menor gravidade. De acordo com o relatório da O.M.S. “ *As perturbações mentais e comportamentais são comuns e afectam mais de 25% da população em dada altura da sua vida*” (2002:51). Têm um carácter universal, atingindo pessoas de todos os países e sociedades, de todas as idades, mulheres e homens, ricos e pobres, e também todo o tipo de populações, quer urbanas ou rurais.

Ballard, define “ *a perturbação mental, ou doença, como um distúrbio nos pensamentos ou no humor, que causa comportamentos desadaptados, incapacidade de adaptação às pressões normais da vida e/ou deficiente funcionamento*”. (2002: 25). Uma pessoa afectada pela doença psíquica revela sintomas mentais, que podem resultar, na maior parte das vezes, em comportamentos, actos e inibições ou incapacidades, manifestando-se na vida de relação com os outros e com o mundo que a rodeia. Ainda sobre essa temática, a OMS afirma o seguinte: “ *(...) as perturbações mentais já representam quatro das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo. Esse crescente ónus representa um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos económicos.*” (2002: 29)

Deste modo, no decorrer da doença mental, doentes e familiares vivenciam momentos de controlo e diminuição dos sinais e sintomas, alternados com momentos de exacerbação, que frequentemente resultam num reinternamento por recaídas, também designadas por agravamento da sintomatologia. Esta constatação foi baseada ao longo da minha experiência na prestação de cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, em algumas instituições especializadas ou não, do país. Constatar que existem frequentes reinternamentos e ter a percepção que a má gestão da medicação pode ser uma causa do agravamento da situação clínica, foi o ponto de partida para aprofundar esta temática.

Sendo assim, para uma gestão adequada do regime terapêutico é imprescindível uma avaliação diagnóstica atempada aos doentes mentais graves no domicílio. Segundo Lopes avaliação diagnóstica “*consiste na avaliação/reavaliação da situação do doente /família, na conjugação variável das perspectivas vivencial, biomédica e de ajuda, feita de modo contínuo, sistémico, dinâmico e integrado nos cuidados*” (2006:177), o que se revela bastante complexo num universo onde por vezes os recursos humanos e físicos são limitados ou reduzidos.

É nesta fase de avaliação diagnóstica que se cruzam conhecimentos científicos de enfermagem e experiências anteriores, para posteriormente analisar e interpretar os dados colhidos sobre o utente, formulando assim o diagnóstico em função da capacidade do doente em se adaptar ao seu problema.

Ao elaborar este relatório, e segundo Carmo (1998:153) “*um relatório, seja ele qual for, é pôr em comum uma determinada acção do autor e partilhar um conjunto de informações por ele consideradas relevantes*”, pretende-se então partilhar, no sentido lato, um conjunto variado de experiências vividas e observadas no dia-a-dia, enquanto profissional especializado, com o intuito de melhorar e enriquecer cientificamente a prática de enfermagem na área supracitada. Os objectivos que darão corpo a este relatório incidem na descrição do modo como os doentes mentais graves gerem o seu regime terapêutico no domicílio e na identificação dos factores que interferem no processo da gestão do mesmo.

Por último importa salientar que mesmo nas perturbações mentais mais graves, é possível controlar e reduzir os sinais e sintomas, através de medidas eficazes de reabilitação, e desenvolver simultaneamente outras capacidades melhorando substancialmente a qualidade de vida do doente, pois não devemos esquecer que um doente afectado por problemas de saúde mental é um cidadão de pleno direito.

## **1-ANÁLISE DO CONTEXTO**

### ***1.1- CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE***

O relatório apresentado foi realizado no Hospital do Espírito Santo – E.P.E, no serviço das consultas externas do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. O serviço atrás referido insere-se num edifício distante do edifício central do supradito hospital, nomeadamente na rua Manuel de Olival nº 16, em Évora.

A estrutura física do edifício é relativamente antiga, mas continua a dar resposta às necessidades dos utentes com problemáticas de psiquiatria e saúde mental de todo o distrito de Évora. O edifício é composto por dois andares: no rés-do-chão funcionam o serviço de consultas de psiquiatria e de neurologia, localizado imediatamente após a entrada principal; os serviços administrativos; dois gabinetes de enfermagem; uma pequena sala de tratamentos anexa a uma sala de acolhimento dos utentes adultos e crianças e finalmente encontram-se ainda os vários gabinetes médicos e das técnicas de serviço social. Importa situar ainda neste andar uma sala de espera iluminada artificialmente, situada na zona central entre todos os compartimentos. Estão dispostos nesta sala, cartazes e folhetos informativos para consulta dos utentes e acompanhantes, assim como uma música de fundo é difundida de modo a tornar o ambiente mais acolhedor.

No primeiro andar, imediatamente após a entrada, situa-se uma segunda sala de espera dos utentes, espaço onde funciona simultaneamente o serviço administrativo. Este andar é constituído ainda por vários gabinetes onde decorrem as consultas de psicologia, psiquiatria infantil, terapia da fala, existindo ainda uma sala destinada a terapia ocupacional. É aqui que se encontra igualmente o gabinete do Director de Serviço, assim como uma biblioteca que funciona também como sala multiusos, como por exemplo para formações em serviço e reuniões de várias ordens. Para além destas salas, em anexo ao edifício, existem duas outras, onde educadoras de infância especializadas trabalham com grupos de crianças com necessidades educativas especiais.

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) é responsável por prestar cuidados de saúde mental e psiquiatria à população do distrito de Évora (173 654 habitantes) dividido em 14 concelhos, nomeadamente, Évora, Reguengos, Portel, Redondo, Vila Viçosa, Estremoz, Montemor-o-Novo, Vendas – Novas, Mora, Arraiolos, Viana do Alentejo, Alandroal, Borba e Mourão, informação recolhida pela Administração Regional de Saúde do Alentejo. (ARSA, 2010).

No que diz respeito à equipa do DPSM/consulta externa, esta é constituída por quatro médicos psiquiatras, quatro enfermeiros (dois especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiatra e dois generalistas), duas técnicas de serviço social, três psicólogos, oito técnicos de serviço administrativo e três assistentes operacionais. A prestação de cuidados de saúde mental e psiquiatria aos doentes do distrito, é realizada por quatro equipas multidisciplinares, e cada uma é responsável por áreas de intervenção distintas, dentro do distrito de Évora. Cada equipa é constituída por um psiquiatra, dois enfermeiros, um técnico de serviço social, um psicólogo e um técnico de serviço administrativo que prestam apoio por áreas geodemográficas. É de realçar que o psicólogo é o único técnico, que não acompanha a equipa, nas deslocações às diferentes áreas de intervenção.

O apoio supracitado é ainda prestado em alguns Centros de Saúde do distrito, através de visitas domiciliárias e serviço de enfermagem especializado *in loco*. No entanto, existem alguns locais do referido distrito, como Mora e Mourão, onde a equipa se desloca menos vezes, devido à falta de recursos humanos.

Neste momento, algumas alterações estão a surgir, no sentido de abranger uma área mais alargada de intervenção, sempre com o objectivo de melhorar os cuidados prestados aos utentes nas suas comunidades.

## **1.2 - COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER**

A psiquiatria traz, ao longo da sua história, alguns marcos que nortearam o atendimento ao doente mental, como por exemplo a introdução dos psicofármacos, o uso da psicoterapia, o desenvolvimento dos recursos terapêuticos e de diagnóstico, entre outros. Neste lapso de tempo, os utentes começaram a apresentar condições para a realização de outro tipo de psicoterapias, assim como uma permanência mais alongada no seu ambiente familiar e na comunidade. Está também a empenhar-se em ajudar a derrubar muitas das barreiras bem como o estigma, a discriminação e a insuficiência de serviços, assim como outras.

O Relatório Mundial de Saúde (2002:XV) analisa ainda no âmbito da prevenção “ *a disponibilidade e os obstáculos do tratamento, proporcionando uma nova maneira de compreender as perturbações mentais e oferecendo uma nova esperança aos doentes mentais e às suas famílias em todos os países e todas as sociedades.* ” (2002: 103)

Recomendando, igualmente que os cuidados de saúde mental “ *devem ser não só locais e acessíveis, como também devem estar em condições de atender às múltiplas necessidades dos indivíduos* ”. (2002: 103)

No âmbito dos cuidados continuados em saúde mental, Portugal publica o Decreto-lei nº 8 /2010 de 28 de Janeiro, dando-se assim uma nova esperança aos doentes psiquiátricos, ao propor a criação de novos serviços que “ *(...) facilitam a manutenção do portador de doença mental na rede de assistência à saúde em geral, evitando assim a sua segregação e estigmatização* ”, não recorrendo aos serviços especializados e sobretudo ao internamento.

Com a mudança de paradigma na saúde mental nacional, dá-se uma reviravolta na apresentação de melhores resultados clínicos, de ajustamento social e económico no modelo comunitário. Assim sendo, é essencial educar e informar a comunidade geral, ajudando-a a compreender, aceitar e reduzir o estigma, assim como diminuir a resistência e a discriminação, contra aqueles que vivem afectados com uma doença mental crónica.

Segundo LeClair, a doença mental crónica compreende “ *todas as limitações ou desvios da normalidade, com uma ou mais das seguintes características: são*

*permanentes; deixam incapacidade residual; são causadas por alterações patológicas irreversíveis; requerem treino especial do paciente para a reabilitação”* (2002:531), sendo ainda previsto um longo período de supervisão, observação ou cuidados.

Importa salientar a importância da adaptação das competências dos enfermeiros face às novas necessidades, isto é, dar um apoio individualizado *in loco*, significa também conhecer o ambiente onde o utente vive e ensiná-lo, assim como à sua família, a conviver com a perturbação mental do seu familiar.

Assim sendo, com a elaboração deste trabalho, procuro o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, através da aquisição de mais conhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira.

Procuro ainda mobilizar as minhas aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística e, avaliação abrangente do doente mental tendo em conta a sua qualidade de vida.

O empenho e a motivação no desenvolvimento deste trabalho foram a condição principal que me conduziu ao seu término.

Para além do empenho e da motivação, é importante revelar uma grande sensibilidade para distinguir as várias culturas, os valores e estilos de vida que envolvem o mundo do utente. Nesse ponto, Ballard define a sensibilidade cultural como “(...) a capacidade de perceber e respeitar os valores e estilos de vida do paciente, mesmo quando estes possam diferir dos seus” e competência cultural como “*um conceito multidimensional envolvendo variados aspectos do conhecimento, da atitude e das capacidades*” (2002: 35), isto é, pacientes com diferentes origens têm diferentes ideias acerca das causas da doença mental e da própria aceitação da doença.

Abreu sublinha ainda a importância para o desenvolvimento de competências culturais, isto é, a susceptibilidade à diversidade cultural e à capacidade de promover uma dinâmica assistencial adequada a essa diferença, é extensiva a todo o processo de assistência: diagnóstico, planeamento da intervenção, prestação de cuidados e avaliação. (2003)

É de referir que este relatório apenas irá incidir sobre a avaliação diagnóstica e algumas propostas de intervenção possíveis, de acordo com os resultados da avaliação obtida. Para uma avaliação diagnóstica o mais fidedigna possível, é necessário que o enfermeiro especialista tenha presente a diversidade cultural e a capacidade de promover uma assistência adequada, às diferenças com as quais pode vir a ser

confrontado no desempenho das funções, dado que em algumas culturas, quer ocidentais quer orientais, as perturbações mentais estão associadas a espíritos malignos, acontecimentos de vida anteriores, maus-olhados, maldições, racismo ou retribuição divina, entre outros fenómenos paranormais. Perante este panorama cultural diversificado, o enfermeiro especialista deverá avaliar cuidadosamente comportamentos invulgares ou inesperados, em busca de influências culturais, antes de assumir que esses comportamentos são intrínsecos à perturbação mental. Deste modo, compreender e apreciar a influência que a cultura desperta no seu paciente, na família ou no sistema de apoio comunitário é inequivocamente obrigatório.

Apesar do teor deste relatório não se destinar à implementação de intervenções terapêuticas, é impossível dissociar as mesmas com a avaliação diagnóstica, dado que esta é crucial para a implementação de intervenções mais adequadas ao doente mental grave.

Com este trabalho pretendo ainda desenvolver as minhas competências de sistematização, de análise e reflexão, assim como explanação dos dados obtidos.

## **2- ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES**

### **2.1- CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS PARTICIPANTES**

Na sua maioria, os doentes, que necessitam cuidados de enfermagem nas consultas externas do D.P.S.M., são provenientes do distrito de Évora. Os doentes em questão sofrem de variadíssimas patologias graves, nomeadamente, depressões, perturbações da ansiedade, perturbações maníaco-depressivas e esquizofrenias, entre outras patologias.

O serviço supracitado também atende doentes da área da saúde infanto-juvenil, com consultas de pedopsiquiatria, psicologia e terapia da fala.

Importa referir ainda que existe um serviço, onde funciona a terapia ocupacional, que pretende dar a oportunidade ao doente de desenvolver e melhorar as competências existentes, o qual é assegurado por um terapeuta especializado na área.

Para a elaboração da caracterização da população escolhida para análise, consultou-se os mapas de distribuição de doentes, segundo a sua área de residência, sexo e grupo etário, referentes ao ano de 2010. Estes mapas, emanados do Ministério da Saúde (IGIF) e anualmente actualizados, foram cedidos pelo departamento supra-referido, onde constam as consultas agendadas e não agendadas, individualizando os vários diagnósticos dos utentes atendidos no ano em estudo.

Numa primeira análise e de acordo com as consultas agendadas, constatou-se que dos 14 concelhos envolvidos pelo departamento, na prestação de cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, Évora é o concelho com o maior número de doentes, com maior incidência nas faixas etárias a partir dos (15-25) anos, e ainda na faixa etária dos ( $\geq 75$ ) anos.

Na primeira faixa etária acima referida prevalece um número superior de doentes do sexo masculino e nas restantes faixas etárias, o número de doentes do sexo feminino é superior.

No que diz respeito às consultas sem agendamento, podemos constatar que Évora continua com um número superior aos restantes concelhos.

Podemos apurar ainda que os doentes que mais recorrem às consultas externas do D.P.S.M. são doentes com depressão e com esquizofrenia.

Segundo Ballard, *“as doenças mentais têm sido tradicionalmente categorizadas como neuroses ou psicoses. Uma neurose consiste numa alteração mental habitualmente caracterizada por ansiedade e por outros sintomas desconfortáveis e stressantes para o indivíduo, enquanto a noção da realidade se mantém intacta”*. (2002:25)

Uma psicose é uma alteração mental, em que o indivíduo apresenta uma grande deficiência na sua percepção da realidade, desintegração grave da personalidade, e dificuldade em responder às necessidades comuns da vida diária.

Sobre este último assunto, Kennedy & Mitzeliotis sublinham que *“as psicoses são uma diminuição significativa do funcionamento, das balizas do ego e do teste da realidade. Pode estar presente uma diminuição dos afectos, do comportamento, da comunicação, da cognição, da percepção e do funcionamento social.”* (2002:278)

Podem ainda estar afectados a introspecção, o julgamento e o controlo dos impulsos.

Os sintomas psicóticos podem estar presentes em inúmeras e diferentes patologias psiquiátricas, incluindo as perturbações cognitivas e do humor assim como a esquizofrenia.

O principal critério de esquizofrenia é o facto de o paciente apresentar sintomas psicóticos característicos, de forma mais ou menos continuada, durante pelo menos seis meses.

Às doenças mentais e segundo o DSM-IV-TR, (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais) são-lhe atribuídas as especificidades indicadoras da gravidade e do curso evolutivo das mesmas, distribuídos em três níveis distintos: ligeira, moderada e grave. As especificações da doença (ligeira, moderada e grave) só devem ser usadas, quando a perturbação preenche no momento presente todos os critérios definidos no referido compêndio, devendo ser tido em conta também o número e a intensidade dos sintomas da perturbação em questão, bem como qualquer défice no funcionamento laboral e social.

Assim e de acordo com o estipulado no DSM- IV-TR, há que utilizar as seguintes directrizes:

- ✓ *“As perturbações ligeiras apresentam poucos ou nenhuns sintomas para além dos requeridos para formular o diagnóstico. Os sintomas não dão lugar senão a um ligeiro défice funcionamento social e laboral;*

- ✓ *As perturbações moderadas revelam sintomas de défice funcional situados entre ligeiro e grave;*
- ✓ *As perturbações graves, apresentam vários sintomas para além dos requeridos para formular o diagnóstico, ou distintos sintomas que são particularmente graves, ou os sintomas dão lugar a um considerável défice do funcionamento social e laboral.” (DSM- IV-TR: 21)*

A doença mental crónica é sinónima simultaneamente de doença mental persistente e de doença mental grave. As perturbações mentais graves podem ser devastadoras, uma vez que afectam todos os comportamentos do indivíduo e tendem a ter uma duração longa e recidiva.

Contudo as que constituem as patologias graves mais prevalentes, com evolução crónica, incluem a esquizofrenia, a depressão grave e a perturbação bipolar.

Dado que as perturbações mentais são complexas e em geral de evolução crónica, como já foi anteriormente referido, os profissionais de saúde precisam desenvolver um acompanhamento mais qualificado para o tratamento destes doentes. A área da gestão da medicação é fundamental para assegurar o equilíbrio necessário, que lhe permita conviver com sua patologia crónica.

Há que salientar que a terapêutica de manutenção recomendada pode ser oral e/ou injectável. O injectável periódico é usado tanto na fase aguda como medicamento de primeira linha, como também está indicado no tratamento de manutenção para reduzir as recaídas. Os doentes inquiridos que servirão de base a este trabalho, encontram-se em fase de manutenção, ou seja, são sujeitos a tratamento ambulatorio por já se encontrarem numa fase de estabilização. Este tipo de medicação é sempre realizado num determinado período de tempo de acordo com a prescrição médica, podendo ser mensal, quinzenal, de três em três semanas, dependendo do estado clínico do doente e da observação médica. Este injectável é uma alternativa aos doentes que são resistentes à realização da terapêutica oral, outras vezes serve para fazer uma terapêutica combinada (oral e injectável). O número de utentes a realizar injectáveis periódicos é variável por área.

Sendo a prescrição da terapêutica farmacológica um acto médico, logo essa prescrição conduz o enfermeiro, aquando da sua administração, a uma actividade interdependente. No regulamento do exercício profissional do enfermeiro Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro, Artº 9º, este tipo de intervenções por parte dos enfermeiros,

“*são designadas como autónomas e interdependentes.*” As actividades autónomas são acções realizadas pelos enfermeiros sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais. No que toca às actividades interdependentes, são acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum. Este tipo de intervenções decorre de um plano de acção previamente definido pelas equipas multidisciplinares integradas e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.

Assim a terapêutica, para além da sua administração, tem intervenções autónomas como é o caso da monitorização e das actividades psico-educacionais em relação ao doente.

Neste sentido, para o desenvolvimento desta intervenção autónoma de forma eficaz, o enfermeiro necessita ter um conhecimento profundo do saber-ser, saber-saber e do saber como fazer para desempenhar profissionalmente a gestão do regime terapêutico assim como todas as restantes intervenções autónomas.

Segundo a CIPE/ICNP, que constitui um instrumento de trabalho para a enfermagem, no âmbito da homogeneização e uniformização da linguagem, a gestão do regime terapêutico é “*um tipo de comportamento de adesão com características específicas; executar actividades, cumprir um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir os objectivos específicos de saúde, integrar actividades para o tratamento ou prevenção da doença na vida diária...*”. Versão B2 (2003: 58). Assim sendo, toda uma dinâmica de trabalho em conjunto e atempado entre o profissional e o doente, é imprescindível para a obtenção dos melhores resultados, embora a motivação seja um factor primordial como reforça Bennet ao afirmar que “*um meio de evitar a não adesão deliberada é o assegurar-se de que se prescreve um tratamento, seja ele comportamental ou farmacológico, para a qual o doente se encontre motivado.*” (2002: 143)

Mas saber comunicar e motivar nem sempre é suficiente, pois o apoio ao doente também passa pela presença assídua do enfermeiro para realizar uma monitorização adequada e ajustada a cada situação. A não adesão à terapêutica medicamentosa, por parte do doente, é um fenómeno comum e sujeito à influência de múltiplos factores tais como: as condições sócio demográficas, a terapêutica, a empatia entre profissionais e

doentes, bem como o próprio doente em relação à sua doença e/ou a eficácia do tratamento medicamentoso.

Deste modo, é imperioso identificar precocemente e com alguma precisão, os factores que interferem no fenómeno da adesão ao regime terapêutico, pois esta análise pode ser determinante para que o doente aceite da melhor forma o regime em questão.

Assim sendo, o doente passa a ser considerado como o sujeito activo, que participa e assume responsabilidades no seu tratamento.

Segundo Kaplan, a não adesão ao tratamento terapêutico “*parece estar positivamente correlacionada com a complexidade do regime e com o número de alterações comportamentais exigidas*”. (1997:26) O mesmo autor também faz referência ao facto de que os doentes psiquiátricos exibem um maior grau de comportamento não-aderente do que os doentes com outras patologias não psiquiátricas.

Ley (1988) citado por Bennett sugeriu que “*a adesão aos tratamentos é função de três factores: a compreensão do paciente sobre o regime de tratamento, a recordação da informação fornecida e a satisfação com a consulta em que é dada essa informação*”. (2002: 123).

As crenças do doente acerca da sua saúde mental assim como as suas práticas de saúde e o modo como cuida de si, podem, em última análise, influenciar o seu estado de saúde, pois um factor altamente significativo na não adesão parece ser a subjectividade do doente acerca do problema ou da doença. Assim sendo, o reconhecimento da doença pode ser também a aceitação do tratamento, como já foi anteriormente referido.

Acrescenta-se também o facto de que os doentes assintomáticos, que não sentem sintomas, estão em maior risco de não aderir do que os doentes com sintomas claros e evidentes.

Um outro aspecto subjacente a esta problemática e que embora o seja de forma implícita, assume uma importância relevante, é a comunicação e tudo o que ela envolve.

Segundo Kaplan, a observação de problemas de comunicação implica a diminuição da adesão e o aumento da mesma “*quando a comunicação é eficaz, juntamente com uma atenta supervisão do paciente e um sentimento de satisfação no que diz respeito às expectativas em relação ao técnico*”. (1997: 27)

Paul Watzlawick reforça a ideia de que saber comunicar “*é não só a condição sine qua non da comunicação bem-sucedida mas está intimamente ligada ao grande problema da consciência do eu e dos outros*”. (1967:49) Ainda sobre o mesmo assunto,

o autor faz referência à comunicação patológica dos esquizofrênicos, em que salienta a dificuldade de comunicação com que se deparam os profissionais de saúde.

Assim sendo, também deve ser tido em conta e ser explicitado de várias formas, insistentemente ou, em último caso, procurar as pessoas que cuidam dos doentes, também designados por cuidadores para tentar eliminar essas barreiras comunicação.

Importa sublinhar também que, por vezes, os utentes não têm família /cuidadores ou mesmo que tenham família, vivem sozinhos, entregues a si próprios.

Tanto os doentes como os prestadores de cuidados tendem a subestimar a extensão desta problemática da má gestão do regime terapêutico, que pode implicar tomas de medicação fora de hora, simplesmente não tomar, tomar medicação em excesso, ou tomar medicamentos que não estão prescritos. Mais uma vez, importa reforçar a ideia de Bennet de que a não adesão não é da exclusiva responsabilidade dos doentes, a autora supracitada faz referência aos profissionais de saúde como tendo “*crenças e atitudes diferentes acerca do tratamento dos pacientes que se encontram ao seu cuidado*”, (2002:119) influenciando estas a sua relação com os doentes e até as escolhas sobre o tratamento.

Posto isto, há que proceder à avaliação das intervenções realizadas. Nos cuidados de enfermagem, muitas vezes ficam esquecidas as avaliações das intervenções comprometendo a eficácia da terapêutica, pois a não avaliação é inimiga da qualidade. Na qualidade de vida do doente mental grave, é importante avaliar todos os aspectos de vida, visto que podem ser indicadores de uma má gestão ou mesmo do abandono da terapêutica.

Neste caso específico, usar o feedback dos doentes em relação à forma como a gestão da medicação é realizada (monitorização) pode ser o caminho para a recuperação, evitando as consequentes recaídas, melhorando assim os serviços e os cuidados prestados.

Importa ainda referir os factores relacionados com a própria terapêutica, a complexidade do regime, a ocorrência de efeitos colaterais, os custos e benefícios, a duração, as exigências de tempo os recursos e a duração do mesmo, que podem interferir com a gestão terapêutica.

Mais uma vez, conclui-se que a realização de uma avaliação diagnóstica atempada e adequada no que diz respeito à gestão do regime terapêutico é uma necessidade imperiosa no tratamento do doente mental grave.

## **2.2- SELECÇÃO DOS PARTICIPANTES**

O período em que decorreu a preparação da recolha de informação até à análise de dados situou-se entre o início de Abril e final de Julho do ano de 2010.

Para dar início ao trabalho, foi redigida uma carta de “ Pedido de Realização de Relatório de Mestrado” ao cuidado do Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do HES, EPE- Évora, pois a constituição do grupo alvo assim como a consulta das fichas clínicas/ notas de enfermagem careciam de autorização superior e oficial.

Assumiu-se o compromisso de respeitar os princípios éticos e legais da profissão, tendo em vista a confidencialidade e a privacidade dos participantes.

Neste âmbito, o grupo de participantes alvo é constituído por sete doentes com patologias mentais graves em fase de reabilitação e com acompanhamento domiciliário.

Na selecção do grupo de participantes, foram definidos os seguintes critérios:

- Utentes residentes na cidade de Évora;
- Utentes que nos últimos seis meses tenham faltado pelo menos a um injectável periódico;
- Utentes sem alterações a nível da consciência/ pensamento no momento da aplicabilidade da entrevista;
- Utentes com doença mental grave.

Acrescenta-se ainda o facto de, aquando da selecção do grupo de participantes e face à forma como os dados estão arquivados no referido serviço, terem sido consultados quatro arquivos de registos manuais de injectáveis periódicos. Cada um destes arquivos corresponde a um número de utentes de uma determinada área geodemográfica, na qual um médico e um enfermeiro são os técnicos responsáveis.

Neste momento, o serviço em causa está sujeito a uma fase de actualização de dados e da passagem dos dados de suporte de papel para informatização. Assim sendo, os técnicos responsáveis desenvolveram uma listagem que contém os nomes dos doentes a realizar injectável periódico, o tipo de injectável e as datas precisas de administração a qual foi devidamente consultada, facilitando deste modo a recolha de informação.

A existência de registos escritos pouco esclarecedores conduziu à necessidade de revalidação dos dados, com cada um dos enfermeiros envolvidos nos processos.

O principal objectivo foi obter, com cada enfermeiro em relação aos doentes a quem presta cuidados, informações relacionadas com o motivo que levou os doentes a faltar à administração do injectável periódico, assim como perceber se existem casos de doentes com dificuldades na gestão da medicação e a frequência de procura de ajuda dos enfermeiros responsáveis.

Após esta abordagem individual, a equipa de enfermeiros foi unânime em referir que a gestão terapêutica é uma problemática, na qual é necessário um maior investimento por parte de todos os intervenientes. A equipa informou ainda que os doentes a ser monitorizados, apresentavam dificuldades em gerir o seu regime terapêutico assim como também revelavam alguns sinais prodrômicos, tais como ansiedade, inquietação, habilidade emocional, que podem desencadear uma crise.

Posto isto e com base nos dados existentes estavam identificados os participantes deste trabalho.

Então, foram elaboradas novas fichas individuais como complemento de informação, de forma a facilitar o estabelecimento do contacto inicial: nome, direcção, contacto telefónico, diagnóstico, entre outros dados pessoais ou clínicos pertinentes.

Foram estabelecidos contactos pessoais com cinco dos doentes envolvidos na recolha de dados, quando estes se dirigiram ao serviço para a consulta médica. Os restantes dois, foram contactados telefonicamente. Nestes contactos, quer pessoais quer pelo telefone, foram agendados dia, hora e local de realização das entrevistas.

Este contacto inicial foi muito importante, uma vez que permitiu obter de imediato uma resposta afirmativa na utilização dos seus dados pessoais e clínicos. Para além de assegurar a confidencialidade das informações, houve o cuidado de dar a conhecer os objectivos e a finalidade da entrevista, ressaltando a necessidade da sua colaboração para tentar alcançar uma melhoria de resultados obtidos na gestão do regime terapêutico aplicado. Apenas num dos participantes, foi necessária a realização de um telefonema à esposa, para explicação do processo de aplicação do guião, assim como da utilização e finalidade dos dados obtidos.

Deste modo, a população envolvida é constituída por sete doentes de ambos os sexos com idades compreendidas entre 27 e 58 anos de idade. Do total do grupo de participantes, apenas um doente faz terapêutica oral, outro doente faz terapêutica

injectável e os restantes cinco fazem terapêutica combinada, ou seja, tomam terapêutica oral e injectável em simultâneo.

É importante referir que no dia marcado para a entrevista todos os doentes foram pontuais em relação ao dia, hora e locais combinados, assim como foi visível uma total disponibilidade e colaboração.

### **3 - TRAJECTÓRIA DE TRABALHO**

Equacionadas as razões que conduziram à realização deste trabalho, deu-se início ao seu percurso. Foi necessário elaborar dois instrumentos de trabalho, nomeadamente, o guião da entrevista para recolha de informação e o consentimento informado, para garantir os procedimentos éticos.

Tratando-se de doentes mentais graves, é frequente estes apresentarem períodos com alterações da consciência e do pensamento, o que por sua vez poderá alterar substancialmente a forma como comunicam, e conseqüentemente interferir no tipo de respostas fornecidas, durante a aplicabilidade do guião.

Neste sentido, houve necessidade de realizar o exame do estado mental (Minimental) a todos os participantes, pois este é o processo através do qual o profissional em saúde mental examina sistematicamente o estado mental dos doentes.

Segundo Carlat, o exame Minimental *“avalia 11 categorias de perguntas com pontuação específica, sendo o máximo da cotação de 30 pontos, e abaixo de 30 pontos pode ser indicador de prejuízo cognitivo”*. (2007:150)

Quanto às categorias que avalia são as seguintes: aparência, comportamento, discurso, humor e afecto, percepção, pensamento quanto à forma e ao conteúdo, cognição, consciência e orientação. O Minimental foi aplicado a todos os participantes e de acordo com os resultados obtidos na pontuação, não se verificaram alterações da consciência, nem do pensamento, estando completamente aptos para servirem de participantes.

A primeira parte do “Guião da Entrevista” destina-se à recolha de dados sócio demográficos, pois estes servirão para a caracterização dos participantes.

Quanto à segunda parte do guião, esta é composta por treze questões de perguntas abertas e fechadas.

No que toca à definição de entrevista, os autores Matalon & Ghiglione referem-se a esta *“como uma conversa com um objectivo, isto é, um encontro interpessoal que se desenrola num contexto e numa situação social determinados, implicando a presença de um profissional e de um leigo”*. (2005:64)

De facto, as entrevistas aplicadas tiveram como objectivo geral a realização de uma avaliação diagnóstica da população alvo, através da descrição do modo como o

doente mental grave faz a gestão do seu regime terapêutico e da identificação dos factores que interferiram nessa mesma gestão.

Na perspectiva de Roegiers & Ketele, a entrevista é “ (...) *um método de recolha de informações que consiste em conversas orais, individuais ou de grupo, com várias pessoas seleccionadas cuidadosamente, a fim de obter informações sobre factos ou representações, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspectiva dos objectivos da recolha de informação*”. (1993:22)

Para a realização da colheita de dados utilizou-se a técnica da entrevista estruturada, a qual de acordo com Marconi & Lakatos “ (...) *é aquela em que o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido, as perguntas feitas ao indivíduo são predeterminadas*”. (1990:85)

Deste modo, todos os entrevistados responderam às mesmas perguntas, o que vai permitir ao entrevistador estabelecer termo de comparação entre as várias respostas e delinear um fio condutor, de forma a validar a relevância do teor das respostas obtidas.

No período que antecede a aplicabilidade das entrevistas, foi aplicado o guião da entrevista em dois utentes que reuniam as mesmas condições que os participantes, com o objectivo de verificar a sua clareza, adequação e viabilidade, tendo sido necessário reformular a questão número onze, dado que a forma como estava estruturada semanticamente induzia em erro.

Importa salientar que os dois indivíduos a quem foi aplicado o guião experimental, não estão incluídos no grupo de participantes alvo deste trabalho.

O Consentimento Informado foi aplicado a todos os participantes, nos momentos que antecederam as entrevistas; depois de explicada a sua finalidade, foi lido por mim de forma cuidada e pausada, tendo sido posteriormente assinado por todos os participantes.

No decorrer das entrevistas e na formulação das perguntas, foi usado fidedignamente o guião pré-estabelecido, assegurando em simultâneo uma atmosfera de cordialidade e uma comunicação clara e objectiva.

A aplicabilidade do instrumento de recolha de informação decorreu em três locais diferentes, de acordo com as escolhas e disponibilidades dos doentes envolvidos; nomeadamente, no serviço de consulta externa do D.P.S.M. situado na Rua Manuel de Olival nº 16, em Évora (3 doentes); na sala de Terapia Ocupacional situada no 4º piso do Hospital do Patrocínio de Évora, estrutura anexa ao serviço de internamento (3

doentes), por fim uma doente, na sua própria casa. Esta última doente, foi entrevistada no domicílio na companhia da equipa de enfermagem da consulta externa do D.P.S.M. e do seu companheiro, visto tratar-se de idosos com alguns problemas de locomoção.

As restantes entrevistas ocorreram sempre em gabinetes, de forma individualizada.

A escolha do serviço de terapia ocupacional como local para a realização de três entrevistas, teve como principal objectivo, minimizar o transtorno causado a estas doentes, visto estarem inseridas num programa de actividades ocupacionais.

Por fim, importa referir que a colheita de dados foi exclusivamente da minha responsabilidade, nos dias, locais e horas agendados com os doentes participantes do trabalho, assim como as gravações das entrevistas foram realizadas com o consentimento dos sujeitos e posteriormente transcritas linearmente para análise de dados.

## 4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS RESULTADOS

A inadequada gestão do regime terapêutico e a má adesão à terapêutica em doentes mentais crónicos são os principais responsáveis pelo agravamento dos sintomas e conseqüentemente pelos gastos em novos medicamentos e hospitalizações.

A partir dos dados recolhidos, identificaram-se alguns factores que interferiram no processo supracitado, de modo a que futuramente se possa intervir possibilitando a melhoria dos resultados.

Importa salientar que todos os dados apresentados têm como fonte as entrevistas realizadas, sendo usados nomes fictícios nos doentes participantes.

### 4.1- CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA

O grupo de participantes é constituído por sete indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 27 e 58 anos de idade.

O quadro seguinte refere-se à apresentação dos dados obtidos, relativamente ao sexo e aos grupos etários, onde se inserem os participantes.

**Quadro nº 1 – Idade e sexo**

Idade \ Sexo	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
20-30	1	-	1
30-40	1	-	1
40-50	-	2	2
50-60	1	2	3
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>7</b>

Podemos verificar que não existem diferenças significativas no número de participantes de acordo com o sexo. Os participantes do sexo feminino tem idades compreendidas entre os 40 e 60 anos enquanto os do sexo masculino ocupam os grupos etários mais baixos, embora se constate que um dos participantes se situa no grupo etário dos 50 aos 60 anos.

A média de idade dos homens é de 38 anos e a média de idade das mulheres é de 50 anos.

Segundo a OMS “*as perturbações mentais não são exclusivas deste ou daquele grupo especial elas são verdadeiramente universais (...) e estão presentes em homens e mulheres em todas as fases da vida*”. (2002: 55). O Relatório Mundial de Saúde faz também referência à “prevalência geral das perturbações mentais como sendo aproximadamente a mesma no sexo masculino e no feminino”. (2002:57)

O quadro seguinte é representativo do estado civil e sexo dos participantes.

**Quadro nº 2 - Estado civil e sexo**

<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	2	-	2
Casados	1	1	2
Divorciados	-	3	3
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>7</b>

Verifica-se então que três dos participantes são divorciadas e são do sexo feminino, dois são solteiros do sexo masculino, e dois são casados sendo um de cada sexo.

O facto da existência de indivíduos casados, apenas em dois participantes, e o facto do número de divorciados ser superior, pode levar a pensar que a situação de doença mental grave não é tolerável durante muito tempo.

Segundo LeClair “*as pessoas com doença mental e seus familiares atravessam estádios de adaptação à doença, apresentando uma enorme variedade de níveis de compreensão dos mesmos, experimentando estas famílias diferentes perdas*”. (2002:535).

O doente mental grave, por vezes, pode ser afastado das actividades familiares, como acontece nos períodos de hospitalização ou devido a uma incapacidade de participar nas interações da família. Quando isto acontece pode existir uma perda de envolvimento com as pessoas mais significativas dificultando as relações familiares.

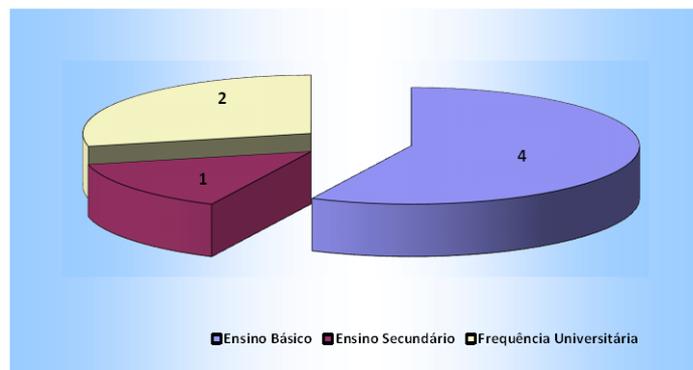
Por se tratar de uma situação crónica, torna-se desgastante para toda a família. Para além disso, a persistência dos sintomas leva a alterações de comportamento e a alterações de toda a dinâmica familiar.

Também a subcarga financeira é muito pesada e essa despesa afecta a vida familiar e social de todas as pessoas que convivem com um doente mental grave, tal como confirma o Relatório Mundial de Saúde “*as famílias vêem-se na contingência de dedicar uma parcela considerável do seu tempo para cuidar de um familiar mentalmente doente, e sofrem privações económicas e sociais por essa pessoa não ser inteiramente produtiva*”. (2002:59)

Estas famílias têm ainda dificuldade em atingir o seu pleno potencial de trabalho, nas relações sociais e no lazer, necessitando de se ajustar ou prescindindo destas actividades, de forma a dar resposta às necessidades do seu familiar doente.

No que diz respeito à escolaridade dos participantes, esta pode interferir no conhecimento da doença e na forma de lidar com a mesma, assim como pode também interferir na continuação da aquisição de conhecimentos ao longo do percurso de vida do doente.

**Gráfico n° 1 – Escolaridade dos participantes**



Observando o gráfico numero1, quatro dos participantes frequentaram apenas o ensino básico, um frequentou o ensino secundário terminando o mesmo e dois frequentaram o ensino superior tendo apenas um completado a sua formação.

Santos & Furegato & Osinaga (2010) no estudo que realizaram, constataram que os indivíduos com maior nível de escolaridade, usam os serviços de saúde mental com maior frequência, diminuindo as possibilidades de agravamento da sua saúde.

Do grupo de participantes apenas um não recebe pensão social, os restantes seis recebem pensão social, cujos valores oscilam entre 369euros e 145euros.

A existência ou não de pensão social, torna-se importante pois pode ser através do dinheiro da pensão, que os utentes adquirem a sua medicação logo pode ter influência na forma como fazem a gestão do seu regime terapêutico.

É de realçar que as patologias mentais graves são condição para a atribuição de pensão de invalidez, subsídios ou motivo para a antecipação da reforma, o que pode levar os doentes a uma acomodação na procura de actividade profissional. Quanto à situação laboral dos participantes, verificamos que, nenhum tem actividade profissional, pelo que apenas sobrevivem da pensão social que lhe foi atribuída.

A família é essencial na vida dos portadores de doença mental grave, pois são eles que identificam os primeiros sinais e com isso procuram ajuda, muitas vezes tornando-se responsáveis pela administração da prescrição médica (VILLARES, 2000).

**Quadro nº 3 – Composição do agregado familiar**

<b>Grau de parentesco</b>	<b>Mãe</b>	<b>Esposa/ Companheiro</b>	<b>Filhos</b>	<b>Irmãos</b>
<b>Utentes</b>				
José	X			X
Maria		X		
Diana				
Luna		X		
Miguel		X	X	
Salomé		X	X	
Isidoro	X			

Da observação do quadro número 3, podemos verificar que maioritariamente os doentes vivem acompanhados, sendo quatro os participantes que vivem na companhia da esposa/o ou companheiro, o José e o Isidoro vivem com a mãe e a Diana vive sozinha. A Maria e Luna vivem com o companheiro, mas são ambas divorciadas de relações anteriores.

Apenas o José tem na composição do seu agregado familiar a irmã.

Só a família do Miguel e da Salomé tem filhos na composição do seu agregado familiar, tendo qualquer delas dois filhos. De, referir que estes são os dois únicos participantes casados.

Perceber a composição do agregado familiar dos participantes torna-se pertinente, na medida em que os familiares são os cuidadores com maior proximidade, podendo constituir uma mais-valia na ajuda ao doente, no que diz respeito à gestão da medicação, obtendo assim uma monitorização constante de modo a evitar ou diminuir o número de internamentos.

Os internamentos podem ser voluntários em que os doentes aceitam o internamento com o objectivo de melhorar a sua condição de saúde, ou podem ser compulsivos, quando os sujeitos o recusam e a sua situação clínica é tal, que representa um perigo para si ou para outros. Quanto ao último tipo de internamento, acontece quando os doentes mentais graves não têm consciência da sua doença nem do agravamento da sintomatologia.

**Quadro nº4 - Nº de Internamentos/ Idade**

<b>Utentes</b>	<b>Idade</b>	<b>Número de Internamentos</b>
Miguel	51	15
Maria	58	13
Isidoro	36	7
Salomé	41	4
José	27	4
Diana	46	3
Luna	55	2

Na análise do quadro número 4, constata-se que o número de internamentos oscila entre os 15 e 2 internamentos.

O Miguel e a Maria têm o maior número de internamentos situando-se ambos no grupo etário superior aos 50 anos, sendo dois dos participantes mais velhos; contudo, também observamos que a Luna se situa no grupo etário dos 50 anos e é a participante que teve menos internamentos. Provavelmente a Luna apesar de ser uma das doentes mais velhas teve menos recaídas.

Assim sendo, o número de internamentos pode ter como causa a idade mais avançada, contudo pode ter outras causas, bem como o início precoce da doença, a má gestão do regime terapêutico.

Por vezes, os internamentos dos doentes mentais graves também têm como causa as condições habitacionais em que vivem.

Ainda podemos observar que o José e a Salomé têm o mesmo número de internamentos, contudo apresentam idades bastante diferentes, o que nos leva a deduzir que o José apesar de mais novo já teve mais recaídas em comparação com a Salomé.

Neste quadro, conclui-se que não existe aparentemente uma relação directa entre a faixa etária e o número de internamentos. Curioso é todos os participantes identificaram o número de internamentos e os locais onde estiveram internados, mencionando *inclusivé* os nomes das instituições.

Alguns doentes chegaram a relatar a forma como foram cuidados nos diversos locais onde permaneceram internados, pelo que se entende que algo ficou gravado na sua memória.

#### **4.2 - POSTURA DOS PARTICIPANTES FASE À GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO**

Explorar a postura dos participantes fase à gestão do regime terapêutico é fundamental para o entendimento desta problemática.

Deste modo, quando os indivíduos são questionados sobre o conhecimento do seu diagnóstico médico, constatamos que todos os inquiridos sabem que têm uma doença, embora nem todos saibam que doença é.

**Quadro nº 5 – Conhecimento do diagnóstico médico**

<b>Utentes</b>	<b>Conhecimento do Diagnóstico Médico</b>
Miguel	sim
Maria	não
Isidoro	sim
Salomé	sim
José	sim
Diana	sim
Luna	Não

Assim, na observação do quadro número 5, verifica-se que cinco dos utentes têm conhecimento do seu diagnóstico médico, isto é, sabem identificar o nome da sua doença, enquanto a Maria e a Luna sabem apenas que têm “*uma doença dos nervos*”, não sabendo identificar o seu nome. A Maria, quando questionada sobre o seu diagnóstico, referiu que “*foi esgotamento cerebral*” (E 2), logo, consegue identificar que a doença mental que tem, está relacionada com o cérebro, tal como o Miguel que referiu o nome do diagnóstico correctamente e também considera que “*às vezes o cérebro pára, não consigo pensar como deve ser, não tenho um raciocínio lógico*”(E 5).

Segundo a OMS, “*as perturbações mentais têm a sua base no cérebro*” (2002: 30), facto constatado no discurso do Miguel e da Maria, ao conseguirem relacionar a sua problemática com o cérebro.

Contudo todos sabem se tem outras doenças do foro somático ou não, e conseguem identificá-las pelo seu nome.

Dos vários participantes, podemos constatar que apenas o José, sabendo que está doente, identifica o nome da sua doença correctamente, usando o discurso do médico “*o médico diz que é esquizofrenia*” (E1). No entanto, quando questionado sobre o que pensa da sua doença referiu que “*eu não penso nada, não penso minimamente nada*” (E 1), isto é recusa-se a pensar na sua doença.

Neste caso, o doente poderá estar perante uma possível diminuição do insight com negação da doença. Segundo Kaplan o “*insight é o grau de consciencialização e compreensão do paciente de que está doente*”, (1997:270) isto é, a capacidade do doente para compreender a verdadeira causa e significado de uma situação assim como um conjunto de sintomas.

Com efeito, a negação da doença, a falta de capacidade de raciocínio, o abuso de substâncias, a fraca tomada de decisão entre outras complicações podem ser impeditivas de progredir positivamente no tratamento e revelar-se como a causa para a má gestão do regime terapêutico ou mesmo a não realização da terapêutica. Este tipo de comportamento por parte do doente, traduz uma incapacidade de introspecção, ou seja de reflexão sobre si mesmo e sobre a doença em si.

Moran define ainda a introspecção como “*(...) o grau de consciência que o paciente tem da sua doença e dos comportamentos de inadaptação*”. (2002:54) Da análise de dados, observa-se que por vezes a consciência da doença é reduzida, achando

mesmo que a doença não é incapacitante, *como refere a Diana, “... estou bem, sinto-me bem, estou mesmo bem, não é das piores, faço as minhas coisas faço a minha vida, passeio, vou a reuniões da igreja” (E 3)*. No entanto, o Isidoro quando questionado sobre o que pensa sobre a sua doença referiu que é “*bastante incómoda..., limita-me bastante no dia-a-dia, muito mas mesmo muito mesmo*” (E 7) o que pode ser indicativo que este doente tem consciência das limitações e/ou inaptações provocadas pela doença.

Diz-nos Jaspers que a “*consciência da doença é aquela atitude do paciente na qual se exprime um sentimento de estar enfermo, um sentimento de modificação*”, (1987:501) isto é, só se pode falar em compreensão da doença, quando a doença é ajuizada no seu todo, segundo a sua natureza e gravidade.

Para avaliar a atitude e o comportamento perante a doença, é imprescindível a consideração do meio e da cultura que o rodeiam.

Kaplan afirma ainda que “*Os pacientes podem exhibir uma negação completa da sua doença, ou mostrar alguma consciencialização, porem culpando outros, factores externos ou até mesmo factores orgânicos.*” (1997:270)

Podem, ainda reconhecer que tem uma doença, mas atribui-la a algo desconhecido ou misterioso em si mesmo.

Falar de doenças pode até ser bastante interessante, mas quando se trata do próprio indivíduo, para além de ser estigmatizante, pode tornar-se difícil e por vezes aborrecido ouvir, dizer, pensar, afirmar ou até consciencializar-se de que não há cura possível. O exemplo do Miguel é a prova da afirmação supracitada, pois afirma desolado “*... o pá não sei, não sei, nunca cheguei a aprofundar isso, sei que é uma doença incurável, não é!*” (E5) contudo o Miguel coloca uma entoação exclamativa no final da sua frase, traduzindo uma certa resignação em relação à sua cura.

Também a forma de perspectivar a doença não é partilhada pelos participantes da mesma forma, pois o Isidoro sabe que a doença “*não tem cura e é progressiva*” (E7). Este doente tem uma perfeita noção do tipo de doença de que é afectado e dos riscos que corre num futuro próximo, ou seja revela capacidade de introspecção.

Importa ainda referir que o conhecimento do diagnóstico médico, pode condicionar a forma como o doente reage perante a sua doença de uma forma positiva ou negativa. Deste modo, um doente informado sobre o seu diagnóstico, pode ter

conhecimento do que pode mudar na sua vida, podendo ou não desenvolver estratégias de adaptação à doença.

**Quadro nº 6 – Escolaridade / Conhecimento do nome da doença**

Utentes	Escolaridade	Conhecimento do nome da doença
Miguel	12ºano	sim
Maria	Ensino básico	não
Isidoro	Frequência universitária (3anocurso de economia)	sim
Salomé	Ensino básico	sim
José	6ºano (Ensino Básico)	sim
Diana	Bacharelato	sim
Luna	Ensino básico	não

De acordo com o quadro número 6, onde é cruzada a escolaridade com o conhecimento do nome da doença, podemos verificar que o Isidoro e a Diana possuem escolaridade superior e os dois tem conhecimento do seu diagnóstico médico, tal como o Miguel que possui o ensino secundário.

Podemos ainda verificar que entre os participantes com o ensino básico, a Salomé e o José têm conhecimento do nome da sua doença, enquanto a Luna e a Maria não.

Segundo Santos & Furegato & Osinaga “o grau de instrução exerce influência sobre a capacidade de uma pessoa interagir eficazmente com outras e com problemas do seu quotidiano em situações mais complexas”(2009:83).

Posto isto, a escolaridade que cada doente possui, pode influenciar o conhecimento que cada doente tem acerca da sua doença.

Sousa referiu que “a consciência da doença é um fenómeno constituído por três dimensões: (1) a capacidade de reconhecer um deficit específico; (2) a resposta emocional relacionada às dificuldades ou ao deficit e (3) a capacidade de compreender o impacto ou as consequências do comprometimento nas actividades de vida diária”. (2011: 1)

De facto, só alguns participantes conseguem atingir a capacidade de reconhecer a doença e a compreensão das suas restrições, tal como podemos constatar através do relato da Luna, quando afirma que ter a doença é “(...)mau porque penso que é mau, queria- me pôr boa mas não sou capaz...” (E 4) e através das palavras da Salomé “

*...tenho pena de ser assim mas não tenho culpa de ser como sou, veja não tenho culpa de ter a doença que tenho” (E 6).*

Também Foucault refere que “ (...) *é nos limites do seu corpo que o doente mantém a sua doença: omitindo ou negando qualquer alteração da experiência psicológica*”, (1968:58) só percebendo e dando importância a conteúdos orgânicos da sua experiência, como nos referiu a Luna “ *agora apanha-me a voz*” (E 4).

De facto, parece que a atitude da pessoa em relação à doença se diversifica, acentua e particulariza à medida que o doente revela um maior conhecimento académico, que lhe permite uma auto-reflexão mais próxima da realidade.

Relativamente à toma da medicação, verificou-se que 6 utentes mencionaram que a tomam sempre, independentemente de ser terapêutica oral e injectável ou apenas injectável.

No entanto, o conceito de “sempre” para alguns destes 6 participantes é relativo e varia de acordo com uma série de circunstâncias como referiu a Maria, “ *tomo sempre, só às vezes é que me esqueço*” (E 2), e a Luna que por vezes não tem receita de determinados comprimidos “ *agora falta-me um à hora do almoço tenho que pedir a receita...*” (E 4).

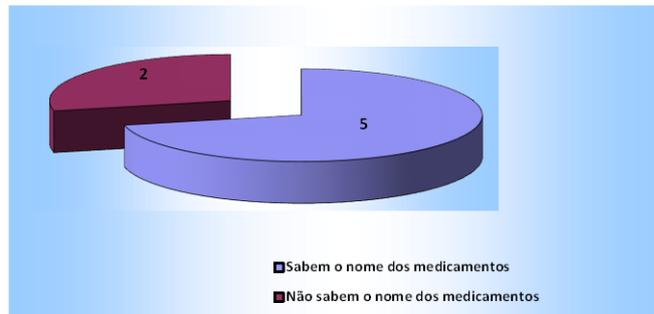
Por sua vez, o Isidoro foi bem mais claro e afirmou peremptoriamente que faz a medicação por períodos, denominando-os de fases “*tem fases, tem fases*” (E7).

Noutras situações, fazem a medicação porque têm medo de ser internados, como acontece com o José, “*só faço injeção..., venho, porque sou obrigado se não era internado outra vez compulsivamente*” (E 1).

Para Bennett (2002) as pessoas parecem ter crenças estáveis acerca dos medicamentos e a maioria tem sobre eles uma perspectiva negativa ou de dúvida, chegando a colocar em causa a sua eficácia, tal como referiu o Miguel “ *... não sei se há medicamentos para essa doença*”. (E 5).

Todos os participantes sabem dizer quantos medicamentos estão a tomar, o que já não se observa quanto aos nomes.

**Gráfico nº 2 – Conhecimento do nome dos medicamentos**



Verificou-se, tal como está expresso no gráfico número 2, que dos sete participantes, dois desconhecem os nomes dos medicamentos, que estão a tomar.

Contudo, todos sabem o tipo de terapêutica que lhe é prescrita no actual momento, tal como está representado a seguir.

**Quadro nº 7 - Tipo de Terapêutica**

<b>Tipo de terapêutica</b>	<b>Injectável</b>	<b>Terapêutica-oral / Injectável</b>	<b>Terapêutica Oral</b>	<b>Total</b>
<b>Utentes</b>				
José	X			
Maria		X		
Diana		X		
Luna			X	
Miguel		X		
Salomé		X		
Isidoro		X		
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>7</b>

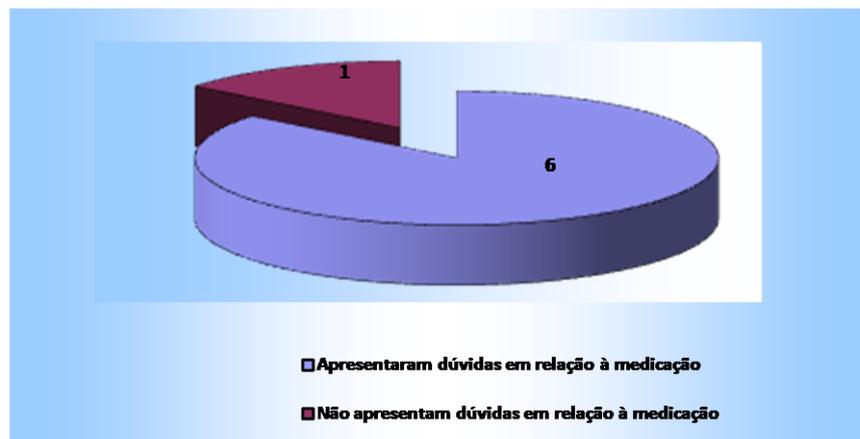
De todos os participantes apenas o José faz unicamente terapêutica injectável mensal, considerando-se por isso um total de seis indivíduos que fazem terapêutica diariamente, independentemente de ela ser combinada ou apenas oral.

Deste seis participantes, cinco realizam terapêutica combinada e a Luna apenas faz terapêutica oral.

Relativamente às quantidades diárias ingeridas, verificou-se que todos têm conhecimento da dose que deverão fazer diariamente, bem como a via de administração, o que nos leva a inferir que estão correctamente informados.

Ainda no contexto da terapêutica, pareceu-nos pertinente conhecer as dúvidas que cada um dos participantes apresenta, relativamente aos efeitos da medicação que tem prescrita.

**Gráfico n° 3 – Dúvidas sobre os efeitos da medicação**



Assim, verificou-se que seis dos participantes referiram dúvidas sobre os efeitos dos medicamentos e apenas uma doente não apresentou qualquer dúvida.

Haris reforça a ideia da explanação aos doentes de todos os efeitos colaterais da medicação, que limitam definitivamente a sua qualidade de vida “(...) *deve ser explicado o papel da prescrição medicamentosa, assim como a importância de não interromper essa medicação ou alterar a dosagem, sendo equipados com estratégias simples que diminuam o seu desconforto*”. (2002:106)

Observou-se ainda que a forma irregular de gerir a medicação, esteve presente em todos os participantes, embora nem todos reconheçam o problema. Alguns conseguem identificar e explicar a forma como estão a gerir o regime terapêutico, identificando várias causas para não cumprir a prescrição médica.

As causas que mencionaram têm a ver com o facto de não estarem doentes, não terem receitas e sofrerem os efeitos colaterais da medicação que os limitam nas

atividades de vida diárias, como nos refere o José *“sinto-me com a cabeça normal, com os comprimidos tinha a cabeça mesmo dopada, mesmo; sentia-me tonto e com náuseas”* (E1) assim como a Salomé *“sonolência, agora só sinto sonolência”* (E6), ou ainda como o Maria que *“já não sabia o que é que o comer levava”* (E2)

No entanto, os participantes não consideram este comportamento de “má gestão” do regime terapêutico, mas sim uma estratégia para se sentirem melhores.

No contexto dos cuidados ao doente mental grave e de forma de esclarecer as dúvidas acerca do tratamento que têm prescrito, os participantes pedem por vezes ajuda técnica, de médicos e de enfermeiros tal como está expresso no quadro seguinte.

**Quadro nº 8 - Técnicos a quem os participantes pedem ajuda para esclarecer dúvidas sobre medicação**

Utentes \ Técnicos	Técnicos		Total
	Enfermeiros	Médicos	
José		X	
Maria	X		
Diana		X	
Luna		X	
Miguel		X	
Salomé	X		
Isidoro		X	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>7</b>

Verifica-se que para esclarecer as dúvidas em relação à medicação, procuram a ajuda do médico, cinco utentes, enquanto apenas duas, nomeadamente a Maria e a Salomé procuram ajuda das enfermeiras. Através dos dados, podemos apurar que os enfermeiros são pouco procurados para esclarecimentos de dúvidas sobre a medicação. Tal caso poderá estar relacionado com o facto da prescrição dos medicamentos ser realizada pelos médicos e conseqüentemente ser da sua competência as possíveis alterações, ou poderá estar relacionado com uma parca participação dos enfermeiros na gestão do regime terapêutico.

Contudo e independentemente do técnico a quem se dirigiram para pedir ajuda, todos ficaram esclarecidos sobre as dúvidas que apresentaram sobre a medicação.

Para Haris, *“as doenças e sintomas psiquiátricos são provocadas por anomalias no funcionamento cerebral, restaurando, os medicamentos psicotrópicos, o normal*

*equilíbrio químico do cérebro, permitindo assim que o paciente se sinta saudável e se comporte normalmente*” (2002:105); todavia, tal como todos os medicamentos os psicotrópicos tem efeitos colaterais. Para algumas pessoas são médios, para outras são extremamente desconfortáveis e por vezes até perigosos.

O papel dos enfermeiros na gestão dos efeitos colaterais da medicação é muito importante, pois são estes que tem um papel activo na sua explicação. Deste modo, uma boa comunicação é vital para permitir aos doentes tomar decisões informadas, sustentadas em termos de acesso à informação e educação assim como baseada na evidência. Assim sendo, deverá ser feito um ensino ao doente acerca dos efeitos colaterais mais comuns relativos aos medicamentos prescritos, para que o doente partilhe a tarefa de monitorização desses sintomas, assim como também deverá ser explicitado que é impossível prever com exactidão os efeitos e a gravidade das consequências.

Mas também é fundamental reassegurar aos doentes que em conjunto, (equipa, família e paciente) vigiarão os efeitos colaterais, fazendo o que for necessário para os minimizar.

Ensinar os doentes e suas famílias/ cuidadores acerca do manuseamento da medicação, permite aos doentes melhorar a forma de lidar com os efeitos da mesma, o que pode conduzir a uma melhor gestão do regime terapêutico.

O ensino da medicação deverá ser iniciado logo que se fale de medicação, tendo continuidade com o decorrer do tratamento. Eventualmente, se as capacidades do doente o permitirem, deverá ser ensinada a auto-administração.

Provavelmente são doentes que irão fazer medicação a longo prazo, mesmo com tentativas periódicas de redução da dose por parte dos técnicos, mas são os próprios que a tomam, tal como nos referiu a Salomé “*mais ou menos eu tomo as coisas*” (E-6). Deste modo, é importante falar com o doente acerca do decorrer do tratamento, uma vez que a maior parte das pessoas aceitam com dificuldade o uso prolongado da medicação.

Os problemas e o desconforto que surgem durante o decurso da farmacoterapia, precisam de ser discutidos pelo doente e por quem prescreve, para que a medicação possa ser ajustada até que os sintomas - alvo sejam controlados com um mínimo de desconforto de efeitos colaterais. Para muitos doentes, este é um processo longo, durante o qual é necessário que exista um grande apoio, o qual pode e deve ser disponibilizado pela equipe de cuidados onde os enfermeiros se inserem, tendo como

objectivo a diminuição do risco de abandono da terapêutica e consequentemente a prevenção de recaídas.

Quando se confrontam os participantes relativamente aos efeitos da medicação, conclui-se que a maioria referiu o seu desagrado no que toca aos efeitos secundários da mesma a nível físico, nomeadamente, *“tonturas, obstipação e visão turva”*, tal como é referido por Kaplan (1997,816)

No entanto, o Miguel não identificou reacções adversas aos medicamentos, tal como podemos constatar quando referiu *“...nada, não me provocam reacções adversas”*(E 5) mas sim, medo do convívio social, *“tenho medo do convívio da sociedade, refugio-me muito das pessoas”* (E 5).

Scharfetter refere que a *“estigmatização de uma pessoa com doença mental determina consideravelmente o seu destino daí em diante”*, (2002:19), acontecendo por vezes o afastamento das relações com o meio.

O Isidoro, quando questionado sobre o que lhe provocam os medicamentos referiu *“...provocam-me um bem-estar que não sentia há muito tempo, portanto tenho uma noite descansada e isso é fundamental acordo bem, tou, tou bem...”* (E 7), o que nos leva a deduzir que o Isidoro neste momento está em equilíbrio terapêutico.

No entanto, nem sempre foi assim, pois já teve períodos anteriores em que não conseguia dormir, o que lhe permite neste momento, estabelecer termo de comparação entre os dois períodos.

Contudo o mesmo indivíduo que atribui aspectos positivos provocados pela medicação, tal como referimos anteriormente, quando inquirido sobre os aspectos em que a medicação o afecta, reconhece imediatamente os aspectos que mais o incomodam, afirmando, *“afectam sobretudo nas coisas mais básicas”*. (E7)

Também, o Miguel quando questionado sobre o que lhe provoca a medicação que está a tomar, não identificou qualquer reacção adversa, mas quando lhe é pedida a identificação dos aspectos em que a medicação o afecta foi um dos utentes que mais identificou aspectos de vida afectados.

Importa referir que alguns doentes não identificam os aspectos de vida afectados como sendo efeitos adversos da medicação.

Da observação do quadro número 9, podemos verificar que de todos os aspectos de vida afectados pelos medicamentos, os que assumem maior evidência, são as actividades de vida onde se inclui a higiene pessoal, cozinhar e outras tarefas

domésticas, e a relação com os outros. Por seu lado, as alterações do apetite e o mau estar físico são os aspectos menos nomeados.

### Quadro nº9- Aspectos de vida afectados pela medicação

Aspectos de vida	Alterações do Apetite	Relação com os outros	Actividades de vida diárias	Mau estar físico	Alterações do padrão sexual	Alterações do sono	Total
Utentes							
José		X	X	X	X	X	5
Maria		X	X		X	X	4
Diana		X	X	X			3
Luna		X					1
Miguel	X	X			X	X	4
Salomé			X				1
Isidoro			X			X	2
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>20</b>

Todos os participantes identificaram aspectos de vida afectados pela medicação, existindo uma ligeira tendência para os participantes do sexo masculino apresentarem maior diversidade desses mesmos aspectos.

A medicação provoca alterações do padrão sexual a três participantes, nomeadamente ao José, ao Miguel e à Maria. Durante a realização das entrevistas, o Miguel falou abertamente acerca da influência da medicação no seu desempenho sexual, *“afectam na disfunção eréctil eu ando sempre a procurar medicamentos para a disfunção eréctil, gasto um dinheirão nisso...”* (E 5). Preocupado com este efeito adverso, o Miguel tenta encontrar estratégias, *“... então há outra coisa que eu faço ... Chego a estar dois ou três dias sem tomar para poder ter relações sexuais com a minha mulher e depois quando funciona é normal”* (E5). Sem pruridos, o Miguel foi bastante claro quando mencionou que deixa de tomar *“o comprimido tal”* (E5) alegando o motivo pelo que o faz.

O abandono daquele medicamento, em determinado período pode ser um comportamento de má gestão, podendo conduzir ao agravamento da sua sintomatologia. Ao observar-mos o quadro número 6 referente ao número de internamentos podemos constatar que o Miguel é o participante com maior número de internamentos, logo

apresentou mais recaídas, que hipoteticamente poderão estar relacionadas com a forma como faz a gestão do seu regime terapêutico.

A Luna apenas identificou como aspecto de vida afectado as relações com os outros, contudo referiu que *“não tem vontade de fazer nada, dantes fazia tudo”* (E4), deste modo, esta doente parece apresentar outros aspectos de vida afectados, embora não os enuncie. Referiu ainda, que a sua sonolência interferia com o seu desempenho a nível de todas as actividades do quotidiano, nomeadamente as actividades domésticas.

Cabral e Silva são peremptórios ao afirmarem que *“(...) os efeitos adversos da medicação influenciam a gestão do regime terapêutico.”* (2010: 7).

Através dos relatos dos participantes, podemos observar que de facto a medicação necessita de monitorização e de realização de prescrições adequadas, de forma a causar o menor número possível de efeitos secundários. *“... Às vezes sinto-me pior com os medicamentos...”* (E 4), o que pode ser indicativo que a dosagem não está adequada ao doente em causa.

A família / cuidador desempenha aqui um papel fundamental, dado estar próxima do doente, pois consegue realizar uma vigilância mais apertada identificando tanto a má gestão da terapêutica bem como o agravamento da sintomatologia e a acentuação dos efeitos colaterais da medicação.

No caso do Miguel, é a sua esposa que lhe fornece a medicação tal como podemos constatar através da sua afirmação *“a minha mulher é que me dá há cerca de 5 ou 6 anos a medicação certa a horas certas”* (E 5), neste sentido a forma como faz a gestão do seu regime terapêutico não depende exclusivamente de si.

A grande maioria dos participantes, à excepção do José, reconhecem a alteração do seu estado de equilíbrio quando ela ocorre, isto é, reconhecem o agravamento da sua doença, e perante o facto tem atitudes diferentes. A Luna e a Diana mencionam uma estratégia para ultrapassar os efeitos de descompensação, deitam-se e aguardam que passe *“deito-me descanso, deito-me e depois aquilo entretanto passa ...”* (E 3), (E 4), o Miguel pede ajuda médica, através da esposa *“peço uma consulta de urgência para a minha médica... a minha mulher fala com ela e ela é que decide”* (E 5), o Isidoro responde que *“não sei o que é que eu hei-de fazer”* (E7), apenas a Maria e a Salomé se dirigem às enfermeiras para pedir ajuda *“Vou falar com as enfermeiras da consulta externa”* (E 2).

Contudo, temos o caso do José que vive acompanhado pela mãe e pela irmã, mas que nunca reconhece quando há agravamento da sua doença, “ *nunca me senti pior ... (E 1)*).

Independentemente de existir ou não, uma estratégia inicial para lidar com o estado de descompensação, 6 dos participantes acabam por procurar ajuda em momentos que consideram de dificuldade, seja porque os sintomas se exacerbaram, seja porque a medicação não surte efeito, ou por outra causa que não especificam.

A ajuda a que recorrem é polarizada, entre a família e os técnicos, tal como expresso no quadro nº10.

**Quadro nº10 – Pedidos de ajuda**

<b>Recursos de ajuda</b> <b>Utentes</b>	<b>Família</b>	<b>Enfermeiros</b>	<b>Médicos</b>	<b>Não Pede ajuda</b>	<b>Total</b>
José				X	
Maria		X			
Diana			X		
Luna	X				
Miguel			X		
Salomé		X			
Isidoro	X				
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>7</b>

Verifica-se que quatro dos participantes pedem ajuda técnica, nomeadamente a Diana e o Miguel que pedem ajuda dos médicos, enquanto a Maria e a Salomé pedem ajuda dos enfermeiros. Segundo Maldonado & Canella (2003), numa equipa integrada, a enfermagem representa, com frequência, o papel mais importante na percepção dos desajustes. No entanto o que se observa neste caso, é que os participantes quando sentem agravamento da sua doença procuram pouco a ajuda dos enfermeiros.

A Ajuda de familiares é procurada pelo Isidoro e pela Luna e apenas o José não procura ajuda. Tal como já foi mencionado anteriormente, o José vive num processo

diferente “ *...não preciso de pedir ajuda tenho a minha vida normal, sou uma pessoa normal...nunca me senti pior*” (E 1), logo não precisa de procurar ajuda de ninguém.

Neste caso concreto, é a sua mãe que intervêm e pede ajuda, e quando é internado, é sempre em regime compulsivo, no entanto, quando lhe foi perguntado se tinha uma doença, respondeu afirmativamente.

Então, para que os doentes mentais graves consigam gerir o seu regime terapêutico de forma eficaz, e de acordo com os dados obtidos, devem ser tidos em conta vários factores.

No caso dos participantes deste relatório os factores que interferiram na gestão da sua terapêutica são os seguintes: a percepção da doença, o conhecimento do seu diagnóstico médico, os efeitos negativos que a medicação provoca, as alterações nas suas actividades de vida fomentadas pela medicação e o tipo de ajuda que procuram.

É provável existirem outros factores que interfiram com a gestão do regime terapêutico, contudo eles não foram identificados ao longo do trabalho desenvolvido.

## **5 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS**

Nas ciências de enfermagem, o conceito de competência deve ser claramente definido, dado que a enfermagem está em constante mutação, na procura do conhecimento e da dignificação do exercício da profissão.

Este conceito implica um saber, mobilizar, integrar e transferir conhecimentos que se deverão articular com o saber-fazer, manifestando-se através do desempenho e realçam o saber-ser em contexto de trabalho.

Ele assume primordial importância precisamente no momento em que o trabalho se torna cada vez mais especializado e competitivo para ajudar o indivíduo a situar-se no seu percurso histórico - evolutivo, a definir a sua própria identidade, a traçar as linhas orientadoras e a fazer um projecto pessoal e profissional.

Segundo Dias *“as competências dizem respeito às características individuais às potencialidades, habilidades, capacidades de acção, aptidões, atitudes, traços de personalidade e comportamentos estruturados, conhecimentos gerais e especializados que permitem ao enfermeiro realizar autonomamente uma vasta gama de actividades”*. (2006:36)

Estas actividades são designadas por cuidados de enfermagem nos domínios preventivos, curativos, de reabilitação e/ou reinserção do doente no seio da família, comunidade e mundo laboral, podendo ser observadas através da qualidade da execução das técnicas e procedimentos que caracterizam a profissão e lhe permitem discutir, analisar e decidir sobre os aspectos com ela relacionados.

Segundo Dias *“a aquisição de competências técnicas passa pelo desenvolvimento das capacidades de domínio cognitivo, afectivo e psicomotor, inclui as motivações, interesses e capacidade para aprender a aprender ao longo da vida”*. (2006:123)

A formação permanente é um recurso do saber fazer. Os seus conteúdos representam uma mais-valia para uma modificação constante dos comportamentos e para um enriquecimento colectivo.

Neste percurso do desenvolvimento das minhas competências, sem dúvida, foi necessário incluir a motivação, o interesse e a capacidade para aprender a aprender a ultrapassar todos os momentos mais desanimadores, ao longo deste percurso.

Tendo consciência que este trabalho permitiu alimentar outras formas de saberes, e impedindo que os conhecimentos e as técnicas se tornem rapidamente obsoletos, nomeadamente na área da saúde mental e psiquiatria, reconheço a sua utilidade e validade, no enriquecimento dos meus conhecimentos, profissionais e pessoais.

O desenvolvimento das competências técnicas visa desenvolver, treinar, e adequar as perícias e o saber fazer profissional. A enfermagem inclui uma forte componente técnica, mas também cognitiva e relacional e sem dúvida na psiquiatria a relação é primordial. Atender um doente significa conhecer a sua história de vida, as suas relações e as implicações do seu sofrimento. Por isso, os enfermeiros têm que dominar conteúdos biológicos, mecânica corporal, enquadramento etiológico, relação corpo – mente e dinâmicas das acções preventivas, curativas e de reabilitação. O desenvolvimento de competências que determinam o saber ser inclui as competências sociais, afectivas, relacionais e ético-morais.

O saber ser é sinónimo das atitudes e comportamentos das pessoas em situações concretas de trabalho.

Também a socialização e a importância das interacções e relações sociais são factores de saúde mental e do desenvolvimento humano. Mas o desenvolvimento do processo de socialização passa pelo desenvolvimento de competências de comunicação. Quando se trata de avaliar o grau de eficácia da comunicação, verifica-se que varia com o estágio do desenvolvimento, conhecimentos, experiências, cultura e estado de saúde de cada um dos intervenientes do processo.

A capacidade de descodificar as mensagens e ouvir do princípio ao fim o conteúdo da mensagem, o saber ouvir, ser empática, é crucial para a competência na comunicação. Apesar da existência de algumas barreiras culturais e religiosas, que supõem valores, crenças comportamentos diversificados, durante o processo de comunicação sem darmos conta este vai-se organizando e desenvolvendo à medida que os processos neurofisiológicos, os valores e as experiências se vão sedimentando. Influenciando estes os comportamentos e as atitudes que, por sua vez, têm consequências a nível do desempenho.

Sem dúvida que, foi necessário desenvolver competências na área da comunicação. Perante, a diversidade cultural e escolaridades bastantes díspar dos participantes do grupo com a qual me deparei, foi necessário utilizar linguagem

diferente, isto é ter sensibilidade comunicacional de forma a conseguir aplicar o guião a todos de igual forma.

No caso deste trabalho, foram desenvolvidas variadíssimas competências, que passam pela avaliação diagnóstica, pela estruturação do guião, pela análise de dados, e sobretudo pela capacidade de reflexão.

É importante que o enfermeiro envolva totalmente o doente no tratamento, tornando o sujeito activo do seu processo de recuperação, pois por vezes pode ser uma estratégia prioritária para uma boa gestão do regime terapêutico.

As intervenções do plano de cuidados de enfermagem centram-se na melhoria das capacidades de funcionamento do doente e da qualidade de vida.

A competência de intervenção neste trabalho, não foi desenvolvida directamente, contudo foram realizadas algumas propostas de alterações de intervenções abordadas no capítulo seguinte.

Ao longo da minha vida profissional, tenho adquirido experiências e conhecimentos, que se têm construído e completando no contacto com os demais. Considero que a motivação e empenho no processo de aprendizagem foram fundamentais, aliados à determinação, à dedicação e ao gosto de aprender novos conhecimentos.

Os principais contributos deste percurso prenderam-se essencialmente com as competências aplicadas ao domínio da enfermagem especializada em saúde mental psiquiatria que comporta duas exigências principais:

- A mobilização das capacidades pessoais e a mobilização dos saberes e saber-fazer aplicados aos cuidados de enfermagem.

Quanto à mobilização das capacidades pessoais, o auto-conhecimento é um processo que nunca está concluído, porque o profissional com objectivo da prestação de cuidados de qualidade, nunca se contenta com o que sabe, procura evoluir e aperfeiçoar-se permanentemente. Neste sentido, foi fundamental perceber as minhas limitações e potencialidades de modo o poder torneá-las.

Sendo assim, as pesquisas bibliográficas efectuadas contribuíram como factor de desenvolvimento de competências e forneceram-me segurança aos saberes, permitindo consolidar conhecimentos e transformá-los em acções assim como conseguir realizar a sua descrição neste relatório.

No que diz respeito à elaboração do guião, é importante salientar que este poderia sido mais completo relativamente a alguns factores, como por exemplo no que respeita ao uso de álcool e /ou outras drogas com a medicação, não coloquei nenhuma questão. No entanto no decorrer das entrevistas realizadas, um doente referiu que bebia álcool desde muito novo, contudo nunca se poderá estabelecer qualquer comparação em relação aos restantes doentes, dado que esta questão não lhes foi colocada.

Importa sublinhar ainda a importância da qualidade do guião para a apresentação dos dados concretos, considerando assim a fase inicial como crucial para o bom desenrolar da análise.

Por último, gostaria de salientar que a realização deste trabalho também permitiu o desenvolvimento de competências transversais, para além das competências específicas da profissão, tais como a reflexão e análise, a investigação, a estruturação de trabalho escrito, promovendo assim uma nova fase de crescimento quer pessoal quer profissional no que diz respeito às competências multidimensionais.

## **6- OLHAR FUTUROS PROCEDIMENTOS**

Os doentes com quadros crónicos necessitam de um nível de apoio alargado nas comunidades, para manterem o melhor estado de saúde e nível de funcionamento, durante tanto tempo quanto possível e isso implica mudanças nos seus estilos de vida, de modo a manter uma qualidade de vida sustentável.

Estes doentes, na sua maioria, carecem de aptidões de auto-cuidado para gerir problemas em casa, associados a cuidados e tratamentos proactivos, integrados, planeados, que prevejam as suas necessidades, de modo a que quaisquer alterações ou deterioração no seu estado possam ser rapidamente enfrentadas antes de evoluírem para uma situação aguda.

A essência da abordagem do modelo de cuidados na doença crónica, consiste na interacção entre um doente informado, participante, e uma equipa de profissionais preparados, proactiva. Ter doentes motivados, com informação, aptidões e confiança necessários para tomar decisões efectivas acerca da sua saúde e para a gerir, bem como uma equipa de profissionais motivados, com informação para o doente e apoio à decisão são os recursos necessários para prestar cuidados de alta qualidade.

Deste modo, os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para desempenhar um papel fundamental em todas as actividades bem como: facultar informação e educação ao doente e cuidadores nas comunidades; disponibilizar continuidade de cuidados; utilizar tecnologia para fazer avançar a prestação de cuidados (ICN 2007) apoiar a adesão da terapêutica a longo prazo e ainda promover a prática colaborativa (ICN 2004).

Com a mudança de paradigma na saúde mental, não bastam as alterações da Lei, e a elaboração de manuais, tem que se fazer cumprir o legislado. Doutro modo, nada muda em relação à saúde mental e psiquiatria.

No entanto, parte dessa mudança também está em cada um dos profissionais de saúde mental e psiquiatria, tal como, ter a capacidade de afinar o instrumento de trabalho, nomeadamente os cuidados de enfermagem ao doente mental grave.

Nesse ponto, LeClair referiu que *“as pessoas com doença mental crónica melhoram mais rapidamente com intervenções de enfermagem específicas e bem planeadas”*,(2002:536). Sendo assim, os enfermeiros devem adoptar formas de

abordagem carinhosas, não ameaçadoras, sem juízos de valor, com aceitação e de longa duração, para todos os indivíduos com doenças mentais crónicas.

É necessário uma gestão contínua de enfermagem, de forma a reduzir os sintomas psiquiátricos, as limitações associadas á doença, e as perturbações causadas pela doença mental.

A gestão de enfermagem deve ser global e integrada com toda a equipa terapêutica, sistema social e comunidade. Quer o doente esteja no hospital, em instituições de cuidados de longa duração, ou na comunidade, a gestão de enfermagem deve integrar diversos elementos que previnam a incapacidade do individuo com doença mental. O enfermeiro deve realizar uma abordagem individualizada e integrada, trabalhando com o indivíduo e com a família, permitindo que estes se sintam envolvidos activamente, sendo assim é mais fácil estabelecer objectivos realistas e satisfazer as suas necessidades.

A realização de psicoterapia individual, de grupo e familiar podem beneficiar a pessoa e os que lhe estão mais próximos. Também é fundamental o aconselhamento no que diz respeito à angústia e à perda, uma vez que familiares e indivíduo são alvo de múltiplas perdas resultantes da doença mental. Se a família e o indivíduo forem capazes de trabalhar as suas perdas, melhor aceitarão e gerirão a doença.

Os enfermeiros que trabalham com estes doentes devem utilizar técnicas de gestão do stress em cada interacção, de forma a fortalecer os indivíduos, permitindo que eles sejam condutores dos seus próprios cuidados. O uso de técnicas de fortalecimento, permite que a pessoa e a família controlem as suas tomadas de decisão e mantenham a sua esperança. Também o reforço positivo ajuda os doentes a ganharem controlo sobre as suas vidas, o que leva a um aumento da auto-estima, de uma melhor auto-imagem e ainda aumento dos sentimentos de valia.

É essencial que os enfermeiros, providenciem intervenções para aplicar em situações de crise, isto é, como ajudar as pessoas durante a exacerbação dos sintomas, evitando que o indivíduo entre em exaustão excessiva, em resultados de stress provocado pela sintomatologia psicótica.

O enfermeiro deve partilhar a informação detalhada acerca da medicação com a pessoa e com a família, de forma a gerir o tratamento com sucesso. Deve abordar as reacções adversas e tóxicas dos medicamentos, como informar sobre as doses

terapêuticas, bem como realizar abordagem, no sentido da realização da melhor gestão do regime terapêutico.

O enfermeiro é o técnico com competências para proporcionar a reabilitação psiquiátrica, incluindo a psico-educação, treino de competências cognitivas, grupo terapêuticos, treino de competências sociais, construção de competências interpessoais, modificações de comportamentos e gestão da medicação.

Ainda é ensinada à pessoa a assertividade e uma adequada forma de tomada de decisões, que lhe permita viver num ambiente o menos restritivo possível.

A reabilitação psiquiátrica compreende a reaprendizagem de competências necessárias a um bem sucedido funcionamento interpessoal e social.

A participação em grupos de apoio promove a autoconfiança, a exposição a outros comportamentos de coping adequados, a uma maior capacidade de resolução de problemas e a um sentido de identidade e de pertença.

A gestão de caso e a monitorização são cruciais na instituição comunitária, onde os indivíduos não dispõem, habitualmente, dos mesmos apoios existentes no hospital. Como gestor de caso ou terapeuta responsável, o enfermeiro coordena os serviços e torna-os acessíveis, devendo incluir programas de assertividade para ajudar os indivíduos na tomada de decisões relacionadas com os seus cuidados de saúde e com as adaptações de vida.

A gestão do stress ajuda os pacientes e respectivas famílias a adaptarem-se ao stress duma doença mental persistente. São muitos os agentes causadores de stress para pessoas com doença mental grave, com mecanismos de *coping* habitualmente deficitários. Para que a pessoa beneficie do tratamento deve diminuir os agentes causadores de stress, e fortificar a auto-estima, a auto-eficácia, capacidades de vida e apoio social.

É possível que a chave do tratamento em saúde mental, isto é, para que este seja bem sucedido, deve ser um passo de cada vez, permitindo assim que a pessoa e a sua família vão introduzindo comportamentos realistas e outras mudanças de vida lentamente.

Perante este cenário de trabalho em equipa entre doentes e enfermeiros, são realizadas as seguintes propostas de intervenção terapêutica com o intuito de olhar para um futuro melhor:

- saber aproveitar os momentos em que o doente/família possam estar receptivos, quando se deslocam a uma consulta médica, quando participam num grupo terapêutico, quando participam numa actividade em grupo, durante uma entrevista de ajuda, entre outras oportunidades.

- realizar visitas domiciliarias.

- monitorização continua focalizando as intervenções terapêuticas no doente, de modo a torná-lo o sujeito activo de todo o processo.

- realizar intervenções psico-educacionais destinadas a aumentar os conhecimentos dos doentes e dos familiares sobre a doença e os tratamentos disponíveis, assim como os sintomas que os medicamentos podem causar. Tal, constitui um complemento indispensável para melhorar a forma como o doente faz a gestão do seu regime terapêutico e a forma como a sua família se disponibiliza para o ajudar.

- ter a família como aliada no processo terapêutico é sem duvida uma grande mais-valia.

- reunir com a equipa com maior regularidade, para assegurar o bom desenrolar de todas as actividades realizadas em equipa que permitam desenvolver uma melhor monitorização.

- actualizar conhecimentos com acções de formações, protocolos, reuniões, entre outras actividades.

## **7 – CONCLUSÃO**

Ao terminar este relatório impõe-se fazer uma análise retrospectiva do que representou a realização deste trabalho, em termos de desenvolvimento profissional e pessoal.

Este processo foi difícil dado que foi necessário realizar uma adaptação a uma situação de formação e de desenvolvimento das competências.

Contudo após uma auto-avaliação das competências já adquiridas e recém-adquiridas, iniciou-se uma auto-formação de modo a conseguir atingir os objectivos propostos.

A temática para a realização deste trabalho incidiu no seguinte tema “ O doente mental grave no domicílio/ gestão do regime terapêutico”.O principal objectivo foi realçar a importância da realização da avaliação diagnóstica da situação, que norteia a pesquisa efectuada e cuja consecução constituiu o culminar de todo o processo. Face ao tratamento, análise de dados, reflexão sobre estes e tendo subjacente o suporte teórico e a experiência adquirida no dia-a-dia de trabalho com este tipo de utentes, foi possível clarificar que a assistência aos doentes está longe da ideal e precisa de ser enriquecida.

Uma estratégia fundamental pode passar pela promoção do melhoramento da relação do doente com o seu corpo, seu círculo social, sua família e as suas capacidades actuais. Para a enfermagem, profissão com características interactivas e sistemáticas nos cuidados, este é um percurso necessário à resolução de problemas e manutenção do tratamento, respeitando a integridade, autonomia e liberdade dos doentes.

Este trabalho pretende trazer, desta forma, alguns contributos para a prática na área da enfermagem de saúde mental e psiquiatria, pois conhecer a origem dos comportamentos da má gestão, são fundamentais para direccionar a implementação de novas estratégias, nos serviços de saúde mental e psiquiatria, voltados para os doentes com doença crónica a realizarem terapêutica de manutenção.

Contudo, estamos apenas a analisar dados referentes a sete doentes, não sendo representativos dos cuidados prestados na íntegra. No entanto, muito trabalho há a fazer no apoio ao doente e família/ cuidadores, nomeadamente psico-educação do doente e apoio às famílias para que se sintam capacitadas para ajudar os seus familiares.

A saúde não deve ser vista apenas como resultados de processos de intervenção na doença, mas também de intervenções que oferecem ao indivíduo e seu meio familiar,

estratégias para promoção, recuperação e manutenção do seu estado de saúde, inserido no contexto e quotidiano particular de cada um.

Diz-me e eu esquecerei.  
Ensina-me e eu lembrar-me-ei  
Envolve-me e eu aprenderei

**Provérbio Chinês**

## **8 -REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ABREU, W. (2003). *Saúde doença e diversidade cultural*, Medicina e Saúde, Lisboa
- ALMEIDA, H. [e tal] . (2007). *Adesão a tratamentos entre idosos. Artigo de Revisão*, *Ciência e Saúde.*; 18 (1): 57-67.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (2006). *DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 4ªedição, Editora Climepsi, Lisboa.
- BASTOS, F.S. (2004). *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: participação das esposas no plano educacional*. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: Porto.
- BENNETT, P.(2002). *Introdução à Psicologia da Saúde*, Climepsi, Lisboa
- BENNETT, P. & S. Murphy (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Climepsi Editores, Lisboa.
- BUGALHO. A.& CARNEIRO.A. (2004) *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. CEMBE-FML. Lisboa.
- CABRAL,M.& SILVA,P.(2010).*A adesão à Terapêutica: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa Perante as Prescrições Médicas*. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa
- CAMARNEIRO, A. (2002). *Em torno da adesão aos protocolos terapêuticos*. Revista Referência. nº 9. 25-30pp. Coimbra.
- CARDOSO, L & GALERA S. ( 2009). *Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico*. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 43 (1): 161-7. [WWW.ee.usp.br/reeusp](http://WWW.ee.usp.br/reeusp)

- CARLAT, D. (2007). *Entrevista Psiquiátrica*. 2ª edição, Artemed , Porto Alegre.
  
- CARMO, H. & FERREIRA, M. (1998). *Metodologia da Investigação - Guia para Auto-aprendizagem*. Ed.Universidade Aberta; Lisboa
  
- COLVERO,C.&IDE,C.&ROLIM,M.(2004). *A família e o doente mental: a difícil convivência com a diferença*.Rev.Esc. Enferm. USP. 38(2) 197 -205
  
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2003) - *CIPE -Classificação Internacional para a prática de enfermagem*. Versão beta 2. 2ª ed. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros, Lisboa.
  
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Ordem dos enfermeiros – Abril de 2010.
  
- DAMÁSIO, A. ( 2000). *O Sentimento De Si: O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. 4ª ed. Publicações Europa-América, Lda. Portugal.
  
- DIÁRIO DA REPUBLICA, 1ª série – Nº 19 – 28 de Janeiro de 2010.
  
- DIAS, Mª F. (2006). *Construção e Validação de um Inventário de Competências: Contributos para a definição de um Perfil de Competências do Enfermeiro com Grau de Licenciado*, Lusociência, Loures
  
- FODDY, W. (1996). *Como Perguntar. Teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. 1ª ed. Celta Editora, Lda. Oeiras.
  
- FOUCAUT, M. (1968). *Doença mental e psicologia*. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro
  
- FORTIN, M.(1999) .*O Processo de Investigação da concepção à realização*. Lusociência, Loures.

- HARIS, B. (2002). *Psicofarmacologia*. p;105-126 Contido in: O' BRIEN, P. & KENNEDY W. & BALLARD K. (2002). *Enfermagem em Saúde Mental – Uma Integração de Teoria e Prática, McGRAW – HILL; Lisboa.*
  
- JASPERS K. (1987) .*Psicopatologia Geral; Psicologia Compreensiva, Explicativa e Fenomenológica*. Livraria Atheneu, São Paulo.
  
- JOHSON, M.(2004). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. 2ª Ed. Artmed, Porto Alegre.
  
- KAPLAN, H. & SADOCK, B & GREBB, J.(1994).*Compêndio\_de Psiquiatria Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7ª edição, Editora Artmed.
  
- KETELE, J & ROEGIERS. J. (1993). *Metodologia da Recolha de Dados – Fundamentos dos Métodos de Observações de Questionários e Entrevistas e de Estudo de Documentos*. Instituto Piaget. Lisboa.
  
- LECLAIR, S. (2002). *Pacientes com Doença Mental Crónica*. p;531-546. Contido in: O' BRIEN, P. & KENNEDY W. & BALLARD K. (2002).*Enfermagem em Saúde Mental – Uma Integração de Teoria e Prática, McGRAW – HILL; Lisboa.*
  
- LEMO e Sousa, Odete. (2005). *Adesão ao Regime Terapêutico em Crianças Infectadas pelo VIH/SIDA*. Revisão de Literatura (2003-2005). Revista Portuguesa de Enfermagem. nº4. 15-26pp.
  
- LOPES, Manuel José (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica*, Formasau, Lda; Coimbra.
  
- MALDONATO,M. & CANELLA,P.(2003). *Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: A boa comunicação com clientes e seus familiares em Consultório, Ambulatórios e Hospitais*. Reichmann & Affonso; Rio de Janeiro.

- MARCONI M, de A. & LAKATOS E.M. (1990). *Técnicas de Pesquisa*. 2ª edição, editora Atlas S.A., São Paulo - Brasil
  
- MATALON B. & GH IGLIONE R. (2005). *O Inquérito – Teoria e Prática*. Editora Celta, Oeiras
  
- MCCLOSKEY, J. C. & BULECHERK, G. M. (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 3ª Ed, Artmed; Porto Alegre
  
- MESQUITA, A. (2007). *Empowment e Associativismo no doente Crónico*. Contido in: GOMES I. (2007). *Parceria e cuidados de Enfermagem - Uma questão de cidadania*. Formasau. Coimbra.
  
- MIASSO, A. I. & MONTESCHI M. & GIACCHERO K. G. (2009). *Transtorno Afetivo Bipolar: Adesão ao medicamento e Satisfação com o Tratamento e Orientações da Equipe de Saúde de um Núcleo de Saúde Mental*. Rev. Latino-am Enfermagem. Julho – Agosto, 17 (4). [WWW.eerp.usp.br/rlae](http://WWW.eerp.usp.br/rlae).
  
- MORAN, C. (2002). *A Avaliação de Enfermagem Psiquiátrica*. p. 47-74. Contido in: O' BRIEN, P. & KENNEDY W. & BALLARD K. *Enfermagem em Saúde Mental – Uma Integração de Teoria e Prática*, McGRAW – HILL; Lisboa.
  
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (2000) *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 1999 – 2000*, Artmed, Porto Alegre.
  
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*: Divulgar, Conselho de Enfermagem.
  
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*.

- O' BRIEN, P.G. & KENNEDY W.Z. & BALLARD K.A. (2002). *Enfermagem em Saúde Mental – Uma Integração de Teoria e Prática*, McGRAW – HILL; Lisboa.
- POLIT, D & HUNGLER, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Artemed Editora, Porto Alegre.
  
- POTTER, P. & PERRY A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem Conceitos e Procedimentos*. Lusociência 5ª ed. Loures.
  
- REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO Decreto-Lei N° 161/96 de 4 de Setembro (com alterações introduzidas pelo Decreto-lei N° 104/98 de 21 de Abril)
  
- ROSA, M. & ELKIS H. (2007). *Adesão em Esquizofrenia*. Rev. de Psiquiatria Clínica. Vol. 34,supl. 2. São Paulo.
  
- SANTO, J.& FUREGATO, A.& OSINAGA, V.(2010). *Condicionantes do Conhecimento do Diagnóstico Médico em três serviços Psiquiátricos*. Rev. enferm. UERJ, jan/mar; 18(1):80-5, Rio de Janeiro.
  
- SCHARFETTER, C. (2002). *Introdução à psicopatologia geral*. Climepsi; Lisboa
  
- SILVA, S. A & PINTO M. J. (2005). *Metodologias das Ciências Sociais*. Edições Afrontamento. Porto.
  
- SILVA, I. & RIBEIRO,J.&CARDOSO,H. (2006). *Adesão ao tratamento da diabetes Mellitus: A importância das características demográficas e clínicas*. Revista Referência IIª Série. nº 2.
  
- SOUSA, M. (2003). *Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2* [Dissertação de Mestrado em Educação na Área de Especialização de Educação para a Saúde]. Universidade do Minho Instituto de Educação e Psicologia: Braga.

- SOUSA, M. [et al].(2011). “*Consciência da doença, na doença de Alzheimer: resultados preliminares de um estudo longitudinal*”. Rev. Psiquiatria. Clínica, vol.38, nº 2. São Paulo.
  
- TOMEY, A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5 Edição, Luso ciência, Loures.
  
- VILLARES, C. (2000). *Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia*. Revista Brasileira Psiquiatria. Vol. 2. São Paulo.
  
- WATZLAWICH, P & BEAVIN, J. & JACHSON, D.(1967). *Pragmática da Comunicação Humana: Um estudo dos Padrões, Patologias e Paradoxos da Interacção*. Editora Cultrix. São Paulo.
  
- WOLD HEALTH ORGANIZATION (2002). *Relatório Mundial de Saúde, Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Direcção Geral da Saúde. Lisboa

# **ANEXOS**

**ANEXO I (Autorização para a colheita de dados)**

Informação  
em incoerente, desta  
não trabalhos académicos e  
realizado parte do horário  
e trabalhos

Autenticado  
14.06.10  
José Chora  
Enf. Chefe  
Enf. Galego

Para o Conselho Ético  
emitir parecer

14.04.10  
José Chora  
Enfermeiro Director

Ao Exmo.  
Presidente do Conselho de Administração  
do H.E.P Évora

Para realiação  
de Conselho Ético

14.5.10  
José Chora  
Enfermeiro Director

Nada a ver

Dr. José Palma Góis  
Director do DPSM  
Hospital Espírito Santo Évora EPE

Assunto: Pedido de Realização de Relatório de Mestrado

Data: 19/04/2010

Eu, Maria Catarina Valverde Vidigal Mendes, a desempenhar funções de enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria no DPSM / internamento a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora com o nº 6891.

Venho por este meio pedir para realizar relatório de mestrado na instituição onde desempenho funções, no período de 3 de Maio a 30 de Julho de 2010, necessitando de consultar fichas clínicas / notas de enfermagem de modo a conseguir realizar a recolha do grupo de utentes que tenham faltado ao injectável periódico, que vão constituir o meu grupo alvo.

Assumo o compromisso de respeitar os princípios éticos e legais exigidos.

A temática que vai ser abordada no trabalho é “ A Gestão do Regime Terapêutico do Doente Mental Grave no Domicilio”.

Qual é o objectivo a recolher?  
a recolha de EPE  
21/04/10  
Prof. Dr. J. P. Góis



Évora, 19 de Abril 2010

Pede, deferimento

Maria Catarina Valverde Vidigal Mendes

Informação

O objectivo da Recolha é a constituição de um Relatório de Diagnóstico em relação ao grupo alvo.  
Catarina Mendes

**ANEXO II (Ficha Individual)**

**FICHA INDIVIDUAL**

1- Nome  
Completo: \_\_\_\_\_

2- Endereço Completo:

Rua: \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

3- Técnico de Referência: \_\_\_\_\_

4 -Sexo : Masculino ( ) Feminino ( )

5 - Idade \_\_\_\_\_ 6- Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

7 - Diagnostico

\_\_\_\_\_

8- Preenchido por: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

9 - Controle de recrutamento

<b>Data do contacto</b>	<b>Tipo de * Recrutamento</b>	<b>Data agendada</b>	<b>Data de Realização</b>

\* Telefónico, Pessoalmente

**ANEXO III (Termo de consentimento informado)**

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu, abaixo-assinado, fui informado que:

O estudo “ O doente mental grave no seu domicílio / Gestão do Regime Terapêutico” pretende obter um maior conhecimento do processo de gestão dos medicamentos;

A minha participação no estudo consiste na realização de uma entrevista, a ser efectuada no Serviço de D.P.S.M /consulta externa do Hospital do Espírito Santo Évora ou no domicílio.

A entrevista será gravada e transcrita, sendo os registos áudio destruídos após a análise dos dados colectados;

A minha participação no estudo não tem nenhum risco para mim;

Todos os dados relativos à minha identificação no estudo são confidenciais e será mantido o anonimato;

Posso recusar-me a participar no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

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

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

Nome e assinatura do entrevistado:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nome e assinatura do entrevistador:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2010.

**ANEXO IV (Instrumento de colheita de dados – Guião da  
Entrevista)**

**Guião da Entrevista**

**I PARTE Dados sócio demográficos**

P1-Idade_____	P2- Sexo F M	P3- Estado civil_____
P4 -Escolaridade_____		
P5-Diagnostico_____		
P6-Tem outras doenças? Sim ( ) Não ( )		
Quais?_____		
P7-Trabalha sim ( ) não ( ) Em quê?_____		
P8-Nº elementos da família com quem vive_____		
P9-Recebe pensão_____		
P10-Nº de internamentos_____		

**II PARTE**

**P1 – Sabe que está doente?**

Sim ( ) Não ( )

**P2 – Pode dizer-me o nome da sua doença?  
E o que pensa sobre essa doença?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**P3 – Toma sempre a medicação**

Sim ( ) Não ( )

**P4- Porquê?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**P-5 Sabe dizer-me quantos medicamentos toma?**

Nenhum ( )      3 med ( )  
Apenas 1( )      acima de 4 ( )

**2 med** ( )      **todos** ( )      **Não sabe** ( )

**P-6 Conhece os medicamentos? Comprimidos** ( )    **injecção** ( )  
**Sabe os nomes e quantidades? Não sabe** ( )

**Nome:**

**Quantidades diárias:**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**P7- Alguma vez teve dúvidas sobre o efeito da sua medicação?**

**Sim** ( )      **Não** ( )

**P8 -A quem se dirigiu para pedir ajuda?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**P9 - Ficou esclarecido?**

**Sim** ( )      **Não** ( )

**P10 - Os medicamentos que está a tomar o que lhe provocam?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**P11- Se sim, diga-me em que aspectos os medicamentos o afectam?**

<b>9-1 Vida sexual</b>	<b>Sim ( )</b>	<b>Não ( )</b>
<b>9-2 Sono</b>	<b>Sim ( )</b>	<b>Não ( )</b>
<b>9-3 Actividades Quotidianas</b>	<b>Sim ( )</b>	<b>Não ( )</b>
<b>9-4 Mal estar físico</b>	<b>Sim ( )</b>	<b>Não ( )</b>
<b>9-5 Relações com pessoas</b>	<b>Sim ( )</b>	<b>Não ( )</b>
<b>9-6 Apetite</b>	<b>Sim ( )</b>	<b>Não ( )</b>
<b>9-7 Actividade profissional</b>	<b>Sim ( )</b>	<b>Não ( )</b>
<b>9-8 Lazer</b>	<b>Sim ( )</b>	<b>Não ( )</b>
<b>Outros</b> _____		

**P12- Quando sente agravamento da sua doença o que faz?**

---

---

---

**P13- Onde procura ajuda?**

---

---

---